



ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Un marco político ante
la revolución de la longevidad



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Centro Internacional de Longevidad Brasil (ILC-BR)

ENVEJECIMIENTO ACTIVO
Un marco político
ante la revolución de la longevidad



Río de Janeiro, julio de 2015
International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil)

Edita: International Longevity Centre Brazil (Centro Internacional de Longevidade Brasil),2015.
www.ilc-alliance.org

Edición: Paul Faber

Revisión: Audra Gorgiev

Resumen ejecutivo: Peggy Edwards

Diseño y maquetación: Marcia Tavares

Edición en castellano: Escuela Andaluza de Salud Pública, www.easp.es



Se permite la reproducción siempre y cuando se mencione la fuente.

International Longevity Centre Brazil (Centro Internacional de Longevidade Brasil)

69483 Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution /
International Longevity Centre Brazil (Centro Internacional de Longevidade Brasil). – 1st edition
– Rio de Janeiro, RJ, Brazil, 2015.

ISBN 978-85-69483-00-7

1. Ageing. 2. Active Ageing. 3. Longevity.

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE BRAZIL

CENTRO INTERNACIONAL PARA LA LONGEVIDAD DE BRASIL

El Centro Internacional para la longevidad de Brasil (ILC-Brasil) es un *think-tank* independiente con sede en Rio de Janeiro, inaugurado en 2012. Su misión es **promulgar ideas y orientaciones políticas para abordar el envejecimiento de la población basándose en la investigación y la experiencia a nivel internacional con vistas a promover el envejecimiento activo**. ILC pone especial énfasis en el desarrollo e intercambio del conocimiento, de estrategias basadas en la evidencia, de la movilización social y de redes profesionales internacionales, todo ello centrado además en Brasil y el Estado de Río de Janeiro.

ILC-Brasil es miembro de la *Global Alliance of International Longevity Centres* (ILC-GA), un consorcio internacional, órgano consultor de Naciones Unidas, con representación en diecisiete países. Los actuales miembros de la organización se ubican en Argentina, Australia, Brasil, Canadá, China, República Checa, República Dominicana, Francia, Alemania, India, Israel, Japón, Países Bajos, Singapur, Sudáfrica, Reino Unido y Estados Unidos. Estos centros trabajan de forma independiente y colaborativa a la vez. La Secretaría Mundial tiene su sede en Nueva York y los actuales Co-Presidentes de la Alianza son la Baronesa Sally Greengross (ILC-UK) y el Dr. Alexandre Kalache (ILC-Brasil).

International Longevity Centre Brazil (Centro Internacional de Longevidade Brazil)
Avenida Padre Leonel Franca, 248, Gávea – Rio de Janeiro (RJ) – 22.451-000 – Brazil.
<http://www.ilcbrazil.org>

AGRADECIMIENTOS

El objetivo de este informe es actualizar el documento de referencia *Active Ageing: A Policy Framework* publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002. Esta puesta al día es un producto del International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil) y ha sido escrito por la Dra. Louise Plouffe, anterior Coordinadora de Investigación de ILC-Brasil, actualmente Directora de Investigación de ILC-Canadá, en colaboración con Ina Voelcker, Coordinadora de Proyectos de ILC-Brasil, bajo la dirección general de Alexandre Kalache, Presidente de ILC-Brasil.

Estamos muy agradecidos por las aportaciones de las siguientes instituciones miembros de ILC: ILC-Argentina, ILC-Australia, ILC-China, ILC-República Checa, ILC-República Dominicana, ILC-Francia, ILC-India, ILC-Israel, ILC-Japón, ILC-Países Bajos, ILC-Singapur, ILC-Sudáfrica e ILC-Reino Unido. Además, queremos agradecer el generoso apoyo de ILC-Canadá que ha facilitado la finalización del Informe concediendo tiempo a Louise Plouffe.

Apreciamos el tiempo dedicado y el conocimiento que los siguientes profesionales han aportado a este Informe: Sara Arber (University of Surrey, Reino Unido), Alanna Armitage (UNFPA), Jane Barratt (IFA), Carolyn Bennett (Parlamento de Canadá, Canadá), Ana Charamelo (Universidad de la República, Montevideo, Uruguay), June Crown (former President, Faculty of Public Health, Royal College of Physicians, Reino Unido), Denise Eldemire-Shearer (UWI Jamaica), Vitalija Gaucaite Wittich (UNECE), Karla Giacomini (NESPE/FIOCRUZ-UFMG, Brasil), Dalmer Hoskins (U.S. Social Security Administration), Irene Hoskins (Expresidenta, IFA), Norah Keating (IAGG Global Social Initiative on Ageing, Canadá), Nabil Kronfol (Center for Studies on Ageing, Líbano), Silvia Perel Levin (ILC-GA Representante Ginebra), Joy Phumaphi (African Leaders Malaria Alliance), Mayte Sancho (Fundación Matía Instituto Gerontológico, España), Kasturi Sen (Wolfson College (cr), University of Oxford, Reino Unido), Alexandre Sidorenko (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Viena, Austria), Terezinha da Silva (Women & Law in Southern Africa, Mozambique), Derek Yach (WEF), Yongjie Yon (University of Southern California, EE UU), y María-Victoria Zunzunegui (University of Montreal, Canadá).

Agradecemos la ayuda a la investigación (E-26/110.058/2013) recibida de FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa del Estado de Rio de Janeiro), el organismo de financiación a la investigación del Estado de Río de Janeiro, que hizo posible emprender este Informe. Además, deseamos reconocer la generosa contribución financiera de la American Association of Retired Persons (AARP) y de Bradesco Seguros. Así mismo queremos agradecer el apoyo de la Secretaría del Estado para la Salud a través del Institute Vital Brazil (IVB) y de su Centro para la Investigación y el Estudio del Envejecimiento (Cepe) que ha respaldado nuestro Centro desde sus comienzos.

Queremos dar las gracias al equipo de ILC-Brasil al completo, incluyendo Silvia Costa, Marcia Tavares, Diego Bernardini, Elisa Monteiro y Yongjie Yon (ILC-Brazil Associate) que han contribuido notablemente en la realización de este Informe; a todos los miembros de ILC-Brazil (Ana Amélia Camarano, Claudia Burlá, Egídio Dorea, José Elias S. Pinheiro, Laura Machado, Luiza Fernandes Machado Maia, Marília Louvison, Rosana Rosa, Silvia Regina Mendes Pereira, Israel Rosa, João Magno Coutinho de Souza Dias Filho y Fernanda Chauviere). Y al bufete de abogados Ulhôa Canto por su continuo respaldo a ILC-Brasil.

Y por último, aunque no por ello menos importante, agradecemos la colaboración de Mónica Roqué del Gobierno de Argentina, de Mayte Sancho de la Fundación Matía de San Sebastián, y de M^a Victoria Vargas y Giulia Fernández de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

PRÓLOGO

El objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre envejecimiento activo se estableció poco después de que asumiera la responsabilidad del Programa sobre Envejecimiento y Salud en 1994. El propósito era identificar las características y pulir el lenguaje para un renovado enfoque ideológico sobre envejecimiento. Estaba pensado para hacer referencia a una continuada participación social, económica, espiritual, cultural y en asuntos cívicos, y no simplemente a actividades físicas o a una vida laboral más larga. Sin embargo, el impulso al documento original *WHO Active Ageing: A Policy Framework* solo llegó unos años más tarde, en 2002, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas.



El marco político fue la culminación de un largo proceso de desarrollo que empezó en 1999 — cuando la OMS celebró el Día Internacional de las Personas Mayores en el Año Internacional de las Personas Mayores— orquestando una movilización global que fue circulando sucesivamente por el mundo según las zonas horarias y a la que se unieron miles de ciudades y millones de personas en lo que fue una de las más amplias manifestaciones de promoción de la salud: el *Global Embrace on Active Ageing*. Estimulada por el conjunto de destinatarios, que se fue solidificando alrededor del mundo gracias a este evento, la OMS inició una amplia ronda de consultas con el fin de atender el desafío que los paradigmas existentes y para dar forma a una política que girara en torno a la ideología del envejecimiento activo. Se llevaron a cabo talleres y seminarios en todas las regiones que involucraban organizaciones académicas, gubernamentales y de la sociedad civil; lo que condujo a una conferencia, que fue determinante, en el WHO Kobe Centre en enero de 2002.

Han pasado unos 15 años desde que empezó el trabajo preliminar sobre envejecimiento activo; durante este periodo de tiempo se ha aprendido mucho y se han presentado nuevas pruebas. Dado que el concepto de envejecimiento activo ha demostrado tener gran influencia orientando políticas y programas de investigación en todo el mundo, me propuse que una de las primeras prioridades del recién formado *International Longevity Centre Brazil* (ILC-Brazil) fuera retomar el documento en toda su extensión.

Para nosotros fue un privilegio y un gran beneficio que ILC-Brasil consiguiera incorporar a la Dra. Louise Plouffe desde el comienzo. Su traslado fue en sí mismo un testimonio de la nueva filosofía sobre el envejecimiento activo. La Dra. Plouffe adquirió nuevas habilidades (entre ellas dominar una nueva lengua) y se reinventó a sí misma en un contexto completamente nuevo donde pudo seguir ofreciendo sus valiosas contribuciones. Su principal tarea en este nuevo rol fue trabajar en la revisión del envejecimiento activo. No tenía dudas de que ella lo lograría estupendamente bien. Después de todo habíamos trabajado codo con codo en la OMS para lanzar el producto más convincente sobre envejecimiento activo, el *Age-Friendly Cities Guide* (2007), la primera piedra del movimiento Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, que está en continua expansión. Esta gran profesional lo fue elaborando sobre una sólida base académica y veinte años de experiencia coordinando políticas sobre el envejecimiento para el Gobierno Federal de Canadá. Louise empezó con una exhaustiva revisión de la literatura. A esta revisión añadimos nuevos conceptos e ideas desarrollados durante mis años como *Thinker-in-Residence* para el Gobierno de Australia Meridional.

Además, se incorporó Ina Voelcker, que también ha sido miembro destacado de nuestro equipo en la OMS de Ginebra. Con un Máster del Instituto de Gerontología de la Universidad de Londres y experiencia profesional con *HelpAge International*, aportó otras competencias y entusiasmo al proceso de revisión. Para completar el equipo de envejecimiento activo en Río de Janeiro, contamos con Silvia Costa, una Responsable de Comunicaciones excepcional, con muchos años de experiencia en salud pública; y Marcia Tavares, estudiante de doctorado en Ingeniería de Producción con una especialización en investigación en el aprendizaje a lo largo de la vida y gestión de la mano de obra de edad avanzada. Hay que hacer una mención especial a Peggy Edwards, una escritora especializada en salud pública con mucha experiencia, que esbozó el original de *2002 Active Ageing Policy Framework* y ahora el Resumen Ejecutivo de la Revisión sobre Envejecimiento Activo de 2015.

El borrador del documento de la Revisión se fue configurando gracias a la importante aportación de decenas de colaboradores, desde funcionarios, hasta la sociedad civil y compañeros profesionales. Se solicitó la opinión de todos los miembros de la ILC Global Alliance (ILC-GA). Seguimos la misma perspectiva que fue adoptada en el documento original del *Framework*, asegurando una revisión por pares con el fin de enriquecer aún más el documento.

El envejecimiento activo, como concepto y como herramienta política, ha evolucionado y seguirá evolucionando en el contexto de un cambiante panorama político y social. El propósito es que esta Revisión del Envejecimiento Activo no sea un producto cerrado ni estático, sino que refleje el dinamismo de una población mundial que está envejeciendo; que sea un recurso en continua evolución a través de un proceso siempre interactivo. El objetivo es acreditar organismos académicos, gubernamentales y de la sociedad civil, de manera que, en un formato de trabajo wiki, se puedan subir constantemente nuevas evidencias. Las expectativas están puestas en que el documento adquiera una relevancia regional más fuerte y una mayor especificidad institucional, a través de un proceso dinámico de actualización constante. Antes incluso del lanzamiento del Documento de Revisión, las partes interesadas han dado un paso al frente. A lo largo del año presentaremos la versión en portugués del *Framework* que dará especial relevancia al contexto y la literatura brasileños. A continuación, desarrollaremos una versión para América Latina, para cuya realización contaremos con la larga experiencia internacional en salud pública del Dr. Diego Bernardini de Argentina. Tendremos un reconocimiento especial a las y los colaboradores que ayuden a focalizar este tema en sus regiones respectivas y cualquier propuesta será bien recibida.



Alexandre Kalache

Presidente

International Longevity Centre Brazil

Co-Presidente

Global Alliance of International Longevity Centres

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. LA REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD	12
La revolución demográfica	12
Tendencias globales convergentes	16
CAPÍTULO II. REPENSANDO EL CURSO DE VIDA	31
Un curso de vida más complejo	31
Un curso de vida más largo, individualizado y flexible.....	34
Los <i>gerontolescentes</i> están cambiando la sociedad,.....	36
de nuevo.....	36
Las cambiantes estructuras familiares crean nuevas oportunidades y nuevos retos.....	37
Forzando los lazos de la longevidad: calidad de vida hasta el final.....	38
CAPÍTULO III. ENVEJECIMIENTO ACTIVO. FOMENTANDO LA RESILIENCIA A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA	41
Definición y principios	41
Pilar 1. Salud.....	44
Pilar 2. Aprendizaje continuo a lo largo de la vida	46
Pilar 3. Participación	47
Pilar 4. Seguridad	48
CAPÍTULO IV. DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CAMINOS HACIA LA RESILIENCIA	51
Cultura	52
Determinantes comportamentales.....	57
Determinantes personales.....	62
Entorno físico.....	64
Determinantes sociales	66
Determinantes Económicos	69
Servicios sociales y de salud	72
CAPÍTULO V. LA RESPUESTA POLÍTICA	82
La revolución de la longevidad.	82
Perspectiva macroeconómica.....	82
Forjando un nuevo paradigma	84
La respuesta política	84
Recomendaciones clave en política.....	85
Conclusiones.....	106
BIBLIOGRAFÍA.....	107

INTRODUCCIÓN

La publicación en 2002 del Informe *Active Ageing: A Policy Framework* (1) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca como un hito en política internacional. Ideado como complemento de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, el informe de la OMS ofrece una hoja de ruta amplia e innovadora para las políticas de salud, que ha inspirado y guiado el desarrollo de políticas a niveles gubernamentales estatales, nacionales y regionales.

Desde su publicación, el Informe *Active Ageing: A Policy Framework* ha ido informando sobre el desarrollo de políticas para el envejecimiento en numerosos países y estados, incluyendo Australia, Nueva Zelanda, Suecia, Gran Bretaña y EE UU (2); Canadá (3); Singapur (4); España (5); Portugal (6), Costa Rica (7); Chile (8); Brasil (9); Quebec (10) y Andalucía (5). A nivel intergubernamental, la Comisión Europea declaró 2012 como el Año Europeo de Envejecimiento Activo y Solidaridad entre Generaciones (11). La Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa junto con la Comisión Europea ha desarrollado un Índice de Envejecimiento Activo, que consiste en veintidós indicadores para observar el nivel en que se desarrolla el potencial para un envejecimiento activo en Europa (12). El envejecimiento activo es el concepto subyacente en el *WHO Age-Friendly Primary Health Care Centre Toolkit* (“Estrategia de Centros de Atención Primaria de la Salud amigables con las personas mayores de la OMS”) (13) y en la *WHO Age-Friendly Cities Guide* (14). Asimismo, da apoyo a la *WHO Global Network of Age-Friendly Cities and Communities* cuya finalidad es que las ciudades, comunidades,

estados y naciones sean más accesibles e inclusivas para las personas mayores y para todas las edades a lo largo del curso de vida (14). Adicionalmente, los principios del envejecimiento activo han dado marco a recomendaciones para posibilitar que la preparación y respuesta ante emergencias y crisis humanitarias incluyan las necesidades y contribuciones de las personas mayores (15).

Como colofón a dos años de talleres y amplios debates con expertos externos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, *Active Ageing: A Policy Framework* marca un cambio sustancial de paradigma*. Superando el limitado enfoque en prevención de la enfermedad y cuidado de la salud, la OMS abogó por el objetivo del Envejecimiento Activo, definido como “el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, participación y seguridad al objeto de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (1). Trabajando con las limitaciones del lenguaje, se consideró que “activo” es un concepto más inclusivo que descriptores alternativos como “saludable”, “exitoso”, “productivo” o “positivo”. La intención fue claramente abanderar la participación en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales o civiles, y no solo en la actividad física o económica. Por lo tanto, el concepto no establece solo objetivos de salud sino también de participación y seguridad, ya que los tres están inexorablemente ligados. El marco político fue diseñado para que fuera aplicado tanto a individuos como a grupos poblacionales, su propósito fue permitir que las personas desarrollaran su potencial para el bienestar físico, social y mental a través de todo el curso de

* Los talleres se desarrollaron en Argentina, Brasil, Bostwana, Chile, Hong Kong, Jamaica, Jordania, Líbano, Malasia, Holanda, Sudáfrica, España y Tailandia. Fueron particularmente útiles una serie de talleres conjuntos con la *Faculty of Community Health* del Reino Unido. Los expertos debieron brindar

evidencias y modelos de buenas prácticas de todas las regiones y se distribuyeron borradores a profesionales y a organizaciones no gubernamentales tanto de países desarrollados y como en desarrollo. El apoyo brindado por el Gobierno de Canadá fue fundamental.

vida y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades; brindando al mismo tiempo una adecuada protección, seguridad y cuidados cuando sean requeridos. El Informe enmarcó el envejecimiento con una perspectiva de curso de vida para crear una base de continuidad en las políticas que optimice la calidad de vida desde el nacimiento hasta la muerte y para alentar el compromiso de todos los grupos etarios. Un gran avance fue unir el envejecimiento activo con el modelo de promoción de la salud (16) como una base para acciones coordinadas a través de múltiples sectores políticos. Finalmente, la OMS centró el envejecimiento activo en un enfoque basado en los derechos enunciados en los Principios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a favor de las Personas Mayores (17) más que un enfoque basado en las necesidades.

Los fundamentos que abordó el Informe *Active Ageing Framework* son tan relevantes hoy como lo fueron en 2002:

Dado que las personas viven más tiempo, ¿cómo puede mejorarse la calidad de vida a edades avanzadas? ¿Llevará este gran número de personas mayores a la quiebra de nuestro sistema sanitario y de servicios sociales? ¿Cómo podemos equilibrar de la mejor manera el papel de la familia y del estado en lo que se refiere al cuidado de las personas que necesitan asistencia a medida que envejecen? ¿Cómo

* Las citas resaltadas son extractos de fuentes que fundamentan este trabajo, como el informe de 2013

*reconocemos y apoyamos el importante papel que juegan las personas que cuidan de otras a medida que envejecen?" * (1)*

A estas alturas el Informe *Active Ageing Framework* ha cumplido ya 13 años y se hace necesaria una puesta al día para que pueda seguir siendo un modelo para los dirigentes políticos. Desde la publicación del marco de trabajo, algunos temas como los derechos de las personas mayores, la prolongación de la vida laboral, el aprendizaje continuo a lo largo de la vida, la calidad de vida de las personas mayores frágiles y/o dependientes, y de aquellos/as que se encuentran al final de la vida han adquirido mayor importancia. La resiliencia ha surgido como un constructo evolutivo que puede arrojar luz sobre el proceso del envejecimiento activo, por lo que hay nuevos datos e investigaciones que explorar. El envejecimiento necesita ser examinado más de cerca en el contexto de otros temas más relevantes, en especial la urbanización, globalización, migración, innovación tecnológica, así como el cambio climático y del medio ambiente. Es más, las crecientes desigualdades, tanto inter como intrarregionales, necesitan ser enfocadas dentro del contexto del envejecimiento poblacional. A la par de estos procesos ha surgido un fuerte movimiento internacional que reconoce y refuerza los derechos humanos específicos de las personas mayores.

Con su amplia perspectiva y focalizadas en los determinantes del envejecimiento activo, esta publicación busca, en última instancia, reforzar las iniciativas pasadas y presentes de la OMS y complementar y aportar valor al *World Report on Ageing and Health* 2015.

de *Thinkers in Residence*, titulado *The Longevity Revolution* (21).



CAPÍTULO I

**LA REVOLUCIÓN
DE LA LONGEVIDAD**

CAPÍTULO I. LA REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD

La revolución demográfica

El mundo está envejeciendo rápidamente. El legado duradero del siglo XX es el regalo de una vida más larga. Como resultado de una veloz reducción de la mortalidad en todos los países, incluyendo aquellos de ingresos bajos y medios, y agravado con una alta tasa de natalidad en las dos décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial (el *babyboom*), alrededor de 810 millones de personas tienen 60 y más años. Cada segundo, dos personas en el mundo celebran su 65 cumpleaños (18). Estos años extra de vida son un privilegio sin precedentes. Lo que está sucediendo es una revolución en toda regla, la revolución de la longevidad.

“Una revolución es el derrocamiento de un orden social en favor de un nuevo sistema... La revolución de la longevidad nos fuerza a abandonar las nociones actuales sobre la vejez y la jubilación. Estas construcciones sociales son simplemente insostenibles frente a 30 años adicionales de vida.” (21)

En la actualidad, el crecimiento poblacional es el resultado de un menor número de fallecimientos anuales, más que de una mayor tasa de nacimientos. A finales de 2011, el número de personas en el mundo superó los 7 billones. Para 2100, se espera que aumente a 10,9 billones (19). Más del 50% de estos 4 millones adicionales tendrá 60 y más años (19).

El año 2050 será el punto de inflexión en términos demográficos. Para ese año:

- El 21% de la población mundial tendrá 60 y más años, comparada con apenas el 8% de 1950 o el 12% de 2013 (19).
- Habrá más de 2 billones de personas de 60 y más años.
- El número de personas de 60 y más años sobrepasará el de niños menores de 15 años. De hecho, ya hay más gente de más de 60 años que niños por debajo de los 5 años (19).
- En 64 países, el 30% de la población va a estar constituido por personas de 60 años y más ancianas aún. Los países más desarrollados estarán en esta lista, pero también lo estará gran parte de América Latina y amplias zonas de Asia, incluyendo China. En la actualidad, Japón es el único país con esta proporción tan alta de personas mayores (18).

Contrariamente al temor de que el envejecimiento de la población global signifique que el mundo se verá desbordado por un tsunami de personas mayores y su necesidad de cuidados, lo cierto es que los diferentes grupos de edad tienen una representación más equitativa en las diferentes áreas de la actividad humana (20). Incluso en 2060, cuando la numerosa generación de *babyboomers* tenga 60 y más años, ésta seguirá siendo inferior que la generación que esté por debajo de los 30 años y aquella de 30 a 59 años. De hecho, las sociedades experimentarán una “poderosa y nueva dinámica demográfica y social” (21), que ofrece un enorme potencial en todos los aspectos de la vida.

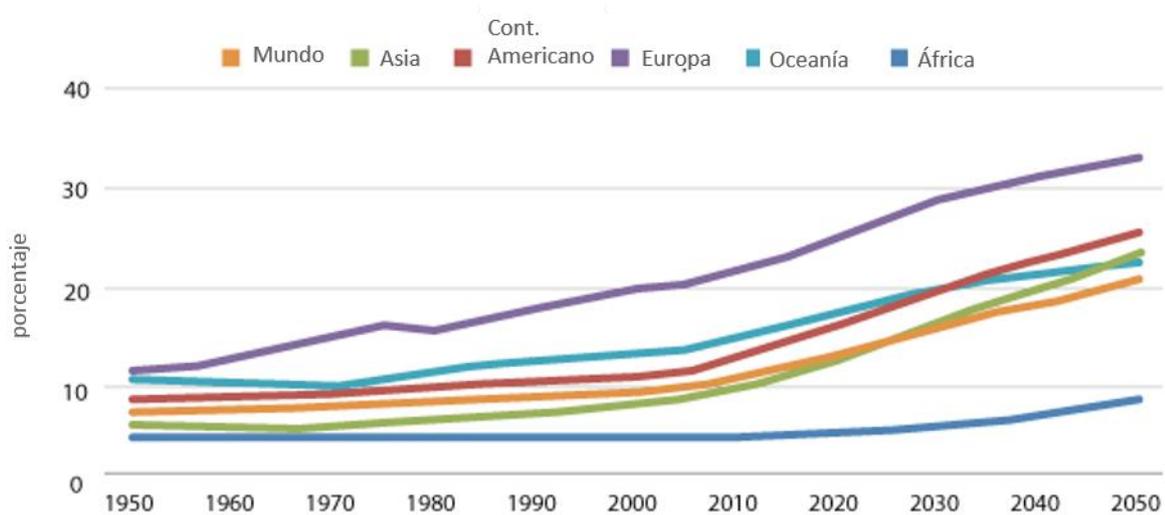
Las tasas de fertilidad totales están decreciendo rápidamente. Ya en 2010, 75 países, incluyendo 30 de ingresos bajos, como Sri Lanka, ya tenían

tasas de fertilidad por debajo del nivel de reemplazo (19). El descenso de la natalidad aumentará el desafío de los modelos de apoyo familiares y sociales para las personas mayores.

Esta menor cantidad de niños y niñas que nazcan vivirán más que sus padres o abuelos. A nivel global, la esperanza de vida al nacer alcanzó los 69 años entre 2005 y 2010, 22 años más que en 1950-1955 (Fig. 2) (19). Una expectativa realista

indica que en los próximos años se sobrepasará el hito de los 70 años de edad y que, para mediados de siglo, alcanzará los 77 años. En determinados países, el número de años sumados a la vida ha sido particularmente preocupante. A modo de ejemplo, durante las tres últimas décadas en Brasil, los bebés nacidos cada año ganaron 4 meses y 17 días más de esperanza de vida, sumando un plus de 12 años de vida en una sola generación (22).

Figura 1. **Proporción de población de 60 y más años en el mundo y por regiones, 1950-2050**



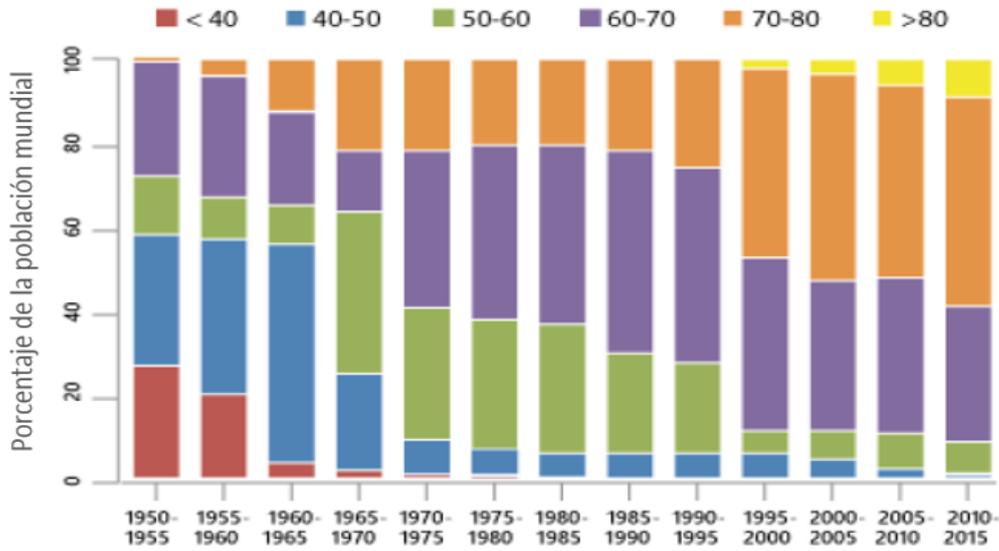
Fuente: UNDESA 2013 (19)

Mientras que la esperanza de vida al nacer está aumentando (Fig. 2), las personas que han alcanzado los 60, 70 u 80 años de edad, se benefician ya de esta creciente longevidad. Por ejemplo, una persona de nacionalidad alemana que hoy ya tuviera 60 años tiene una esperanza de vida de 4 años más que una persona de la misma edad en 1980 (23). En Brasil, la esperanza de vida de una persona de 80 años ha aumentado de 6,1 años en 1980 a 8,6 años en 2010 (24).

Los grupos poblacionales, y concretamente aquellos de 80 y más años, están creciendo

proporcionalmente más rápido que cualquier otro grupo etario. Este proceso se está dando con más rapidez en países de ingresos bajos y medios que en países de ingresos altos, que ya cuentan con una transición demográfica más asentada. Las personas de 60 y más años representaban el 14% del total de la población anciana en 2013, pero constituirán el 19% en 2050 (19). Aunque todavía representan una minoría de la población, se estima que el número de centenarios y centenarias crecerá 10 veces, de los 300.000 a nivel mundial en 2011 a los 3,2 millones en 2050 (18).

Figura 2. **Esperanza de vida al nacer 1950-55 a 2010-15**



Fuente: Naciones Unidas 2013 (204)

Vivir más tiempo con buena salud y con discapacidad. A nivel global, la esperanza de vida con buena salud ha aumentado al mismo tiempo que la esperanza de vida, pero a un ritmo menor. Por cada año ganado en esperanza de vida, 10 meses de ese año extra serán vividos con buena salud (26). En 2010 y a nivel global, la esperanza de vida al nacer era de 63 años para mujeres y de 59 años para hombres (Tabla 1). Esto representa un incremento de 4 años en promedio desde 1990; 4,2 años para mujeres y 4,5 años para hombres (26). Con independencia

de la edad, las personas pueden tener una expectativa de más años con buena salud; una mujer con 60 años en 2010 tendría una expectativa de 17 en buen estado de salud; es decir, 1,7 años más que una mujer de la misma edad en 1990 (26) (Tabla 1). Sin embargo, debido a que el aumento de la esperanza de vida con buena salud es menor que el incremento de la esperanza de vida total, muchas personas experimentarán un período de tiempo de discapacidad más largo que hace 20 años.

Tabla 1. **Expectativa global de vida con buen estado de salud, según edad, en 1990 y en 2010**

	Mujeres Esperanza de vida con buena salud		Hombres Esperanza de vida con buena salud	
	1990	2010	1990	2010
0 años	58,7	63,2	54,8	59,0
1 años	61,4	64,6	58,1	60,7
5 años	58,8	61,6	55,5	57,7
10 años	54,4	57,0	51,1	53,2
15 años	50,0	52,5	46,7	48,7
20 años	45,8	48,2	42,5	44,4
25 años	41,6	44,1	38,4	40,2
30 años	37,6	40,0	34,3	35,2
35 años	33,6	35,9	30,3	32,3
40 años	29,6	32,0	26,5	28,4
45 años	25,8	28,0	22,7	24,6
50 años	22,1	24,2	19,2	21,0
55 años	18,6	20,5	15,9	17,6
60 años	15,3	17,0	13,0	14,4
65 años	12,3	13,8	10,3	11,6
70 años	9,6	10,9	8,0	9,0
75 años	7,3	8,3	6,0	6,9
80 años	5,3	6,1	4,4	5,1

Fuente: Salomon et al. 2012 (26)

Estos datos necesitan una profunda reflexión y reformulación del curso de vida, ya que desafían los supuestos largamente asumidos sobre las definiciones de jubilación y el cuidado en la vejez.

Diferencias regionales. Mientras que numéricamente ya existe una gran cantidad de personas mayores en las regiones del mundo menos desarrolladas, la proporción de ancianas y ancianos es más elevada en las regiones más desarrolladas. En la actualidad, Japón, Alemania e Italia tienen las tasas más altas de personas mayores (19), sin embargo, es importante resaltar que el mayor crecimiento proporcional de personas de edad que se dará en las próximas décadas, ocurrirá en los países menos desarrollados (19). De los dos billones de

personas mayores que habrá en el mundo en 2050, casi el 80% se encontrará en esos países (19).

La esperanza de vida difiere claramente entre países de ingresos altos y países de ingresos bajos. La esperanza de vida al nacer oscila entre alrededor de los 56 años en algunos países de bajos ingresos hasta los 83 años en Japón (19). A edades más avanzadas las diferencias regionales siguen siendo considerables: a una persona de 60 años de nacionalidad japonesa se le pueden prever 26 años más de vida, mientras que una persona de la misma edad en Sierra Leona puede tener una esperanza de vida de solo 11 años más (19).

A pesar de las grandes fluctuaciones que existen entre los países de la antigua Unión Soviética, actual Comunidad de Estados Independientes (CEI), la esperanza de vida no ha aumentado tanto como en los países de la Unión Europea (UE). La esperanza de vida al nacer en los años 2008-2009 era de 69 años, comparada con la media de los 76 años de la UE (27). En realidad, la esperanza de vida al nacer cayó después del colapso de la Unión Soviética en muchos países de la CEI (27). En la Federación Rusa este descenso persistió durante otros 15 años hasta 2005 (27).

Las diferencias de la esperanza de vida al nacer también son muy acentuadas entre países. En el Reino Unido, por ejemplo, la gente que vive en los barrios más ricos vivirá una media de 7 años más que los habitantes de los barrios más pobres (28).

Las diferencias regionales respecto a la esperanza de vida con salud también son evidentes (29). En países de ingresos altos existe una mayor evidencia de que ha menguado la duración de vida con discapacidad. Y en países de ingresos bajos, no solo no ha disminuido la duración de la vida con discapacidad, sino que seguirá expandiéndose debido al incremento de los riesgos por enfermedades crónicas.

La feminización de la vejez. Las mujeres mayores superan en número a los hombres, aunque este patrón es complejo y susceptible de modificación. A nivel global, las mujeres viven 4,5 años más que los hombres (18). En 2013, por cada 100 mujeres de 60 y más años, había 85 hombres de la misma edad. A la edad de 80 años, las mujeres sobrepasaban a los hombres en una proporción de 61 a 100 (19). La esperanza de vida de los hombres está alcanzando a la de las mujeres en las regiones más desarrolladas y hay una probabilidad de que en las próximas décadas se iguale el porcentaje de los hombres al de las mujeres en la vejez. En las regiones menos desarrolladas, donde las condiciones sociales y económicas de las mujeres son a menudo favorables, las mujeres superan a los hombres en menor grado que en las regiones desarrolladas, aunque hay amplias variaciones. En algunos países de Asia Occidental (p. ej. Paquistán, Qátar y los Emiratos Árabes), hay más hombres ancianos que mujeres (30). La ONU predice que, en general, las proporciones entre sexos se mantendrá estable en las regiones menos desarrolladas (31).

El envejecimiento es un asunto del desarrollo.

La perspectiva de vida más larga es un logro de la civilización que alberga un gran potencial para el desarrollo humano en general. Con sus experiencias y habilidades colectivas, la creciente población de mujeres y hombres mayores son un valioso recurso para las familias, las comunidades, la economía y la sociedad en general. Además, su activa participación en la sociedad es cada vez más esencial para compensar la disminución en la proporción de gente joven. No incluir plenamente a las personas mayores en las estrategias para el desarrollo humano socava su potencial en la prevención de las consecuencias negativas para la salud, pobreza, abandono y abuso. Para las familias y la sociedad en general, los riesgos asociados incluyen una carga de dependencia, costes insostenibles para los sistemas sanitario y de la seguridad social, así como una pérdida en la capacidad productiva. Ningún país puede

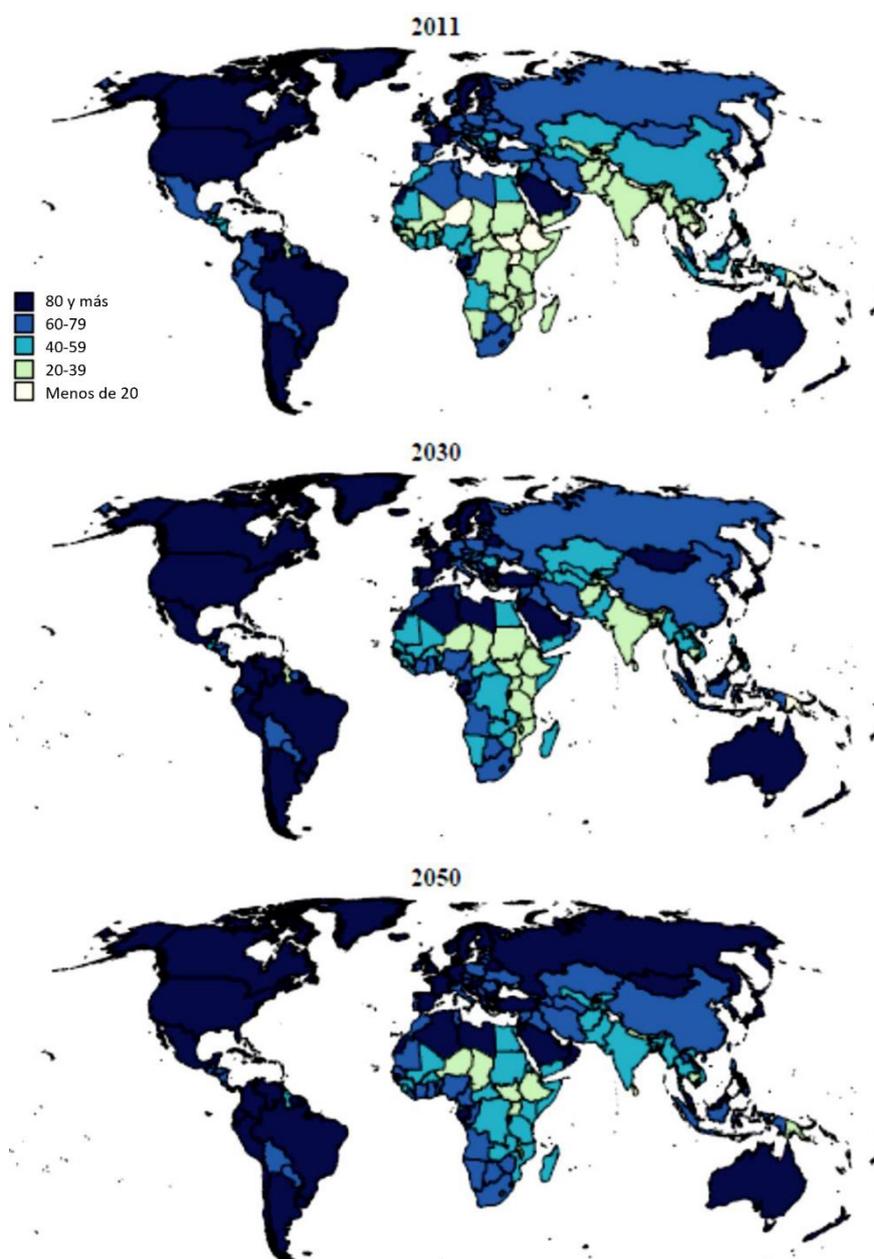
afirmar estar plenamente preparado para la revolución de la longevidad. En todo caso, el desafío es aún mayor para los países menos desarrollados, donde se localiza la mayoría de las personas mayores del mundo, en rápido crecimiento y con determinantes sociales sobre enfermedades incluso más pronunciados.

Tendencias globales convergentes

El envejecimiento poblacional coincide con otras tendencias globales convergentes e interdependientes que están dando forma a nuestro futuro colectivo. Estas tendencias impactan en los individuos de todas las edades en cada aspecto de sus vidas, creando muchas oportunidades, pero también una larga lista de riesgos que no pueden ser considerados de manera aislada (32). Deben tenerse en cuenta las conexiones entre el envejecimiento poblacional y esos otros patrones convergentes para tratar de promover exitosamente el envejecimiento activo a todas las edades. La cuestión es, ¿de qué manera influyen estas tendencias en los determinantes del envejecimiento activo?, ¿cómo pueden las sociedades responder a todas estas tendencias de manera integral, sin dar lugar a desigualdades entre generaciones, grupos sociales, naciones?

Urbanización. Cada vez más personas alrededor del mundo viven en ciudades (Fig. 3). En los países más desarrollados, la proporción de habitantes urbanos subirá del actual 78% al 86% en 2050 (33). A excepción de América Latina, que actualmente es la región más urbanizada del mundo (80%), el crecimiento urbano avanza a un ritmo sin precedentes en los países menos desarrollados, especialmente Asia (34). En general, estos países experimentarán un aumento que va desde el 52% de la población que vivía en las ciudades en 2010 al 67% en 2050 (33).

Figura 3. **Porcentaje de población en áreas urbanas; 2011, 2030, 2050**



Las personas más ancianas constituyen una importante y creciente proporción de la población urbana mundial. En 2005, uno de cada cinco habitantes de ciudades de países de ingresos altos tenía 60 y más años (30). La proporción de ciudadanos urbanos de esa misma edad en países menos desarrollados también está creciendo, desde el 7,7% de 2005 (30) al 21% de 2050 (35).

Las ciudades impulsan el progreso económico, cultural y social de las naciones porque ofrecen oportunidades más centralizadas para todas las edades en cuanto a educación, empleo, y proveen un mejor acceso a un amplio abanico de servicios sanitarios y prestaciones sociales. Sin embargo, la concentración urbana implica también importantes amenazas para la seguridad, incluyendo el crimen y la seguridad de los peatones y conductores/as. La comodidad que ofrece la vida urbana es un factor que contribuye a estilos de vida no saludables, como el insuficiente ejercicio físico y dietas alimenticias insuficientes (36). Además, las ciudades contribuyen de manera significativa al cambio climático (37), que conlleva a aumentos del nivel de polución del aire y a calor extremo, con sus consiguientes riesgos para la salud (38).

Las infraestructuras no han sido construidas con la suficiente celeridad como para seguir el vertiginoso ritmo de llegada de personas a las ciudades. A nivel global, uno de cada tres habitantes urbanos vive en barrios pobres o asentamientos irregulares, que se caracterizan por unas condiciones sanitarias inadecuadas, falta de agua potable, deficiente acceso a servicios y viviendas hacinadas y precarias (37). Los habitantes urbanos pobres de cualquier edad se enfrentan a mayores riesgos de contraer enfermedades infecciosas o crónicas, padecer lesiones fortuitas, y son víctimas de la criminalización y la exclusión social (37). Los y las migrantes de las áreas urbanas son particularmente propensos a la pobreza y la infravivienda (39).

Una de las características importantes de muchas ciudades, que comenzó en los países de ingresos altos en la década de los 50, ha sido el rápido crecimiento de zonas residenciales suburbanas de baja densidad poblacional. Estas urbanizaciones son el hogar de una gran proporción de *babyboomers* y generaciones adultas anteriores, más que de jóvenes (40). Estas zonas residenciales tienden a ofrecer un mayor espacio para la vida personal y núcleos comerciales centralizados. El uso del coche privado ha marcado mucho el diseño de su planificación y la tendencia en estas urbanizaciones ha sido un menor servicio de transporte público y menos recursos para el traslado de peatones que en el centro de la ciudad. La distancia con otros vecinos y la ausencia de la vorágine de la urbe, que en un primer momento era el atractivo de la vida en las zonas residenciales, puede acabar teniendo limitaciones y llevar al aislamiento en la vejez. En la actualidad, las ciudades que están creciendo en países menos desarrollados están experimentando una “dispersión urbana”, es decir, la rápida expansión de comunidades de baja densidad poblacional en la periferia con muchas de esas características mencionadas (34).

En paralelo al crecimiento de las ciudades se van despoblando las comunidades rurales. La partida de las y los jóvenes hacia las ciudades tiene como resultado un número cada vez más elevado de personas mayores “que envejecen en su entorno habitual” en esas comunidades rurales. En las regiones más desarrolladas, las personas de 60 y más años constituían, en 2005, el 23% de la población rural frente al 19% de la población urbana (30). Aunque no se dispone de un pronóstico a nivel global, los datos regionales muestran un significativo crecimiento de personas mayores en las áreas rurales. En Reino Unido, por ejemplo, se espera que en la mayoría de los distritos rurales la población de residentes de 50 y más años aumentará en un 47% entre 2003 y 2038. El incremento nacional en ese período de tiempo se anticipa que será del

35% en la franja de población que más aumenta, la de 65 y más años (41). Esta concentración de personas mayores en zonas rurales también es una tendencia significativa en regiones menos desarrolladas (42). En China, las personas de 65 y más años constituyen el 9,3% de la población rural, frente al 6,9% en las áreas urbanas de 2008 (43). Para 2030, la distribución se desplazará al 21,8% y al 14,7% respectivamente (43).

El lugar de residencia tiene una profunda influencia en la movilidad personal, la participación, el apoyo social y el bienestar. La distribución por edad de la población tiene un gran impacto en la planificación de la comunidad, el diseño urbano, los recursos, producción y servicios. Armonizar envejecimiento con el entorno crea oportunidades; por el contrario, ignorar la demografía en la planificación urbana levanta barreras y acentúa los riesgos.

Globalización. El término globalización hace referencia a una economía global cada vez más integrada y a un mundo altamente conectado con crecientes flujos transnacionales de bienes, información, ideas, capitales y servicios, así como a migraciones cada vez mayores (32). Éste es el resultado de la urbanización y de los avances en el transporte, las comunicaciones y la tecnología organizacional (44). Hoy en día la información se disemina mucho más rápido. Personas de todo el mundo con experiencias diversas están conectadas vía Internet y viajan mucho más que antes. Las redes sociales, incluyendo las familias, cruzan las fronteras y los continentes. Bienes y servicios, incluyendo alimentación y cultura, se producen, comercializan y distribuyen de forma masiva, dando lugar a una homogeneización global de los productos de consumo.

Estas transformaciones sociales y económicas tienen muchas repercusiones en un mundo que envejece. Los cambios en la imagen y roles sociales asociados con la vejez, así como las

efectivas innovaciones que se ponen en marcha para afrontar desafíos comunes, son asuntos que se propagan rápidamente. La visible presencia de personas mayores vitales y plenamente comprometidas en muchos países puede contrarrestar los estereotipos. Sin embargo, el tradicional conocimiento de las personas mayores, sus habilidades y su experiencia de vida pueden ser devaluados por la constante demanda de nueva información y conocimientos tecnológicos. Así mismo, la salud y la seguridad personal y de la población están sujetos a riesgos globales económicos, sociales y de salud,

La expansión global de alimentos procesados y productos derivados del tabaco ha contribuido a una epidemia mundial de enfermedades crónicas; así mismo las condiciones y beneficios laborales se ven mermados al mismo tiempo que las multinacionales logran bajar los costes de producción (45). Amenazas que antes eran locales, se manifiestan cada vez más a nivel global, como es el caso de la propagación de las enfermedades transmisibles y las crisis de escasez de comida o agua (46).

“Emerge una nueva dinámica sobre lo que tiene que ser resuelto en el ámbito nacional o global; qué es público frente a qué es privado o está patentado, y cómo se valora la salud en nuestro mundo globalizado.” (404)

Migración. Aunque los individuos y los grupos siempre han migrado en busca de seguridad o mejores oportunidades, tanto la migración internacional como nacional se han convertido en una característica particularmente relevante de esta nueva realidad global. En 2013 había 232 millones de emigrantes internacionales, en comparación con los 175 millones del año 2000

y los 154 millones de 1990 (47). Las personas que migran dentro de su país de origen son hoy en día tres veces más que en 2005 (48), cuando su número se estimaba en 763 millones (47), poco más de 1 de cada 10 personas en todo el mundo. Ésta es una situación que se produce en todas las regiones del mundo, por lo que las recientes tendencias en migración se entrecruzan con el envejecimiento poblacional de múltiples formas. Por ejemplo, muchas mujeres emigran desde las Filipinas por un compromiso de trabajo para cuidar personas mayores en países desarrollados, dejando a menudo sus hijos al cuidado de sus propias madres o padres ancianos. El gran número de migrantes de la Posguerra de la Segunda Guerra Mundial están envejeciendo en sus países de acogida (49). En la ciudad de Nueva York, por ejemplo, el 45% de todas las personas de 65 y más años son inmigrantes (50). Para 2030 este número habrá aumentado hasta el 35%, de manera que la mayoría de aquellas y aquellos con 65 y más años, serán “nacidos extranjeros” (50). Al mismo tiempo, las y los migrantes mayores más recientes están afrontando los desafíos de adaptarse a su sociedad de acogida.

La percepción más usual es que los migrantes son en su mayoría adultos jóvenes. De hecho, muchos migrantes internacionales son adultos jóvenes, pero en 2010 el 17% de ellas y ellos tenían 60 y más años (51). Esto significa que la estructura etaria de la población migrante está tan envejecida o más que la del país de acogida. Los estudios en varios países europeos han identificado ya un aumento tanto en el número como en la proporción de migrantes mayores (52).

La migración está teniendo una profunda repercusión en las estructuras familiares, las economías locales y las infraestructuras de servicios. Es evidente que la partida de hijos adultos puede dejar a los familiares más mayores con menos apoyo en sus últimos años de vida. Las madres y los padres que dejan atrás a sus hijos e hijas pueden fortalecer el rol social

de las abuelas y los abuelos cuidadores dentro de las familias y las comunidades, aunque debilitan el lazo filial entre los padres ausentes y sus hijos, que es importante para un apoyo futuro a esos padres y madres. Los miembros más mayores pueden migrar también para unirse a sus hijas e hijos adultos, desarraigándose de la cultura familiar y de la comunidad, comprometiendo su independencia y seguridad. La productividad económica de las comunidades con alta migración de adultos jóvenes decrece, haciendo vulnerable al comercio local y otros servicios.

En algunos países de ingresos altos, la proporción de personas mayores extranjeras es particularmente notable. En Australia en 2006, por ejemplo, el 20% de las personas de 65 años habían nacido en países de ultramar, predominantemente en países que no eran de habla inglesa (53). En Israel a finales de 2011, la gran mayoría de personas de 65 y más años (82%) eran inmigrantes de otros países, y un porcentaje significativo de ellos (25%) eran supervivientes del Holocausto (54).

La migración puede ser un acontecimiento perturbador (55) con implicaciones en el envejecimiento tanto a corto como a largo plazo. Muchos subgrupos de población sienten el impacto de la migración entre ellos se encuentran:

- Un gran número de migrantes mayores que han envejecido en un país extranjero (p. ej., trabajadores emigrantes jubilados de España, Italia, Grecia y Turquía, que emigraron a Alemania en los años 50 y 60).
- Aquellas y aquellos que emigraron a edades avanzadas en busca de una mejor calidad de vida (p. ej., ciudadanas y ciudadanos jubilados de Estados Unidos que se trasladan a México o Panamá, o europeos del Norte a países del Mediterráneo).
- Personas mayores que vuelven a su país de origen (p. ej., Grecia, Italia, España y Portugal), y que se encuentran con que ha

cambiado radicalmente desde que se marcharon convirtiéndose en extranjeros su país natal.

- Personas mayores que siguen a sus hijas e hijos adultos que emigraron a otro país (p. ej., los ancianos chinos que se desplazaron para reunirse con su familia en Australia o Canadá), o quienes se unen a su familia en ciudades dentro del mismo país.
- Personas mayores que necesitan escapar de conflictos o desastres naturales.

Existen numerosas evidencias de que la migración desencadena un complejo conjunto de desafíos tanto para las generaciones jóvenes como para las más mayores en el seno de las familias (56) y para las sociedades que se vuelven más heterogéneas cultural, social y económicamente (57). Entre los actuales esfuerzos para entender y dar respuesta a la diversidad transcultural y a los riesgos experimentados por los migrantes ancianos, hay que destacar el Congreso bienal *Ageing in a Foreign Land* de Australia Meridional o el Protocolo de investigación sobre políticas, bajo el mismo lema (58), desarrollado por la Academia de Medicina de Nueva York.

La revolución tecnológica. Los avances tecnológicos siempre han modificado la forma de vida y de trabajar de las personas a lo largo de la historia de la Humanidad, sin embargo, los cambios actuales son exponencialmente más rápidos e influyen más que nunca (59, 60). La extraordinaria evolución y difusión de las tecnologías de la información y de la comunicación ha facilitado la expansión de innovaciones en muchas otras áreas. De 2005 a 2011, el número de teléfonos móviles aumentó de 34 a 86 por cada 100 personas y el porcentaje de individuos que usan Internet se duplicó ampliamente, pasando del 16% al 33% (60). En menos de una década, Facebook ha crecido más de un billón de usuarias y usuarios activos, y solo en siete años Twitter ha registrado más de 500

millones de usuarias y usuarios (46). Los contactos sociales se crean y mantienen a pesar de las distancias geográficas o la reducida movilidad. Las redes personales se extienden en la actualidad a miles de personas en una amplia gama de dispositivos. Ahora es posible para un vasto número de personas socializar y trabajar de manera remota desde casi cualquier lugar.

Los grandes avances tecnológicos pueden desencadenar profundas transformaciones culturales. Según C. Pérez (61), la propagación de sistemas y productos de telecomunicaciones está transformando no sólo el mundo del trabajo y la comunicación social, sino también los principios organizacionales y gerenciales en los negocios y otras instituciones sociales. El capital humano permanece como el activo más valioso, en coherencia con lo cual se observa un creciente énfasis en el aprendizaje a lo largo de la vida, en todos los entornos laborales. El empoderamiento, la capacidad de adaptación y la colaboración caracterizan a los individuos más hábiles que pueden realizar múltiples tareas y participar mejor en la toma de decisiones institucionales en equipos de diferente índole. Otra de las consecuencias del cambio tecnológico es de carácter político: la rápida movilización de la opinión pública a través de las redes sociales ha adquirido un fuerte poder político.

La interacción con el entorno cercano, la movilidad personal, tanto como la salud y la independencia se basan en el desarrollo tecnológico. Cada vez se crean más dispositivos y sistemas para compensar el deterioro en el rendimiento sensorial, perceptivo o motriz, así como en el funcionamiento cognitivo, permitiendo que más individuos con limitaciones funcionales permanezcan independientes. Las innovaciones médicas siguen expandiendo su potencial en prevención, revisión, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones. Existen dispositivos para dar apoyo en el autocuidado y el cuidado domiciliario. La población que envejece es un

poderoso motor para la innovación tecnológica y, a su vez, la tecnología está cambiando el significado de vejez. Las oportunidades para una salud constante, independencia y participación están expandiéndose a todas las áreas de la vida. Sin embargo, el acceso a estas ventajas de la tecnología sigue siendo extremadamente desigual y los mayores obstáculos para un beneficio universal de las innovaciones tecnológicas son la toma de conciencia, la disponibilidad y la asequibilidad.

Cambio climático y del medio ambiente. La actividad humana se ha vuelto más global, más interconectada y comercialmente más intensa y, como resultado, el entorno natural está cambiando considerablemente (62). Las consecuencias de los cambios medioambientales y climáticos son cada vez más evidentes. A pesar de ser negado por algunos sectores, las temperaturas y el nivel del mar están subiendo, los patrones climáticos están cambiando y las condiciones climáticas extremas son más frecuentes (46). Los impactos del cambio climático en la salud y el bienestar son numerosos y van más allá de estresores directos como olas de calor u otros factores relacionados con el clima (62). La escasez de agua potable es cada vez más común, y las consiguientes fluctuaciones del precio de los bienes básicos, como la harina de trigo, tienen repercusiones globales. Los patrones de enfermedades infecciosas están cambiando, y algunas enfermedades que originalmente eran exclusivas de animales se están propagando (p. ej., el virus H1N1 o el virus del Nilo Occidental). Algunas enfermedades transmisibles, como el Dengue, están resurgiendo (63); aumentan los desplazamientos y conflictos por recursos limitados (64). Estas repercusiones son sufridas de manera desigual entre los países y dentro de ellos. Las personas pobres, excluidas, con menor nivel de formación o en condiciones de vulnerabilidad geográfica son las más afectadas, a pesar de ser los últimos responsables de estas situaciones. Las personas mayores tienen una sensibilidad especial ante las inestabilidades

medioambientales. Según el *Environment Institute* de Estocolmo, “las personas ancianas pueden ser física, financiera y emocionalmente menos resilientes” (65) ante los riesgos causados por el cambio climático; y las emergencias están sucediendo precisamente en los lugares donde la población anciana va en aumento.

La presencia de un gran número de personas mayores probablemente revelará patrones de consumo diferentes que, a su vez, inevitablemente tendrán su repercusión en el medioambiente. Las elecciones que hace el 20%-30% de la población (que serán los más ancianos en muchos países) van a ser importantes. Por ejemplo, las personas mayores con buen estado de salud, puede que conduzcan a menudo y durante un mayor número de años o hagan que los miembros de sus familias tengan que usar el coche con más frecuencia para trasladarlos a medida que se vuelvan dependientes (65). Por el contrario, una mayor demanda de una proximidad más amigable con la edad entre los hogares y los servicios, podría, de hecho, reducir la dependencia del vehículo (14). La presencia de una mayor cantidad de ciudadanas y ciudadanos mayores que padezcan los efectos nocivos de la contaminación del aire puede aumentar las presiones políticas para forzar medidas a favor del aire limpio (66). Las personas mayores pueden canalizar cambios positivos y ser protagonistas en la potencial solución a la degradación del medio ambiente. Mucha gente tiene prioridades diferentes en la vejez y muchas personas mayores son expertas en activismo, por lo que podrían actuar como fuertes defensores sociales y políticos para un mundo más verde. Las y los agricultores ancianos, por ejemplo, pueden tener conocimientos y experiencias ecológicas para contribuir a solucionar los problemas locales, así como prácticas de cultivo más sostenibles (67). Es evidente que la relación humana con el medio natural es precaria. Lo que aún debe revelarse es cómo las necesidades, demandas y el deseo de

dejar un legado de las personas mayores pueden influir en la definición de esa relación.

Conflictos armados. Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, los conflictos entre estados que han involucrado tanto a las fuerzas armadas como a combatientes y víctimas, han sido reemplazados por conflictos regionales, a menudo dentro del país, en los que los civiles son tanto combatientes como víctimas (68). Entre estas víctimas de la población civil, las personas mayores son particularmente vulnerables porque tienen menos capacidad para escapar de las consecuencias de la guerra debido a una disminución de su movilidad o a la velocidad que requiere una evacuación, por lo que quedan aislados y son objeto de violencia (69). Muchas y muchos de ellos viven en zonas de constante conflicto, como la franja de Gaza, son simplemente aterrorizados y a largo plazo acaban por desarrollar enfermedades mentales (70). Como en otras situaciones de emergencia humanitaria, las personas mayores pueden ser abandonadas, desposeídas de sus bienes, sin ser capaces de acceder a la asistencia, servicios sociales, cuidados, dispositivos básicos de asistencia o alguna forma de subsistencia (69). Los estudios sobre la guerra en el Líbano de 2006 muestran que las personas mayores a menudo eligen quedarse para proteger sus hogares (71), quedando aislados sin acceso a los cuidados sociales y de salud. Así mismo se descuida la evaluación de sus necesidades y no son tenidas en cuenta en los procesos de recuperación y reconstrucción (72). La necesidad inmediata más imperiosa en una situación de conflicto es la rehabilitación psicosocial para atender la pérdida de hogares y comunidades, como un primer paso para ganar una sensación de estabilidad, seguido del apoyo para la reedificación de las viviendas y los recuerdos perdidos (70). Es necesario que se garantice la plena inclusión de las personas mayores en todas las modalidades de asistencia, en los esfuerzos de reconstrucción y construcción de la paz, y las organizaciones

involucradas deben readecuar sus planes de acción en consonancia a estos planteamientos.

Transiciones epidemiológicas. Las décadas pasadas han sido testigos de una gran transformación en el perfil de las enfermedades que son las causas principales de discapacidad y mortalidad. Gracias a las mejoras en saneamiento, higiene, nutrición y terapias médicas, los riesgos de enfermedades infecciosas han disminuido considerablemente (73). Hoy en día, las enfermedades crónicas, no transmisibles, son la mayor causa de muerte y discapacidad, y sus tasas de incidencia están aumentando. Las principales enfermedades crónicas a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares (incluyendo el accidente cerebrovascular), cáncer, enfermedad pulmonar crónica y diabetes (Tabla 2) (74).

Tabla 2. Principales causas de muerte a nivel global, 1990 y 2013

1990	2013
Enfermedad cardiaca isquémica	Enfermedad cardiaca isquémica
Accidente cerebrovascular	Accidente cerebrovascular
Neumonía	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Enfermedad diarreica	Neumonía
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia
Tuberculosis	Cáncer de pulmón
Complicaciones neonatales pretérmino	Accidentes de tráfico
Accidentes de tráfico	VIH/sida
Cáncer de pulmón	Diabetes
Malaria	Tuberculosis

Fuente: Kassebaum et al., 2014 (75).

Esta transición epidemiológica es la consecuencia directa de la urbanización, el desarrollo económico y la globalización. Estos aspectos macro han incrementado los principales riesgos conocidos de enfermedades crónicas, incluyendo la inactividad física, consumo de alimentos no saludables, exposición a la contaminación del aire, el tabaco y el alcohol en exceso. El envejecimiento poblacional es un factor en sí mismo, dado que las personas viven el tiempo suficiente como para desarrollar una enfermedad crónica. Los comportamientos de riesgo para la salud tienen como consecuencia la aparición de enfermedades crónicas también en adultos jóvenes, aumentando el riesgo de padecer discapacidades severas en el futuro, y a

veces una muerte temprana. Los países menos desarrollados están sufriendo un aumento dramático de muertes por todas las enfermedades crónicas, mientras que las tasas de mortalidad permanecen constantes en los países más desarrollados (76). Según la OMS (77), las muertes por enfermedades crónicas aumentarán un 15% de manera global entre 2010 y 2020, pero los mayores incrementos, de alrededor del 20%, se producirán en África, el Mediterráneo Oriental y el Sudeste asiático. En los países menos desarrollados, el 29% de las muertes por enfermedades crónicas ocurrirán entre personas menores de 60 años, mientras que en los países más desarrollados esta cifra descende al 13% (77). La gran mayoría de personas mayores padece enfermedades crónicas y muchos son pluripatológicos. En Estados Unidos, el 92% de las personas de 65 y más años padece al menos una enfermedad crónica, y el 24% tiene tres patologías (78). Al mismo tiempo, muchas de estas personas mayores han experimentado una alta prevalencia de enfermedades infecciosas en etapas anteriores.

En todo caso, las enfermedades infecciosas no han desaparecido, y muchos de los países menos desarrollados están sufriendo una doble carga de enfermedades infecciosas y crónicas (79). En países como Guatemala, El Salvador, Kenia y la República Democrática del Congo, por ejemplo, el número de casos de enfermedades crónicas es elevado y aparece agregado a la ya alta prevalencia de enfermedades infecciosas, muchas de las cuales son más resistentes a los antibióticos (80). El riesgo de morir por una enfermedad infecciosa específica es más alto para personas mayores debido a que su debilitado sistema inmunológico los vuelve más vulnerables. Además, su capacidad de respuesta a los efectos protectores de la vacunación es menor. Las principales enfermedades infecciosas entre las personas mayores en los países menos desarrollados son: la malaria, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, tuberculosis y VIH/sida (81).

Pobreza y desigualdad. Según el análisis realizado en el *Human Development Index*, durante las últimas décadas, muchos países han experimentado aumentos significativos en el desarrollo humano cuando se utilizan cálculos que combinan ingresos, educación y salud (84). Los niveles de pobreza absoluta han disminuido. A nivel global, el 14,5% de la población de todas las edades era pobre en 2011 (85) —tomando como medida de pobreza el indicador de 1,25 \$/día del Banco Mundial—. Dos décadas antes, este porcentaje ascendía a más del doble (86). Las desigualdades en salud han disminuido si se miden por aumento de la esperanza de vida al nacer, y las desigualdades en educación no han cambiado (84).

Tabla 3. Diez países con la distribución más igualitaria de la riqueza

País	Índice Gini	Año de referencia
Ucrania	24,8	2010
Eslovenia	24,9	2011
Islandia	26,3	2010
República Checa	26,4	2011
Bielorrusia	26,5	2011
República Eslovaca	26,6	2011
Noruega	26,8	2010
Dinamarca	26,9	2010
Rumanía	27,3	2012
Finlandia	27,8	2010

Fuente: World Bank 2015 (87)

No obstante, existe una pobreza relativa severa y creciente, si se mide a través del análisis de las desigualdades en los ingresos. El Índice Gini mide la desigualdad de la distribución de la riqueza en un país en una escala de 0 a 100, donde 0 equivale a una igualdad perfecta y valores mayores el nivel en el cual se concentra la riqueza entre pocas personas. Las Tablas 3 y 4 muestran los 10 países más equitativos y los 10 con más desigualdad en términos de ingreso y gastos de consumo.

Tabla 4. Diez países con la distribución más desigual de la riqueza

País	Índice Gini	Año de referencia
Suazilandia	51,5	2010
Panamá	51,9	2012
Guatemala	52,4	2011
Brasil	52,7	2012
Colombia	53,5	2012
Lesoto	54,2	2010
Honduras	57,4	2011
Zambia	57,5	2010
Namibia	61,3	2010
Sudáfrica	65	2011

Fuente: World Bank 2015 (87)

Conforme al análisis que realiza Oxfam, siete de cada diez personas en el mundo viven en países donde las disparidades económicas han aumentado en las tres últimas décadas (88). Esto incluye a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) donde las desigualdades en el ingreso han sufrido un constante aumento desde la década de 1980 (89). En estos últimos países, el 10% más rico de la población ganaba 9,5 veces el ingreso de los más pobres en 2014, en comparación con las 7 veces en la década de los 80 (89). En los países en desarrollo, las desigualdades en el ingreso aumentaron un 11% en dos décadas (1990-2010). A nivel mundial, el quintil más rico de la población posee más del 70% del ingreso global, mientras que el 20% más pobre debe vivir sólo con el 2% (90).

La mitad más pobre de la población mundial —3,5 billones de personas— posee lo mismo que las 85 personas más ricas del mundo, que, por cierto, caben perfectamente en un autobús de dos pisos. (405)

Es importante seguir invirtiendo en salud para reducir las desigualdades persistentes entre naciones, entre mujeres y hombres, y entre grupos sociales, pero todavía hay un amplio espacio de intervención para reducir la desigualdad en los ámbitos de educación e ingresos. En algunas regiones se han observado importantes esfuerzos para reducir las desigualdades económicas. Varios países de América Latina —aun los que padecen más desigualdad en términos de ingresos— han visto progresos en alguna medida a través de la implantación de enfoques universales en políticas de financiación pública a las clases más

desfavorecidas y enfocadas a la protección de los trabajadores y trabajadoras.

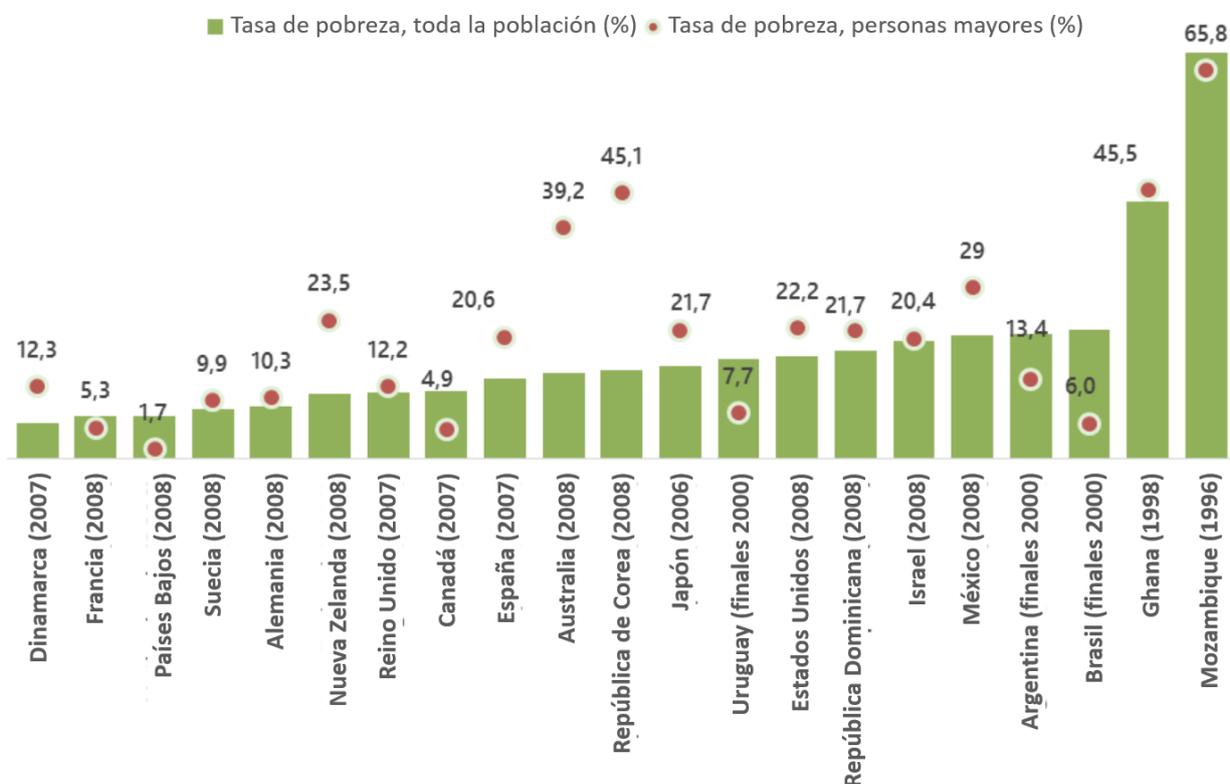
Con una inseguridad financiera que va en aumento, además de crecientes presiones del entorno, examinar y abordar las desigualdades se ha convertido en un asunto cada vez más importante. Según el Foro Económico Mundial, la profundización de las desigualdades en el ingreso es el primer tema en la lista entre los 10 asuntos más importantes que afronta el mundo en 2015 (91). Más aún, la OCDE muestra que la desigualdad en el ingreso dificulta el crecimiento económico, y recomienda aumentar la redistribución del ingreso para reducir las desigualdades y promover la prosperidad (89).

Como informa la ONU, las desigualdades económicas entre generaciones en términos de tasas de pobreza relativa, muestran un panorama contradictorio (Fig. 4) (25). En la mayoría de las regiones del mundo y a pesar de las amplias variaciones, la mayoría de los indicadores de pobreza son más elevados entre las personas mayores que en la población en general (25). En el África Subsahariana, las personas mayores son al menos tan pobres o incluso algo más que las otras generaciones. En algunos países de América Latina (Argentina, Uruguay y Brasil), la implementación de pensiones universales no contributivas a la vejez ha reducido la pobreza de las personas mayores a niveles significativamente menores a la tasa de la población general. Los países de la OCDE muestran una amplia diversidad de escenarios, pero en casi la mitad de ellos, hay una mayor cantidad de personas ancianas que son pobres que adultos más jóvenes —en especial personas de 75 y más años—. En algunos países, las personas mayores están mejor que los adultos jóvenes y familias con niños, cuyas tasas de

pobreza han aumentado*. En otros, los rápidos incrementos salariales a los trabajadores jóvenes han empobrecido comparativamente a las personas de más edad. Conseguir la máxima justicia social en el contexto de la revolución de la longevidad requiere de políticas que se adapten a las cambiantes condiciones económicas, dando apoyo de manera equitativa a todas las generaciones. Asegurar la seguridad

económica de las personas mayores es aún una prioridad política global, no sólo para su propio bienestar, aunque es el objetivo principal, sino también porque los ingresos recibidos por las personas mayores benefician a otras generaciones de la familia (92).

Figura 4. Tasa de pobreza de la población general y de las personas mayores por países



Fuente: UNDESA 2013 (25, tabla 5.3)

Evolución de los derechos humanos. La evolución y aplicación de los derechos humanos fundamentales evoluciona en paralelo a los cambios sociales. En este contexto ha habido

avances espectaculares en el siglo pasado y se prevén más en el futuro. Los siglos XX y XXI han sido marcados por los sucesivos reconocimientos de los derechos humanos de

* El negativo impacto que la crisis económica de 2008 ha tenido en el empleo y en el bienestar económico en los países más desarrollados ha sido mayor en las y

los trabajadores adultos jóvenes y de mediana edad que en las personas mayores (151).

subgrupos de población específicos formalizados mediante convenciones y declaraciones de la ONU. Basados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas de 1948, los Estados Miembros de la ONU han ido adoptando tratados adicionales para ofrecer una mayor protección legal a grupos considerados especialmente vulnerables. Se incorporaron las convenciones sobre los derechos de las mujeres (1979), niños (1989), trabajadores migrantes (1990), comunidades indígenas (2007) y personas con discapacidad (2008). Además de agregar marcos legales, con el paso del tiempo se constata que estos tratados internacionales han tenido un profundo efecto a lo largo del tiempo en aspectos como el cambio en actitudes discriminatorias, y en los comportamientos y las políticas públicas.

La revolución de la longevidad ha puesto el foco en la creciente población de personas mayores como el próximo grupo que requerirá una legislación específica para proteger y promover sus derechos con carácter inclusivo. Muchos instrumentos internacionales de derechos humanos expresan obligaciones en relación a la protección de los derechos humanos de las personas mayores*, pero son piezas fragmentadas. El *Vienna International Plan of Action on Ageing* (1982), el *UN Principles for Older Persons* (1991) y el *Madrid International Plan of Action on Ageing* (2002) son documentos internacionales que abordan de manera exhaustiva y específica los derechos de las personas mayores. Sin embargo, este tipo de acuerdos son calificados como “legislación blanda” y no son vinculantes legalmente para los gobiernos que se adhieren. Los Principios de Naciones Unidas para las personas mayores alientan a los gobiernos a incorporar los derechos a la independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad en los programas nacionales (17). El Plan de Madrid

articula un marco político exhaustivo y lúcido basado en la plenitud de las personas mayores como ciudadanas y ciudadanos de una sociedad que promueve la solidaridad intergeneracional: una sociedad para todas las edades. El único instrumento internacional de derechos humanos de “legislación dura” vinculante, que prohíbe explícitamente la discriminación por razones de edad, es el *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1990, pero no entró en vigor hasta 2003 cuando un número suficiente de países miembros ratificaron el acuerdo.

“Las ciudadanas y ciudadanos de cualquier parte del mundo deben envejecer con dignidad y seguridad, disfrutando de la vida a través de la plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.” (18)

La creciente visibilidad de las personas mayores, una mayor comprensión del potencial de la longevidad humana y la constatación de que el edadismo es generalizado (93), ha estimulado a organizaciones no gubernamentales dirigidas por la *Global Alliance for the Rights of Older Persons* y a algunos gobiernos importantes a liderar la creación de una convención de Naciones Unidas para los derechos humanos de las personas mayores. Los que se oponen, en su mayoría países más desarrollados, indican que el problema es de implementación más que de legislación (94). En respuesta, Naciones Unidas

* Aquí se incluye el *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, el *International Covenant on Civil and Political Rights*, el *Convention*

on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, y el *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

estableció un *Open-Ended Working Group on Ageing* en 2010 para considerar los marcos de trabajo actuales sobre los derechos de las personas mayores e identificar posibles brechas y la viabilidad de futuros instrumentos y medidas (95). El Consejo de Derechos Humanos de la ONU ha ido poniendo mayor interés en el tema de la discriminación por razón de edad, de manera que en 2013 se adoptó una resolución en la que se creó un nuevo cargo de Experto/a Independiente para el disfrute pleno de los derechos humanos de las personas mayores. La primera Experta Independiente, nombrada en 2014, está trabajando en la actualidad para aumentar la comprensión de los desafíos de los derechos humanos a los que se enfrentan las personas a edades avanzadas y cómo se puede promover y proteger mejor estos derechos (96). La Organización de Estados Americanos ha adoptado el Convenio Interamericano para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; así mismo, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de las Personas y el Comité Directivo para los Derechos Humanos del Consejo de Europa también están desarrollando de manera activa instrumentos a nivel regional.

Mientras avanza el tema de los derechos específicos de las personas mayores, también deben ser consideradas las repercusiones de los cada vez mayores avances globales sobre derechos humanos a lo largo del curso de vida. Es decir, al igual que la tecnología de la información se hace indispensable en casi todos los aspectos relacionados con la comunicación humana, ¿es el acceso a dicha tecnología un derecho universal para las personas de cualquier edad? En una economía globalizada con una gran movilidad de sus poblaciones, ¿deben ser priorizados los derechos y prerrogativas protegidos nacionalmente sobre los derechos humanos universales? ¿En qué momento se convierte el bien común, en términos de preservar condiciones vitales para la vida humana, en un principio que desbanca la libertad individual?



CAPÍTULO II

**REPENSANDO
EL CURSO DE VIDA**

CAPÍTULO II. REPENSANDO EL CURSO DE VIDA

Un curso de vida más complejo

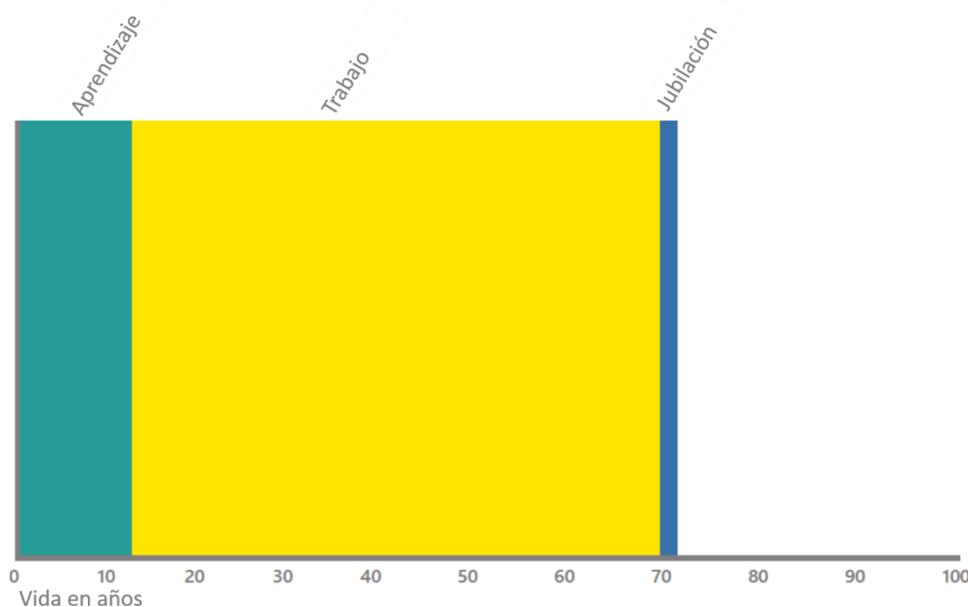
La forma en que los individuos emplean su tiempo y los roles que adoptan a lo largo del ciclo vital están profundamente marcados por las sociedades donde viven. La longevidad, junto con otras importantes tendencias, está reformulando el curso de vida por vías complejas y diversas. Al mismo tiempo, las vidas de las personas en países de ingresos bajos y las de ingresos altos divergen cada vez más.

En las sociedades preindustriales que aún hoy caracterizan a muchos países de bajos ingresos, es frecuente que las niñas y los niños asistan a la escuela sólo hasta la pubertad, y a continuación asuman rápidamente responsabilidades de adultos. La mayoría de estos niños trabajan en el mercado laboral informal, sin los beneficios sociales del empleo o del sistema de pensiones. Las mujeres pueden trabajar también fuera de casa, pero mantienen la mayor parte de las responsabilidades en el cuidado de los niños y de otros miembros de la familia, entre los que los más importantes son las y los ancianos dependientes. Tanto hombres como mujeres continúan desempeñando sus roles laborales mientras su capacidad mental y física se lo permite, contribuyendo así al sustento de la familia de la mejor manera posible.

La vejez está definida más por la incapacidad y la dependencia. A lo largo del siglo XX hasta la

actualidad, en las sociedades industrializadas, la vejez es el producto de una jubilación normalizada. El origen de este constructo social se remonta al sistema de pensiones de Bismarck introducido en 1889, que brindaba una pequeña pensión a los trabajadores de más de 70 años de edad —en el momento en que el promedio de la esperanza de vida para los hombres estaba aún por debajo de los 40 (97)—. La jubilación formal, introducida por varios gobiernos en el mundo, causó profundos cambios en cómo se percibía la vejez (98). Mientras la edad cronológica se convertía en el factor determinante para dejar la fuerza laboral, en oposición a la incapacidad, la vejez misma se asoció a la incapacidad, independientemente a la salud del individuo (98). Especialmente para los hombres, esto llevó a una “normativa cronológica estandarizada del curso de vida” (99). Este patrón acabó caracterizándose por un corto período de aprendizaje hasta el final de la adolescencia, un período amplio de tiempo de trabajo (en general con el mismo empresario), y un período de jubilación comúnmente corto, dado el bajo promedio de esperanza de vida (Fig. 5). Para las mujeres no empleadas en el mercado laboral, la “jubilación” era un evento menos formal, si es que llegaba a darse: su papel como cuidadora familiar disminuía cuando los hijos adultos dejaban el hogar, pero continuaban siendo responsables de las tareas domésticas.

Figura 5. Curso de vida en la Era Bismarck



Fuente: Adaptado de Kalache 2013 (21)

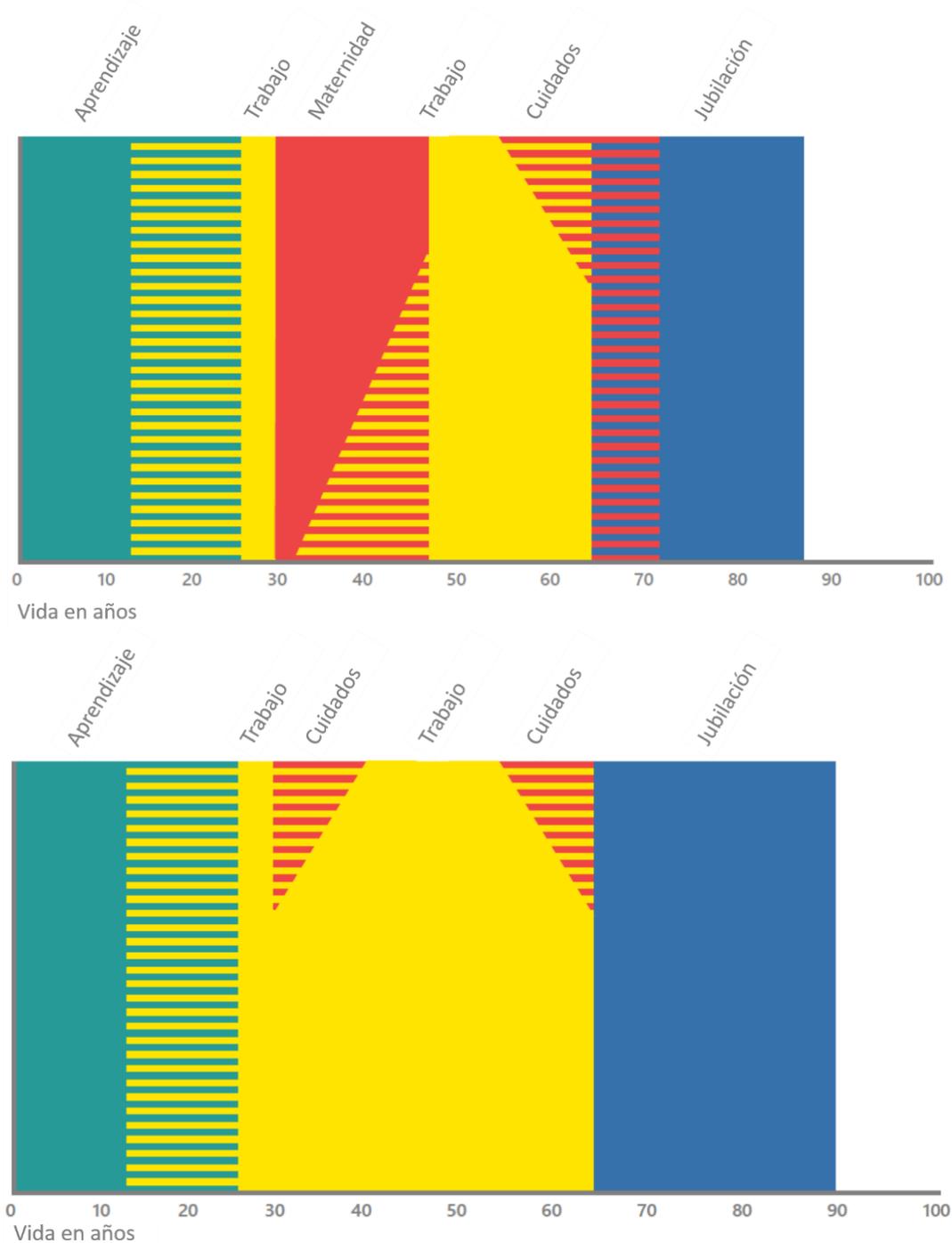
El curso de vida se dividió en tres fases distintas: preparación, actividad y jubilación (99), que sigue siendo muy común en las sociedades más desarrolladas, si bien el tiempo para la jubilación se ha ido incrementando cada vez más. A medida que la participación de la mujer en el mercado laboral ha ido aumentando, este modelo también se ha ido generalizando para ellas; a pesar de que su jubilación profesional rara vez va acompañada de una retirada de la gestión doméstica. El hecho de que las mujeres hayan asumido constantemente la mayor parte de la responsabilidad de la gestión familiar y del hogar, ha conllevado que tengan historias de carreras profesionales discontinuas, con periodos de permiso para el cuidado de los hijos y la familia más frecuentes o largos. Muchos países tienen una edad de jubilación legal más baja para las mujeres trabajadoras (100) con el fin de que se puedan retirar al mismo tiempo que sus esposos, que suelen ser más mayores. Con una vida laboral más corta pero una esperanza de vida mayor, es más probable que las mujeres tengan una vejez en condiciones de pobreza.

Mientras las normas de edad siguen persistiendo sobre el ciclo vital, hoy en día son más flexibles e imponen menos limitaciones. La combinación de una vida más larga y otros cambios sociales está transformando este curso de vida de tres etapas. La vida ahora se caracteriza por períodos de aprendizaje profesional más largos e intermitentes, lo que requiere una constante puesta al día de las habilidades y períodos de jubilación más largos (Fig. 6). La continua carrera en empleos de tiempo completo con un solo empresario, en especial para los hombres, es cada vez menos frecuente. En algunos países ya hay evidencias del fin de los empleos “para toda la vida” en las grandes compañías (99). Los roles de género son menos rígidos y algunos hombres pasan más tiempo criando a los hijos y compartiendo las tareas domésticas. En varios países algunos empresarios ya ofrecen permisos por paternidad en paralelo a los de maternidad. Aunque la edad actual de jubilación ha variado muy poco (99), la edad de jubilación obligatoria ha aumentado en algunos países (101) y ha sido abolida por completo en otros países como Reino Unido, Canadá, Australia y Estados Unidos (102). La transición a la jubilación es cada vez

más difusa. La jubilación misma se redefine por relacionarse cada vez más con períodos de trabajo continuo en las modalidades de trabajo autónomo, a tiempo parcial o ciclos de trabajo y descanso (103). La jubilación ya no se relaciona

con un tiempo de incapacidad, y más concretamente en los países desarrollados, está siendo percibida como un tiempo privilegiado para una renovación personal, para el ocio y la satisfacción vital.

Figura 6. Curso de vida de mujeres y hombres en la actualidad



Fuente: Adaptado de Kalache 2013 (21)

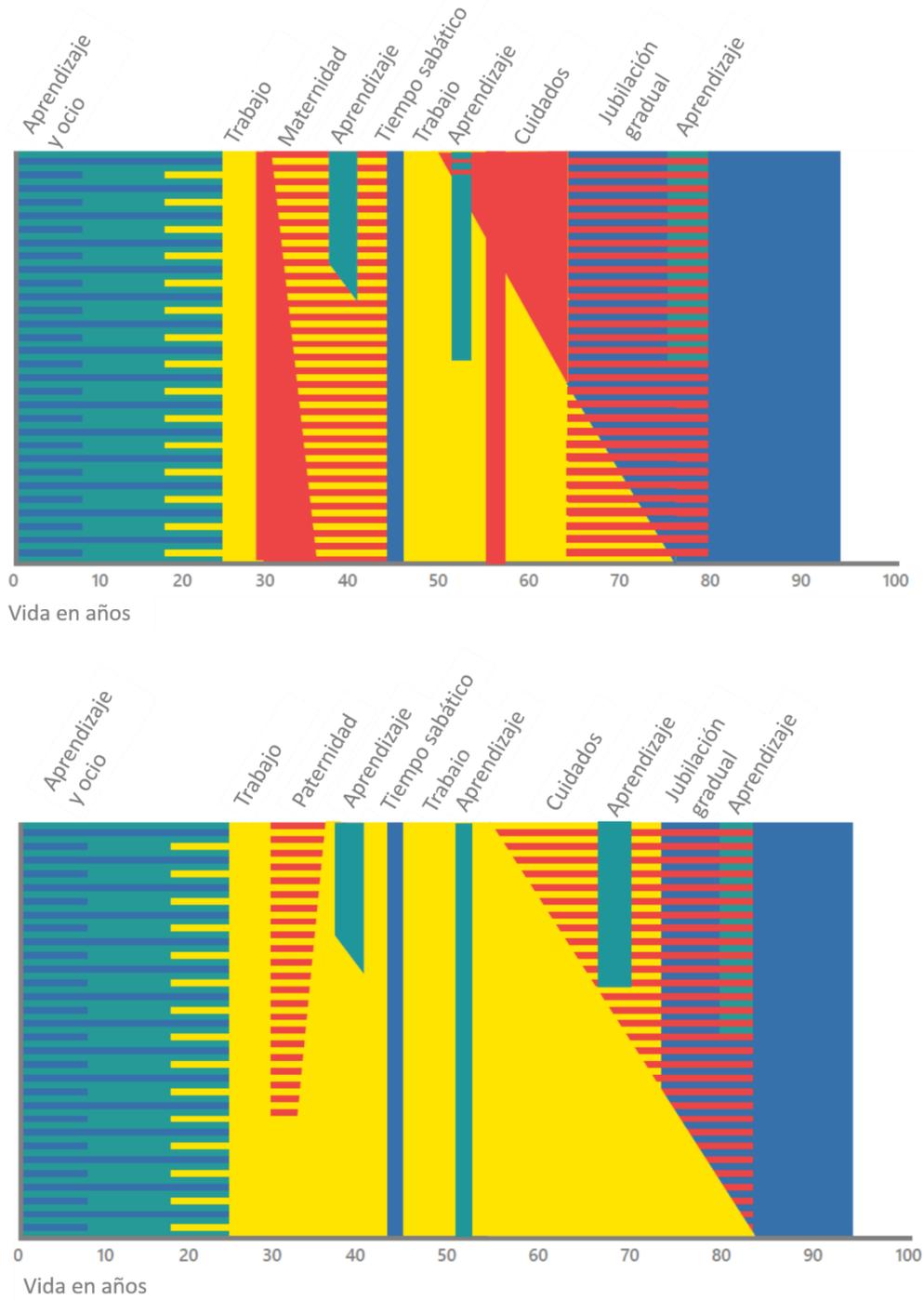
Quizás sean las jubilaciones las que, de manera sorprendente, hayan ganado más tiempo de ocio durante el último siglo (104). El tiempo libre también ha aumentado para otros grupos de edad, pero solo en unas pocas horas a la semana y los beneficios han sido desiguales. Los hombres lograron más tiempo libre que las mujeres (105), al igual que los trabajadores con menor nivel de formación en comparación con los trabajadores de nivel universitario (104). En los países más desarrollados, y quizás entre las élites profesionales de los países menos desarrollados, las políticas laborales se han adaptado más a los empleados altamente cualificados exigiendo más flexibilidad en la distribución de sus limitadas horas libres. Los ejemplos incluyen semanas de trabajo comprimido y períodos sabáticos sin sueldo.

Un curso de vida más largo, individualizado y flexible

A medida que avanza el siglo XXI y los ciclos vitales son cada vez más largos, todo el proceso se ve sacudido por una mayor complejidad de variables entremezcladas, a veces recurrentes, y los límites en el modelo de las tres etapas del curso de vida están cada vez más difuminadas (Fig. 7). El aprendizaje continuará predominando en las primeras décadas de la vida, pero probablemente no se detendrá. La formación a nivel profesional, cursos cortos y

diplomas para mantenerse al día con los cambios cada vez más rápidos en el conocimiento y la tecnología deberán acompañar a las personas a lo largo de toda su vida. El aprendizaje basado en el trabajo podría empezar antes. Compartir las tareas para la gestión de la familia y el hogar dentro de las relaciones seguirá siendo negociado (99). Algunas investigaciones en países más desarrollados predicen que se desarrollará un reparto más equitativo de las tareas en el hogar entre el hombre y la mujer (106). Es probable que continúe la tendencia de vidas laborales extensas, pero un mayor número de personas se retirarán de manera más gradual e individualizada (104). En vez de su concentración en la fase post jubilación, el tiempo de ocio podría estar distribuido más uniformemente a través de un curso de vida más flexible que está más en línea con necesidades y preferencias individuales. Con toda probabilidad, las vidas serán más variadas y dinámicas. Los individuos aprenderán, cuidarán, trabajarán y se tomarán tiempo para actividades recreativas a lo largo de sus vidas con mucha menos atención a su edad cronológica. Las instituciones deben adaptarse a los cambios culturales inherentes a la revolución de la longevidad, pero los individuos también deben prepararse para estos años de vida adicionales y más versátiles. La revolución de la longevidad tiene efectos retroactivos a través del curso de vida —más allá del mero hecho de afrontar una vejez más larga—.

Figura 7. Curso de vida de mujeres y hombres en el futuro



Fuente: Adaptada de Kalache 2013 (21)

“La vida se está transformando más en un maratón que en una prueba de velocidad. Necesitamos adaptar el paso para el largo recorrido.” (21)

Muchos de nuestros comportamientos individuales están directamente relacionados con nuestras expectativas sobre los años de vida que nos quedan. Decisiones relacionadas con nuestras inversiones en capital humano, ahorros y consumo (107), nuestro comportamiento con respecto a la salud y la planificación de la jubilación (108) están influenciados por la percepción del tiempo que nos queda por vivir, como también lo serán nuestras elecciones con respecto a relaciones sociales (109). Subestimar la longitud de nuestros últimos años de vida puede dar lugar a una planificación insuficiente (108).

El aumento en la esperanza de vida, junto con otras tendencias demográficas y sociales, está cambiando las estructuras familiares y las relaciones intergeneracionales. Más generaciones, pero menos representantes de cada una, están presentes y enlazadas de manera simultánea en la sociedad. Mientras que los límites de las etapas del curso de vida se vuelven más porosos y variables, el contraste entre los grupos de edad estará menos marcado que en el pasado. Los adultos jóvenes y los de más edad irán a las mismas clases de la universidad y de formación profesional. Los empleados de diferentes edades ocuparán puestos tanto junior como senior. Con más flexibilidad en el reparto del tiempo libre y del trabajo remunerado, más adultos de todas las edades estarán mutuamente comprometidos en actividades de ocio y voluntarias no remuneradas, tan vitales para el capital social. Las significativas interacciones personales regulares con gente de diferentes edades comenzarán a romper estereotipos

edadistas que se retroalimentan por la restricción del contacto (110). Con una transición más fluida entre el trabajo remunerado y la jubilación y un estado de buena salud más prolongado, la política de bienestar social se alejará del enfoque de beneficios arbitrarios relacionados con la edad y se orientará hacia programas que den respuesta a las necesidades críticas de salud y sociales a lo largo del curso de vida. Las transferencias de riqueza entre generaciones beneficiarán a los nietos, nietas, bisnietos y bisnietas, tanto como a la menor cantidad de herederas y herederos directos, quienes probablemente ya estén mejor posicionados en el momento en que fallezcan sus madres y padres (106). Una vida más larga, más saludable y los cambiantes modelos del curso de vida están redefiniendo los roles y la imagen de las personas mayores en muchos países. Al mismo tiempo, hay que tener siempre en cuenta que esta “nueva era de la vejez” en continua evolución no es aplicable a la mayoría de las personas que viven en las regiones menos desarrolladas, cuyas vidas permanecen mucho más restringidas al trabajo y a los cuidados.

Los gerontolescentes están cambiando la sociedad, de nuevo

Durante los tiempos del *boom* económico que siguió a la Segunda Guerra Mundial en los países con ingresos altos, las personas jóvenes adquirieron el nuevo lujo de permanecer más tiempo en la educación previa a su ingreso en el mercado laboral. Mientras esta práctica se hizo más común, el término “adolescente”, usado por primera vez hacia finales del siglo XIX (111), se utilizó para describir esta nueva fase de transición de cuatro o cinco años entre la niñez y la edad adulta. A medida que la revolución de la longevidad se acelera, se está forjando una fase de transición actual delineada más por indicadores funcionales que por la edad

cronológica. Muchos observadores la consideran como una etapa del desarrollo humano única y sin precedentes. Ha sido apodada alternativamente por algunos como “mediana edad tardía”, en referencia a su continuidad con la salud y las actividades de los años de los adultos de mediana edad, y como los años de “repetición” para mostrar las segundas oportunidades y los nuevos rumbos en relación a compromisos significativos. También se etiquetó como “gerontolescencia” (21) para recordar que la numerosa generación del *babyboom*, que la define en la actualidad, es también la misma cohorte que creó y definió la construcción social de “adolescencia”. Esta generación presenta características que la diferencian: están mejor formados que cualquier otra generación que los antecedió, y hay un espíritu de activismo y rebeldía en su núcleo. Es una generación que ha combatido contra el racismo, la homofobia y el autoritarismo político, y que luchó por los derechos de las mujeres, el empoderamiento de la ciudadanía y la libertad sexual. Se trata de una generación que está cómoda demandando ser escuchada (21), y que está reinventando la manera en que se vive y se considera la vejez. El envejecimiento está siendo considerado cada vez más como un proceso individual con múltiples oportunidades para el desarrollo personal y para una continua juventud; por ejemplo, a través de los autocuidados, tratamientos estéticos, productos y servicios (112). Los gerontolescentes están liderando la tendencia de “no retiro” que está cambiando la forma en que pensamos sobre el trabajo y la jubilación (113).

Un ejemplo de este enfoque transformador del envejecimiento es el *Pass It On Network* (114), que actúa como foro para un intercambio global en aras de facilitar que las personas mayores proactivas contribuyan de forma creativa para sí mismas, para los demás y sus comunidades.

“Nunca antes hemos visto un grupo de personas que se acercan a los 65 años que estén tan bien informadas, con este nivel de bienestar, con tan buena salud, y con una historia de activismo tan fuerte. Con un legado como éste, es inimaginable que esta generación experimente la vejez como lo hicieron las anteriores.”
(21)

Las cambiantes estructuras familiares crean nuevas oportunidades y nuevos retos

Con vidas más largas y menos hijos, es más común que las familias sean multigeneracionales hoy en día. Es más probable que una importante cantidad de niños y niñas tengan más oportunidades para contactarse y apoyo de los miembros de la familia más viejos, quienes, a su vez, pueden ayudar a reducir estereotipos. Sin embargo, la presencia de menos niñas y niños, combinado con otras transformaciones dentro de la estructura familiar, está amenazando con reducir el apoyo que las personas mayores pueden esperar recibir de las generaciones más jóvenes (115). Bien como una cuestión de elección de estilo de vida o bien por el divorcio o muerte del compañero o compañera, cada vez más parejas no tienen descendencia y más personas viven solas. Una gran cantidad de personas tendrán más de una pareja conyugal a lo largo de sus vidas, y más niños crecerán con madres o padres solteros, o con madrastras, padrastros o hermanastras, hermanastros. Los hijos e hijas de familias separadas o reconstituidas pueden ser menos proclives a

brindar cuidados si los lazos familiares están más diluidos o divididos. Una mayor movilidad geográfica, y una elevada participación de la mujer en el mercado laboral, también reducen la posibilidad de que los hijos adultos estén dispuestos a brindar cuidados a los miembros ancianos de la familia. Este fenómeno de “insuficiencia familiar” puede ser observado en todas las regiones.

“¿Es la familia moderna capaz o está dispuesta a continuar con las responsabilidades del cuidado?”
(21)

Forzando los lazos de la longevidad: calidad de vida hasta el final

Las personas de 80 y más años también son más longevas, conforman el grupo más diverso de individuos de cualquier edad, tanto física como mentalmente (116), presentando una gran heterogeneidad por los eventos de su vida, los diferentes contextos y las elecciones personales. En general, cerca de un tercio de este grupo de edad continúa disfrutando de altos niveles de funcionalidad física y mental, otro tercio tiene un significativo grado de discapacidad, pero puede funcionar con el apoyo de la comunidad, y el tercio restante experimenta discapacidad y dependencia severas (116).

Los individuos que mantienen un buen funcionamiento a edades avanzadas son ejemplo del potencial continuado para la salud y el bienestar. Estas personas tienen mucho que enseñarnos acerca de condiciones, comportamientos y actitudes que sostienen la vitalidad en la vejez (117, 118). En los países de ingresos altos aumenta el número de personas que viven más tiempo con mejor salud, con un

período más corto de discapacidad y declive hacia el final de sus vidas (29), aunque este beneficio no es compartido de manera igualitaria por aquellas personas que viven en la pobreza y la exclusión social en esos mismos países.

Inevitablemente ocurren algunas pérdidas debidas a la edad, aparte de que son más comunes las enfermedades crónicas múltiples. Algunas personas tienen menos movilidad y dependen más de otras para que les den apoyo, precisamente en el momento en que sus redes familiares y de amigos son más limitadas (116).

Los hombres en general pueden contar con sus esposas para darles cuidados hacia el final de su vida. Las mujeres viven más tiempo con discapacidad y es más probable que vivan solas durante sus últimos años recibiendo el cuidado de cualquier hija o hijo adulto disponible u de otro familiar o amigo/a. Aunque en muchos países de ingresos altos, hay disponibilidad de un cuidado formal público de larga duración, puede que no sea suficiente para asegurar la calidad de vida. En muchos países menos desarrollados, las personas mayores y sus familias tienen, en caso de tenerlos, pocos recursos públicos de cuidados de larga duración a los que acceder. En todas las regiones, muy pocos individuos y sus familias son conscientes de la necesidad de planificar con vistas a una eventual dependencia.

La creciente presencia de las personas muy ancianas confronta los actuales paradigmas acerca del significado de la vida, de los entornos vitales, la responsabilidad en los cuidados y la calidad de vida. Las personas mayores resilientes que se enfrentan con discapacidades y las sobrellevan con dignidad son testigos de la fuerza del espíritu humano al afrontar la adversidad (119).

Aquellas y aquellos que, a pesar de sus debilidades, continúan encontrando significado y placer en sus vidas revelan la capacidad de la

trascendencia humana y son la mayor fuente de inspiración. Otros y otras, que puede que sean completamente dependientes y sin posibilidad de expresarse, también son personas singulares, que han vivido una vida única y significativa. En una sociedad atrapada en los “quehaceres” humanos, las personas muy ancianas son “seres” humanos que recurren a nosotros para reconocer y promover la expresión de su identidad, su individualidad, y, sobre todo, sus inalienables derechos humanos. Esta etapa de la vida, debe ser abarcada también de manera inequívoca dentro de la visión del envejecimiento activo.

Los fallecimientos se concentran más en la vejez: entre 2005 y 2010, más de la mitad (55%) de las muertes ocurren después de los 60 años, alcanzando la mayor proporción (85%) en las regiones más desarrolladas (120). La eventualidad de la muerte es más esperada en la vejez. Poniéndolo en términos de la mortalidad propia y de los otros es una tarea existencial para la cual las personas mayores son nuestros primeros maestros.

Progresivamente, la idea de una “buena muerte” comienza a significar que la calidad de vida se ha mantenido hasta el último aliento de la persona. El morir libre de dolor y sufrimiento emocional y en el conocimiento de que se es valorada/o por otras personas significativas en nuestras vidas, también está incluida en la visión del envejecimiento activo.



El australiano Frank Kelly fue padre de seis hijos, fisioterapeuta, nombrado mayor colaborador comunitario, aficionado a los bailes de salón y veterano de las fuerzas aéreas. A lo largo de su vida, siempre pensó que era un hombre afortunado, incluso en sus difíciles días finales con demencia. Pasados los 70 años, Frank asistió a muchos funerales de amigos y conocidos y reflexionó abiertamente con su familia sobre la finalidad de la vida.

“Me encuentro en el momento en que me toca acercarme a la muerte y vosotros tenéis que comprenderlo.”



CAPÍTULO III

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO.
FOMENTANDO LA
RESILIENCIA A LO LARGO
DEL CURSO DE VIDA**

CAPÍTULO III. ENVEJECIMIENTO ACTIVO. FOMENTANDO LA RESILIENCIA A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

¿Qué quieres para ti mismo mientras vas envejeciendo? ¿Cómo te gustaría experimentar el envejecimiento? ¿Dónde te gustaría vivir? ¿Qué te gustaría estar haciendo? Las respuestas a estas preguntas involucran, casi de forma universal, a personas a las que les gustaría envejecer con buena salud, con la comodidad de un hogar familiar, pasando tiempo con amigos, la familia y disfrutando de la vida.” (21)

Definición y principios

El concepto de la OMS de Envejecimiento Activo capta esta visión positiva y holística del envejecimiento y la refuerza como una aspiración individual y como una meta política; y se aplica igualmente a individuos que a sociedades. La formulación inicial identificó la salud, participación y seguridad como los componentes fundamentales del envejecimiento activo. Este concepto fue redefinido de manera más amplia (21), agregando el aprendizaje a lo largo de la vida como el cuarto componente, promulgado en la Conferencia Internacional sobre Envejecimiento Activo en Sevilla en 2010 y que tuvo su reflejo en las directrices políticas para la Comunidad Autónoma española de Andalucía (121).

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.

Los individuos que envejecen activamente aprovechan cualquier ocasión a lo largo de sus vidas para adquirir y mantener la salud, ocupaciones significativas, relaciones sociales, nuevas habilidades, conocimiento y necesidades materiales. A nivel personal, estos son recursos, o tipos de “capital”, que cuando son acumulados a través del curso de vida se transforman en las bases para un bienestar físico, mental, y social en cualquier momento de la vida. Cuanto antes empiece esta acumulación de capitales vitales para la salud, generación de ingresos, redes sociales y conocimientos, tanto mejor (122). Todas estas piezas son interdependientes y se refuerzan mutuamente. La salud es reconocida universalmente como requisito indispensable para la calidad de vida. La capacidad de participar en todas las esferas de la actividad — trabajo, juego, amor, amistad, cultura— depende en gran medida de la salud física y mental. A su vez, la participación contribuye a la salud de manera positiva. El aprendizaje es un recurso renovable que mejora la capacidad de permanecer saludable, y de adquirir y actualizar conocimientos y habilidades que permitan mantener las capacidades y asegurar mejor la seguridad personal. Cuanto más saludable y con más conocimientos se encuentre una persona en cualquier momento de su vida, mayores son sus posibilidades de participación plena en la sociedad. La salud y el conocimiento son, por lo tanto, factores clave para el empoderamiento y

la participación en la sociedad. Contar con todos los recursos materiales básicos y servicios necesarios para la salud y sentirse seguros ante amenazas externas, son prerequisites para el bienestar a cualquier edad, pero son especialmente pertinentes en algunos momentos de la vida, como por ejemplo durante períodos de crisis de salud, desempleo o a edades muy avanzadas). La seguridad, el cuarto componente del envejecimiento activo, brinda la percepción de estar protegido en un sentido amplio: ante la negligencia, la pobreza extrema, el abandono y la falta de cuidados cuando sean necesarios. El envejecimiento activo es un proceso continuo, una inversión en la vida que abarca una vida completa. Cuanto antes se empiezan a optimizar las oportunidades para la salud, aprendizaje a lo largo de la vida, participación y seguridad, más oportunidad habrá de disfrutar una vejez con calidad de vida.

El envejecimiento activo puede enmarcarse en la actual perspectiva teórica de resiliencia, definida como tener acceso a las reservas necesarias para adaptarse, superar o crecer desde los desafíos con los que el individuo se encuentra en la vida (123). La salud, el compromiso, las redes de trabajo, seguridad material, y conocimientos y habilidades constituyen las reservas para una adaptación exitosa y crecimiento personal, que apunta al bienestar y calidad de vida. Construyendo las reservas para la resiliencia, se descubre que el envejecimiento activo depende de varios factores parcialmente individuales, que a su vez son el reflejo del entorno y del contexto social en el que la persona vive y envejece. Una sociedad auténticamente resiliente promueve el desarrollo de una verdadera resiliencia individual a lo largo de la vida, como base del envejecimiento activo.

Desde la perspectiva de políticas públicas, los componentes de salud, aprendizaje continuo a lo largo de la vida, participación y seguridad son pilares políticos, o áreas clave para la acción estratégica. El envejecimiento activo ofrece un marco de trabajo amplio e integrador para todas

las instituciones sociales para apoyar y permitir que las personas aprovechen las oportunidades de la vida para lograr el bienestar en la madurez tardía. Las instituciones que colaboran con el envejecimiento activo incluyen todos los niveles del gobierno y todos los sectores de políticas gubernamentales, así como la sociedad civil y el sector privado.

Un marco de trabajo político de envejecimiento activo presupone una serie de principios para guiar la acción política. Los principios que se describen a continuación representan una síntesis de aquellos detallados por la OMS (1) y otros (124-127), para cuyos autores el envejecimiento activo es un fructífero constructo para la puesta en marcha de acciones políticas multisectoriales:

1. La actividad **no está restringida a la actividad física o la participación en el mercado laboral**. Ser “activo” también incluye un compromiso significativo en la vida familiar, social, cultural y espiritual, así como el voluntariado e intereses cívicos.
2. El envejecimiento activo es **válido para personas de todas las edades**, incluyendo personas mayores que son frágiles, discapacitadas y con necesidad de cuidados, tanto como a personas mayores que están en buen estado de salud y tienen todavía un alto rendimiento.
3. Las **metas del envejecimiento activo** son preventivas, restauradoras y paliativas, tienen en cuenta las necesidades, a través de todas las áreas de la capacidad individual y de los recursos. Asegurar la calidad de vida de las personas que no pueden recuperar la salud ni la funcionalidad es tan importante como prolongarlas.
4. El envejecimiento activo promueve la **autonomía e independencia personales**

tanto como la **interdependencia**, el dar y recibir mutuamente entre los individuos.

5. El envejecimiento activo **promueve la solidaridad intergeneracional**, equidad significativa en la distribución de los recursos a través de los grupos de edad. También alienta el interés para el bienestar a largo plazo de cada generación y de oportunidades para el encuentro y apoyo entre generaciones.
6. El envejecimiento activo combina acciones políticas de **arriba hacia abajo** para posibilitar y apoyar la salud, la participación, el aprendizaje continuo a lo largo de la vida, y la seguridad, junto con oportunidades de participación de **abajo hacia arriba**: protagonismo, empoderar a la ciudadanía para que hagan sus propias elecciones tanto como dar forma a las directivas políticas.
7. El envejecimiento activo está **basado en derechos** más que en las necesidades, reconocer el derecho de las personas a la igualdad de oportunidades y trato en todos los aspectos de la vida a medida que se desarrollan, maduran y se hacen mayores. Respetar la diversidad y complementa todas las convenciones sobre derechos humanos, principios y acuerdos promulgados por Naciones Unidas, con particular interés en los derechos de las personas que padecen la injusticia y la exclusión durante su vida. Reconoce especialmente los derechos humanos de las personas mayores y los Principios de Naciones Unidas para la Personas Mayores de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización.

“El acceso a la ciudadanía se transforma en limitado si la fragilidad, la enfermedad, la discapacidad o el aislamiento reducen la capacidad de una persona para el pleno ejercicio de sus derechos en la toma de decisiones.” (21)

Un enfoque integral a las políticas basado en los derechos dará lugar a servicios y estructuras que empoderarán a las personas mayores. Tendrá como resultado “un desarrollo más inclusivo, equitativo y sostenible” (128).

8. El envejecimiento activo promueve de manera simultánea una **responsabilidad individual** para aceptar las oportunidades que son posibles gracias a los derechos que son reconocidos. No obstante, hay que tener presente el importante requisito de no culpar a los individuos que han sido sistemáticamente excluidos de la sociedad y que han perdido oportunidades a lo largo de la vida para hacer elecciones más saludables, para el aprendizaje continuo, la participación, etc.

“Una estrategia moderna, efectiva para el envejecimiento activo estará basada en la colaboración entre la ciudadanía y la sociedad. En esta colaboración, el papel del Estado es para posibilitar, facilitar y motivar a los ciudadanos y a las ciudadanas, y, cuando sea necesario, para brindar protección social de alta calidad tanto tiempo como sea posible.” (125)

Pilar 1. Salud

El envejecimiento activo adopta el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones y reducir las desigualdades en salud para facilitar el logro del más completo potencial de salud a lo largo del ciclo vital. Esta visión de la salud está firmemente enraizada en la concepción y estrategias para la salud delineadas a lo largo de décadas por la OMS y contempladas universalmente como normativa. La salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (129). Es un recurso para la vida diaria. Es una “importante dimensión de la calidad de vida que debe ser lograda no solamente por los servicios de salud, sino también asegurando la seguridad y aprendizaje” a través de “paz, techo, educación, alimento, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad” (16). Como acción urgente para promover la salud, la Carta de Bangkok sobre Promoción de la Salud urge, entre otras cosas, a la defensa basada en los derechos humanos y la

solidaridad, la inversión en los determinantes de la salud, prácticas reguladas para asegurar un alto nivel de protección ante el daño y el desarrollo de conocimientos sobre la salud como una capacidad esencial (130).

La salud es una inversión que paga dividendos a lo largo de toda la vida. Cuanto más temprano se cultiva la buena salud en la vida, más largas y fuertes son las recompensas, evidenciándose en la ausencia de enfermedad y una mayor funcionalidad. Hay evidencias convincentes de que factores en la niñez y adolescencia tienen los mayores impactos acumulados en la salud apareciendo más adelante (131). Las personas mayores que mantienen mejor salud funcional en sus años de vejez son también personas que han tenido hábitos saludables en la mediana edad (132). Es más, hay plenas evidencias acerca de los beneficios que acompañan los estilos de vida más saludables, incluso a edades muy avanzadas (133), confirmando el dicho de que “nunca es demasiado tarde”.

La importancia de la salud mental y social para el envejecimiento activo es pasada muchas veces por alto. La salud mental positiva es una característica consistente de personas con alta funcionalidad de todas las edades. Se muestra en diferentes atributos distintivos, incluyendo la autoestima, una mirada positiva sobre la vida, relaciones personales satisfactorias y la habilidad de lidiar bien con el estrés (134, 135). La salud física y la salud mental se influyen entre sí, tanto positiva como negativamente. Mientras que prevenir la enfermedad y discapacidad es la primera línea de acción, el tratamiento, apoyo y cuidado son acompañantes necesarios para la rehabilitación y la preservación de la calidad de vida.

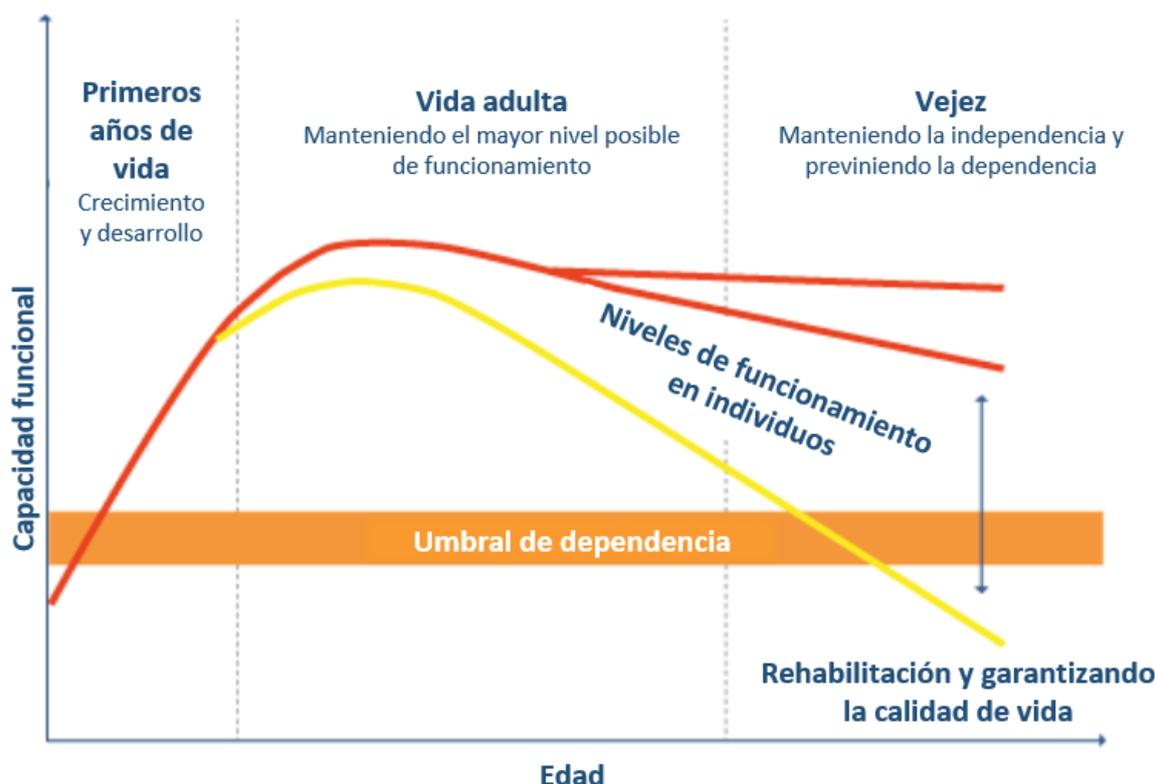
Los cambios psicológicos y funcionales, junto con el impacto de factores externos a lo largo del tiempo, puede llevar eventualmente a una mayor o menor discapacidad. Los cuidados apropiados y oportunos que minimizan las pérdidas futuras, beneficia tanto a los individuos

y las familias como a la sociedad en general (136).

Un enfoque del curso de vida. Kalache y Kickbusch (137) y la OMS (1), han representado gráficamente el envejecimiento activo a lo largo

del ciclo vital poniendo el foco en la salud funcional, que Kalache (21) perfeccionó posteriormente para incorporar el papel de la promoción y rehabilitación para el envejecimiento activo en la madurez tardía (Fig. 8).

Figura 8. Enfoque del curso de vida en relación al envejecimiento activo.



Fuente: Adaptado de Kalache y Kickbusch 1997 (138) y OMS 2002 (1)

Capacidad funcional a lo largo del curso de vida. La Figura 8 representa la trayectoria de la capacidad funcional física a lo largo del curso de vida desde el nacimiento. La capacidad funcional aumenta hasta su máximo nivel en la juventud. Este es un punto en que la fuerza muscular y capacidad pulmonar y cardíaca en un individuo están al máximo nivel de rendimiento óptimo. Después de este punto, la capacidad funcional

inevitablemente va a decrecer. La tasa de declive está claramente influenciada por la edad, pero, en mayor medida, es impactado por el estilo de vida y variables externas, incluyendo el acceso a servicios de salud, los cuales son modificables. Si la predominancia de estas condiciones personales y externas es favorable, la tasa de declive será muy gradual y la persona continuará pudiendo desarrollar las actividades necesarias

de la vida bien entrada la vejez. Este ideal de capacidad funcional fuerte y sostenida nos lleva a una “acumulación de la morbilidad” (139), en la cual el eventual declive y discapacidad se diluye en un muy corto período de tiempo inmediatamente anterior a la muerte. Una vida larga e independiente con buena salud es la conclusión ideal del modelo de envejecimiento activo (ver Figura 11 para posibles trayectorias del final de la vida). Los recientes análisis sobre las tendencias en morbilidad poblacional en Estados Unidos y otros países de ingresos altos (140), sugieren que la acumulación de la morbilidad se está produciendo realmente. Otros estudios, sin embargo, indican que esta ganancia en expectativas de salud en países de ingresos altos está amenazada por hechos tales como el aumento de la vida sedentaria, la sobrenutrición y el sobrepeso, que conllevan altas tasas de obesidad, síndrome metabólico y diabetes. Sin embargo, se debe tomar nota de que la acumulación de la morbilidad no es en absoluto la experiencia de la vasta mayoría de las personas que viven en los países menos desarrollados (81).

Las personas que crecen pobres, desnutridos o en vecindarios humildes y violentos con pocas oportunidades para la educación no alcanzarán la capacidad funcional óptima. Su capacidad funcional declinará rápidamente durante una vida caracterizada por trabajos con bajos salarios o desempleo, circunstancias de vida estresantes y pocas opciones de salud. Estos individuos tenderán a desarrollar enfermedades crónicas en la mediana edad y se transformarán en discapacitados antes de alcanzar la madurez tardía. Ante la ausencia de rehabilitación y cuidado, estarán progresivamente más enfermos, más discapacitados y con riesgos excesivos, hasta que mueren, prematuramente, siguiendo la línea amarilla de la Figura 8.

El umbral de la discapacidad. El umbral de la discapacidad es el nivel de barreras en el entorno que transforma un deterioro funcional (como la disminución de la visión, o una rodilla

dura con osteoartritis) en una dependencia o discapacidad. Un umbral alto aumenta la dependencia. Diseños urbanos pobres, transporte público inadecuado, información de difícil acceso, barreras arquitectónicas, la carencia de apoyo social o barreras económicas son todos motivos que contribuyen a este umbral elevado. Bajar el umbral reduciendo barreras (por ejemplo, mejorando la iluminación y señalización, fomentando la inclusión social y garantizando la seguridad económica) libera a las personas con discapacidad para continuar con su funcionalidad. Las intervenciones que ayudan a los individuos a mantener una buena funcionalidad, prevenir y controlar la enfermedad y revertir o retrasar el declive, tanto como implementar planificaciones y diseños amigables con las personas mayores, son todos importantes para disminuir el umbral de la dependencia. Ésta es la razón por la cual en el gráfico de capacidad funcional, el umbral no es una línea sino una barra, significando que puede caer dentro de un rango; en otras palabras, dos personas diferentes con la misma condición física pueden llevar una vida independiente en un entorno propicio o acabar inevitablemente con discapacidad en uno que les sea adverso.

Pilar 2. Aprendizaje continuo a lo largo de la vida

La globalización y la expansión de la rápidamente cambiante economía del conocimiento significa que la información es el producto más valioso (141), y el acceso a la información es una clave vital para el envejecimiento activo. El aprendizaje a lo largo de la vida es importante no solo para la empleabilidad sino también para reforzar el bienestar. Es un pilar que da apoyo a otros pilares del envejecimiento activo. Nos equipa para mantenernos saludables, y permanecer competentes y comprometidos en la sociedad. Por lo tanto, empodera y da mayores garantías a la seguridad personal. A nivel de la sociedad, las

personas en todos los ámbitos de la vida y en todas las edades, que están informadas y están en posesión de habilidades contribuyen a la competitividad económica, empleo, protección social sostenible y participación ciudadana. El facilitar la prosperidad general, el aprendizaje a lo largo de la vida contribuye significativamente a la solidaridad entre generaciones. La OCDE considera el aprendizaje continuo como uno de los componentes más importantes del capital humano en un mundo que envejece (142).

El aprendizaje en un contexto formal, donde el conocimiento se adquiere de manera estructurada con el objetivo de obtener un título reconocido o un diploma, está concentrado tradicionalmente en las etapas tempranas de la vida. Sin embargo, su demanda está aumentando durante la madurez por razones de especialización profesional, cambio de carrera o simplemente por enriquecimiento personal. Mucho del desarrollo de habilidades adicionales tiene lugar en ámbitos no formales, a través de actividades planificadas como talleres, cursos cortos y seminarios. Finalmente, el aprendizaje informal, o por medio de la práctica, se lleva a cabo en la vida diaria a todas las edades, el hogar, en el lugar de trabajo y en actividades de ocio.

Las necesidades de aprendizaje son múltiples y constantes a lo largo del ciclo vital. A la par de la escolaridad formal y las habilidades de alfabetización; la alfabetización en salud es necesaria para el autocuidado; la alfabetización financiera es necesaria para manejar los ingresos y los gastos; y la alfabetización tecnológica es requerida para estar plenamente conectado. No mantenerse al día con los avances tecnológicos puede significar que una persona ya no sea capaz de trabajar en su profesión aprendida (p. ej., los ingenieros de automoción actuales necesitan saber más sobre electrónica más compleja que de mecánica; veinte años atrás, lo único que necesitaban saber era mecánica). La vulnerabilidad, en todos sus aspectos, aumenta entre personas con bajos logros educativos; un grupo que demasiado a

menudo incluye minorías raciales y culturales, inmigrantes, discapacitados, personas mayores, y en muchos países, mujeres.

La organización educativa adulta más allá de la escolaridad formal tiende a enfocarse en la adquisición de conocimientos relacionados con el trabajo, y habilidades para las personas activas en el mercado laboral. La necesidad de un enfoque a medida más inclusivo y estratégico de grupos específicos para promover el envejecimiento activo fue reconocido por la Comisión Europea (143), incluyendo a los que abandonan demasiado pronto la escuela, a los que sucumben al fracaso escolar e inmigrantes. Un modelo cada vez más amplio del ciclo vital para el aprendizaje de los adultos propone un rango de programas para atender las necesidades personales, presupuestarias o de superación personal (144).

Pilar 3. Participación

La participación es mucho más que involucrarse en trabajos remunerados. Significa comprometerse en cualquier objetivo social, civil, recreativo cultural, intelectual o espiritual que le brinde sentido a su existencia, realización plena y sensación de pertenencia. La participación respalda la salud positiva: brinda compromiso o flujo de experiencias que son intrínsecamente satisfactorias, transmitiendo un sentido del propósito y la oportunidad de relaciones sociales positivas (134). Tener un sentido del propósito contribuye a disminuir el riesgo de muerte a todas las edades (145). El compromiso social e intelectual va unido a buena salud autopercebida y objetiva desde los jóvenes y hasta personas muy mayores (146) y para un buen funcionamiento cognitivo más adelante en la vida (147). El trabajar más allá de la edad de jubilación es un factor protector contra la demencia (148). A nivel colectivo, las personas comprometidas en la comunidad crean capital social que va fuertemente asociado a la

salud y el bienestar de los individuos (149), y la alta participación laboral contribuye a la prosperidad y a los ingresos públicos.

A lo largo del curso de vida, el trabajo constituye el mayor componente de la participación. Un empleo satisfactorio es fuente de seguridad económica, autoestima e integración social, así como de estabilidad social y de salud (150). En muchos países el paro crónico o el subempleo, en particular entre adultos jóvenes (151), es un riesgo significativo para el envejecimiento activo, ya que tiene impactos negativos en su salud (152) e inclusión social (151).

La participación voluntaria en organizaciones sin ánimo de lucro, grupos de caridad y comunitarios es también muy importante para la calidad de vida personal y de la sociedad en general. Reconocida por las Naciones Unidas como una poderosa fuerza para el empoderamiento, el desarrollo humano y de la ciudadanía (153), el valor económico de las contribuciones voluntarias de 36 países, más y menos desarrollados, está estimado en 400 billones de dólares anuales (153). Hay personas voluntarias de todas las edades, y el ser voluntario en la juventud predice claramente el voluntariado en la vida adulta (154). A pesar de que proporcionalmente menos personas mayores son voluntarias, a menudo por razones de salud, las voluntarias y voluntarios más mayores dedican muchas más horas de su vida a estas actividades que otros grupos etarios (155).

La participación activa de toda la ciudadanía a todos los niveles de los procesos de toma de decisiones en la sociedad robustece las democracias, hacen que las políticas den más respuestas y empoderen a los individuos. Las personas que tienen más recursos, aquellos con mayor formación, mayores ingresos y redes sociales más extensas, y son adultos maduros, participan más en la vida política y social (156). Los individuos que se comprometen en actividades cívicas en la juventud tienden a mantener ese compromiso a través de sus vidas

(154). Alentar una participación cívica más fuerte desde la juventud, a través de organismos como asociaciones voluntarias de jóvenes, serán cada vez más importantes para asegurar que su voz sea escuchada en un saludable diálogo intergeneracional sobre asuntos sociales (157). Tener acceso a Internet también está asociado con el compromiso social (158) y promover la inclusión digital a través del acceso a Internet y la capacitación puede ser un medio para facilitar la participación de personas que han sido excluidas de la vida social.

Pilar 4. Seguridad

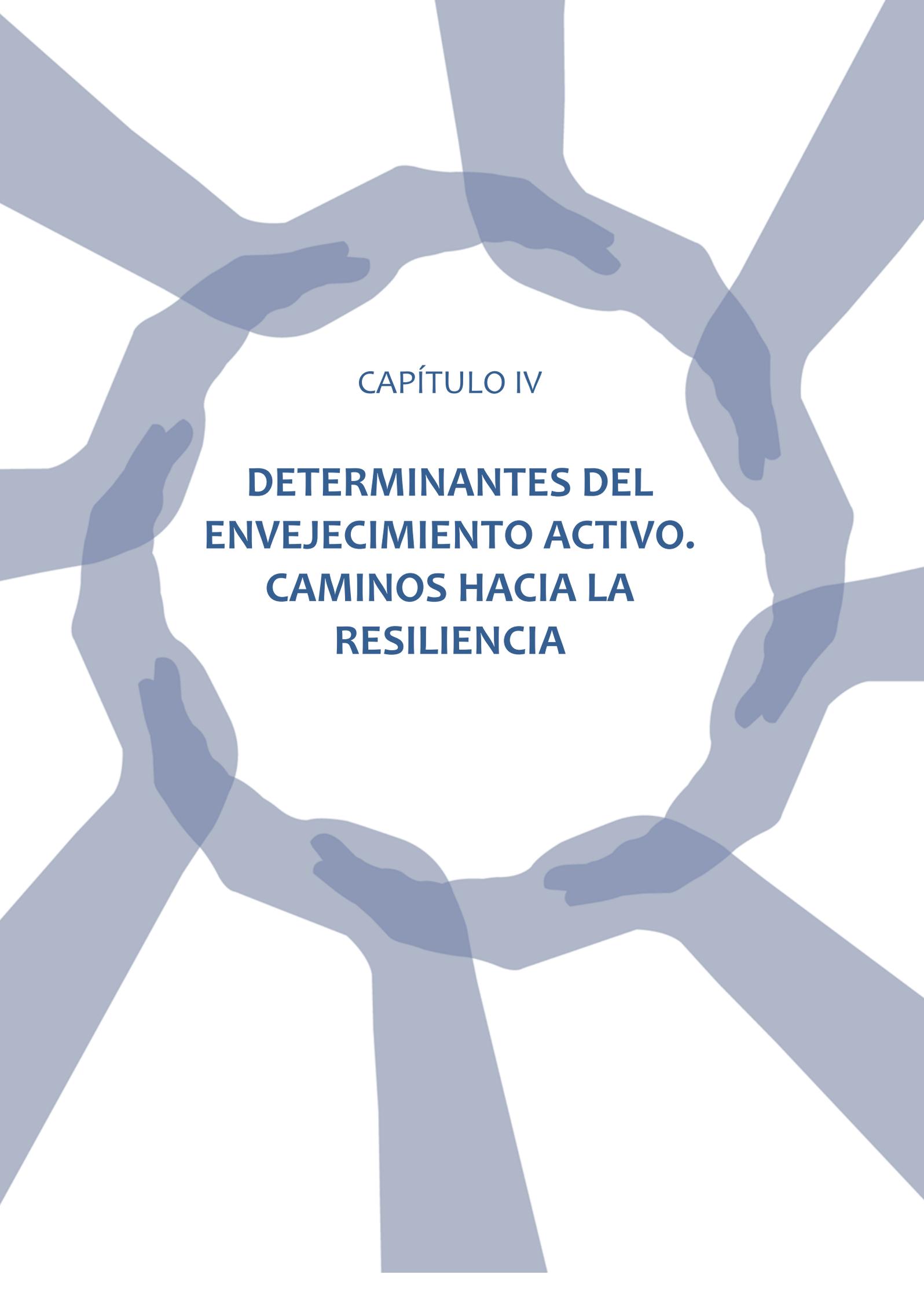
La seguridad es la más importante de las necesidades humanas. En su ausencia, no podemos desarrollar plenamente nuestro potencial ni envejecer activamente. La inseguridad tiene un efecto corrosivo en nuestra salud física, bienestar emocional y en el tejido social. Las amenazas a la seguridad a nivel social incluyen el conflicto, efectos del cambio climático, desastres naturales, enfermedades epidémicas, crimen organizado, trata de personas, victimización delictiva, violencia interpersonal, abuso y discriminación, así como recesiones económicas y crisis financieras tanto repentinas como prolongadas (159). A nivel individual, los riesgos en la seguridad incluyen la enfermedad, muertes en la familia, períodos de desempleo o incapacidad y el mudarse lejos de la patria. Formas intensas y crónicas de estrés generadas por la incertidumbre en la seguridad puede llevar a desórdenes de la salud mental, con riesgos mayores entre las mujeres, adolescentes, ancianos y personas con discapacidad (160). La inseguridad en la alimentación está asociada con problemas de desarrollo entre menores y la enfermedad crónica entre los adultos (161). Las personas cuya seguridad está más en riesgo son aquellas con menos poder en la sociedad: niñas y niños, jóvenes, mujeres, personas mayores, inmigrantes y personas con discapacidad. El

Fondo Fiduciario de Naciones Unidas para la Seguridad Humana reclama que las personas puedan vivir “libres de temor, libres de miseria, y tengan libertad para vivir con dignidad” (159).

La mayoría de las personas mayores en el mundo no tienen seguridad sobre sus ingresos, tienen pocas elecciones salvo continuar trabajando, a menudo en trabajos con salario bajo o actividades de subsistencia. Un amplio número de mujeres nunca han experimentado el privilegio de un empleo pagado en ningún momento de sus vidas, y en la vejez son relegadas a “vivir en la sombra”. Más aún, el cuidado de la salud, los cuidados de largo plazo y los servicios sociales son inadecuados o inexistentes en en gran parte de los países, aunque la situación está mejorando en varios países de ingresos medios (162). Reconocer que los programas de protección social promueven el desarrollo humano, la estabilidad política y la prosperidad inclusiva, estos países están estableciendo o expandiendo sus sistemas de protección social para el beneficio de la ciudadanía a todas las edades (163). Al mismo tiempo, en los países más desarrollados se debate sobre cómo disminuir la provisión para la seguridad de las pensiones y sobre el balance de inversiones públicas entre salud y seguridad económica (100).

La seguridad cultural (164) es una forma de la seguridad humana que está recibiendo cada vez más atención. Las poblaciones marginadas cuya herencia está amenazada, destruida, negada por conflictos o por la opresión, o perdida debido a la globalización y migración son vulnerables al debilitamiento de los lazos sociales e impacta de manera negativa en la salud (165, 166). El apoyar la identidad cultural y negociar relaciones armoniosas entre mayorías y minorías, en ambientes cada vez más multiculturales es importante tanto para la seguridad personal como de la comunidad.

“Políticas efectivas que aborden estos cuatro pilares del envejecimiento activo aumentarán muchísimo la capacidad de los individuos para ensamblar los recursos a lo largo del curso de vida para su resiliencia y bienestar personal. Las condiciones biológicas, comportamientos personales y disposiciones psicológicas influyen profundamente en el desarrollo de la resiliencia, pero estos, a su vez, vienen marcadamente determinados por factores externos, muchos de los cuales dependen en gran medida de las decisiones políticas.”



CAPÍTULO IV

**DETERMINANTES DEL
ENVEJECIMIENTO ACTIVO.
CAMINOS HACIA LA
RESILIENCIA**

CAPÍTULO IV. DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. CAMINOS HACIA LA RESILIENCIA

En 2002 la OMS promulgó un conjunto de Determinantes del Envejecimiento Activo interrelacionados (Fig. 9) al objeto de clarificar los múltiples factores interactivos que indican si una persona envejece activamente. Cultura y género son considerados como determinantes generales y transversales, que dan forma a la

persona y su entorno a lo largo del curso de vida. Los determinantes personales y de comportamiento son específicos de cada persona. El entorno físico —los determinantes sociales, de salud, económicos y de servicios sociales— constituyen los factores contextuales.

Figura 9. **Determinantes del envejecimiento activo**



Fuente: OMS 2002 (1)

Todos los determinantes interactúan formando una red dinámica de condiciones de protección que pueden tanto alentar el desarrollo de reservas para respuestas resilientes como crear riesgos que obstaculicen el desarrollo de esas reservas, o las erosionen completamente. Es decir, el envejecimiento activo es la interacción dinámica, a lo largo de toda la vida, del riesgo y la protección en la persona y en su entorno. Al mismo tiempo, cada determinante influye

también, de manera concreta, en el envejecimiento activo.

Aunque hay un creciente número de investigaciones basadas en datos longitudinales de muchos de estos determinantes, sigue habiendo una comprensión limitada sobre cómo éstos interactúan a lo largo del curso de vida. A pesar de que está surgiendo una mayor evidencia de los países de ingresos medios, en

especial del *Survey of Ageing and Adult conducted* de la OMS (161), la mayoría de las investigaciones sobre los determinantes del envejecimiento activo se realizan en América del Norte y Europa.

Cultura

La cultura da cuenta de los significados compartidos de una sociedad que evoluciona a lo largo de la historia y que se expresan en las tradiciones, expresiones artísticas, lengua, ritos y expectativas sobre el comportamiento individual y grupal. La cultura da forma a todos los aspectos de la vida: qué y cuándo comen las personas, cómo perciben sus cuerpos y qué hábitos practican para mantener la salud y tratar la enfermedad. La cultura enmarca los roles de hombres y mujeres junto con las ideas sobre la posición y el valor de las personas de diferentes edades, clases sociales y otras entidades culturales o raciales. Las relaciones dentro de la familia, su forma de vida y las expectativas de cuidado en todas las etapas del curso de vida están vinculadas entre sí por la cultura. La cultura también brinda a las personas un sentido de identidad, continuidad y pertenencia que puede sostenerlas en épocas difíciles.

A nivel cultural, la opresión colonial ha tenido efectos devastadores en la integridad social y el bienestar individual de los pueblos indígenas (165). Las políticas de salud y servicios por y para los y las aborígenes se enfoca cada vez más en garantizar “seguridad cultural” (p. ej., los enfoques que reafirman la cultura y empoderan a los individuos que se identifican con ella) (164). La globalización representa una amenaza para la herencia cultural en muchas regiones del mundo, lo que lleva a reclamar que se incluya la herencia cultural en la agenda global del desarrollo sostenible (166). Las grandes migraciones están originando una creciente diversidad de culturas dentro de la misma sociedad, que unas veces estimula la tolerancia y

sensibilidad cultural y otras conlleva fricciones entre grupos y exclusión social. Aplicar la noción de seguridad cultural de una manera más amplia, en el contexto de un mundo globalizado, poscolonial y multicultural, puede dar lugar a que la cultura pueda ser considerada como una lente esencial para el desarrollo e implementación de las políticas.

Los comportamientos relacionados con la salud varían ampliamente entre culturas. Es bien sabido que las dietas que están basadas mayormente en vegetales, como los tradicionales patrones de alimentación del Mediterráneo (167) y de muchas culturas asiáticas (168), resultan ser más saludables a lo largo del curso de vida que las dietas altas en grasas saturadas, más típicas de América del Norte y partes de Europa. El yoga (169), el taichí (170) y la meditación (171) son prácticas de autocuidado preferidas en partes de Asia, que son efectivas para el manejo del estrés y/o la mejora de las funciones físicas. Los comportamientos que llevan a buscar ayuda o aceptar medicamentos durante la enfermedad también difieren entre sí. Muchos inmigrantes, en especial aquellos más ancianos, vuelven a prácticas de cuidado de la salud y a medicamentos tradicionales, a veces combinados con tratamientos del país de acogida (172); adicionalmente pueden llegar a tener necesidades de salud no satisfechas debido a las dificultades para el acceso a los servicios de salud en su lugar de residencia (173).

La cultura marca los mecanismos de adaptación y respuesta que se asumen a lo largo de la vida. Los problemas puntuales son enfocados de manera diferente por los diversos grupos. Algunas culturas son vistas como más individualistas. Ponen mayor énfasis en la acción personal para resolver problemas, y desafían las respuestas colectivas, como la espiritualidad, el apoyo social y la revalorización (174).

La discriminación que experimentan grupos de minoría cultural y racial dentro de una sociedad

puede conducir claramente a la exclusión y el ataque a la autoestima. Sin embargo, la cultura también puede brindar un ámbito de protección frente a la injusticia cuando facilita una fuerte sensación de identidad étnica y empoderamiento en relación a otros grupos (175). La incorporación del concepto de seguridad cultural en las políticas puede contribuir de manera significativa a una resiliencia más fortalecida.

En todas las sociedades, existe una tradición de cuidado familiar. En algunas culturas, se espera que la familia asuma la completa responsabilidad en el cuidado de sus miembros más ancianos. Esta forma de vida, que incluye a los parientes lejanos, ha sido la norma en muchos países. Hay evidencias de que estas estructuras familiares están cambiando, aunque el apoyo familiar sigue siendo fuerte (176). La urbanización, la modernización, las estructuras familiares cambiantes y la participación de la mujer como mano de obra remunerada están erosionando las costumbres domésticas a nivel multigeneracional (115). En otras sociedades, tanto las personas mayores como sus hijos adultos le dan mucha importancia a su independencia, y mantienen una “cercanía en la distancia”. Cada norma tiene sus implicaciones en el autocuidado, en la planificación financiera a lo largo de la vida, en las aspiraciones personales de niñas y mujeres más allá de su papel de cuidadoras, en la preferencia de estilos de casa y costumbres familiares, y en el papel que la sociedad desempeña en el apoyo a la ciudadanía de edad avanzada. La norma que dicta la responsabilidad filial influye también en la experiencia personal de brindar cuidados. Un estudio entre familiares cuidadores de familias chinas y caucásicas mostró que las y los cuidadores de origen chino tienen una mejor percepción de su salud y bienestar porque consideran que cuidar es un rol a desempeñar en la vida “normal” y valioso (177).

La cultura del cuidado familiar está cada vez más amenazada. El número de personas mayores

dependientes va en aumento y disminuye el conjunto de miembros adultos de la familia disponibles para proveer cuidados. Cuidadoras y cuidadores presionados por la falta de tiempo y cansados —en su mayoría mujeres— pueden rebelarse contra el “deber” de cuidar a una serie de parientes políticos solteros, o tías y tíos sin hijos, además de a sus propios padres. Las cambiantes estructuras familiares y la migración también dan lugar a que cada vez más las personas mayores no tengan familiares disponibles en absoluto. Están surgiendo relaciones familiares con configuraciones distintas, con expectativas completamente nuevas (p. ej., familias que mantienen una relación mientras viven separados, o lazos de cuidado con miembros de la familia más allá de los niños) (178). En algunos países, la tendencia es esperar la ayuda de cuidadores profesionales, y en otros, la preferencia es de ser cuidados por algún miembro de la familia (179). A medida que vaya creciendo la demanda de cuidado (179), todos los gobiernos seguirán contando con la amplia involucración de cuidadores familiares individuales y no remunerados. Se necesitarán más plazas para poder darles un apoyo público. Sin embargo, está surgiendo un consenso internacional sobre la necesidad de que se perciba el cuidado como una responsabilidad social realmente compartida, articulada en la *Declaración de Río sobre el Desarrollo de una Cultura de Cuidados en Respuesta a la Revolución de la Longevidad* (180).

Edadismo. Todas las culturas transmiten creencias sobre el envejecimiento y las personas mayores, tanto positivas como negativas. Estos estereotipos influyen en las actitudes y comportamientos de respuesta ante el propio envejecimiento y ante las personas mayores, tanto como grupo o como individuo. La categorización cultural de las personas en base a su edad cronológica dificulta al envejecimiento activo de muchas maneras. A nivel individual, las investigaciones han demostrado que la percepción negativa de la vejez tiene un efecto negativo en la autoestima y el sentido del control

(181, 182), y desalientan acciones para controlar enfermedades crónicas (183). Otras investigaciones muestran que la internalización de estereotipos negativos de la vejez puede ir en detrimento del rendimiento de las personas de edad (184). Un estudio longitudinal descubrió que las percepciones sobre el envejecimiento influyen sobre la salud funcional a edades avanzadas (185). Otra investigación advirtió que las personas con una percepción negativa del envejecimiento vivían 7,5 años menos que aquellas que consideraban la vejez de manera más positiva (186). La disconformidad personal con el envejecimiento puede llevar a la negación y a intentos para esconder la propia edad con productos de belleza, los llamados “anti-envejecimiento”, cirugía estética y a la proliferación de panaceas. La tasa de operaciones de cirugía estética ha aumentado a la par que el envejecimiento de la población (187), y en 2013 Estados Unidos y Brasil eran los líderes mundiales en número de operaciones de cirugía estética (188).

La discriminación debida a la edad u otra característica social es reconocida cada vez más como un factor de riesgo para la salud (189) ya que limita el acceso a otros determinantes, como recursos económicos o servicios. Las acciones discriminatorias van desde la falta de la inclusión a la negación de los servicios, negligencia y violencia. Al igual que otros prejuicios sociales, como el racismo o el sexismo, el edadismo ignora tanto las diferencias como las similitudes entre grupos —en este caso, entre los mayores y los jóvenes— (190). La planificación brinda un ejemplo al respecto. No tener en cuenta una perspectiva profunda sobre la edad en los procesos de planificación conlleva a la exclusión en los mismos. Las personas mayores consultadas sobre planificación urbana en treinta y tres ciudades de todo el mundo para el *WHO Age-Friendly Cities Guide* (2007) informaron sistemáticamente que las señales para el paso de peatones duraban demasiado poco y que había muy pocos bancos de descanso para las y los peatones (14). Otro ejemplo es la

falta de adecuación a la hora de enfocar las diferencias debidas a la edad en las áreas políticas. El informe de la OMS *Older Persons in Emergencies: An Active Ageing Perspective* (2008) (191) identificó emergencias naturales y debidas a conflictos en las cuales las respuestas políticas no tuvieron en cuenta vulnerabilidades específicas más comunes entre personas mayores, como las limitaciones en la movilidad y una mayor susceptibilidad a las variaciones en la temperatura. La discriminación basada en la edad se puede observar en cualquier escenario. Se manifiesta en los lugares de trabajo en la reticencia a contratar y entrenar trabajadores/as de más edad y en las políticas de jubilaciones forzosas. En el cuidado de la salud, se evidencia en la falsa creencia de que las enfermedades son menos tratables a edades avanzadas, lo que da como resultado un acceso limitado a los servicios de diagnóstico e intervención (79).

Género. Las suposiciones que se hacen sobre hombres y mujeres desde el nacimiento en adelante determinan las oportunidades y riesgos para el envejecimiento activo en todas las áreas de la vida. A pesar de los importantes avances realizados en muchos países en las últimas décadas, aún se mantienen diferencias significativas entre mujeres y hombres. La acumulación de estas disparidades tiene un poderoso impacto en la salud y en el bienestar de las personas mayores en multitud de formas, siendo enormemente significativo en la sociedad en general.

Mujer y envejecimiento. El discurso dominante en prácticamente todas las culturas es el de la superioridad del hombre. Lo que inevitablemente tiene un efecto de largo alcance en la mujer y abarca otras condiciones sociales tales como pobreza, discapacidad y vejez. Tal y como fue documentado por el Foro Económico Mundial (192), las mujeres están en desventaja en diferentes niveles, en todos los países y en todas las áreas de la vida —participación y oportunidades económicas, rendimiento

educativo, salud y supervivencia, y empoderamiento político—. Concretamente en las regiones más desarrolladas se han hecho progresos sustanciales, pero la desigualdad de género persiste a nivel internacional (193) e incluso actualmente hay algunos países con altos ingresos donde se dan ejemplos documentados de que la brecha va en aumento: en Australia, por ejemplo, las mujeres están ganando 81,8 centavos por cada dólar que gana el hombre, menos que los 85,1 centavos de diez años atrás (194).

El informe de la OMS *Women, Ageing and Health* (2006), muestra severas inequidades específicas de género (195):

- Las niñas y las mujeres tienen menos acceso a los alimentos nutritivos, a actividad física saludable y a dormir adecuadamente.
- Las niñas y las mujeres tienen menos acceso a la educación y a oportunidades para la participación y el desarrollo personal fuera del hogar.
- En la educación y en el mercado laboral, los estereotipos de género restringen las oportunidades de elección de carreras por parte de las mujeres, así como el nivel de aspiraciones, salario y pensión por jubilación.
- Las mujeres pueden no estar facultadas para heredar los bienes familiares, o para recibir una compensación económica justa después de un divorcio.
- Las expectativas relacionadas con el papel tradicional de la mujer como cuidadora en la familia a menudo limitan sus posibilidades de desarrollo personal y profesional fuera del hogar, así como su seguridad financiera actual y futura.

El cuidado de personas con discapacidades, especialmente el de larga duración, es llevado a cabo mayormente por mujeres, y supone un alto precio en salud (196). Sufrir violencia doméstica y abuso sexual es más probable en mujeres y niñas que en niños u hombres (197). Las mujeres se enfrentan a la discriminación en el acceso a la salud, como por ejemplo en el acceso a muchos servicios de especialistas e intervenciones (195, 198).

La edad avanzada y las diferencias biológicas relacionadas con el sexo, junto con el impacto acumulado de las desigualdades sociales a lo largo de la vida, llevan a una mayor morbilidad y discapacidad. Por ejemplo, un reciente análisis transversal con datos internacionales mostró que tener el primer hijo a edad temprana está ligado a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y a una pobre actividad física en la vejez (199). Aunque el 40% de todos los hombres y mujeres de más de 60 años viven con alguna discapacidad (200), a nivel global hay más mujeres que sufren problemas de movilidad, incontinencia, lesiones relacionadas con caídas, demencia y depresión (195).

Con maridos mayores que ellas y una dependencia en los ingresos económicos, las mujeres tienen más probabilidad de quedarse sin pareja y empobrecer en los últimos años de vida. Es común entre las mujeres mayores vivir solas con ingresos bajos, a menudo con enfermedades crónicas y discapacidad, además de estar aisladas socialmente y ser vulnerables. Las mujeres de edad avanzada son el grupo poblacional que más necesita del cuidado de la comunidad (201). Sin embargo, un factor de protección para la mujer contra el aislamiento son los estrechos lazos con los miembros de la familia y, generalmente, una red de amigos más extensa en comparación con los hombres (202).

Hombre y envejecimiento. A pesar de beneficiarse de más ventajas económicas y sociales que apoyan el envejecimiento activo que las mujeres, la socialización de los hombres debe

ser “masculina” (p. ej., ser duro y autosuficiente), lo que genera una cantidad de riesgos para el bienestar físico, social y mental (203). Asumir riesgos mayores durante el curso de vida es una explicación que se da para la universalmente menor esperanza de vida de los hombres en comparación con las mujeres, a pesar de su estatus superior (203). De acuerdo a la ONU, las mujeres sobreviven a los hombres en 4,5 años a nivel mundial (204). Es más probable que los hombres consuman alcohol de manera excesiva (205), fumen (206), consuman drogas ilícitas (207) y estén involucrados en accidentes de tráfico (208). Los hombres son las víctimas más frecuentes de la violencia fuera del hogar. En 2013 en Brasil, 22 de cada 1000 hombres jóvenes entre 15 y 24 años murieron antes de los 25 años, comparado con las 12 de cada 1000 mujeres jóvenes de la misma edad (209). En casi todas las regiones del mundo, los hombres de más de 60 años tienen los índices más altos de suicidios, con tasas que aumentan progresivamente por décadas (210). Algunos estudios muestran que los hombres están menos predispuestos a buscar ayuda para los problemas de la salud (203). En una encuesta aleatoria entre adultos australianos era bastante menos probable que los hombres buscaran información sobre salud o que se responsabilizaran de su salud (211). Los esfuerzos dirigidos a brindar información y servicios de salud a hombres están aumentando en los países más desarrollados (212) y aquellos que prueben ser más efectivos pueden ser implementados de manera más universal.

La transición del trabajo a la jubilación puede ser más difícil para los hombres ya que su identidad suele estar más definida por la profesión, y sus relaciones sociales fuera de la familia suelen estar relacionadas principalmente con el trabajo (213). Los hombres mayores en general se resisten más a participar en organizaciones de personas mayores; sin embargo, están más predispuestos a involucrarse cuando la oferta se adecúa a sus intereses particulares o a su experiencia profesional (214). Los hombres son

menos dados a cultivar relaciones sociales con los miembros de la familia y amigos, tendiendo a delegar ese papel en su mujer (215). Los viudos de mayor edad tienen más tendencia a volver a casarse que las viudas, posiblemente porque tienen menos compañía de sus pares que ellas y, al mismo tiempo, suelen tener mejor nivel económico (202). El aislamiento social entre los hombres de edad avanzada refleja una resistencia a comprometerse con otros, y los riesgos de aislamiento son mayores para los hombres divorciados o los que nunca se casaron (214).

“La naturaleza transformadora del envejecimiento poblacional global requiere de la creación de nuevos marcos conceptuales por parte de todas las sociedades. Es necesario reconsiderar completamente quiénes somos, cómo nos relacionamos con nuestras vidas mucho más extensas y entre nosotros como hombres y mujeres, como seres humanos. Tenemos que continuar profundizando y expandiendo nuestra comprensión sobre género a través de la colaboración interdisciplinaria e intersectorial. Nuestro ingenio para la innovación en medio de la diversidad humana ayudará a materializar esta misión de manera peculiar. Cuando la igualdad de género sea

verdaderamente aceptada, las habilidades, experiencias y recursos de mujeres y hombres de todas las edades serán reconocidos como activos intrínsecos para una sociedad plenamente cohesionada, satisfecha, productiva y sostenible.” (216)

Determinantes comportamentales

Los comportamientos individuales juegan un papel directo y muy significativo en el envejecimiento activo. Las conductas saludables promueven una vida más larga, una óptima capacidad funcional y bienestar, mientras que los comportamientos no saludables aumentan los riesgos de mortalidad, enfermedad y discapacidad. Las principales enfermedades crónicas a nivel mundial —enfermedad cardiovascular, presión sanguínea alta, cáncer y diabetes tipo II— están relacionados causalmente con cuatro factores de conducta comunes: consumo de tabaco, ausencia de actividad física, alimentación no saludable y consumo de alcohol (217). Las conductas saludables son básicas para el desarrollo de la resiliencia ya que contribuyen a tener energía, vigor, fuerza, resistencia frente a la enfermedad y las lesiones, y a un mejor estado de ánimo. Sin embargo, se carece de un control de comportamientos relacionados con la salud en la vejez (218), a pesar del hecho que las intervenciones de promoción también pueden ser beneficiosas y rentables en edades avanzadas (140, 219).

Aunque estas conductas son individuales y en última instancia dependen de decisiones personales, están fuertemente influenciadas por determinantes legales, fiscales, sociales y económicos. Cargar la responsabilidad exclusivamente en individuos que se hallan en situación de desventaja para que adopten “estilos de vida saludables” es como culpabilizar a la víctima.

Las jurisdicciones con un mejor seguimiento de conductas saludables son aquellas que han implementado políticas a nivel poblacional que, en palabras de la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, “hacen de las elecciones saludables las elecciones más sencillas” (16).

Las intervenciones a nivel poblacional se pueden complementar con medidas de promoción de la salud bien diseñadas, enfocadas a nivel individual. Una revisión sistemática (220) mostró que las intervenciones más efectivas en promoción de la salud a corto plazo y enfocadas a nivel individual, eran aquellas que se hacían en la escuela o en los lugares de trabajo, que incluían el consejo del médico y un asesoramiento personalizado. La misma revisión concluía que se necesita más investigación para determinar las intervenciones que tienen efectividad a largo plazo y los mejores resultados en grupos con desigualdades en salud. Son necesarias evidencias de estudios longitudinales sobre la efectividad de las intervenciones en la vejez, que también consideren la interrelación de los determinantes de la salud a lo largo del curso de vida (221).

Tabaco. Como principal causa evitable de muerte, el uso del tabaco provoca 5 millones de muertes en el mundo cada año, entre personas de 30 y más años, o sea, una persona cada 6 segundos (222). Es un factor de riesgo para varios tipos de cáncer, incluyendo el de pulmón, de vejiga y de boca, tanto como enfermedades cardíacas, derrames, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoporosis, cataratas,

artritis reumatoide, pérdida de piezas dentales, diabetes tipo II, el debilitamiento del sistema inmunológico en general (223), así como demencia (224). El fumar también está relacionado con el deterioro cognitivo desde la mediana edad a la vejez (225). Aunque los efectos nocivos son mayores para el fumador, los fumadores pasivos también sufren consecuencias negativas (226).

Según la OMS (227), los fumadores masculinos sobrepasan a las fumadoras en un promedio de 4 sobre 1, aunque hay amplias variaciones entre países. Las tasas de fumadores han bajado significativamente en algunos países más desarrollados, pero permanecen constantemente altas en países menos desarrollados, en especial entre los hombres. En Egipto, el 39% de los hombres y el 0,4% de las mujeres son fumadores. En China, el 57% de los hombres y el 2,6% de las mujeres fuman, y en Rusia los

fumadores son el 60% de los hombres adultos y el 15% de las mujeres adultas.

En muchos países menos desarrollados las normas culturales han protegido a la mujer ante el consumo de tabaco. Sin embargo, las mejoras en la igualdad de género y el marketing de la industria del tabaco enfocado en las mujeres, puede producir el aumento en la tasa de fumadoras, como fue el caso de muchos países desarrollados en la última parte del siglo xx.

En muchas regiones, fumar está asociado con una menor educación y con ingresos más bajos, especialmente entre hombres (228). Las personas con menor formación y más pobres pueden estar menos al tanto de los riesgos para la salud que conlleva el uso del tabaco, pueden consumirlo como una forma de manejar el estrés, o fuman porque lo perciben como uno de los pocos placeres en una vida difícil. Su medio social es menos propenso a apoyar los esfuerzos para dejarlo. La trágica ironía es que el tabaco no sólo daña la salud, sino que financieramente empobrece a los ya empobrecidos.

El éxito de Brasil en el control del tabaco

Mediante sólidas y progresivas políticas de control, Brasil redujo el número de fumadores adultos del 34,8% en 1989 al 18,5% en 2008 y 14,7% en 2013 (406). Las intervenciones incluyeron:

- La completa prohibición de fumar en los lugares públicos.
- Restricciones en la publicidad de cigarrillos.
- Aumento gradual de impuestos sobre los productos del tabaco.
- Etiquetas gráficas en los paquetes de cigarrillo con advertencias e información sobre dónde conseguir ayuda para dejar de fumar.
- Amplia información pública sobre cómo dejar de fumar y sobre los tratamientos disponibles.
- Prohibición del uso de aditivos y saborizantes en todos los productos del tabaco.

Comer saludablemente. Hay un amplio consenso científico acerca de que una dieta saludable a todas las edades consiste en una variedad de granos integrales de cereales muy nutrientes, frutas y vegetales, lácteos con poca grasa, proteínas bajas en grasas saturadas y cantidades limitadas de carnes rojas, sales y azúcares (229). Las mujeres posmenopáusicas requieren más calcio y vitamina D para mitigar la pérdida de masa ósea (230). Aunque se sabe mucho sobre alimentación saludable, el sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas en todo el mundo. Representa un asunto relevante en los países desarrollados, y la prevalencia está aumentando rápidamente en regiones menos desarrolladas, en particular en entornos urbanos. De 1980 a 2013, la prevalencia global del sobrepeso y la obesidad (índice de masa muscular de 25 y más) subió del 28,8% al 36,9% para los hombres y del 29,8% al 38,0% para las mujeres (231). El hecho

de que los alimentos más saludables y nutritivos son a menudo más caros actúa como un freno para cambiar hábitos de alimentación —una dieta blanca (rica en azúcar, granos refinados, almidón, sal, grasa y alcohol) es mucho menos cara que la selección más saludable que “trae color a tu mesa”—.

La obesidad, en concreto, es un factor de riesgo para la diabetes tipo II, la hipertensión, las enfermedades cardíacas, algunos cánceres y la osteoartritis (232). Las enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad se han duplicado desde 1990 (232) y es posible que los avances logrados en la esperanza de vida saludable se pierdan debido a la obesidad (81). De hecho, algunos estudios ya predicen una pérdida de años en la esperanza de vida debido a la obesidad (233). Los estilos de vida urbanos son más sedentarios, y los alimentos procesados, que son altos en grasa, sal y calorías, pero bajos en nutrientes, están ampliamente disponibles como consecuencia de los mercados globalizados. La obesidad combinada con la malnutrición es más prevalente entre personas de bajo estatus socioeconómico debido a que los alimentos procesados son baratos, llenan y están muy comercializados. Con tasas de obesidad más altas que los hombres, las mujeres en los países menos desarrollados afrontan riesgos más grandes, mientras que tanto hombres como mujeres afrontan riesgos altos similares en países más desarrollados. A lo largo del África Subsahariana (234) y algunos países de Asia, como la India (79), la subnutrición constituye el mayor riesgo de mortalidad.

El bajo peso por desnutrición es un tema relativamente común entre los adultos mayores, especialmente en aquellos que viven solos en la comunidad, como también en aquellos otros en hospitales e instituciones de cuidado de larga duración (en los países más desarrollados) (235). Las causas son múltiples e incluyen pérdidas en el gusto, olfato y saciedad relacionadas con la edad, deterioro cognitivo, discapacidades físicas, pobre dentición que

causa dificultad para comer, efectos secundarios de algunos medicamentos, enfermedades crónicas y depresión (235). Las personas mayores que viven en viviendas comunitarias suelen comer mal debido al aislamiento social y la pobreza (235). El consumo inadecuado de nutrientes contribuye a la fragilidad, caídas, debilitamiento del sistema inmunitario, mala curación de heridas y depresión (236). Alrededor del 23% de la población mundial sigue el Islam (237), que lleva a todos los fieles, con algunas excepciones, a ayunar durante las horas del día en el mes del Ramadán. Aunque el Islam permite no ayunar en algunos casos por causas de salud, cuando no existe una orientación competente por parte de personal sanitario, ayunar puede ir en detrimento de la salud de los musulmanes más ancianos que padezcan problemas de salud significativos (en particular, aquellos con diabetes o aquellos más frágiles) (238).

Actividad física. Los grandes y generalizados beneficios que la actividad física regular tiene sobre la salud física, cognitiva y mental en todas las edades están bien consolidados. El ejercicio es una de las acciones más importantes para promover el envejecimiento activo. Nunca es demasiado tarde para cosechar los beneficios de la actividad física. Reduce los riesgos de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, depresión, caídas y deterioro cognitivo; preserva la movilidad, la fuerza muscular, la resistencia, la fuerza ósea, el equilibrio y la coordinación (239). Un vasto estudio longitudinal con hombres noruegos reveló que 30 minutos de cualquier actividad física 6 días a la semana está asociado con un 40% de reducción de la mortalidad en mayores de 70 años. Además, mostró que el aumento de la actividad física es tan beneficioso en reducir los riesgos de mortalidad como dejar de fumar (240).

Sin embargo, el nivel de actividad física está disminuyendo a nivel mundial en todas las edades como resultado de un incremento de los

estilos de vida sedentarios (231). Los niveles de actividad física son menores entre mujeres que en hombres (195), y en la vejez en ambos sexos (241). Como indicó la *WHO Age-Friendly Cities Guide*, algunos dispositivos del entorno urbano desalientan a la hora de salir a caminar (14), como es la alta densidad de tráfico, la pobre calidad del aire, la violencia, y la ausencia de senderos, parques o lugares de recreo. Las políticas que alientan el uso del automóvil privado en lugar de transportes activos también limitan la actividad física saludable.

Descanso. Lograr un sueño adecuado es un factor que contribuye a un envejecimiento activo y que suele ser ignorado. Dormir regularmente dos horas menos que las 8 horas recomendadas por noche aumenta el riesgo de obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular, y reduce la resistencia a las infecciones, a la vez que perjudica el aprendizaje, la memoria y la resolución de problemas. Dormir cinco horas o menos puede aumentar los riesgos de mortalidad un 15% (242). Las investigaciones en países más desarrollados muestran que el promedio de tiempo de sueño ha disminuido entre los adultos, de 8 a 7 horas, y que se acusa un aumento de los problemas para dormir. Las personas desempleadas o con un estatus socioeconómico menor informan de más problemas para dormir que otras (243). Los trabajadores por turnos y de noche corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud a largo plazo, incluyendo enfermedades cardiovasculares (244). Las personas mayores suelen experimentar dificultad en conciliar un sueño adecuado como resultado de los cambios normales relacionados con la edad, así como por situaciones que provocan perturbaciones secundarias en el sueño, como la osteoartritis y el agrandamiento de la próstata. Un estudio reciente en personas de 50 y más años en seis países encontró una asociación positiva entre el rendimiento cognitivo y la duración del sueño de 6 a 9 horas, y en quienes informan de un sueño de buena calidad (245). Los adultos que experimentan una privación crónica del sueño

pueden tener menos resiliencia y una mayor vulnerabilidad en su salud a medida que envejecen.

Sexo seguro. Los *babyboomers gerontolescentes* son probablemente más activos sexualmente que sus padres. Tienen mejor salud, están solos o divorciados con mayor probabilidad, sexualmente son más liberales que las generaciones anteriores y tienen acceso a drogas que mejoran la experiencia sexual, como el citrato de sildenafil. Según una investigación de la AARP (*American Association of Retired Persons*) (246), la mayoría de los participantes de mediana edad y mayores de Estados Unidos dijeron que el sexo es importante para su calidad de vida, y alrededor de un tercio informó que tenían sexo al menos una vez a la semana. El mismo informe también reveló que sólo una minoría de los solteros sexualmente activos usa preservativos. La actividad sexual sin protección y el mayor tiempo de supervivencia de las personas con VIH está llevando al aumento de las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre las personas mayores. El *US Center for Disease Control and Prevention* (CDC) informa que la tasa de clamidia en los grupos de mayores de 55 años de edad aumentó en un 41% de 2005 a 2009 (247), y que las tasas de sífilis aumentaron un 67% (248) (aunque las personas mayores tienen todavía una tasa menor en estas enfermedades que las personas más jóvenes).

Muchas personas de 50 y más años viven con sida. Un boletín informativo estadounidense sobre sida informó en 2011 que el 29% de todas las personas con sida tenían 50 años y más, comparado con el 17% de 2001. Es más, el 50% de las personas mayores con sida fueron infectados hacía un año o menos (249). En el África Subsahariana, la introducción de medicamentos antirretrovirales ha mejorado la expectativa de vida de muchas personas infectadas con VIH. Se estima que tres millones, el 14%, de la población VIH positiva, que incluye personas a partir de 15 años, tiene 50 y más años (250). A pesar de ello, las personas mayores

muestran una profunda desidia ante el sida. Hay muy pocos mensajes de prevención que vayan dirigidos a personas mayores, y las y los médicos pueden confundir la infección del VIH con problemas relacionados con el envejecimiento (249, 251).

Las mujeres mayores están especialmente en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sus paredes vaginales, más finas, son vulnerables de sufrir desgarros y por lo tanto son más susceptibles de contraer una infección. Sumado a esto, después de la menopausia, es menos probable que consulten a un ginecólogo para un examen de cáncer cervical. Una importante barrera a la hora de llevar a cabo un estudio amplio y el tratamiento de las ETS, tanto para hombres como mujeres, es la creencia edadista de que los mayores no son sexualmente activos (252).

Alcohol. El consumo de alcohol está creciendo a la par que el desarrollo económico y está causando efectos negativos en la salud a todas las edades. Beber está asociado a más de 200 problemas de salud, de acuerdo a la OMS (253), aunque las enfermedades cardiovasculares y la diabetes son las causas de muerte más frecuentes relacionadas con el alcohol. Los mayores consumidores de alcohol están en América y en Europa, en especial en Rusia y Europa del Este, aunque los cambios en los estilos de vida en las economías emergentes, como en China e India, están haciendo subir el consumo de alcohol (253).

En todos los rangos de edad, muchos más hombres son grandes bebedores en comparación con las mujeres. Los niños, adolescentes y personas mayores son más vulnerables a los efectos del alcohol, y cuanto más joven es el individuo que empieza a beber, mayores son las posibilidades de desarrollar una dependencia en el futuro. La cantidad de personas que bebe alcohol y la cantidad que se consume disminuyen con la edad, a medida que éstas se vuelven más sensibles a sus efectos, o

toman medicación contraindicada con el alcohol. Las personas mayores con problemas de dependencia del alcohol pueden ser alcohólicos durante mucho tiempo o pueden haber adquirido la dependencia en etapas posteriores para enfrentarse al estrés de la vida (254). Sumado a los efectos de las enfermedades crónicas, el alcohol está relacionado con caídas, accidentes en carretera y violencia, incluyendo la violencia doméstica (255). Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol es un factor que disminuye la esperanza de vida en los países de Europa del Este desde 1980. El aumento de las tasas en países económicamente emergentes que están envejeciendo rápidamente es una importante causa de preocupación (81).

Autocuidado y alfabetización en la salud. Los comportamientos que los individuos realizan en la vida diaria para mantener su salud y prevenir las enfermedades se denominan “autocuidados”. Sumados a los comportamientos descritos previamente, se incluyen la higiene personal y dental, la consulta a profesionales de la salud, vacunación, estudios de prevención, adherencia a la medicación tal y como se prescribe, y otras acciones voluntarias para manejar las afecciones crónicas. El autocuidado está profundamente ligado a la alfabetización en salud, definida como la habilidad para obtener, procesar y entender la información de salud y servicios básicos para tomar decisiones adecuadas en relación a la salud (256). El uso de Internet está aumentando como una estrategia para obtener información de la salud (257). Sin embargo, la baja alfabetización en salud prevalece en todas las regiones del mundo, en particular entre personas que tienen menores ingresos y educación, bajas habilidades lingüísticas y son ancianos/as. Incluso en los países más desarrollados, como Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda, menos del 50% de los adultos tienen una adecuada alfabetización en salud (258). En síntesis, estos descubrimientos sugieren que la salud de muchas personas está comprometida por un inadecuado conocimiento sobre el autocuidado. Otros factores que

contribuyen al cuidado de sí mismo/a incluyen la autoeficacia (confianza en la propia habilidad para tener éxito en una tarea específica) (259) y el apoyo social (260).

Determinantes personales

Biología y genética. Una considerable cantidad de investigaciones muestran que los factores genéticos no representan más del 25% de diferencia en la edad de fallecimiento de los individuos, y que parte de la resistencia o de la tendencia a muchas enfermedades son también hereditarias (261). Las diferencias en la inteligencia son hereditarias en parte (262), como es el caso del Alzheimer, aunque sólo menos del 1% de todos los casos de la enfermedad se producen por esta vía (263). Ciertas disposiciones actitudinales que están asociadas con el bienestar psicológico son evidentes desde la primera infancia, como la sociabilidad, el optimismo, la cordialidad (264), y estudios recientes hablan de una base genética para la felicidad (265). En todo caso, los factores ambientales y sociales influyen profundamente en el hecho de que estas disposiciones innatas se den o se manifiesten durante las etapas de desarrollo y envejecimiento.

Capacidad cognitiva. Existe consenso en relación a los modelos del cambio cognitivo a lo largo de la vida (266). Algunas habilidades cognitivas tienen su pico en la juventud y disminuyen con la edad, como en el caso de la agilidad mental, en la resolución de problemas nuevos, en el razonamiento espacial y la multitarea. Sin embargo, las habilidades que se basan en la acumulación de conocimiento y experiencia aumentan con la edad, como el vocabulario, el conocimiento general, y los conocimientos y habilidades específicos aprendidos a lo largo de los años a través de roles, ocupación e intereses. Hay una amplia variabilidad en la habilidad intelectual en todas las edades, y algunas personas mayores tienen

aptitudes iguales o mejores que otras más jóvenes. En tareas que requieren sabiduría, las personas mayores se desenvuelven hasta edades muy avanzadas igual de bien que sus contemporáneos más jóvenes —o sea, “buen juicio en temas de la vida importantes pero inciertos” (267) — y en áreas en las cuales ambos tienen experiencia pueden incluso superar a los más jóvenes (268).

Aunque el declive en el funcionamiento cognitivo y el despuntar de la demencia están asociados con la vejez, se desarrollan desde factores sociales, del medio e individuales que pueden ser claramente modificables. Las investigaciones indican que las personas mayores que tienen más formación, participación social, actividades estimulantes, un estilo de vida saludable y una salud mental positiva cuentan con una mayor “reserva cognitiva”, a pesar de la presencia de enfermedad mental (269).

Factores psicológicos. La revisión de un amplio conjunto de investigaciones sobre el bienestar psicológico muestra de manera concluyente que muchas disposiciones emocionales y características psicológicas están asociadas con la resiliencia durante la edad adulta, que se manifiesta por buena salud continua, capacidad de recuperación de una enfermedad y bienestar mental (264). Entre estas importantes características están las emociones positivas como la esperanza y el optimismo, autoestima, autoeficacia y espiritualidad. Otros rasgos de personalidad asociados con un bienestar continuo en la última etapa de la vida incluyen la extroversión, la conciencia (confiabilidad, exigencia) y baja neurosis (estabilidad emocional). Al enfrentarse con dificultades o pérdidas, las personas resilientes pueden reducir o transformar los sentimientos negativos a través de estrategias maduras para enfrentarlas, como el humor, ayudar a los otros, detener pensamientos estresantes o enfrentar la energía emocional negativa hacia fines constructivos.

Amplias investigaciones han mostrado que hay seis dimensiones psicológicas clave que contribuyen a una vida más longeva y saludable, y a un fuerte bienestar entre los mayores (270). Estas dimensiones son: autonomía, dominio del entorno (habilidad para manejar el mundo que les rodea más inmediato), crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida y autoaceptación. Estar en posesión de estas dimensiones puede brindar protección ante las variables sociales y económicas que tienen efectos negativos en la salud (como una baja educación y bajos ingresos). Otro modelo de bienestar basado en la evidencia presenta cinco bloques de construcción de la felicidad en todas las edades: emociones positivas, compromiso, relaciones, significados y logros (PERMA) (207, 131). La investigación con residentes mayores con cuidados de larga duración ha mostrado que la capacidad para una adaptación psicológica positiva es posible, incluso entre personas con limitaciones severas que eligen cómo usar sus restringidas reservas de energía de manera que sean más gratificantes a nivel personal (268).

Orientación sexual e identidad. El perfil de las personas mayores lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e intergénero (LGBTI) está aumentando con el envejecimiento de los *babyboomers*, que representan la primera generación de personas LGBTI que han vivido de manera abierta sus vidas gay o transgénero en gran cantidad de países desarrollados (271).

La orientación e identidad sexuales son características fundamentales de la diversidad humana que a lo largo del curso de vida pueden ser vividas dentro de un amplio espectro de contextos culturales e históricos, además repercuten en la autoestima, el estatus social (272), y en el bienestar físico y mental. Las investigaciones muestran que los LGBTI mayores permanecen mucho tiempo invisibles, con escasa atención por parte de los sistemas formales, e, incluso en las sociedades más tolerantes, tienen experiencias diferentes con respecto a las estructuras familiares y apoyos

sociales informales. Todo ello lleva a un amplio rango de resultados. Ubicar a todas las personas LGBTI en una única categoría “es como estar desinformado” y “es tan peligroso como tratarlos como si fueran invisibles” (273), pero se puede decir que, aunque en riesgo, los LGBTI mayores constituyen “una población resiliente que está experimentando significativas disparidades en la salud” (274). Los LGBTI tienen una prevalencia en muchos problemas comunes de salud más alta que los heterosexuales, incluso teniendo en cuenta las diferencias en la distribución por edad, ingresos y educación. Por ejemplo, los estudios indican que las personas LGBTI tienen un mayor riesgo de discapacidad (incluyendo VIH/sida, asma y diabetes) y angustia mental; además cuentan con tasas más altas de fumadores, uso alcohol/drogas, depresión y suicidio (275).

Es más probable que las cohortes jóvenes de LGBTI de los países más desarrollados experimenten un entorno social mucho más positivo que sus compatriotas más mayores y que sus semejantes en otras regiones del mundo. La mayoría de los estudios realizados en los primeros concluyen que la mayoría de los LGBTI adultos poseen un funcionamiento psicosocial positivo (272). Pero incluso en estas sociedades más permisivas, los estudios revelan un 82% de incidencia de victimización en LGBTI mayores al menos una vez en sus vidas y el 64% lo informaron un mínimo de tres veces (274). La realidad global es que una gran cantidad de LGBTI está sometida regularmente a violencia, abuso, *bullying* y estigmatización, con inevitables consecuencias en la salud.

“Ahora reconocemos que los adultos mayores LGBTI también representan una comunidad con necesidades específicas que deben ser atendidas.” (410)

Entorno físico

El entorno físico presenta tanto riesgos como factores de protección para la resiliencia en todas las etapas de la vida. En particular, en relación a la vejez, los entornos necesitan ajustar y compensar los declives en la capacidad funcional para democratizar la participación y el bienestar. Los entornos físicos deben promover la actividad física individual y reducir los riesgos de lesiones, al mismo tiempo que alentar la participación, las relaciones sociales y apoyar la independencia. A nivel comunitario, un entorno físico acogedor fomenta las interacciones públicas, que crean cohesión social.

Espacios públicos al aire libre. Los espacios exteriores como los parques brindan oportunidades no sólo para el ejercicio y actividades recreativas, sino también para la socialización. Las características espaciales como su tamaño, atractivo y adecuación para el uso activo (276), así como su seguridad, comodidad, mantenimiento y proximidad (277) están asociadas con un mayor uso de los mismos. La sola presencia de espacios verdes puede contribuir a una mejor salud física y mental, no sólo porque animan a caminar y mejoran la calidad del aire, sino también porque reducen el estrés y elevan el estado de ánimo, facilitando los encuentros sociales (278).

Diseño urbano. La ubicación de los espacios para uso residencial, comercial y otros tiene un impacto significativo en la movilidad exterior. En general, las personas caminan más en barrios de uso mixto donde las áreas residenciales y de comercio están estrechamente vinculadas (279). La movilidad de las personas mayores en los entornos exteriores construidos también depende claramente de la topografía (llana o en cuesta) y las características del diseño, incluyendo rampas, bordillos, cruces, iluminación, clima, aceras y bancos (280).

Transporte. La movilidad personal depende en gran medida de que el transporte esté disponible, sea accesible, adecuado y asequible. Disponer de opciones de transporte se hace cada vez más necesario cuando disminuyen las capacidades funcionales.

En los países con ingresos más elevados y entre los países en desarrollo más prósperos los coches privados son el medio de transporte más común, y muchas personas mayores conducen (281). Disfrutar de la libertad de conducir influye en la sensación de autonomía, control, inclusión y estatus de las personas mayores (282). Sin embargo, los cambios sensoriales, perceptivos y de toma de decisiones, como en el caso de discapacidades o medicación, afectan a la habilidad para conducir y las modificaciones en los hábitos de conducción empiezan a ser necesarias por razones de seguridad (p. ej., evitar conducir en las horas punta o por la noche). Dejar de conducir por completo limita los compromisos fuera del hogar y puede impactar negativamente en la calidad de vida (282) cuando no hay disponibilidad de otros medios de transporte alternativos y adecuados.

El transporte público accesible puede tener un impacto positivo en la salud de los usuarios mayores. El transporte público gratuito, por ejemplo, ha demostrado que reduce el riesgo de obesidad en las personas mayores (283) y lleva a una mayor participación social, voluntaria y económica, así como al bienestar (284). Hay necesidad de más investigaciones sobre el uso del transporte público por parte de las personas mayores, tanto como sobre la movilidad y el bienestar de personas con discapacidades funcionales de todas las edades, que ni conducen ni usan el transporte público.

Edificios, incluyendo los hogares. El diseño y ubicación de los edificios y su calidad (p. ej., presencia de moho, humedad, ruido del tráfico, etc.) son factores que influyen en la salud a todas las edades (285). Es más probable que una persona de bajos ingresos viva en una casa con

exposición a riesgos para la salud, como estar en una zona de amenazas geográficas (p. ej., laderas y costas), contaminación (p. ej., del tráfico o industrias), inclemencias del clima, materiales tóxicos, y escaso acceso a los servicios (37). El acceso a agua potable e instalaciones sanitarias es con razón una preocupación global. La polución interior es también un tema preocupante y es debida, con más probabilidad, por cocinar con combustibles sólidos (madera, estiércol o carbón) como suelen hacer las mujeres pobres en los países de bajos ingresos (286). Este tipo particular de contaminación es visto como un importante factor de riesgo evitable para las enfermedades respiratorias (287).

La mayoría de la gente prefiere “envejecer en el sitio” (288, 289); o sea, en la comunidad donde viven y también en su vivienda habitual. Las barreras arquitectónicas en el hogar constituyen una causa importante en la disminución de la capacidad funcional, incluyendo el funcionamiento cognitivo (290) y el riesgo de caídas. Las modificaciones en el hogar pueden influir muy positivamente en el envejecimiento en el entorno habitual con una mejora en el uso de la vivienda (291, 292), el aumento de la independencia en actividades cotidianas (291, 293, 294) y una reducción medible en el número de caídas (293, 295). Sin embargo, las adaptaciones en el hogar o de otras habitaciones alternativas pueden desencadenar un sentido de pérdida de control en las personas mayores si dichos cambios no son aceptados (296). Un ejemplo son las comunidades de jubilados o las residencias de ancianos, que, a pesar de ofrecer muchos servicios, pueden aislar a las personas mayores, alejarlas de sus hogares y comunidades familiares, así como de la oportunidad de interactuar fácilmente con otras generaciones.

Entorno natural. Los cambios en el medioambiente y el clima presentan desafíos tanto a corto como a largo plazo para la resiliencia de los individuos y para la capacidad

de las comunidades de gestionar de manera exitosa eventos extremos. A largo plazo, la contaminación del aire crea o aumenta los problemas respiratorios y cánceres. La OMS ha estimado que anualmente, siete millones de muertes prematuras son el resultado de la contaminación atmosférica (297). El aumento de la exposición a la luz ultravioleta aumenta los riesgos de cataratas y de cáncer de piel. La aparición o dispersión de bacterias, virus e insectos desconocidos hasta ahora representan amenazas de nuevas enfermedades. Los grupos poblacionales más vulnerables para estos efectos del cambio climático a largo plazo incluyen a los niños, personas mayores, personas con poca salud o con discapacidades, y personas con bajos ingresos (298). La contaminación ambiental en China, por ejemplo, ha revelado tener consecuencias desastrosas para una esperanza de vida saludable y la longevidad (299).

Aunque sucesos medioambientales severos (p. ej., sequías, inundaciones, olas de calor u olas de frío, tormentas severas) y desastres naturales no relacionados con el clima (p. ej., terremotos, tsunamis) tienen impacto en el bienestar de comunidades enteras, éste es mayor en las tasas de mortalidad de los “grupos vulnerables”: niños, personas mayores y con discapacidad (300). Durante el tsunami de 2011 en Japón, el 31% de la población afectada tenía 60 y más años y sumaban el 64% de los que murieron (18). De manera similar, el 70% de las muertes debido al Huracán Katrina en Nueva Orleans en 2005 sucedió entre las personas mayores, a pesar de que sólo representaban el 15% de la población (301). El calor inusualmente extremo en Europa durante 10 días del verano de 2003 dio como resultado un exceso de 35.000 muertes predominantemente entre personas de 70 y más años, y la mayor parte de estos fallecimientos, casi 15.000, acaecieron en Francia (191). Estos sucesos serán más frecuentes, y afectarán a un mayor número de personas mayores. Debido a una reducción en su capacidad funcional, tasa de enfermedad más alta y a menudo una red de

apoyo social más pequeña, las personas mayores son más vulnerables a este tipo de sucesos y sufren más sus consecuencias, tales como el acceso limitado a la medicación o a la comida (302).

En épocas de escasez de recursos y servicios, las personas mayores suelen ser olvidadas en las respuestas ante la emergencia. Sin embargo, las y los mayores configuran un grupo muy diverso, y muchos/as pueden, y de hecho lo hacen, contribuir con sus habilidades y su experiencia en los esfuerzos de asistencia y de reconstrucción. Como se constata en el estudio de casos de algunos países realizado por la OMS (302), las personas mayores dan apoyo a sus familias, usan su posición de respeto para mantener a la comunidad intacta, y ofrecen asistencia tanto material como práctica. Aun siendo a menudo los más vulnerables en situaciones de emergencia, también tienen muchas, y a veces únicas, contribuciones que hacer en la recuperación y reconstrucción de sus comunidades.

Determinantes sociales

El entorno social y las redes personales de familia, amigos, colegas y conocidos ejercen un efecto poderoso, tanto para mejorar como para disminuir la resiliencia a lo largo de la vida.

Educación. Las personas con cierta educación viven vidas más largas y saludables que aquéllas con una formación inferior (303). A mayor educación, mayor nivel de ingresos, más seguridad en las ganancias y mejores condiciones de trabajo y vivienda, todo lo cual lleva, a su vez, a una mejor salud. Una formación más elevada influye en la alfabetización en salud, lo que conduce a estilos de vida más saludables. La educación también fortalece la resiliencia cognitiva: en la madurez tardía, las personas con más educación tienen un riesgo menor de

demencia que sus pares con menor educación (304).

Más allá de enfatizar sobre la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida, los beneficios no parecen estar limitados a la educación formal en edades tempranas. Aprender en la madurez tiene un impacto positivo tanto en la autoestima social y la confianza (305), la participación social, los niveles de actividad física y la tasa de fumadores, como en las habilidades y posibilidades de encontrar un trabajo o conseguir un ascenso (306). Un estudio sueco muestra que, en particular para las personas con menor formación y para las mujeres, el obtener un título como adultos aumenta significativamente la participación en el mercado laboral y en el sueldo (307).

Aprender en la vejez también contribuye al bienestar. Participar en actividades artísticas, musicales o clases nocturnas, por ejemplo, mejora el bienestar de las personas de 50 y más años (308). Otros estudios revelaron una mejora autopercebida en el rendimiento cognitivo, salud, niveles de actividad y afecto (309), así como un incremento en las mediciones del rendimiento cognitivo entre las personas mayores que participan en cursos, comparados con quienes no participan (309, 310). A pesar del gran valor del aprendizaje en la vejez, la tasa de participación de las personas mayores disminuye con la edad (311), y aquéllas que obtendrían un mayor beneficio, son las que menos participan (306).

Apoyo social. Hay pruebas sólidas que muestran la relación entre el apoyo social y la salud física y mental (312, 313). Las redes de apoyo sociales pueden brindar apoyo emocional, reforzar comportamientos saludables, mejorar el acceso a los servicios, empleo, información y recursos materiales (como el cuidado de los niños, transporte, comida, vivienda), a la vez que ayudan a las y los inmigrantes a integrarse en la sociedad (312-314). Esta asociación tiene su continuidad en la vejez. Aquéllos/as con

relaciones sociales fuertes tienen menos factores de riesgo para la salud, menor tasa de enfermedad cardíaca y menor tasa de mortalidad (315), además de mejores resultados en salud mental. En la vejez, las relaciones sociales pueden reducirse y enfocarse más hacia la familia, debido a cambios como la muerte del esposo/a, alteraciones en la salud personal o en las responsabilidades de los cuidados familiares (316).

Exclusión social. La exclusión social ha sido definida grosso modo como un:

Proceso de no reconocimiento y privación de derechos y recursos de ciertos segmentos de la población... lo que lleva al aislamiento social en siete dimensiones: exclusión simbólica (imágenes negativas o invisibilización); exclusión de la identidad (la identidad de una persona se reduce a pertenecer a un grupo); exclusión socio-política (barreras para la participación social y política); exclusión institucional (acceso reducido a los servicios); exclusión económica (carencia de recursos financieros); exclusión de lazos sociales significativos (ausencia/pérdida de redes sociales de apoyo); y exclusión territorial (espacios geográficos para vivir reducidos, vecindarios inseguros). (317)

En cualquier sociedad los grupos desfavorecidos y minoritarios están en riesgo de exclusión social (318); sin recursos, información o apoyo que faciliten su participación en la sociedad, y en ocasiones enfrentándose a un rechazo absoluto, es más probable que estos individuos sean víctimas de una amplia gama de problemas de salud, adicciones, rupturas y aislamiento social (313). Las investigaciones con personas mayores de minorías étnicas, que viven en vecindarios desfavorecidos, pusieron de manifiesto que una alta proporción de ellas se enfrenta a múltiples tipos de exclusión, sufren soledad y baja calidad de vida (319). La exclusión social de las personas mayores puede ser resultado también de los cambios demográficos y socioeconómicos en los

barrios donde viven. Sentirse extraños en sus propias ciudades de origen fue otra experiencia descrita por personas mayores entrevistadas en Tokio y Londres para la *Age-Friendly Cities Guide* de la OMS (14). El aburguesamiento de los vecindarios con bajos ingresos de Montreal dio como resultado una sensación de exclusión por parte de los residentes más ancianos por lo que respecta a su sentido de identidad, sus relaciones sociales y su influencia política en la planificación local, aunque la apertura de un nuevo centro comunitario en el vecindario mejoró su inclusión social (320).

Aislamiento social y soledad. El concepto de aislamiento social hace referencia a una carencia objetiva de nexos sociales, mientras que la soledad se define como una evaluación individual y subjetiva sobre la adecuación de la propia red social (321). Tanto el aislamiento social como la soledad están comúnmente asociados con altos riesgos de morbilidad y mortalidad, así como con comportamientos poco saludables (321). Padecer aislamiento social y la soledad en la vejez está asociado a una menor función cognitiva (321). Las personas mayores con relaciones sociales decrecientes, movilidad restringida, con enfermedades mentales y los refugiados son más proclives al aislamiento social y soledad (322), siendo mayor el riesgo para las mujeres que para los hombres (323). Un estudio internacional en 25 países europeos mostró que la prevalencia de la soledad aumenta con la edad, pero también que el hecho de vivir en algunos de esos países suponía un riesgo de padecer soledad, incluso mayor que el propio proceso de envejecimiento (322).

Violencia y abuso. La violencia y el abuso que se sufren en los primeros años de vida siguen influyendo en la salud y el bienestar durante el resto del ciclo vital. Una revisión sistemática reveló una relación causal entre abuso no-sexual en la niñez (p. ej., maltrato emocional o físico, negligencia) con posteriores problemas de salud mental, comportamientos de riesgo para la salud, como uso de drogas, y comportamientos

sexuales peligrosos (324). El impacto del abuso en el bienestar durante la vida adulta depende de muchos factores, como la severidad de dicho abuso, la edad cuando sucedió, la relación con el maltratador, número de maltratadores, así como su frecuencia y duración (325). La extendida práctica de atar, que se aplica comúnmente a personas mayores con demencia en instituciones de estancia a largo plazo y en instalaciones geriátricas (368), puede degenerar fácilmente en una forma de abuso en la vejez.

En la *Declaración de Toronto sobre la Prevención Global del Abuso en la Vejez*, desarrollado por la OMS conjuntamente con la *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA), se facilitó una definición amplia de abuso en la vejez con el objetivo de guiar la prevención, identificación e intervención:

El abuso en la vejez es un acto único o reiterativo, o la ausencia de acciones apropiadas, que suceden dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza, que causa daño o sufrimiento a una persona mayor. Dicho abuso puede manifestarse de diferentes formas: física, psicológica, emocional, sexual, financiera o ser simplemente una negligencia, intencionada o sin intención. (326)

El abuso en la vejez se da dentro de un contexto cultural, ya que en muchas sociedades los actos de violencia contra las personas mayores están integrados en las costumbres locales, por lo que tienen que ser identificados y combatidos. El informe de la OMS *Missing Voices* (327), preparado en colaboración con INPEA, brinda ejemplo que incluyen el abandono y el robo de las propiedades de las viudas ancianas y acusaciones de brujería contra las mujeres ancianas aisladas, particularmente en África. Mientras que el abuso en la vejez puede sucederle a cualquier individuo mayor, aquellos

que son más vulnerables suelen estar socialmente aislados, solos o con discapacidades cognitivas y tienen un miembro de la familia con serios problemas de personalidad (328). El abuso tiene múltiples consecuencias en la salud física, mental y la seguridad material (329). A pesar de lo extendido del abuso en la vejez, la OMS informa que, de los 133 países investigados, el 41% no cuenta con ningún plan de acción (330). Según la definición de abuso establecida, la negligencia por parte de quienes toman las decisiones —los que están en una posición de confianza pública— constituye por sí misma una forma de abuso.

Voluntariado. Por voluntariado se entiende la reciprocidad entre individuos y las acciones de participación social y cívica que contribuyen al bienestar de otros, a la organización y la sociedad, como un todo. El voluntariado está siendo considerado cada vez más como un comportamiento social mediante el cual se benefician tanto la persona que recibe la ayuda como el voluntario/a. A través de las acciones de los voluntarios y voluntarias, la ciudadanía se compromete con la vida comunitaria, y a menudo en las actividades cívicas, a través de su interacción con instituciones gubernamentales (153). El voluntariado a través de organizaciones es más común en países desarrollados y en la Comunidad de Estados Independientes (exmiembros de la URSS); sin embargo, ayudar directamente a otros es más frecuente en las regiones en desarrollo (27, 153). Hacer voluntariado influye en el bienestar de la persona a cualquier edad y puede ser una oportunidad para los jóvenes de obtener experiencia en el mercado laboral. Puede tener importantes efectos protectores contra el aislamiento social, la soledad y la exclusión social a lo largo de la vida adulta. De hecho, el voluntariado ha sido asociado con bajas tasas de depresión, resultados de alto bienestar y calidad de vida (331), y menor mortalidad (332). Los beneficios pueden ser aún mayores para las personas mayores: un estudio sobre los efectos del voluntariado desarrollado a largo plazo



Muriel Beach, de 87 años, reside hace años en Chelsea, Nueva York. A pesar de sus importantes limitaciones de movilidad y de salud, mantiene rigurosamente el patrón de toda la vida a base de compromiso y actividad. Aplica con entusiasmo su experiencia en las iniciativas de voluntariado a nivel local, municipal, estatal, federal e internacional.

“Al final del día tengo la satisfacción de saber que la edad no me impide seguir siendo una persona productiva; que mi talento no se está descomponiendo o malgastando. La mayor recompensa de esta vida activa es la profunda amistad personal con gente que trabaja para proteger y mejorar las condiciones de vida de todos.”

reveló que las personas mayores experimentaban mayor satisfacción en la vida y percibían mejor su salud que personas adultas más jóvenes (333).

Determinantes Económicos

El capital financiero impacta en la salud, la seguridad y las oportunidades que van surgiendo para la participación activa y el aprendizaje. Los riesgos económicos y los factores de protección que entran en juego incluyen el estatus económico de las familias y la comunidad, las condiciones de empleo y del trabajo, el acceso a pensiones contributivas y no contributivas y las transferencias sociales.

Estatus socioeconómico. Los efectos del nivel de ingresos comienzan en la primera infancia y pueden durar toda la vida, a pesar de que los cambios en los niveles económicos también pueden modificar su curso, para mejor o para peor. Los ingresos determinan las opciones de una persona en relación con la vivienda, la comida, la educación, el cuidado de la salud, etc. El gradiente social, que une el nivel económico y el bienestar para los individuos y las comunidades, está bien documentado a nivel mundial. En general, los individuos más ricos, así como las comunidades, tienen como resultado un mayor bienestar (334). A lo largo de la vida, es más probable que las personas con bajos ingresos fumen, beban alcohol en exceso, coman menos frutas y verduras, hagan menos ejercicio (335) y experimenten más sufrimiento psicológico (336). Los efectos negativos de los bajos ingresos persisten en la vejez y se reflejan en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones funcionales, sufrimiento psicológico, y mayores tasas de muerte (337). Los datos del *English Longitudinal Study of Ageing* mostraron que, en comparación con personas más ricas de la misma edad, las personas mayores con un nivel socioeconómico más bajo son más propensas a fumar,

mantenerse inactivas físicamente y estar obesas; además, padecen más enfermedades crónicas, síntomas depresivos, soledad y una mala calidad de sueño (338).

Empleo y condiciones de trabajo. Un buen trabajo no sólo brinda un ingreso adecuado sino también acceso a oportunidades de aprendizaje, redes sociales de apoyo y beneficios psicológicos, como compromiso, sentido, autoestima y realización (339). Por lo tanto, el alto desempleo y subempleo crónicos implican riesgos significativos para la seguridad económica a largo plazo, así como para el bienestar personal y la salud. Es probable que la falta de una amplia recuperación económica desde la crisis del 2008 tenga consecuencias a largo plazo para la actual generación de adultos jóvenes que aún no han conseguido una estabilidad profesional o financiera (151, 340). ¿Cómo experimentarán el envejecimiento aquellos que ya han alcanzado los 30 años de edad sin una historia de empleo, y quienes aún dependen de sus padres o abuelos para sus gastos cotidianos?

Las y los parados padecen una peor calidad de sueño, más problemas de salud mentales y físicos, y tasas más altas de mortalidad. Las trabajadoras y los trabajadores desempleados de más edad pueden tener mayores dificultades para reintegrarse en la vida laboral (341) justo en la etapa en que es fundamental garantizar la seguridad financiera para la jubilación y para las necesidades de cuidados en la vejez. Por otro lado, las personas que continúan trabajando más allá de la edad de jubilación mantienen un mejor funcionamiento físico, mental y cognitivo que sus pares ya jubilados (342).

Las condiciones laborales contribuyen al bienestar no menos que el ingreso generado por el trabajo. Una revisión sistemática descubrió que la flexibilidad laboral tiene un impacto positivo en la salud en situaciones donde los trabajadores tienen voz y voto, como en la autoprogramación de turnos de trabajo o en la

elección de la jubilación parcial o gradual. Sin embargo, cuando “flexibilidad” significa que es la empresa la que decide cuándo y por cuánto tiempo trabaja una persona, puede tener efectos negativos sobre el bienestar de la salud del trabajador/a (339). Un estudio longitudinal en Alemania identificó una correlación entre la inseguridad laboral y una baja satisfacción con la salud (343). Otro estudio, también alemán, determinó que el estrés psicosocial relacionado con el trabajo está ligado a una salud subjetiva más pobre y a síntomas de depresión (344). Se descubrió que el estrés psicosocial laboral ocurría al mismo nivel entre los trabajadores más viejos y los más jóvenes, pero los niveles eran mayores en trabajadores con un trasfondo de menor formación e ingresos (344).

El empleo es un tema central que debe ser tratado con el objetivo de reducir las crecientes desigualdades. Para que el trabajo cumpla plenamente su función en términos de envejecimiento activo, debe ser trabajo decente. Según la definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el empleo debe brindar un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo; protección social para las familias; oportunidades para un mejor desarrollo personal e integración social; igualdad en el trato para hombres y mujeres, trabajadores más mayores y personas con discapacidad; y la libertad de los trabajadores para expresar sus puntos de vista, para organizarse y tomar parte en decisiones relacionadas con el trabajo que les afecten (345).

Se prevé que aumente la tasa de participación de los trabajadores más mayores en la fuerza laboral y hay una creciente creencia que una vida laboral continua de los trabajadores mayores es esencial para la productividad y sostenibilidad de los programas sociales en general. Las políticas en algunos países están cambiando hacia un aumento de la edad de jubilación, opciones de retiro parciales más flexibles, y formas creativas para promover el aprendizaje a lo largo de toda la vida y prácticas de empleo

amigables con la edad. Las ganancias potenciales son enormes. Un estudio de Deloitte en Australia descubrió que una participación adicional del 5% de los trabajadores más mayores añadiría 48 billones extra de dólares australianos al producto interior bruto (o el 2,4% del ingreso nacional) —equivalente a una de las mayores reformas macroeconómicas (346)—.

Sin embargo, sigue habiendo barreras importantes en el lugar de trabajo, que provienen de prejuicios sobre la capacidad productiva de los trabajadores más mayores, su motivación y habilidad para aprender. Al mismo tiempo, algunas personas mayores —incluyendo a muchas mujeres— están obligadas a continuar trabajando en empleos de baja calidad porque no tienen suficientes ingresos una vez jubiladas. Esto es debido entre otras razones a la participación fragmentada de la fuerza laboral, la expansión de determinados planes de pensiones contributivas (que ofrecen ingresos no garantizados para la jubilación), y la disminución del valor de las inversiones para la jubilación ya sea por la recesión económica o por emergencias familiares. En muchos países de bajos ingresos, el trabajo continuo es una necesidad ante la falta de una previsión para la seguridad social. En 2010, la participación en la fuerza laboral formal de las personas de 65 y más años estaba alrededor del 31% en regiones de ingresos medios y bajos, comparado con sólo el 8% en países de altos ingresos (25). El derecho a dejar de trabajar y retirarse con el apoyo de una pensión de jubilación decente es tan importante para preservar la capacidad personal como el derecho de continuar con vidas laborales satisfactorias. La creencia de que el desarrollo económico en los países de menores ingresos liberará recursos públicos para apoyar un retiro digno, necesario para las personas mayores, puede explicar la disminución en la participación laboral proyectada en estos países por aquellos/as de 65 y más años.

Pensiones y transferencias sociales. Las pensiones pueden ser transferencias de dinero

privadas o públicas, y pueden ser contributivas o no contributivas. De acuerdo con la OIT, un poco menos de la mitad (48%) de la población a nivel mundial que está en una edad de pensión obligatoria recibe una pensión (281). En los países en vías de desarrollo, cerca del 80% de todas las personas mayores no tienen un ingreso regular (347). El valor monetario de una pensión es un determinante importante para el bienestar en la vejez. Los datos de 13 países de la OCDE muestran que la salud es en general mejor en aquellos países con beneficios de pensión más generosos y que esta relación es más acentuada en el caso de las mujeres (348). De todas formas, la OIT informa que los países con ingresos altos han cambiado sus políticas para reducir las coberturas y beneficios de los planes contributivos, reduciendo su capacidad para proteger a los futuros pensionistas contra la pobreza (281).

En muchos países de ingresos bajos y medios, tanto las pensiones contributivas como las no contributivas se han expandido (281); aunque en el caso de las pensiones contributivas éstas pueden estar restringidas a la pequeña proporción de personas empleadas en los servicios públicos. Un estudio sobre el efecto de las pensiones sociales no contributivas en Brasil y Sudáfrica mostró que tuvieron un importante impacto en el bienestar de los hogares (349). Además de la influencia directa sobre el bienestar, el empoderamiento y la nutrición de las y los beneficiarios, se descubrió que estas pensiones también repercuten positivamente en la economía local (18). De hecho, existen evidencias de que las pensiones sociales conllevan una mejora en la nutrición y la escolarización entre los miembros más jóvenes de la familia (350), y que contribuyen a una disminución en la participación de la infancia como fuerza laboral (351).

Al igual que las pensiones, el subsidio por desempleo tiene un impacto positivo en el bienestar. La generosidad de dicho subsidio está relacionada positivamente con la satisfacción vital,

según se ha revelado en 34 países de la OCDE (352) y los beneficios por desempleo también están relacionados con menores tasas de suicidio entre los hombres, como se muestra en el análisis de datos de 25 países de la OCDE (353). Además de las transferencias monetarias, las transferencias estatales en especie (como subvenciones a la energía, comida o vivienda), o servicios a los cuidados en residencias, contribuyen a la resiliencia individual y familiar. Por ejemplo, los subsidios para alimentos a los pobres en Mozambique, de los cuales las personas mayores son las principales beneficiarias, también contribuyen a mejorar la nutrición de los niños en el ámbito doméstico (354).

Servicios sociales y de salud

Unos servicios sociales y de salud accesibles, equitativos y altamente coordinados son fundamentales para promover la salud, para prevenir, tratar o gestionar problemas de salud a medida que suceden a lo largo de la vida, y para preservar la calidad de vida hasta el final. Sólo se logran y sostienen cuando se da una misma prioridad en el apoyo de todos los determinantes del envejecimiento activo. El modelo de curso de vida del envejecimiento activo es intrínseco al planteamiento de que el conjunto de servicios brindados en las sociedades que envejecen deben dirigirse a metas múltiples, tanto en relación a la capacidad funcional durante la vida de una persona, como a una amplia gama de enfermedades y niveles de discapacidad.

Afrontar las necesidades de salud de una población cada vez más anciana. Existe una clara evidencia de que las enfermedades crónicas acarrearán el uso de servicios de salud más que la edad en sí misma (355). Sin embargo, las enfermedades crónicas y las discapacidades prevalecen en la edad avanzada y el uso de cuidados de la salud, y sus gastos correspondientes, aumentan de manera

conjunta (356). En algunos países, incluyendo Canadá (357) y Estados Unidos (356), el gasto per cápita del cuidado de la salud por persona mayor ha aumentado a lo largo de los años, a medida que han ido estando disponibles más intervenciones y nuevas tecnologías para los problemas comunes en la vejez (p. ej., cirugía de cataratas, reemplazo articular, bypass coronario). El cuidado de la salud y los sistemas de apoyo se enfrentan a dos desafíos principales en el contexto de la revolución de la longevidad: primero, prevenir enfermedades crónicas y discapacidad; y segundo, brindar cuidados apropiados de alta calidad y que sean rentables.

De acuerdo a las estimaciones del *WHO Global Burden of Disease for 2010* (Carga Global de Enfermedades para el 2010 de la OMS) (79), el 23,1% de la carga total de enfermedad puede ser atribuida a los problemas que sufren las personas de 60 y más años (que en 2013 constituían el 11,7% de la población mundial (19)). En regiones menos desarrolladas, la carga de enfermedad por persona entre la población mayor es más alta que en muchas regiones desarrolladas. A nivel mundial, las principales enfermedades que contribuyen a la discapacidad son las enfermedades cardiovasculares, cánceres y enfermedad respiratoria crónica, desórdenes musculoesqueléticos, y enfermedades neurológicas y mentales (79). Algunas afecciones comunes en la vejez son especialmente incapacitantes y requieren una detección y tratamiento tempranos.

Las enfermedades crónicas más comunes en las personas mayores pueden ser clasificadas en dos grupos. El primero incluye enfermedades que aparecen alrededor de la sexta década y son en general evitables a través de comportamientos saludables y/o intervenciones en los estilos de vida y servicios efectivos de prevención en salud. Suele tratarse de enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y muchos cánceres. La segunda categoría de enfermedades está más directamente

relacionada con el proceso de envejecimiento, y su prevención no está del todo clara. Aquí se incluyen demencia, depresión y desórdenes musculoesqueléticos. Mientras que la investigación puede eventualmente guiarnos hacia una prevención o tratamientos efectivos, la clave está en la gestión temprana, tanto para el control de la discapacidad, como para el mantenimiento de la calidad de vida.

Demencia. Salvo que se logre un rápido progreso para su prevención, la cantidad de personas que viven con demencia continuará aumentando exponencialmente en todas las regiones. En la actualidad, la demencia se ha convertido en una de las diez causas principales de mortalidad en todo el mundo (358). En 2013, 44,4 millones de personas vivían con demencia, y es probable que esa cantidad se duplique en los próximos 20 años, ascendiendo a 75,6 millones, y se vuelva a duplicar hasta los 135,5 millones en 2050 (359). De todas las personas con demencia, el 58% vive en países menos desarrollados y se espera que esta proporción aumente hasta el 71% para 2050, a medida que la población sea más longeva. En el mundo muchas personas con demencia continúan viviendo en la comunidad, volviéndose gradualmente incapacitados hasta su muerte. Los trastornos psicológicos y de conducta asociados con esta enfermedad progresiva suponen un esfuerzo especialmente pesado para los familiares cuidadores, quienes, a su vez, corren un mayor riesgo de deterioro de su propia salud física y emocional. Las comunidades amigables con las personas mayores que también son amigables con la demencia, están ganando una creciente experiencia en el apoyo de personas que viven con demencia y de sus cuidadores, de esta manera contribuyen al mantenimiento de la calidad de vida para ambas partes. Las características de una comunidad amigable con la demencia pueden incluir negocios locales gestionados por empleados que estén informados sobre la demencia y que puedan comunicarse con clientes discapacitados de manera efectiva, y empresas u organizaciones de

voluntarios/as que brinden oportunidades significativas e inclusivas para el compromiso, la socialización y el esparcimiento de las personas con demencia (360).

Discapacidad sensorial. La pérdida de visión y audición son las causas de dependencia y reducción de la calidad de vida en la vejez más comunes y generalmente tratables. Se estima que el 65% de las personas con discapacidad visual y el 82% de las personas ciegas tienen 50 y más años (79). Problemas en la visión cercana y lejana constituyen la causa más importante de discapacidad visual, y las cataratas son la principal causa de ceguera, en especial en países menos desarrollados donde el acceso a tratamientos rentables (p. ej., lentes correctoras y cirugía de cataratas) es insuficiente, especialmente para la población rural y las mujeres (79). La pérdida de la audición es también una condición predominante e ignorada, que afecta estimadamente a uno de cada tres adultos de 65 y más años (361), proporción que aumenta sustancialmente a partir de los 70 años. Como resultado de riesgos laborales, los hombres corren mayor riesgo que las mujeres, en especial en regiones menos desarrolladas (362). Por otro lado, el extendido uso de reproductores personales de música, en especial entre los jóvenes, es considerado por el Comité Científico de los Riesgos Sanitarios Emergentes y Recientemente Identificados de la Comisión Europea como una importante amenaza para la audición debido al alto volumen al que pueden utilizarse estos dispositivos (363). La pérdida de la audición está asociada con una merma en la habilidad para conducir, así como aislamiento social, discapacidad cognitiva, declive funcional y caídas (364). Las ayudas para la audición pueden restaurar la audición de manera efectiva, pero son usadas sólo por una minoría de aquellos/as que lo necesitan, incluso en países donde el costo no es una barrera para el acceso a dichas ayudas (364).

“A menos que los sistemas sanitarios cambien la selectiva infrautilización de las intervenciones que se sabe de antemano que van a ser efectivas en personas mayores, la carga sobre los sistemas de cuidados en salud llegará a proporciones inmanejables.” (409)

Movilidad y caídas. Se estima que un 9,6% de los hombres y el 18% de las mujeres de 60 y más años experimentan dolor y limitaciones relacionadas con la osteoartritis (365), lo que tiende a empeorarse con la edad. Globalmente, aproximadamente una de cada tres personas mayores sufre una caída al año. La frecuencia para caídas y la probabilidad de lesiones aumenta con la edad y el nivel de fragilidad (366). Las lesiones relacionadas con las caídas son una causa muy frecuente de discapacidad, dependencia y muerte como resultado de una compleja interacción de factores de riesgo biológicos, comportamentales, ambientales y socioeconómicos. El debilitamiento óseo por osteoporosis, más común en las mujeres después de la menopausia, es la principal causa de fracturas (367). Las personas mayores obesas también sufren un mayor riesgo de caídas, con las consecuentes lesiones y discapacidad (368). Se observó que algunos individuos restringen su movilidad ante el temor de una caída, por la pérdida de la capacidad funcional que supondría. La respuesta más efectiva es un abordaje riguroso, multisectorial, que tenga en cuenta, los factores de riesgo de manera conjunta (366).

Depresión. Según la OMS (369), la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Es el problema de salud mental más común que se sufre en la vejez, afectando a cerca

del 15% de los adultos mayores que viven en residencias comunitarias, al 20% de los ingresados en hospitales y al 40% de los que viven en instituciones de cuidados de larga duración (370,371). Una depresión grave es común en las últimas etapas de la vida (personas de 75 y más años) (372). Otras afecciones, a menudo asociadas, como los derrames cerebrales, enfermedad de Parkinson y la demencia, pueden complicarse aún más a causa de la depresión. Los factores de riesgo incluyen cambios en el cerebro biológicos y por enfermedad, problemas físicos de salud, aislamiento social y soledad. La depresión que no es tratada puede derivar en enfermedades físicas, un rápido declive funcional y la muerte prematura. Las barreras más importantes para una detección precoz de la depresión incluyen dificultades en la comunicación (p. ej., personas con demencia o discapacidad auditiva), confundir la depresión con la demencia, carencia de conocimientos sobre cómo se presenta la depresión en las etapas avanzadas de la vida, y la creencia *edadista* de que la depresión es una parte normal en el envejecimiento. La depresión es la causa más común de suicidios en la vejez, y muchas personas que se suicidaron consultaron a un/a profesional sanitario/a poco tiempo antes de atentar contra su vida (373). De todo ello se deduce que se podrían prevenir más casos de suicidio con una adecuada detección por parte de las y los profesionales de la salud del entorno de la comunidad y el acceso a intervenciones tempranas y adecuadas. De todas formas, los estudios recientes indican que la psicoterapia para la depresión, la que es efectiva en la reducción de la depresión y en los síntomas depresivos, no es efectiva en el tratamiento del suicidio (374).

Salud de la piel. Uno de los cambios con más consecuencias, más común y poco valorado, relacionado con el envejecimiento, es el deterioro natural de la piel. Este deterioro surge como resultado directo del daño causado por mecanismos psicológicos, predisposición genética y factores externos (en concreto, la

radiación solar) (375). Las implicaciones son de largo alcance para todas las sociedades, y son notadas por todos. Además de los cambios normales, las enfermedades y afecciones de la piel aumentan prevalentemente con la edad, incluyendo el cáncer de piel (376), efectos secundarios negativos en la piel causados por los tratamientos para el cáncer, la quimioterapia y las terapias focalizadas (377,378), así como la sequedad de la piel y prurito, que son los síntomas más comunes de la decadencia de la salud de la piel (379). Cuando la piel no se cuida o se trata de manera inadecuada, hay mayor riesgo de padecer heridas, infecciones y empieza la prescripción de medicamentos, con serias implicaciones en la salud en general, calidad de vida y morbilidad (380). La xerostosis y la apariencia de una piel envejecida son un ejemplo de cómo los problemas de la piel pueden llevar a una pobre autoimagen y al rechazo social. Un cuidado inadecuado de la piel también puede precipitar el aumento de las caídas (381), visitas al médico, hospitalización (380) y gastos en el sistema de salud (382), todo lo cual podría ser mitigado.

Comorbilidad y fragilidad. La prevalencia de enfermedades crónicas múltiples aumenta con la edad avanzada, afectando a dos tercios de las personas de 65 y más años y el 82% de las personas mayores de 85 años (79). Los hallazgos de las investigaciones en países de ingresos medios muestran también que el 12% de las personas menores de 50 en estos países presentan más de una enfermedad crónica (383). La comorbilidad es una causa importante de discapacidad, dependencia y baja calidad de vida. A menudo los problemas que acarrear las enfermedades están interconectados por lo que el tratamiento es más complejo. Cualquier intervención puede producir una amplia gama de efectos, que pueden ser indirectos, presentarse posteriormente, difíciles de predecir, y distintos de los resultados esperados si se hubiera tratado de una sola enfermedad. Los riesgos de la polifarmacia son altos, ya que conllevan interacciones entre medicamentos y

reacciones adversas. Los cuidados inapropiados dan como resultado complicaciones y costes evitables, además de un sufrimiento innecesario. Hay que investigar más para entender los mecanismos de la enfermedad que subyacen en la comorbilidad y para enfocar mejor los tratamientos (384). La fragilidad está asociada a menudo con la comorbilidad y se define en términos de un incremento de la debilidad y una menor capacidad de reserva en general. La fragilidad produce una mayor vulnerabilidad ante resultados negativos de salud por sucesos tales como las caídas o infecciones oportunistas. La comorbilidad y la fragilidad crean una dependencia molesta y constante, lo que es agobiante para los cuidadores y cuidadoras. Con un asesoramiento amplio y una intervención geriátrica temprana, es posible revertir dicha fragilidad (385). En casos complejos donde la mejoría no es posible, el cuidado debe enfocarse en la adecuada mejora del alcance y la calidad de vida de la persona (371).

Servicios de salud continuos. Una continuidad amplia de servicios incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cura, restablecimiento, manejo, prevención del declive y cuidados paliativos. Estos servicios son brindados por numerosos agentes involucrados en la provisión de cuidados: uno mismo y la familia; proveedores comunitarios e instituciones (Fig. 10). La mayoría de los sistemas formales del cuidado de la salud han sido desarrollados con el énfasis puesto en los servicios médicos e institucionales de prevención y curación para afrontar las necesidades ocasionales provocadas por los “catastróficos cuidados” de la población más joven (p. ej., enfermedades contagiosas y lesiones). A medida que la salud de la población necesita evolucionar en el contexto de la revolución de la longevidad, la sostenibilidad y efectividad de los servicios sociales y de salud demandan un cambio radical para lograr un mejor balance entre “cuidado” y “cura”, “paliación” y “prevención”. Este necesario cambio de paradigma depende de dos

componentes críticos: 1) un sistema enfocado en el cuidado primario de la salud basado en la comunidad, tanto para brindar cuidados como para asegurar la coordinación de los diversos servicios en el tiempo; y 2) un cuadro de profesionales del cuidado de la salud en todas las áreas, que estén concienzudamente preparados para entender los aspectos de la salud relacionados con la edad y para responder a las cambiantes necesidades de la salud a lo largo de todo el curso de vida.

Figura 10. Dimensiones del cuidado



Fuente: Kalache, 2013 (21)

Nota: El tamaño de los cuadrados representa el volumen de cuidados proporcionado en la mayoría de las sociedades y es proporcionalmente inverso al de la mayoría de las sociedades donde se facilita un mayor soporte financiero.

Promoción de la salud. En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud se dice que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (16). La promoción de la salud empodera a los individuos, asignando una responsabilidad crucial al sector público para crear las condiciones y servicios necesarios para la salud. La promoción de la salud es una labor compartida que involucra al hogar, la escuela, el lugar de trabajo, servicios de la comunidad y sanitarios, con el apoyo de políticas gubernamentales a todos los niveles. Integrar una perspectiva de salud en todos los ámbitos políticos —desde la agricultura hasta el urbanismo— forma parte de la promoción de la

salud. A nivel individual, el desarrollo de una alfabetización en salud es clave para un empoderamiento de la salud a todas las edades. La prevención de enfermedades y lesiones incluye en general tres acciones preventivas: “primaria”, p. ej., vacunación contra la gripe, eliminación de los peligros para las caídas en el hogar; “secundarias”, p. ej., pruebas para detectar la diabetes o el cáncer; y “terciarias”, estilos de vida, comportamientos y medicamentos para controlar la diabetes una vez diagnosticada.

Atención primaria de salud. Como ya se ha comentado, la columna vertebral de todos los servicios de salud es la atención primaria basada en la comunidad. Los médicos de familia y otros profesionales sanitarios relacionados brindan los servicios en primera línea para la prevención, la detección precoz, controlar enfermedades crónicas y manejar discapacidades. La atención primaria suele ser la puerta de entrada para el acceso a otros servicios necesarios, el centro para la planificación del cuidado y la coordinación, tomando en cuenta las necesidades integrales de la persona y respetando las metas y valores personales.

A pesar de ello es frecuente que haya barreras para la atención primaria de la salud. Consultas que son demasiado breves, con profesionales que no tienen una formación adecuada en necesidades de la salud propias de la edad, lo que, con demasiada frecuencia, acaba demasiado a menudo en un mal diagnóstico y un tratamiento inadecuado. Largas distancias a los servicios, costes inasequibles, y largos tiempos de espera para el cuidado en lugares incómodos son otros problemas que se dan frecuentemente en regiones de ingresos bajos y medios. Una investigación en personas mayores en 11 países de altos ingresos, llevada a cabo por la *Commonwealth Fund*, también informó sobre barreras financieras y brechas en el acceso y el cuidado (386). Con el objetivo de reforzar los cuidados primarios para promover el envejecimiento activo, la OMS ha presentado

principios basados en la evidencia para los cuidados primarios amigables con la edad en tres áreas: 1) información, educación, comunicación y formación; 2) sistemas de gestión del cuidado de la salud; y 3) el entorno físico (387).

Cuidados intensivos. Los servicios de cuidados intensivos son intervenciones puntuales enfocadas en la curación de la enfermedad y el tratamiento de lesiones y otros sucesos que amenazan la vida o son potencialmente discapacitantes. Los pilares son la atención primaria comunitaria, combinada con medicación, servicios de especialistas y hospitales de agudos. Aunque esenciales para las personas de todas las edades, los cuidados intensivos no son suficientes ni para mantener la salud, ni para brindar el apoyo continuo requerido para manejar enfermedades crónicas. Los sistemas de salud fueron concebidos para cubrir las necesidades de la población con anterioridad a las transiciones demográficas y epidemiológicas. Por tanto, tienden a tratar enfermedades crónicas de la misma manera que las afecciones agudas, que son un episodio único y no recurrente no relacionado con otras necesidades de salud (388).

“Sin un cambio, los sistemas de cuidado de la salud continuarán creciendo cada vez más de manera ineficiente y no efectiva mientras aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas... El desembolso en el cuidado de la salud continuará escalando, pero no así las mejoras en los niveles de salud de la población. Mientras el modelo de cuidado intensivo

siga dominando el sistema de cuidado de la salud, esto socavará de manera efectiva los resultados de salud que de otra manera podrían lograrse.” (388)

En países más desarrollados, las personas mayores presentan un mayor número de estancias en el hospital y más largas que otros grupos etarios. Existe una pobre adecuación entre el medio hospitalario y las personas mayores con problemas de salud complejos. El resultado, muy frecuente, es una multitud de problemas causados por la hospitalización, como infecciones, caídas, confusión, ansiedad, delirio y declive funcional. Al mismo tiempo que las perspectivas amigables con la edad están dando una nueva forma a la atención primaria y al contexto urbano, también se está desarrollando un nuevo modelo de cuidado hospitalario amigable con la edad. Es un modelo que toma en cuenta la perspectiva de las personas mayores con respecto al entorno físico, actitudes y comportamientos del personal, políticas administrativas y protocolos de procedimientos y cuidados (389).

Cuidados de larga duración. El cuidado de larga duración describe la adecuación de los servicios de salud y sociales dirigidos al control de las enfermedades crónicas, la prevención de la discapacidad y a preservar la calidad de vida. Las acciones que se incluyen pasan por el control de los síntomas, el manejo de la medicación, fisioterapia, terapia ocupacional, control del dolor, apoyo para la autonomía, enfermería, dispositivos de asistencia, cuidado personal (bañarse, vestirse, alimentarse) y apoyo en el hogar (limpieza del hogar y preparación de las comidas). Idealmente, estos servicios apoyan el envejecimiento en casa y comprenden los siguientes elementos: comunicación, continuidad, coordinación, exhaustividad y lazos

con la comunidad (390). Sin embargo, las instituciones de cuidados de larga duración se hacen necesarias cuando las personas mayores tienen una fuerte dependencia y carecen de un apoyo adecuado en el hogar. Los cuidados comunitarios e institucionales financiados por el sector público están disponibles en los países más desarrollados, pero aún están poco presentes en las regiones menos desarrolladas.

El apoyo a las y los cuidadores informales. Los cuidadores y las cuidadoras informales deben ser reconocidos como la piedra angular de los cuidados de larga duración. El *US Center for Disease Control and Prevention* citó evidencias del Instituto de Medicina de que los cuidadores informales brindan estimadamente el 90% del apoyo y cuidado recibido por las personas mayores (391). La mayoría de los cuidadores informales son las esposas, que son mayores a su vez, y las hijas y nueras. Aunque brindar cuidados puede ser recompensado de manera intrínseca, también es a menudo difícil, consume tiempo y agota. Las consecuencias del cuidado informal a largo plazo en la salud física, mental, relaciones sociales, empleo y seguridad financiera están bien documentadas (392,393). Por ejemplo, los y las cuidadoras desatienden su propio cuidado (394) y los que cuidan de personas con demencia tienen peor salud que los cuidadores de las personas sin demencia (395). La cantidad de servicios confiables y suficientes, formales e informales, para la persona cuidada como también alternativas flexibles para tomarse un respiro son de suma importancia para salvaguardar el bienestar de las cuidadoras y los cuidadores primarios y mejora su capacidad para cuidar durante más tiempo (396). Igualmente, útiles son los servicios para apoyar a las y los cuidadores de manera directa, a saber, la formación, grupos de apoyo y una remuneración financiera justa.

La responsabilidad de proveer un cuidado de larga duración no puede ser cargada exclusivamente por las familiares o por los gobiernos. Las redes familiares cada vez más

pequeñas, más complejas y más dispersas geográficamente son menos capaces de brindar cuidado sin un refuerzo adicional. Hay una creciente crisis global de lo que se denomina la “insuficiencia familiar” en la *Declaración de Río* sobre el desarrollo de una cultura del cuidado en respuesta a la revolución de la longevidad (180). La respuesta a esta insuficiencia familiar debe ser la creación de una “cultura del cuidado” que no sólo incluya, sino que vaya más allá de un cuidado estrictamente público o familiar, y que corrija de manera significativa los desequilibrios de género al brindar cuidados. Una cultura del cuidado debe comprometer a empresarias y empresarios, comercios, estructuras y servicios comunitarios públicos (p. ej., vivienda, transporte), grupos de voluntariado y miembros de la familia en un proyecto amplio, intergeneracional con la meta compartida de la solidaridad tanto con las personas que necesitan cuidados y como con los individuos involucrados en la prestación de ese cuidado. Tal y como se destaca en la *Charter on Gender and Ageing* (216), es fundamental crear oportunidades y eliminar las barreras que perpetúan los desequilibrios de género en el cuidado para forjar una nueva cultura del cuidado.

Cuidados paliativos. La mayoría de los servicios de cuidado de la salud a los que se recurre durante la vida de un individuo son llevados a cabo entre el último año a 6 meses de vida (356). Un estudio de los beneficiarios de *Medicare* en Estados Unidos reveló que, aunque más personas están muriendo en el hogar o en un hospital para enfermos terminales que en el pasado, los meses que anteceden a la muerte se caracterizan por más idas y venidas al hospital, y un aumento en el uso de las unidades de cuidados intensivos en el mes anterior a la muerte. Sumado a que es costoso para el sistema sanitario, este modelo de cuidado muy probablemente socava la calidad de vida (397). Una revisión sistemática de la literatura concluyó que la adherencia a programas de cuidados paliativos, ya sea en el hospital, en el hogar o en un hospital para enfermos

terminales, es más rentable que el cuidado normal, y que dicha rentabilidad aumenta con la duración de esa adherencia (398). Además de tener un uso más eficiente de los recursos de cuidados de la salud, un cuidado paliativo apropiado ofrece cuidados de óptima calidad a las personas cercanas al final de su vida.

Los cuidados paliativos para las personas mayores presentan desafíos especiales que necesitan ser considerados por todo el personal de cuidados. Existen diferentes trayectorias posibles para el final de la vida (399, 400). La trayectoria para una persona que se está muriendo por un cáncer normalmente atraviesa un corto período de declive evidente en el funcionamiento físico (Fig. 11A). Mientras que las personas con enfermedades cardíacas crónicas, por ejemplo, experimentan una trayectoria de limitaciones de larga duración con episodios agudos de manera intermitente, que pueden llevar al fallecimiento de la persona o, en el caso de sobrevivir, a un deterioro gradual en la capacidad funcional (Fig. 11B).

El cuidado paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando se enfrentan al problema de enfermedades que amenazan la vida, proveyendo prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la detección precoz, un correcto asesoramiento y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Los cuidados paliativos:

- Brindan alivio del dolor y otros síntomas estresantes.
- Reafirman la vida y tratan la muerte como un proceso normal.
- No tratan ni de acelerar ni de posponer la muerte.

- Integran aspectos del cuidado psicológico y espiritual del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a salir adelante durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Usan un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo orientación sobre el duelo, si fuera necesario.
- Mejoran la calidad de vida, y puede influir positivamente el curso de la enfermedad.
- Son aplicables en los primeros estadios del curso de la enfermedad, en combinación con otras terapias que tienen por objeto prolongar la vida, como la quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para entender mejor y gestionar las complicaciones clínicas más preocupantes.

Fuente: OMS 2015 (408)

Las personas mayores a menudo tienen múltiples y progresivas enfermedades crónicas que llevan a la muerte de una forma menos predecible y más compleja que un cáncer terminal o una enfermedad cardíaca. Una trayectoria de deterioro prolongado puede terminar con la muerte debido a un fallo cerebral (p. ej., enfermedad de Alzheimer) o debido a la fragilidad de diversas partes del cuerpo (Fig. 11C). Otra trayectoria posible es la que experimenta un individuo que muere de repente sin ningún problema de salud conocido o limitación funcional evidente antes del

fallecimiento (Fig. 11D); este final puede parecer ser el curso deseado, pero sólo una pequeña proporción de las muertes sigue este patrón. Este resumen conceptual de las trayectorias del final de la vida necesita ser tenido en cuenta cuando se diseña el cuidado ante las necesidades de un individuo (399, 401). Las dificultades en la comunicación, debido a pérdidas neurológicas o sensoriales, pueden hacer más desafiante el detectar y aliviar el malestar y el dolor. Puede haber pocos, o incluso

no haber, familiares y amigos que brinden apoyo y ofrezcan información sobre las preferencias y valores de la persona. Debido a que las muertes a edades cada vez más avanzadas van en aumento constante, los cuidados paliativos deben ubicarse como el componente central de todos los servicios de salud, basándose en la adecuada combinación de especialistas tanto como de profesionales sanitarios en general bien entrenados.

Figura 11A. Periodo corto de empeoramiento evidente (p. ej. cáncer)



Figura 11B. Limitaciones a largo plazo con episodios agudos intermitentes (p. ej. insuficiencia cardiaca)



Figura 11C. Periodo prolongado de declive (p. ej. Alzheimer u otra demencia)

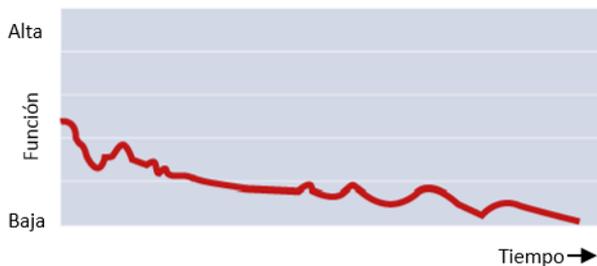
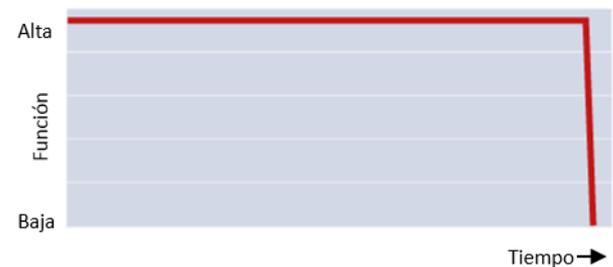


Figura 11D. Muerte súbita (p. ej. insuficiencia cardiaca fatal, causas externas)



Fuente: Adaptado de Lynn y Adamson 2003 (399) y Murray et al 2005 (400).



CAPÍTULO V

LA RESPUESTA POLÍTICA

CAPÍTULO V. LA RESPUESTA POLÍTICA

La revolución de la longevidad. Perspectiva macroeconómica

La revolución de la longevidad ha generado predicciones económicas y sociales preocupantes, al asumir que las personas mayores constituyen una carga creciente para el resto de la sociedad. Si bien los análisis (402) indican que la revolución de la longevidad no es una catástrofe macroeconómica, sí que urge una acción para descartar ideas desfasadas sobre el curso de vida y para cambiar políticas con el fin de responder a una nueva realidad. En este capítulo se proponen algunas directrices de carácter general.

La esperada disminución en el número de personas de población activa remunerada (entre los 15 y los 64 años) puede verse compensada por una tasa mayor de participación en el mercado laboral de más mujeres y personas mayores de 65 años. Las políticas amigables con las familias, donde se permite a ambos progenitores conciliar vida profesional y familiar, pueden animar a las parejas a tener descendencia manteniendo su productividad laboral y su seguridad económica en la vejez. La preocupación que genera la idea de que las y los trabajadores mayores son menos productivos puede ser modificado enfatizando en la formación continua y la mejora de las habilidades. La sostenibilidad a largo plazo del fondo de pensiones puede asegurarse mejorando las expectativas de empleo para las y los parados adultos de todas las edades, y no recortando los beneficios para aquellos que están cerca de la jubilación. Ofreciendo a las trabajadoras y trabajadores la opción, sin restricciones, de conseguir una ocupación satisfactoria con oportunidades de aprender

nuevas habilidades y de disfrutar de condiciones laborales compatibles con los cambios en las capacidades funcionales, ya que trabajar más tiempo puede llegar a tener una perspectiva positiva. Al mismo tiempo, optar a una retirada del mundo laboral digna y económicamente segura, cuando cambien las elecciones personales o las capacidades, debería ser una decisión mutua que beneficie tanto a las y los trabajadores como a la sociedad.

El esperado crecimiento en la demanda de cuidados de la salud y de apoyo se puede gestionar a través de múltiples estrategias que están basadas en una evidencia sólida. Abordar las desigualdades a través de los determinantes sociales y económicos del envejecimiento activo y adaptar los entornos físicos para que sean mejores promotores de la salud y amigables con la edad, reducirá los riesgos de enfermedades crónicas y angustias psicosociales. Una promoción de la salud focalizada y continua, que incluya educación para la salud, es necesaria para mejorar la alfabetización en salud a todas las edades de manera que las personas puedan cuidar mejor de su propia salud y la de sus familias. El cuidado de la salud sostenible y de alta calidad para todos se logra con un sistema de salud que se base en una atención primaria de la salud amigable con la edad; esto provee un amplio rango de servicios continuos y coordinados centrados en las personas para la prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidado; y es brindado por profesionales con formación en todos los aspectos de la salud relacionados con la edad. Es factible generar sistemas de cuidados de larga duración que no dependan exclusivamente de las familias o que utilicen recursos públicos de manera desproporcionada cultivando una cultura del cuidado que involucre a los gobiernos, familias,

comunidades, empresarias/os, el sector del voluntariado y de negocios. La discapacidad que lleva a la dependencia se ha transformado en una preocupación universal. Como fue previsto en la *Declaración de Río sobre el Desarrollo de una Cultura del Cuidado (175)*, el apoyo y el cuidado deben ser reconocidos como una responsabilidad colectiva.

Las naciones de todas las regiones deben adoptar la revolución de la longevidad, fortaleciendo los cuatro pilares del envejecimiento activo —salud, participación, aprendizaje continuo a lo largo de la vida, y seguridad— con una perspectiva que abarque todo el del ciclo vital. Muchos países de ingresos altos que han tenido el privilegio de ser ricos antes de envejecer tienen entornos y programas de salud y sociales estables que, de alguna manera, abordan las necesidades de la población en general. Su desafío es apoyar y permitir el nuevo curso de vida flexible en todos los ámbitos políticos, en concreto, salud, educación, industria, recursos humanos y bienestar social, y asegurar su sostenibilidad para todas las generaciones. El envejecimiento activo en todas las políticas debe apuntar a la inclusión plena, como una necesidad de la sociedad y, sobre todo, un tema de derechos humanos.

Los países de ingresos medios con economías en expansión se están convirtiendo en países tan viejos demográficamente como los de altos ingresos, pero mucho más rápidamente. Se están creando sistemas educativos, de salud, seguridad de ingresos y atención social, y están mejorando la calidad de vida para muchas personas. Aunque todavía persisten amplias desigualdades sociales, las condiciones de vida no son saludables o amigables con la vejez, los niveles de riesgo para enfermedades crónicas son muy altos y casi no existen los cuidados de larga duración. Canalizar la nueva prosperidad económica de manera efectiva y equitativa es vital para mantener las políticas al ritmo de los múltiples desafíos generados por la revolución de la longevidad.

Los países de ingresos bajos persiguen el desarrollo económico y social para aumentar el nivel de vida colectivo de todas y todos. Aunque la proporción de personas mayores en esas sociedades permanecerá baja por ahora comparado con las regiones de ingresos altos y medios, estos países no pueden ignorar las consecuencias humanas del desarrollo (p. ej., una vida más larga). Asegurar la protección y promoción de los derechos de las personas mayores, incluyendo su derecho a una atención primaria de la salud adecuada y accesible, a alimentación, refugio, medios para ganarse la vida y asegurarse un apoyo básico cuando ya no puedan trabajar, les permitirá que permanezcan saludables y mantener su calidad de vida durante más tiempo. Comprometer a las personas mayores como plenos participantes en el desarrollo, como está indicado en el *Plan de Acción de Madrid (2002)*, contribuirá al bienestar propio y de sus familias, así como a progresos económicos en general. Las personas mayores en los países en desarrollo ya están jugando un papel vital apoyando a otras generaciones (nietos, huérfanos por sida), como guardianes de las experiencias colectivas y aglutinadores de las comunidades en tiempos de crisis. Se dice con referencia al África Subsahariana, la región más pobre del mundo, que en las áreas rurales invertir en las personas mayores aliviaría la pobreza y beneficiaría de muy diferentes maneras a las comunidades en su totalidad. En primer lugar, porque la mayoría de los agricultores de la región son personas mayores; invertir en su salud y mejorar sus capacidades, recursos, herramientas y conocimientos podría mejorar de manera sustancial la producción de alimentos. En segundo lugar, porque cambiar las prácticas de los ancianos propietarios de terrenos en relación al control de la tierra y derechos de herencia podrían aumentar el compromiso de las generaciones más jóvenes en la agricultura y los negocios (403).

Forjando un nuevo paradigma

El *Active Ageing Policy Framework* de 2002, proclamó el final de la época del rígido y obsoleto paradigma de las etapas de la vida; donde la etapa anterior a la edad adulta se dedica al aprendizaje, la mayoría de los años de la edad adulta a trabajar y la vejez a la jubilación y la dependencia. Este paradigma refleja cada vez menos la realidad de la experiencia vivida por las personas, especialmente en los países de ingresos altos. Las regiones de ingresos medios también han empezado a experimentar cambios, y son testigos de un aprendizaje más extenso y de períodos de puesta al día de las habilidades que se van intercalando a lo largo de la vida laboral. El rígido modelo de etapas de la vida es incongruente en un mundo que envejece, globalizado e interconectado. Con los rápidos avances tecnológicos y un menor número de gente joven preparada con las nuevas habilidades a punto de entrar en el mercado laboral, aprender no puede detenerse una vez finalizada la escolarización oficial. La activa participación de las personas mayores en todas las áreas donde se requiere el esfuerzo humano es cada vez más necesaria. El cuidado debe ser reformulado una responsabilidad compartida porque no hay otra alternativa realista o justa.

El modelo de curso de vida flexible rompe las divisiones artificiales entre generaciones, comprometiendo a todas y todos los miembros de la sociedad sean de la edad que sean. Esto implica un replanteamiento total de los derechos basados en la edad y de las restricciones, además, este nuevo modelo responde mejor a las necesidades individuales de crecimiento, trabajo, descanso, cuidado y ser cuidados a lo largo del ciclo vital.

“Cómo enfoquemos el envejecimiento y a las personas mayores determinará nuestras relaciones con otras generaciones y la forma en que nosotros, nuestras hijas, hijos y nietas, nietos se vayan haciendo mayores y vivan el envejecimiento y sus últimos años de vida.” (21)

La respuesta política

En una sociedad que integra las generaciones en fluidas transiciones durante el curso de vida, la función de las políticas públicas es:

- Crear oportunidades para la salud, participación y el aprendizaje continuo a lo largo del ciclo vital.
- Proteger a las personas de riesgos comunes en la enfermedad, seguridad económica, social y personal, y de no quedar al margen por desgracias personales.
- Empoderar a las personas promocionando sus derechos fundamentales a lo largo del ciclo vital, y especialmente los derechos de las personas mayores a la independencia, participación, cuidados, realización personal y dignidad, como se expresa en los principios de la ONU para las personas mayores (17).

Participación basada en derechos. En una perspectiva de envejecimiento activo, las decisiones se toman con, y no sólo para, las personas afectadas por ellas. Esto significa involucrar a todas las generaciones, con un esfuerzo especial para escuchar las voces de aquellas y aquellos que no suelen ser escuchados: los jóvenes, los muy ancianos, y en

muchas regiones, las mujeres; los que tienen ingresos bajos, los marginados, las minorías y los inmigrantes. La participación en la toma de decisiones es más que una “consulta”, requiere identificar y corregir los desequilibrios de poder para que la formulación de las decisiones sea genuinamente inclusiva, la solución de las diferencias y el logro de soluciones equitativas. La primacía de los derechos dura toda la vida e incluye identificar y respetar los valores y los objetivos de vida de las personas mayores frágiles y de aquellas y aquellos que se hallan cerca del final de la vida.

Construyendo resiliencia a través de la acción intersectorial. El marco de políticas sobre envejecimiento activo está basado en comprender que todos los determinantes deben ser dirigidos a fomentar personas resilientes en comunidades resilientes, mejorando los factores de protección y minimizando los riesgos. Esto requiere acciones en todos los niveles de gobierno y en todos los sectores políticos: salud y bienestar social, educación, empleo, industria, transporte, vivienda, medio ambiente, seguridad social, cultura, justicia y desarrollo rural y urbano.

Mejora en la toma de conciencia y conocimiento para movilizar de manera efectiva. Es crucial elevar la toma de conciencia sobre las implicaciones inmediatas y a largo plazo de esta revolución de la longevidad con el objetivo de informar y movilizar a la acción. Aunque la recopilación de datos y la investigación sobre la edad y el envejecimiento hayan mejorado considerablemente en la última década, se requiere una mayor desagregación de

los datos y una difusión mucho más amplia del conocimiento basado en la evidencia en todas las regiones y especialmente en los países de ingresos medios y bajos.

Recomendaciones clave en política

La política de envejecimiento activo requiere una acción sectorial que abarque los cuatro pilares (Fig. 12) y todos los determinantes. Las recomendaciones políticas que se esgrimen a continuación han sido diseñadas en la confianza de que sean relevantes para las autoridades en su toma de decisiones a todos los niveles, en todos los sectores y países. Muchas van dirigidas a los gobiernos, pero muchas otras tienen su relevancia también para otros actores igualmente notables: las organizaciones intergubernamentales como Naciones Unidas, la sociedad civil, el sector privado, las mismas personas adultas y mayores (Fig. 13 y tablas siguientes). Aunque el envejecimiento activo es aplicable a las personas en cualquier momento de su ciclo vital, algunas de estas recomendaciones se refieren específicamente a las personas mayores. Otras son recomendaciones transversales a la edad; por ejemplo, allí donde envejecer requiere ser considerado como un factor en otras áreas políticas debido a que envejecer tiene que presentarse desde la perspectiva del curso de vida. A la hora de desarrollar acciones específicas, género y cultura deben ser tomados en consideración como determinantes transversales en todas las áreas políticas.

Figura 12. Los pilares del Envejecimiento Activo



Fuente: Adaptado de OMS 2002 (1)

Figura 13. Acción intersectorial



Tabla 6. **Recomendaciones para la salud**

Para beneficiarse plenamente de la revolución de la longevidad, es fundamental no sólo aumentar la cantidad de años de vida sino también la cantidad de años con buena salud. Los factores de riesgo, tanto ambientales como comportamentales, necesitan ser reducidos y los factores de protección aumentados para así asegurar que las enfermedades crónicas y el declive funcional puedan ser prevenidos, o postpuestos y mantenidos al mínimo. La promoción de la salud, la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad, son cruciales para dar apoyo a un envejecimiento activo y para maximizar los beneficios de una mayor longevidad. Cuando las personas necesitan cuidados, éstos deben estar integrados y ser personalizados con el énfasis puesto en mantener lo más alto posible la capacidad funcional y la calidad de vida.

Recomendaciones para la salud		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
1.	Reducir factores de riesgo asociados con enfermedades graves e incrementar los factores de protección a lo largo del curso de vida.						
1.1.	Influencias económicas en la salud. Reducir desigualdades socioeconómicas que influyen en la enfermedad y la discapacidad a lo largo de la vida: pobreza extrema, desigualdad de ingresos, baja educación y alfabetización, y exclusión social. Dar prioridad a la mejora del estado de salud de los grupos desfavorecidos y socialmente excluidos.						●
1.2.	Entornos amigables con las personas adultas, limpios y saludables. Facilitar el acceso universal al aire limpio y al agua; reducir la contaminación y minimizar la exposición a la misma especialmente entre los grupos vulnerables; crear entornos libres de barreras para facilitar la movilidad activa, el acceso a espacios verdes saludables y a alimentos sanos.				●		●
1.3.	Hábitos saludables y autocuidados a todas las edades. Promover hábitos saludables y autocuidados desde edades muy tempranas y a lo largo de la vida, cultivando la alfabetización en salud en los programas curriculares educativos y brindando el acceso amplio y continuo a una información precisa sobre salud.	●			●	●	●

Recomendaciones para la salud		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
1.4.	Control del trabajo. Desalentar rigurosamente a las personas para que no empiecen a fumar, controlar el uso del tabaco para evitar el tabaquismo pasivo y dar apoyo a la población en los procesos para dejar de fumar.		●		●	●	●
1.5.	Control del alcohol. Facilitar información sobre consumo responsable e implementar medidas creativas para reducir su consumo.		●		●	●	●
1.6.	Actividad física. Brindar oportunidades asequibles, accesibles y agradables para mantenerse activas y activos a lo largo de todas las etapas del ciclo vital, incluyendo actividades específicas para limitaciones funcionales.	●	●		●		●
1.7.	Elecciones alimentarias saludables. Asegurar el acceso a alimentos asequibles, nutritivos y a información imparcial sobre alimentación equilibrada a lo largo del curso de vida.	●	●		●	●	●
1.8.	Consejo sobre prácticas preventivas e intervenciones. Desarrollar y difundir recomendaciones según la edad y estado funcional sobre la efectividad de la prevención específica de enfermedades, la promoción de la salud e intervenciones en salud para la mejora en la salud y la esperanza de vida.	●					
1.9.	Resiliencia psicológica. Fomentar la resiliencia psicológica desde la primera infancia y a lo largo del curso de vida a través de los programas curriculares de los colegios y la comunidad educativa, centrándose en actitudes y comportamientos positivos (p. ej., cultivar las emociones positivas, el compromiso, la empatía, relaciones satisfactorias, objetivos y logros significativos).	●	●				●
2.	Asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad.						
2.1.	Acceso Universal. Proveer de cobertura universal los servicios sanitarios, que brinde un acceso no discriminatorio a un completo abanico de servicios de salud física y mental, que promueva la salud, prevenga y controle la enfermedad y discapacidad física y mental, y que preserve la calidad de vida. Estos servicios deberían incluir:						●
2.1.1.	Prevención, detección y tratamiento efectivo. Acceso equitativo y específico por género para personas de todas las edades a tratamientos y chequeos efectivos y oportunos.						●
2.1.2.	Medicación. Medicinas esenciales, seguras, económicas y de calidad, así como educación y seguimiento centrados en la						●

Recomendaciones para la salud		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
	persona para asegurar la adherencia y evitar interacciones con medicamentos y reacciones adversas.						
2.1.3.	Continuidad en los cuidados. Acceso continuo a servicios sanitarios y sociales basados en la comunidad que sean asequibles, accesibles y de alta calidad, que se enfoquen en las necesidades y los derechos de las personas a medida que envejecen; y que incluya acceso a asesoramiento y cuidado geriátrico integral.						●
2.1.4.	No discriminación. Protección, promoción y satisfacción de las necesidades de salud de cada persona sin discriminación por edad, género, raza, estatus socioeconómico, cultural u orientación e identidad sexual.						●
2.1.5.	Servicios amigables con la edad. Apoyar a los profesionales sanitarios para diseñar e implementar una atención primaria y unos servicios de cuidados hospitalarios amigables con la edad.						●
2.2.	Formación a nivel profesional. Brindar formación básica y continua en geriatría y gerontología a todos los profesionales sanitarios y de servicios sociales, a los cuidadores o asistentes sociales remunerados, incorporando en esta formación enfoques basados en derechos y centrados en la persona.	●					●
2.3.	Toma de decisiones. Implementar guías y protocolos para apoyar la toma de decisiones adecuadas, basadas en la evidencia y que involucre a las personas mayores y a los que las atienden.		●		●		●
2.4.	Tecnología rentable. Invertir en el desarrollo y la implementación de tecnologías rentables para mejorar la detección precoz, el tratamiento y/o mantenimiento funcional y la calidad de vida de las personas con limitaciones físicas y/o cognitivas.	●			●		●
3.	Prestar especial atención a temas de salud específicos.						
3.1.	Toma de conciencia de los problemas de salud mental. Sensibilizar a la población sobre los temas de salud mental, incluyendo depresión, pensamientos suicidas y problemas asociados con demencia, así como combatir los estigmas sociales que dificultan la búsqueda de ayuda y tratamiento.	●	●			●	●
3.2.	Servicios de salud mental. Ofrecer servicios integrados en salud mental de manera continua que abarquen desde la prevención e	●		●			●

Recomendaciones para la salud		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
	intervención temprana hasta el tratamiento y la rehabilitación. Asegurar que los profesionales de salud estén adecuadamente formados/as para diagnosticar y tratar enfermedades mentales de manera apropiada, tanto en personas mayores como en jóvenes.						
3.3.	Identificación y respuesta al VIH/sida y a otras ETS. Incluir a las personas mayores en los controles de VIH/sida y otras ETS eliminando límites de edad en la recopilación de datos y análisis; incluir a las personas mayores en los programas de prevención, cuidado y tratamiento de VIH/sida y ETS; y reconocer y apoyar a las cuidadoras y los cuidadores de personas infectadas de VIH o a huérfanos por causa del sida.			•			•
3.4.	Riesgos de enfermedades infecciosas. Mejorar la detección de enfermedades infecciosas en los cuidados de atención primaria, especialmente entre personas mayores que son más susceptibles; asegurar el tratamiento precoz para reducir la mortalidad evitable; y desarrollar, implementar y administrar vacunas efectivas en la vejez.	•	•		•		•
3.5.	Pérdida de visión y audición. Reducir la pérdida de visión y audición evitables ofreciendo un acceso universal a la prevención y control adecuados, así como tratamientos asequibles, incluyendo lentes y audífonos.						•
3.6.	Prevención de caídas. Evaluar factores de riesgos para caídas a nivel individual y en el entorno; ofrecer una promoción de la salud multifactorial, tratamiento médico, modificaciones en el hogar y medidas para disminuir los riesgos de caídas (p. ej., aparatos de vigilancia).		•		•		•
4.	Desarrollar una cultura del cuidado.						
4.1.	Autocuidado. Promover el autocuidado y dar soporte a las personas mayores para su autonomía en el manejo de las enfermedades.	•	•		•		•
4.2.	Envejecimiento en el propio hogar. Ofrecer un amplio abanico de posibilidades de alojamiento y servicios comunitarios flexibles y asequibles, para atender a las personas mayores y personas con discapacidad con el fin de que puedan permanecer en sus hogares, incluyendo adaptaciones en la vivienda, servicios de transporte, mantenimiento de la casa, servicios de alimentación y cuidado personal.		•		•		•

Recomendaciones para la salud		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
4.3.	Organización y prestación de cuidados. Establecer sistemas de apoyo y cuidados con las siguientes características de buenas prácticas: servicios integrales, comunicación entre los beneficiarios, cuidadores informales y entre los proveedores de servicios, coordinación de todos los servicios centrados en las y los beneficiarios, continuidad entre los distintos entornos y a lo largo del tiempo, relación con la comunidad, incluyendo comunidades etnoculturales.						●
4.4.	Apoyo a las cuidadoras y cuidadores. Brindar a las cuidadoras y cuidadores informales un apoyo adecuado y flexible para que puedan ocuparse de su propio bienestar físico, profesional, económico y psicosocial mientras están cuidando de una persona mayor. Reconocer el hecho de que el cuidado informal es una elección, no una obligación impuesta por roles sociales de género o por la falta de cuidados alternativos en la comunidad. Promover vías para “compartir el cuidado” intergeneracionalmente en las familias y con redes de amigos o comunitarias.		●		●		●
4.5.	Educación y formación en cuidados. Facilitar formación e información prácticas, flexibles y continuas a través de proveedores de servicios y sociedad civil para dar apoyo a las cuidadoras y cuidadores informales; y dotar de una formación acreditada y de alto nivel para las y los cuidadores remunerados.	●					●
4.6.	Condiciones de trabajo de las cuidadoras y los cuidadores. Proporcionar a las y los cuidadores remunerados condiciones y remuneración adecuadas, que reconozcan el valor y la complejidad de su trabajo, que refuerce su dedicación a la profesión de cuidadores.				●		●
4.7.	Fragilidad y comorbilidad. Asegurar el acceso a una valoración geriátrica integral y enfoques de cuidados diseñados conjuntamente con la persona mayor para prevenir o revertir la fragilidad, preservar la calidad de vida y minimizar riesgos innecesarios.		●		●		●
4.8.	Cuidados paliativos. Asegurar cuidados paliativos centrados en la persona que sean “bajos en tecnología, altos en contacto” desde el mismo comienzo de una enfermedad discapacitante, que se enfoquen firmemente en el confort y el afecto. Preparar y asistir a las personas cercanas a la persona moribunda para que acompañen al individuo al final del viaje de la vida respetando sus creencias.		●		●		●

Recomendaciones para la salud		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
4.9.	Planificar para la dependencia y el cuidado. Provocar mayor toma de conciencia de la importancia de anticipar el declive funcional y la hipotética dependencia en la vejez, incluyendo posibles modificaciones en la vivienda, cuidados de larga duración y voluntades anticipadas.	●	●				●

Tabla 7. **Recomendaciones para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida**

Un aprendizaje continuo a lo largo de la vida es el soporte de otros pilares del envejecimiento activo. El conocimiento contribuye a la salud, asegura una mayor participación en todos los ámbitos sociales y aumenta la seguridad. En una sociedad donde el conocimiento es más accesible incluso a través de tecnologías de la comunicación en continua evolución, la acumulación de conocimiento a lo largo de la vida es muy importante.

Recomendaciones para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
1.	Promover oportunidades innovadoras para un aprendizaje continuo a lo largo de la vida.						
1.1.	Una cultura del aprendizaje continuo a lo largo de la vida. Ofrecer oportunidades de alfabetización, educación, formación y perfeccionamiento flexibles y accesibles a lo largo del ciclo vital; promover acuerdos laborales para facilitar y fomentar que el aprendizaje sirva para satisfacer un conjunto de necesidades personales y profesionales. Dar apoyo a la sociedad civil para que facilite el acceso y aliente el aprendizaje en ámbitos y modalidades no tradicionales de manera que llegue a personas aisladas o excluidas socialmente.	●	●		●		●
1.2.	Buenas prácticas. Apoyar la identificación y difusión de buenas prácticas para maximizar el compromiso y obtener mayor beneficio del aprendizaje continuo a lo largo de la vida.	●				●	●
2.	Mejorar el acceso a la información.						
2.1.	Accesibilidad. Confirmar que la información es facilitada de un modo accesible de manera que no queden excluidas las personas con capacidad funcional reducida o con baja alfabetización.	●	●			●	●
2.2.	Inclusión tecnológica. Reducir la brecha tecnológica asegurando el acceso y la formación adaptada a las necesidades específicas de personas en riesgo de exclusión de todas las edades.	●			●		●
2.3.	Información sobre derechos. Garantizar que la población tenga acceso pleno a una información comprensible y fidedigna sobre sus derechos y las vías para reclamar esos derechos, especialmente para aquellos y aquellas más vulnerables.		●			●	●

Recomendaciones para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
3.	Reconocer el papel crucial del voluntariado para fomentar el aprendizaje a lo largo de la vida.						
3.1..	Formación y educación para voluntarias y voluntarios. Dar soporte a organizaciones de la sociedad civil ofertando formación y educación para que sus voluntarios/as y miembros puedan mejorar sus habilidades y ampliar sus conocimientos.						●
4.	Promover la alfabetización en salud como una prioridad y preparar personas para el cuidado.						
4.1.	Alfabetización en salud. Facilitar oportunidades tanto específicas como generales para mejorar la alfabetización en salud en todos los ámbitos y a todas las edades. Establecer herramientas de formación y guías prácticas para asegurar que las y los profesionales sanitarios tengan el mejor conjunto de habilidades para discernir de forma efectiva las necesidades específicas de sus pacientes y actuar en consecuencia.	●	●		●		●
4.2.	Cuidados. Brindar instrucciones y modelos de autocuidados y de cuidados a terceros, desafiando estereotipos anticuados, especialmente los de género.		●				●
5.	Proveer formación y educación en envejecimiento.						
5.1.	Educación general en envejecimiento. Formar personas de todas las edades para superar los estereotipos y estigmas de la vejez, para comprender el proceso de envejecimiento y sus determinantes, y para respetar los derechos de las personas mayores.	●	●			●	●
5.2.	Inclusión del envejecimiento en los programas curriculares. Dar soporte a los entornos de educación formal comunitarios y sociales para ofrecer formación en envejecimiento entendido como un proceso que dura toda la vida, y sus diferentes impactos en mujeres y hombres y en los derechos de las personas mayores en los entornos educativos.						●
5.3.	Estudiando el envejecimiento. Estimular a las instituciones educativas para que ofrezcan sesiones sobre la implicación de la revolución de la longevidad en la sociedad y en todas las áreas de la vida a estudiantes y profesionales de diversos campos, no solo al sector sanitario (incluyendo periodístico, empresarial, ingenierías, jurídico, diseño, arquitectura, etc.).	●					●

Recomendaciones para el aprendizaje continuo a lo largo de la vida		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
6.	Promover el intercambio intergeneracional como una forma de aprendizaje a lo largo de la vida.						
6.1.	Intercambio intergeneracional en varios campos. Maximizar las oportunidades para el intercambio intergeneracional dentro de las familias, comunidades y lugares de trabajo.	●	●		●		●
6.2.	Valorar el conocimiento de otras generaciones. Fomentar la puesta en valor de las habilidades, perspectivas, memoria, sabiduría acumulada y su transmisión a otras generaciones.	●	●		●		●

Tabla 8. **Recomendaciones para la participación**

Asegurar que las personas puedan participar en actividades sociales, económicas, culturales, cívicas, de ocio o espirituales a lo largo de su vida, incluso en la vejez, según sus necesidades, preferencias, capacidades y, lo más importante, según sus derechos; esto conduce a una sociedad más productiva e inclusiva. Deben facilitarse oportunidades para la participación con el fin de incluir y empoderar a grupos marginales o a aquellas y aquellos en riesgo de exclusión por capacidad funcional reducida.

Recomendaciones para la participación		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
1.	Mejorar la imagen del envejecimiento y combatir estereotipos y prejuicios.						
1.1.	Imágenes positivas. Promover imágenes positivas y realistas del envejecimiento y desafiar los estereotipos y prejuicios que bloquean la participación.		●			●	●
1.2.	Medios de comunicación. Aumentar la representación de mujeres y hombres mayores en los medios de comunicación, dar mensajes realistas sobre la población que envejece y sus consecuencias.	●				●	
2.	Crear oportunidades de participación.						
2.1.	Oportunidades plenamente accesibles para la participación de todas y todos. Crear oportunidades para personas con un amplio espectro de capacidades funcionales para que participen en todas las esferas de la vida, social, económica, política, cívica, de ocio, cultural y espiritual.	●	●		●		●
2.2.	Reducir la soledad. Establecer programas formales y voluntarios a nivel de comunidades locales para identificar y tender la mano a las personas mayores en riesgo de soledad y de facilitarles mayor participación social.		●				●
3.	Posibilitar la implicación activa en la toma de decisiones.						
3.1.	Mecanismos de participación y consulta. Crear mecanismos para la participación y consulta de mujeres y hombres mayores en los procesos de toma de decisiones a todos los niveles.		●		●		●

Recomendaciones para la participación		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
3.2.	Inclusión. Involucrar activamente a las personas mayores, sus familias y sus cuidadoras y cuidadores en el desarrollo de productos y servicios y, en particular, de objetivos y dispositivos de cuidados.	●	●		●		
4.	Fomentar el compromiso cívico y del voluntariado a lo largo del curso de vida.						
4.1.	Oportunidades e incentivos. Favorecer oportunidades para el compromiso cívico, incluyendo organizaciones de defensa y de acción comunitaria, que se ajusten a metas, intereses y aptitudes individuales; grupos destinatarios cuyas voces están infrarrepresentadas en el discurso de la ciudadanía, incluyendo aquellos de adultos jóvenes, minorías, personas en desventaja económica e individuos aislados socialmente.		●				●
4.2.	Una cultura de voluntariado. Integrar una “cultura del voluntariado” fomentando actividades de voluntariado formales e informales como parte de la vida cotidiana a todas las edades.		●		●		●
4.3.	Organizaciones para personas mayores. Invertir en grupos comunitarios organizados por mujeres y hombres, del tipo de asociaciones para personas mayores y de autoayuda.		●		●		●
4.4.	Inclusión social. Dar apoyo a la sociedad civil para instaurar programas de voluntariado especialmente enfocados a fortalecer las conexiones entre personas de diferentes generaciones, sexos y culturas, incorporando la inclusión digital.				●		●
5.	Rediseñar el trabajo y los entornos profesionales para una participación en el mercado laboral más duradera y estable.						
5.1.	Trabajadoras y trabajadores mayores. Alentar a las personas mayores que deseen trabajar para que lo puedan hacer, implementando estrategias para retener a las y los trabajadores mayores y para facilitar las transiciones entre el trabajo y la jubilación, cuando seguir trabajando ya no sea posible o deseable.				●		●
5.2.	Acabar con la discriminación. Adoptar e implementar políticas no discriminatorias en la contratación, selección, formación y promoción. Prohibir usar la edad legal de jubilación como una medida coercitiva para la expulsión laboral, e instalar una edad mínima de jubilación.				●		●
5.3.	Oportunidades de empleo a todas las edades. Estimular la creación de oportunidades de empleo para adultos de todas las edades,				●		●

Recomendaciones para la participación		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
	especialmente para aquellas y aquellos con elevados índices de desempleo o subempleo.						
5.4.	Flexibilidad en el trabajo. Permitir fórmulas de trabajo flexibles a lo largo del ciclo vital, tanto para mujeres como para hombres, considerando que facilitar períodos de aprendizaje continuo, servicios de cuidados y actividades personales es una inversión en capital humano.				●		●
5.5.	Entornos de trabajo saludables. Promover hábitos saludables en el lugar de trabajo y brindar oportunidades para mejorar la salud personal. Introducir y mejorar entornos de trabajo seguros y ergonómicos.				●		●
6.	Cultivar la solidaridad intergeneracional.						
6.1.	Solidaridad intergeneracional. Fomentar el contacto y el diálogo intergeneracional; proveer educación a edades tempranas en valores de apoyo mutuo y de cuidados en las familias y entre generaciones; reducir el potencial de conflictos entre todas las generaciones debidos a la desinformación o los estereotipos de edad; identificar los retos a los que se enfrentan las familias y en especial los adultos jóvenes, y apoyar soluciones para mejorar sus oportunidades de participación y bienestar.	●	●			●	
6.2.	Decisiones inclusivas. Asegurar el diálogo intergeneracional incluyendo las voces tanto de las y los jóvenes como de las personas mayores a la hora de tomar decisiones a nivel público sobre temas de edad.		●				●
7.	Crear entornos amigables para estimular la participación.						
7.1.	Diseño amigable con la edad para todas las etapas de la vida. Construir entornos amigables con la edad para promover la independencia, la seguridad y reducir barreras para las personas mayores y en concreto para aquellas personas con limitaciones funcionales.				●		●
7.2.	Transporte y movilidad. Mejorar el transporte público y la movilidad de manera que las personas de cualquier edad, incluidas aquellas con capacidades funcionales reducidas, puedan moverse tanto por ocio como por necesidades esenciales.				●		●

Recomendaciones para la participación		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
7.3.	Servicios y programas comunitarios locales. Crear y dar soporte a servicios comunitarios locales amigables con la edad e inclusivos para mejorar la participación, incluyendo la participación de aquellas y aquellos que se sienten excluidos por razones de migración.		●				●

Tabla 9. **Recomendaciones para la seguridad**

La seguridad humana es un derecho básico, que nos permite llevar vidas libres de inseguridad física, social y económica. Cuando las personas ya no están en condiciones de mantenerse y protegerse, como ocurre en la vejez, las políticas dirigidas a cubrir las necesidades de seguridad y derechos se vuelven especialmente importantes.

Recomendaciones para la seguridad		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
1.	Proteger el derecho básico a la seguridad.						
1.1.	Derecho a la seguridad física, vivienda, saneamiento, agua potable y alimento. Garantizar protección, seguridad y dignidad para todas las personas, incluyendo aquellas de edades avanzadas, atendiendo a los derechos y necesidades básicas de seguridad física a lo largo del ciclo vital, tanto para mujeres como para hombres; y crear e implementar protocolos para abordar vulnerabilidades especiales relacionadas con la edad, género o limitaciones funcionales en situaciones de emergencia y conflicto.			●			●
1.2.	Acceso universal a la seguridad social básica. Asegurar que cualquier persona a lo largo de su vida disfrute del acceso a una seguridad social básica, incluyendo el derecho a una educación asequible, vivienda, medicina y servicios de salud.						●
2.	Construir entornos amigables con la edad como piedra angular de la seguridad.						
2.1.	Entornos protectores. Construir entornos y comunidades que contribuyan a la seguridad de los habitantes, especialmente aquellas y aquellos con discapacidad o que viven solas/os.	●	●		●		●
2.2.	Vivienda. Proveer una gama de opciones asequibles de viviendas para facilitar el envejecimiento en el hogar, así como amplia información para formar a las personas sobre las ventajas de las opciones, incluyendo modificaciones en el hogar, viviendas alternativas y/u otros dispositivos de vivienda.				●	●	●
3.	Erradicar la pobreza y garantizar unos ingresos básicos a lo largo de la vida.						

Recomendaciones para la seguridad		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
3.1.	Protección social. Proveer y/o mejorar una cobertura social mínima ayuda a impedir períodos de empobrecimiento a lo largo del curso de vida, que posteriormente ponen en peligro el bienestar y previene el empobrecimiento en los últimos años de vida.						●
3.2.	Innovaciones para generar ingresos en pro de eliminar la pobreza. Implementar mecanismos efectivos para erradicar la pobreza y la privación material entre personas mayores, especialmente mujeres mayores (p. ej., programas de microcréditos y cooperativas).			●			●
3.3.	Desigualdades. Desarrollar y/o sostener políticas que reduzcan desigualdades económicas entre mujeres y hombres y entre grupos minoritarios.						●
4.	Seguridad a través del trabajo digno y sostenibilidad de los sistemas de pensiones.						
4.1.	Preparando el futuro. Preparar a las y los trabajadores de todas las edades para que adopten una perspectiva a largo plazo sobre su futura vida profesional y planificar en consecuencia.	●			●		●
4.2.	Trabajo digno. Legislar para conseguir unos estándares profesionales satisfactorios y exigir a los/as empresarios/as que aseguren un trabajo digno a sus empleadas y empleados de todas las edades, según la definición de la Organización Internacional del Trabajo.						●
4.3.	Jubilación. Eliminar la jubilación obligatoria basada en la edad, instaurar una edad mínima de jubilación y prohibir prácticas en el lugar de trabajo que obliguen a las y los empleados mayores a dejar de trabajar sin justificación.						●
4.4.	Sistema de pensiones. Asegurar que tanto los actuales sistemas de pensiones como los futuros protejan a las y los pensionistas frente a la pobreza; asegurar la sostenibilidad del sistema de pensiones mediante un índice de empleo elevado y mantener un sistema contributivo de larga duración fuerte y adaptable, y sólidas inversiones en planes de pensiones; introducir sistemas universales de pensiones no contributivas y contributivas basadas en el empleo, allá donde no existan todavía.						●
4.5.	Identificar y abordar los factores subyacentes entre grupos de edad. Asegurar que los debates y las políticas enfocados a satisfacer las necesidades de toda la ciudadanía tengan en cuenta las historias sociales y económicas que moldean la vida y el destino de las personas		●				●

Recomendaciones para la seguridad		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
	a lo largo de su curso de vida, y tratar de corregir las actuales variables que engendran desigualdad en determinadas circunstancias, en lugar de fomentar posicionamientos de confrontación, como por ejemplo “favorecidos” frente a “desfavorecidos”.						
5.	Prevenir y abordar la discriminación, la violencia y el abuso.						
5.1.	Toma de conciencia. Creación de conciencia a través de diferentes vías, incluyendo los medios de comunicación, sobre cómo, dónde puede ocurrir y a quién puede afectar el abuso en la vejez, y cómo buscar ayuda.		●			●	●
5.2.	Prevención, identificación y notificación. Crear mecanismos para prevenir, ayudar a identificar e informar sobre casos de discriminación, violencia, abuso y darles una amplia difusión.	●				●	●
5.3.	Protección jurídica. Asegurar que la Ley protege adecuadamente los derechos de las personas mayores contra la discriminación, violencia y abuso, y tomar medidas para reforzar la Ley y difundirla.						●
5.4.	Tratamiento. Desarrollar sistemas que provean un soporte adecuado y oportuno a aquellas y aquellos que sufran discriminación, violencia o abuso para minimizar el daño tanto a corto como a largo plazo.	●	●				●

Tabla 10. **Recomendaciones transversales:gobernanza, políticas e investigación/evidencia**

Para lograr un envejecimiento activo integral con actuaciones sobre los cuatro pilares donde la colaboración intersectorial es indispensable. Las políticas de cada sector tienen un impacto en los demás sectores. Por lo tanto, todos los sectores tienen que comunicarse con los demás y alinear sus políticas. En muchos casos será necesario incrementar la toma de conciencia del envejecimiento poblacional, sus retos, opciones y las probables consecuencias de las acciones, antes de tomar las decisiones. Se requieren datos sólidos y completos para informar al público, influir en la opinión pública, guiar a quienes diseñan las políticas, desarrollar políticas efectivas y supervisar su implementación.

Recomendaciones transversales		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
1.	Reconocer el envejecimiento de la población como un tema político urgente y actuar sobre ello.						
1.1.	Urgencia para la acción. Promover que el envejecimiento sea una prioridad política y favorecer la toma de conciencia sobre fórmulas de respuesta a la revolución de la longevidad para el mayor beneficio de todas y todos.		●	●			●
1.2.	Espacios de oportunidad. Destacar las oportunidades y los espacios específicos de oportunidad que resultan de la revolución de la longevidad, que tienen que ser adoptadas por los gobiernos locales, provinciales y nacionales.			●			●
1.3.	Capacidad para construir. Mejorar el acceso de los políticos a la evidencia recopilada, al análisis, las opciones, las políticas y prácticas ya testadas para responder al envejecimiento poblacional.		●	●			●
2.	Mejorar las estructuras gubernamentales para dar respuesta a la revolución de la longevidad.						
2.1.	Acción intersectorial. Puesta en marcha de comités intersectoriales con representantes de los gobiernos locales, provinciales y estatales para integrar respuestas políticas al envejecimiento de la población.						●
2.2.	Coordinación. Establecer un organismo nacional/provincial/municipal que coordine y supervise políticas para el envejecimiento en los niveles correspondientes, y aliente el proceso para integrar el envejecimiento en otras áreas políticas.						●

Recomendaciones transversales		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
2.3.	Líderes del envejecimiento activo. Designar líderes que inspiren credibilidad para integrar el envejecimiento, mejorar las agendas políticas sobre envejecimiento y aumentar la visibilidad y conciencia sobre temas de envejecimiento.						●
2.4.	Enfoque participativo y compromiso político. Asegurar que el desarrollo político toma un enfoque bidireccional: de arriba a abajo y de abajo a arriba.		●				●
3.	La integración como medio para asegurar que nadie queda fuera.						
3.1.	Integrando el envejecimiento. Asegurar que el envejecimiento y los derechos de las personas mayores están contemplados en todas las políticas y programas relevantes.		●				●
3.2.	Envejecer en conflictos y crisis. Incluir el envejecimiento y los derechos y necesidades de las personas mayores en las respuestas humanitarias, asistencia en zonas de conflictos endémicos y desplazamientos, mitigación del cambio climático y del medio ambiente y planes de adecuación, así como en la gestión de desastres y programas de preparación.		●	●			●
3.3.	Género y envejecimiento. Integrar el género en todas las políticas de envejecimiento y viceversa.						●
3.4.	Cultura y envejecimiento. Integrar consideraciones culturales en todas las políticas y servicios.						●
3.5.	Envejecimiento y orientación e identidad sexual. Aceptación plena de la amplia diversidad inherente a las poblaciones que envejecen. Los estados deben poner una mayor atención en las agendas de investigación para comprender mejor los temas relacionados con las y los LGBTI ancianos y apoyar el desarrollo de servicios de sensibilización ante los LGBTI.		●				●
4.	Acción global.						
4.1.	Acción global. Asegurar que las necesidades y los temas respecto a personas mayores están explícitamente enfocados, medidos y comunicados como una parte de los compromisos políticos internacionales para avanzar en el bienestar de las personas de todas las edades.		●	●			●

Recomendaciones transversales		Académico/Form.	Sociedad Civil	Organizac. Intergub.	Sector Privado	Medios de comunic.	Gobiernos
5.	Invertir en la elaboración y análisis de datos y en la investigación para el desarrollo, supervisión y evaluación de las políticas.						
5.1.	Desagregación de datos. Asegurar que los datos poblacionales y la investigación están completamente desagregados por sexo y edad.						●
5.2.	Organismos de investigación y financiación. Establecer e invertir en agencias de investigación nacionales e internacionales para identificar, dar apoyo y coordinar la investigación relacionada con el envejecimiento activo.						●
5.3.	Datos completos y longitudinales. Apoyar el desarrollo de estudios longitudinales representativos a nivel nacional y comparables a nivel internacional, que permitan un análisis detallado de los determinantes de edad, resiliencia y calidad de vida a lo largo del tiempo.						●
5.4.	Metas. Poner metas específicas y medibles a nivel de género y de edad, para controlar las mejoras en los cuatro pilares del envejecimiento activo.			●			●
5.5.	Seguimiento y evaluación. Establecer mecanismos e indicadores adecuados y asegurar la evaluación e informes periódicos.			●			●

Conclusiones

Hoy en día se sabe mucho más acerca de las características y determinantes del envejecimiento activo que en el pasado. Importantes organizaciones internacionales han puesto el foco sobre los impactos de la revolución de la longevidad y sobre las directrices políticas requeridas, incluyendo Naciones Unidas y sus agencias (en particular, la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas -FPNU-, el Banco Mundial, la OCDE y la Comisión Europea). Estas organizaciones añaden su peso a la defensa basada en la evidencia que es llevada a cabo por las organizaciones internacionales del envejecimiento, en concreto *HelpAge International* y la *International Federation on Ageing* (IFA), así como redes de expertos, por ejemplo, el *International Longevity Centre Global Alliance* (ILC-GA), la *International Association on Gerontology and Geriatrics* (IAGG), la *International Association of Homes and Services for the Ageing* (IAHSA) y el *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA). Se está dando un interés global sobre temas de envejecimiento mucho más amplio y se está expandiendo exponencialmente.

Ha habido avances concretos. Aparecen numerosos y mejores datos provenientes de encuestas poblacionales y estudios longitudinales comparables a nivel internacional. Se adoptan ciertas medidas

políticas críticas en varias regiones, destacan la introducción de políticas para la seguridad social, la expansión de la Red de Comunidades y Ciudades Amigables con la Edad, iniciada por la OMS y la elaboración del *Active Age Index* en una iniciativa conjunta de la Comisión Europea y de la Comisión Económica de Naciones Unidas para Europa. El abuso en la vejez y la demencia están reconocidos hoy en día como un asunto global prioritario. La defensa internacional ha sido efectiva a la hora de llamar la atención sobre la necesidad de proteger y promover los derechos de las personas mayores, lo que ha dado lugar a prometedoras iniciativas en las Naciones Unidas.

Sin embargo, ante la magnitud, la rapidez y el dinamismo de la revolución de la longevidad y sus vastos impactos, la respuesta internacional sigue siendo preocupantemente tímida. Los mayores desafíos y recomendaciones identificados en el *Active Policy Framework* siguen siendo tan relevantes y premonitorios en 2015 como lo eran en 2002. A pesar de que está ligada en gran medida a los gobiernos, a todos los niveles, el dirigir los necesarios cambios políticos, la responsabilidad recae en todas las generaciones y en todos los grupos de la sociedad para presionar en pro de una acción mucho más concertada. Los resultados nos afectan a todas y todos. El modelo de envejecimiento activo sigue presentando un marco coherente y amplio para las estrategias a nivel global, nacional, local e individual que den respuesta a la revolución de la longevidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. A review of the literature on active ageing. Canberra: University of Canberra; 2006.
3. Office of the Chief Public Health Officer of Canada. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2010. Healthy aging: Adding life to years. Canada G of, editor. Ottawa; 2010.
4. Goh O. Successful ageing - A review of Singapore's policy approaches [Internet]. Ethos — Issue 1, October 2006. 2006. Available from: http://www.ccollege.gov.sg/Knowledge/Ethos/Issue_1_Oct_2006/Pages/Successful-Ageing-A-Review-of-Singapores-Policy-Approaches.aspx
5. Gobierno da España Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO). Libro blanco del envejecimiento activo [Internet]. 2011. Available from: http://www.imerso.es/imerso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
6. Ministério da Saúde. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. 02/07/04 ed. Saúde D-G da, editor. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.
7. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). Política Nacional de Envejecimiento y Veyes 2011-2021. San Jose: CONAPAM; 2013.
8. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Envejecimiento Activo [Internet]. Social M de D, editor. Santiago: Gobierno de Chile; 2013. Available from: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>
9. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2011.
10. Gouvernement du Québec. Vieillir et vivre ensemble: chez soi, dans sa communauté au Québec. Aînés M de la F et des, editor. Québec: Gouvernement du Québec; 2012.
11. European Commission. European Year of Active Ageing and Solidarity Between Generations [Internet]. 2012. Available from: <http://europa.eu/ey2012>
12. UNECE. Active Ageing Index Home [Internet]. 2015 [cited 2015 May 25]. Available from: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>
13. World Health Organization. Age-friendly Primary Health Care (PHC) Centres Toolkit [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2015 Mar 23]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/#.VRAZmdpgzG7L.mendeley
14. World Health Organization. Global Age-friendly Cities: A Guide. Geneva: World Health Organization; 2007.
15. World Health Organization. Older persons in emergencies: Considerations for action and policy development [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2015 Mar 23]. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/emergencies_policy/en/#.VRAamBA3C7k.mendeley
16. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: World Health Organization; 1986.
17. OHCHR. United Nations Principles for Older Persons [Internet]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1991. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx>
18. UNFPA, HelpAge International. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. New York/London: UNFPA/HelpAge International; 2012.
19. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.228. New York: United Nations; 2013.
20. Ganz Lúcio C, Melo F, Lage Guerra M de F. As mudanças da população brasileira. Le Monde Diplomatique Brasil. 71st ed. São Paulo: Palavra Livre; 2013;26.

21. Kalache A. The Longevity Revolution: Creating a society for all ages. Adelaide Thinker in Residence 2012-2013. Adelaide: Government of South Australia; 2013.
22. IBGE. Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil- 2013. Rio de Janeiro; 2014.
23. Sozialpolitik-Aktuell.de. Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1901 - 2060 [Internet]. Available from: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII2.pdf
24. IBGE. Tábuas de Mortalidade por sexo e idade – Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação - 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
25. United Nations Population Division. World Population Ageing 2013. New York: United Nations Population Division; 2013.
26. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2012;380(9859):2144–62. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612616900>
27. Sidorenko A, Zaidi A. Active Ageing in CIS Countries: Semantics, Challenges, and Responses. *Curr Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2013;2013:261819. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346109>
28. Marmot MG, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. *The Marmot Review*; 2010.
29. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults: present status and future implications. *Lancet* [Internet]. 2014 Nov 6 [cited 2015 Jan 14];385(9967):563–75. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614614628>
30. United Nations Population Division. World Population Ageing: Profiles of Ageing 2011. CD-ROM. New York; 2011.
31. United Nations Population Division. World Population Ageing 1950-2050. New York: United Nations Population Division; 2001.
32. World Economic Forum. Global Risks 2014: Ninth Edition (Insight Report). Geneva: World Economic Forum; 2014.
33. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Urbanization Prospects: The 2011 Revision. New York: UNDESA; 2012.
34. UN-HABITAT. State of the World's Cities 2012/2013: Prosperity of Cities. Nairobi, Kenya: UNHABITAT; 2012.
35. UN-HABITAT. Living conditions of low-income older people in human settlements: A global survey in connection with the International Year of Older People 1999. Nairobi: UN-HABITAT; 2006.
36. Ruiz R. America's most sedentary cities. *Forbes Magazine*. 2007.
37. World Health Organization and UN-HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Kobe: World Health Organization, Centre for Health Development; 2010.
38. Harlan SL, Ruddell DM. Climate change and health in cities: impacts of heat and air pollution and potential cobenefits from mitigation and adaptation. *Curr Opin Environ Sustain* [Internet]. 2011;3(3):126–34. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877343511000029>
39. Buffel T, Phillipson C, Scharf T. Ageing in urban environments: Developing “age-friendly” cities. *Crit Soc Policy*. 2012;32(4):597–617.
40. Frey WH. Baby boomers and the new demographics of America's seniors. *Generations*. 2010;34(3):28–37.
41. Rural Evidence Research Centre. Rural England: Demographic Change and Projections 1991 - 2028. 2005.
42. Global Action on Aging. Rural aging [Internet]. Available from: <http://www.globalaging.org/ruralaging/index.htm>
43. Cai John; O'Keefe, Philip; Wang, Dewen FG, O'Keefe P, Cai F, Giles J, Wang D. The Elderly and Old Age Support in Rural China: Challenges and Prospects. *Dir Dev – Hum Dev*. Washinton, DC: World Bank; 2012;
44. Fry CL. Globalization and the experiences of aging. *Gerontol Geriatr Educ*. 2005;26(1):9–22.

45. Kawachi I, Wamala S. Globalization and health: Challenges and prospects. In: Kawachi I, Wamala S, editors. *Globalization and health*. Oxford: Oxford University Press; 2007. p. 3–18.
46. World Economic Forum. *Global Risks 2013: Eight Edition (Insight Report)*. Geneva: World Economic Forum; 2013.
47. United Nations Population Division. *International Migration Report 2013*. New York: United Nations; 2013.
48. United Nations Population Division. *Cross-national comparisons of internal migration: An update on global patterns and trends*. Popul Div Tech Pap No 2013/1 [Internet]. New York: United Nations; 2013;30. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2013-1.pdf>
49. Migliorino P. The ageing of the post-war migrants: a challenge for health promotion and service delivery. *Health Voices: Journal of the Consumers Health Forum of Australia*. 2010.
50. Center for an Urban Future. *The New Face of New York's Seniors* [Internet]. New York: Center for an Urban Future; 2013. Available from: <http://nycfuture.org/pdf/The-New-Face-of-New-Yorks-Seniors.pdf>
51. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. *The Age and Sex of Migrants 2011 Wallchart*. New York: United Nations; 2011.
52. Ministry of Intergenerational Affairs Women and Integration of the State of North Rhine-Westphalia F. *Report of the project: Active Ageing of Migrant Elders across Europe from 01.12.2007 to 30.11.2009*. Dusseldorf: Ministry of Intergenerational Affairs, Family, Women and Integration of the State of North Rhine-Westphalia; 2010.
53. Government of South Australia. *South Australia's Communities for All: Our Age-Friendly Future*. 2012.
54. Brodsky J, Shnoor Y, Be'er S. *The elderly in Israel: Statistical abstract 2011*. Jerusalem, IL: Myers-Brookdale Institute. Available from <http://mashav.jdc.org.il>; 2012.
55. Schwarzer R. *The role of stressful life events* [Internet]. Berlin: Freie Universitaet Berlin; 2001. p. 1–32. Available from: <http://userpage.fu-berlin.de/health/materials/lifeevents.pdf>
56. Tan J. *Older Immigrants in the United States: The New Old Face of Immigration*. *Bridg Rev*. 2011;30(2):28–30.
57. Niessen J. *Diversity and cohesion: New challenges for the integration of immigrants and minorities*. Council of Europe; 2000.
58. The New York Academy of Medicine. *Ageing in a Foreign Land. An international study of ageing, migration and belonging - Research Protocol*. Unpublished report. New York: The New York Academy of Medicine; 2009.
59. Manyika J, Chui M, Bughin J, Bisson RD, Marris A. *Disruptive technologies: Advances that will transform life, business, and the global economy*. McKinsey Global Institute; 2013.
60. World Bank and International Telecommunication Union. *The Little Data Book on Information and Communication Technology 2013* [Internet]. Washington: World Bank; 2013. Available from: <http://data.worldbank.org/products/data-books/little-data-book-on-info-communication-tech>
61. Pérez C. *Technological Revolutions, Paradigm Shifts and Socio-Institutional Change*. In: Reinert E, editor. *Globalization, economic development and inequality an alternative perspective*. Cheltenham, UK: Edward Elg; 2004. p. 217–42.
62. McMichael AJ. *Globalization, Climate Change, and Human Health*. *N Engl J Med* [Internet]. 2013;368(14):1335–43. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109341>
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1109341>
63. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. *Dengue: The Continual Re-Emergence of a Centuries-Old. Ecohealth*. 2013;10:104–6.
64. Richardson K, Steffen W, Schellnhuber HJ, Alcamo J, Barker T, Kammen DM, et al. *Synthesis report. Climate Change Congress Global Risks, Challenges & Decisions Copenhagen*. 2009. p. 12.
65. Haq G, Whitelegg J, Kohler M. *Growing Old in a Changing Climate*. 2008; 66. Menz T, Welsch H. *Population aging and environmental preferences in OECD countries: The case of air pollution*. *Ecol Econ* [Internet]. 2010 Oct [cited 2015 Mar 23];69(12):2582–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0921800910003265>

67. HelpAge International. Sustainable development in an ageing world. Global AgeWatch. London: HelpAge International; 2012. p. 1–4.
68. Wenger A, Mason SJA. The civilianization of armed conflict: trends and implications. *Int Rev Red Cross* [Internet]. Cambridge Univ Press; 2008;90(872):835–52. Available from: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc-872-wenger-mason.pdf>
69. Global Action on Aging. Older Persons Caught in Armed Conflict and other Emergency Situations [Internet]. [cited 2015 May 26]. Available from: http://globalaging.org/armed_conflict/index.htm
70. HelpAge International. Needs assessment report with a special focus on older people in the Gaza Strip, affected by the conflict [Internet]. OPT/London: HelpAge International; 2012. Available from: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GazaStrip_needs_assessmentreport_FV_060712.pdf
71. Kronfol N, Sibai A. Seniors during wars and civil strife: The Lebanese story. In: Cefalu CA, editor. *Disaster Preparedness for Seniors: A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals*. New York: Springer Media; 2014. p. 345–51.
72. Inter-Agency Standing Committee. *Humanitarian Action and Older Persons: an essential brief for humanitarian actors*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2008.
73. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 1971;49(4):509–38.
74. World Health Organization. *Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014.
75. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. Elsevier; 2014;384(9947):980–1004.
76. World Health Organization. *World Health Statistics 2008* [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2008. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_TOCintro.pdf
77. World Health Organization. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva: World Health Organization; 2011. p. 176.
78. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Mar 23];11(1):47. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-318/11/47>
79. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;385(9967):549–62. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614613477>
80. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(2):675–97.
81. Mathers CD, Stevens G A, Boerma T, White R A, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet* [Internet]. World Health Organization. Published by Elsevier Ltd/Inc/BV. All rights reserved.; 2014;385(9967) :540–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614605699>
82. World Health Organization. *Projection of deaths by cause, age and sex, by World Bank income group* [Internet]. Global Health Estimates Summary Tables. 2013 [cited 2015 Jun 18]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
83. World Health Organization. *Global Burden of Disease 2004 Summary Tables* [Internet]. 2008 [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://www.who.int/evidence/bod>
84. United Nations Development Programme. *Human Development Report 2014 - Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. New York: United Nations; 2014. 239 p.
85. World Bank. *Poverty Data* [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 23]. Available from: <http://data.worldbank.org/topic/poverty>
86. Chen S, Ravallion M. The Developing World is Poorer than We Thought, But No Less Successful in the Fight Against Poverty. *Q J Econ* [Internet]. 2010;125(4): 1577–625. Available from: <http://qje.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1162/qjec.2010.125.4.1577>

87. World Bank. GINI index (World Bank estimate) [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 23]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>
88. Oxfam. Working for the few. Oxfam Briefing Paper -Summary. Oxfam; 2014.
89. Cingano F. Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2014 [cited 2015 Mar 23]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migrationhealth/trends-in-income-inequality-and-its-impact-oneconomic-growth_5jxrjncwvx6j-en
90. Ortiz I, Cummins M. Global inequality: Beyond the bottom billion - A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries [Internet]. Social and Economic Policy Working Paper. New York: UNICEF; 2011. p. 379-88. Available from: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Global_Inequality_Beyond_the_Bottom_Billion.pdf
91. World Economic Forum. Outlook on the Global Agenda 2015 [Internet]. Davos: World Economic Forum; 2014. Available from: <http://www.weforum.org/reports/outlook-global-agenda-2012>
92. Dulleman C van. Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties [Internet]. Expert Group Meeting - Background Paper. New York: United Nations; 2007. Available from: <http://www.palgraveconnect.com/doi/10.1057/9780230115484>
93. Butler RN. Combating ageism. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge Univ Press; 2009;21(02):211.
94. INPEA, IFA, ILC-US, IAGG, IAHSA, HelpAge International, et al. Strengthening Older People's Rights: Towards a UN Convention. 2010.
95. UNDESA. United Nations Open-ended Working Group on strengthening the protection of the human rights of older persons [Internet]. [cited 2015 May 26]. Available from: <http://social.un.org/ageing-workinggroup/>
96. OHCHR. The Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons [Internet]. [cited 2015 May 26]. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.aspx>
97. Robert Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, Stand - Entwicklung - Folgen. Berlin: Robert Koch-Institut; 2001.
98. Groisman D. Velhice e história: perspectivasteóricas. *Cad do IPUB*. 1999; 1(10):43-56.
99. Kohli M. The institutionalization of the life course: Looking back to look ahead. *Res Hum Dev*. 2007;4(3-4):253-71.
100. OECD. Pensions at a Glance 2013 OECD and G20 indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2013. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/financeandinvestment/pensions-at-a-glance-2013_pension_glance-2013-en
101. International Labour Organization. Social protection global policy trends 2010-2015 - From fiscal consolidation to expanding social protection: Key to crisis recovery, inclusive development and social justice [Internet]. Geneva; 2014. Report No.: Paper 12. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_319641.pdf
102. Wood A, Robertson M, Wintersgill D. A comparative review of international approaches to mandatory retirement. Research Report No 674. London; 2010.
103. Debert GB. Envelhecimento e curso da vida. *Estud Fem*. 2008;5(1):120.
104. Ramey VA, Francis N. A Century of Work and Leisure. *American Economic Journal: Macroeconomics*. 2009. p. 189-224.
105. White Hutchinson Leisure and Learning Group. The rise of leisure time inequality [Internet]. [cited 2015 Mar 24]. Available from: www.whitehutchinson.com/leisure/articles/rise.shtml
106. Kluge FA, Zagheni E, Loichinger E, Vogt T. The advantages of demographic change after the wave: Fewer and older, but healthier, greener, and more productive? Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany; 2014.
107. Salm M. Can subjective mortality expectations and stated preferences explain varying consumption and saving behaviors among the elderly? IZA Discussion Papers; 2006.
108. Griffin B, Hesketh B, Loh V. The influence of subjective life expectancy on retirement transition

- and planning: A longitudinal study. *J Vocat Behav.* 2012;81(2):129–37.
109. Kotter-Grühn D, Grühn D, Smith J. Predicting one's own death: the relationship between subjective and objective nearness to death in very old age. *Eur J Ageing.* 2010;7(4): 293–300.
110. Christian J, Turner R, Holt N, Larkin M, Cotler JH. Does intergenerational contact reduce Ageism? When and How Contact Interventions Actually Work? *J Arts Humanit.* 2014;3(1).
111. Demos J, Demos V. Adolescence in historical perspective. *J Marriage Fam.* 1969;632–8.
112. Gilleard C. Cultural Approaches to the Ageing Body. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing.* 2005.
113. Farrell C. *Unretirement: How Baby Boomers are Changing the Way We Think About Work, Community, and the Good Life.* New York: Bloomsbury; 2014.
114. Pass It On Network. *Pass It On Network - A Global Program Exchange for Positive Aging* [Internet]. [cited 2015 Mar 13]. Available from: <http://passitonnetwork.org>
115. Lowenstein A. *Global ageing and challenges to families.* Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge University Press Cambridge; 2005;403–10.
116. Poon and Jiska Cohen-Mansfield, eds. *LW. Understanding Well-Being in the Oldest Old* [Internet]. Cambridge University Press; 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511920974>
117. Perls TT, Silver MH. *Living to 100: Lessons in living to your maximum potential at any age.* New York: BasicBooks; 1999.
118. Terry DF, Evans JC, Pencina MJ, Murabito JM, Vasan RS, Wolf PA, et al. Characteristics of Framingham offspring participants with long-lived parents. *Arch Intern Med.* American Medical Association; 2007;167(5):438–44.
119. Kleinman A. How we endure. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2015 May 28;383(9912):119–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60012-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60012-X)
120. United Nations. *Changing Levels and Trends in Mortality: the role of patterns of death by cause.* New York: United Nations Population Division; 2012.
121. Rodríguez MIG. *Libro Blanco del Envejecimiento Activo.* Junta de Andalucía; 2010.
122. Kalache A. *Repensando o curso de vida em resposta à revolução da longevidade.* Key note speech during 7th Latin American Congress of Gerontology and Geriatrics, 9-11 Abril 2015. Belém; 2015.
123. Smith AK, Hochhalter ML, Ory MG. *Successful Aging and Resilience: Applications for Public Health and Health Care.* In: Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA, editors. *Resilience in Aging.* New York: Springer; 2011. p. 15–29.
124. European Commission. *Active ageing. Special Eurobarometer.* Brussels: European Commission; 2012.
125. Walker A. A strategy for active ageing. *Int Soc Secur Rev.* 2002;55(1):121–39.
126. Walker A, Maltby T. *Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union.* *Int J Soc Welf.* 2012;21(s1):S117–30.
127. International Council on Active Aging. *International Council on Active Aging* [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 23]. Available from: <http://www.icaa.cc/>
128. Doron I, Apter I. *The debate around the need for an international convention on the rights of older persons.* *Gerontologist.* Oxford University Press; 2010;50(5): 586–93.
129. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1948. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constituti on_en.pdf
130. World Health Organization. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalised World* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 1–6. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_BCHP.pdf
131. Hertzman C, Power C. *Health and human development: understandings from life-course research.* *Dev Neuropsychol.* 2003;24(2-3):719–44.
132. Shields M, Martel L. *Healthy living among seniors.* *Heal Reports.* 2005;16:7–20. 133. Morley JE, Flaherty JH. *Editorial It's Never Too Late: Health Promotion and Illness Prevention in Older Persons.* *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2002 Jun 1 [cited 2015 Mar 23];57(6):M338–42.

- Available from:
<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/cgi/content/long/57/6/M338>
134. Seligman MEP. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. Free Press. New York: Simon and Schuster; 2012.
135. Canadian Institute for Health Information. Exploring Positive Mental Health. Ottawa: Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2009.
136. Hollander M, Chappell N. Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care in Canada [Internet]. 2002. Available from: http://www.coag.uvic.ca/resources/publications/reports/hollander_synthesis.pdf
137. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health. 1997;50(4):4-5.
138. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health. 1997;50(4):4-5.
139. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. The New England Journal of Medicine. 1980. p. 130-5.
140. Fries JF, Bruce B, Chakravarty E. Compression of morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress. J Aging Res. 2011;2011.
141. Ates H, Alsal K. The importance of lifelong learning has been increasing. Procedia-Social Behav Sci. Elsevier; 2012;46:4092-6.
142. Keeley B. OECD Insights - Human Capital: How what you know shapes your life. Paris: OECD Publishing; 2007.
143. Commission of the European Union. Adult learning It is never too late to learn [Internet]. 2006. Available from: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11097_en.htm
144. Escolar Chua RL, de Guzman AB. Do You See What I See? Understanding Filipino Elderly's Needs, Benefits, and Expectations from an Adult Continuing Education Program. Educ Gerontol. Taylor & Francis; 2014;40(1):1-15.
145. Hill PL, Turiano NA. Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. Psychol Sci [Internet]. 2014;25(7):1482-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24815612>
146. Cherry KE, Walker EJ, Brown JS, Volaufova J, LaMotte LR, Welsh DA, et al. Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the Louisiana healthy aging study. J Appl Gerontol. SAGE Publications; 2013;32(1):51-75.
147. National Research Council (US) Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology, Carstensen LL, Hartel CR editors. When I'm 64 [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2006. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83774/>
148. Dufouil C, Pereira E, Chêne G, Glymour MM, Alépovitch A, Saubusse E, et al. Older age at retirement is associated with decreased risk of dementia. Eur J Epidemiol. Springer; 2014;29(5):353-61.
149. Bouchard L, Roy J-F, van Kemenade S. Research traditions: An overview. Social Capital and Health: Maximizing the benefits. Health Policy Research Bulletin, Health Canada. 2006;10-2.
150. The Australian Psychological Society Ltd. The Psychology of Work and Unemployment - Position Paper [Internet]. 2000. Available from: <http://eprints.aston.ac.uk/14137/>
151. Stanicek B. The Impact of the Financial Crisis on Employment and the Social Inclusion of Young People. What should be done? [Internet]. European Issues Policy Paper. Fondation Robert Schuman; 2011. Available from: <http://www.robert-schuman.eu/en/doc/questions-d-europe/qe-220-en.pdf>
152. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. J Appl Psychol. American Psychological Association; 2005;90(1):53.
153. United Nations. 2011 State of the World's Volunteerism Report - Universal values for global wellbeing. Development. United Nations Volunteers; 2011.
154. Lancee B, Radl J. Volunteering over the Life Course. Soc Forces [Internet]. 2014;93(2):833-62. Available from: <http://sf.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/sf/so u090>
155. Vézina M, Crompton S. Volunteering in Canada. Canadian Social Trends. Statistics Canada; 2012. p. Catalogue 11-008 - X, 37-55.
156. Uslaner EM. Civic Engagement in America: Why People Participate in Political and Social Life. 2003.

157. McFarland DA, Thomas RJ. Bowling young: How youth voluntary associations influence adult political participation. *Am Sociol Rev.* Sage Publications; 2006;71(3):401–25.
158. Jennings MK, Zeitner V. Internet use and civic engagement: A longitudinal analysis. *Public Opin Q.* AAPOR; 2003;67(3):311–34.
159. United Nations Trust Fund for Human Security. Human security for all. [Internet]. [cited 2015 Apr 30]. Available from: <http://www.un.org/humansecurity/human-security-unit/human-security-approach>
160. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry Off J World Psychiatr Assoc.* 2006;5(1):25–30.
161. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *J Nutr.* 2010;140(2):304–10.
162. The Emerging Markets Symposium. Ageing in Emerging Markets. Oxford: Green Templeton College Oxford; 2015.
163. International Labour Organization. International social protection systems for older persons: key policy trends and statistics. Geneva; 2014.
164. Smye V, Browne AJ. “Cultural safety” and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Res.* RCN Publishing Company Limited; 2002;9(3):42–56.
165. Mussell B. Cultural Pathways for Decolonization. *Visions J* [Internet]. 2008;5(1):4–5. Available from: <http://www.heretohelp.bc.ca/visions/aboriginalpeople-vol5/cultural-pathways-for-decolonization#sthash.jszV36dj.dpuf>
166. Boccardi G, Duvelle C. Introducing Cultural Heritage into the Sustainable Development Agenda - Background Note. 2013. Report No.: Sessions 3A and 3A-a.
167. Mayo Clinic. Mediterranean diet for heart health - Mayo Clinic [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 23]. Available from: <http://www.mayoclinic.org/healthyliving/nutrition-and-healthy-eating/indepth/mediterranean-diet/art-20047801>
168. Oldways. Asian Diet & Health [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 23]. Available from: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/nutrition-and-healthy-eating/indepth/mediterranean-diet/art-20047801>
169. Mayo Clinic. Yoga: Fight stress and find serenity [Internet]. Health lifestyle - Stress management. 2015 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/stress-management/indepth/yoga/art-20044733>
170. Harvard Medical School. The health benefits of tai chi [Internet]. 2014. [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/thehealth-benefits-of-tai-chi>
171. Mayo Clinic. Meditation: A simple, fast way to reduce stress [Internet]. Tests and procedures: Meditation. 2014 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/meditation/in-depth/meditation/art-20045858>
172. Lai DWL, Chappell N. Use of traditional Chinese medicine by older Chinese immigrants in Canada. *Fam Pract* [Internet]. 2007;24(1):56–64. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/24/1/56.abstract>
173. Wu Z, Penning MJ, Schimmele CM. Immigrant status and unmet health care needs. *Can J Public Heal.* 2005;96(5):369–73.
174. Kuo BCH. Culture’s Consequences on Coping Theories, Evidences, and Dimensionalities. *J Cross Cult Psychol.* Sage Publications; 2011;42(6):1084–100.
175. Hayslip B, Smith G (Eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32: Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life. New York, NY: Springer New York; 2012.
176. International Longevity Centre Global Alliance. *Global Perspectives on Multigenerational Households and Intergenerational Relations - An ILC Global Alliance Report* [Internet]. New York: ILC Global Alliance Secretariat; 2012. Available from: [http://www.ilcuk.org.uk/files/Global Alliance Intergenerational Relations March 2012.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/files/Global_Alliance_Intergenerational_Relations_March_2012.pdf)
177. Funk LM, Chappell NL, Liu G. Associations Between Filial Responsibility and Caregiver Well-Being Are There Differences by Cultural Group? *Res Aging.* SAGE Publications; 2013;35(1):78–95.
178. Keating N, De Jong Gierveld J. From private troubles to a global agenda. *Can J Aging.*

179. European Observatory on Health System and Policies. Home Care across Europe - Current structure and future challenges. Observatory Studies Series 27. Copenhagen; 2012.
180. International Longevity Centre Brazil et al. Rio Declaration - "Beyond Prevention and Treatment: Developing a Culture of Care in response to the Longevity Revolution" [Internet]. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil; 2013. Available from: http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/rio_declaration_English.pdf
181. Rodin J, Langer E. Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *J Soc Issues*. Wiley Online Library; 1980;36(2):12-29.
182. Richeson JA, Shelton JN. A social psychological perspective on the stigmatization of older adults. *When I'm 64*. 2006;64:174-208.
183. Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Ways of thinking and acting of the elderly when tackling functionality/disability issues. *Cien Saude Colet. SciELO Public Health*; 2014;19(8):3375-84.
184. Inzlicht M [Ed], Schmader T [Ed]. *Stereotype threat: Theory, Process, and Application*. [Internet]. *Stereotype threat: Theory, process, and application*. 2012. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc7&NEWS=N&AN=2011-27639-000>
185. Levy BR, Slade MD, Kasl S V. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. Oxford University Press; 2002;57(5): P409-17.
186. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl S V. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. American Psychological Association; 2002;83(2):261.
187. Honigman R, Castle DJ. Aging and cosmetic enhancement. *Clinical interventions in aging*. 2006. p. 115-9.
188. Dearden L. Top 10 countries for cosmetic surgery revealed as figures show rising demand for penis enlargements and other procedures. *The Independent* [Internet]. 2014; Available from: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/healthnews/top-10-countries-for-cosmetic-surgery-revealed-as-figures-show-industry-is-booming-worldwide-9636861.html>
189. Klonoff EA. Introduction to the special section on discrimination. *Heal Psychol*. 2014;33(1):1-2.
190. Burke MA, Eichler M. *The BIAS FREE Framework*. A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Global Forum for Health Research; 2006.
191. World Health Organization. *Older persons in emergencies: An active ageing perspective*. 2008;
192. World Economic Forum. *The global gender gap report 2014*. Geneva: WEF. Geneva: World Economic Forum; 2014.
193. Carmel S. Gender differences in health and wellbeing among older persons worldwide. In: Browning C, editor. *Healthy Ageing Book Series: Volume 1*. Springer.
194. News.com.au. Women earn less than men as gender gap grows [Internet]. 2014 [cited 2015 May 4]. Available from: http://www.news.com.au/finance/women-earn-less-than-men-as-gender-gap-grows/story-e6frfm1i-12270246767_03
195. World Health Organization. *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender*. Geneva: World Health Organization; 2007.
196. Family Caregiver Alliance. *Caregiver health* [Internet]. 2006 [cited 2015 May 4]. Available from: <https://www.caregiver.org/caregiver-health>
197. Walters ML, Chen J, Breiding MJ. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. Atlanta, GA Natl Cent Inj Prev Control Centers Dis Control Prev. 2013;
198. Crilly MA, Bundred PE, Leckey LC, Johnstone FC. Gender bias in the clinical management of women with angina: another look at the Yentl syndrome. *J Women's Heal*. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801-5215 USA; 2008;17(3):331-42.
199. Pirkle CM, de Albuquerque Sousa AC, Alvarado B, Zunzunegui M-V. Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd; 2014;14(1):293.
200. World Health Organization. *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization; 2011.
201. Johnson RW, Wiener JM. *A Profile of Frail Older Americans and Their Caregivers* [Internet]. *Urban Health Brief*. 2006 [cited 2015 May 4]. Available from:

<http://www.urban.org/research/publication/profile/frail-older-americans-and-their-caregivers>

202. Arber S, Ginn J. Gender dimensions of the age shift. In: Johnston M, editor. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 527–45.

203. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. Elsevier; 2000;50(10):1385–401.

204. United Nations. *World Mortality Report 2013*. New York; 2013.

205. World Health Organization. *Gender, Health and Alcohol Use* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.who.int/gender/documents/Alcoholfinal.pdf?ua=1>

206. World Health Organization. *Gender and tobacco* [Internet]. Tobacco Free Initiative (TFI). [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/research/gender/about/en/>

207. United Nations. *World Drug Report 2014*. New York: United Nations; 2014.

208. World Health Organization. *Gender and Road Traffic Injuries* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: http://www.who.int/gender/other_health/en/genderttraff.pdf

209. IBGE. Em 2013, esperança de vida ao nascer era de 74,9 anos [Internet]. Notícias. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2014. Available from: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2773>

210. Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. Molecular Diversity Preservation International; 2012;9(3):760–71.

211. Deeks A, Lombard C, Michelmore J, Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health* [Internet]. 2009;9(213). Available from: <http://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=2009407633\nhttp://resolver.library.ualberta.ca/resolver?sid=OVID:embase&id=pmid.&id=doi:10.1186/1471-2458-9-213&issn=1471-2>

212. MenAge. *Effective Methods Of Male Health Promotion* [Internet]. [cited 2015 May 28]. Available from: <http://www.mengage.org.au/Work-Effectively/Effective-Male-Health-Promotion>

213. Kim JE, Moen P. Retirement transitions, gender, and psychological well-being: a life-course, ecological model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(3):P212–22.

214. Davidson K, Daly T, Arber S. Older Men, Social Integration and Organisational Activities. *Social Policy and Society*. 2003. p. 81–9.

215. Beach B, Bamford S-M. *Isolation: The emerging crisis for older men*. London: Independent Age and International Longevity Centre UK; 2014.

216. International Longevity Centre Brazil et al. *Gender and Ageing Charter* [Internet]. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil; 2014. Available from: http://www.ilcbrazil.org/?page_id=872

217. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: World Health Organization; 2005.

218. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2014;61461–6.

219. Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou C-P, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2012;66(9):782–90. Available from: <http://jech.bmj.com/content/66/9/782.abstract>

220. Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(1):538. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/538>

221. Harris MJ, Selwyn A, Yach D. Time to Reset the Prevention Agenda from Age Fifty: Age-specific interventions for the second half of life. (in Press), 2015.

222. World Health Organization. *Mortality attributable of tobacco: WHO Global Report*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization; 2012. p. 4.

223. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarette Smoking [Internet]. Fact sheets. [cited 2015 May 28]. Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/#disparities
224. Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP, Zhou J, Whitmer RA. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Intern Med. American Medical Association*; 2011;171(4):333-9.
225. Sabia S, Elbaz A, Dugravot A, Head J, Shipley M, Hagger-Johnson G, et al. Impact of smoking on cognitive decline in early old age: the Whitehall II cohort study. *Arch Gen Psychiatry. American Medical Association*; 2012;69(6):627-35.
226. Hagstad S, Bjerg A, Ekerljung L, Backman H, Lindberg A, Rönmark E, et al. Passive smoking exposure is associated with increased risk of copd in never smokers. *Chest [Internet]*. 2014 Jun 1;145(6):1298-304. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-1349>
227. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008.
228. Pampel FC, Denney JT. Cross-national sources of health inequality: education and tobacco use in the World Health Survey. *Demography. Springer*; 2011;48(2):653-74.
229. World Health Organization. Healthy diet [Internet]. Fact sheet. 2015 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
230. National Institutes of Health. Calcium – Dietary Supplement Fact Sheet [Internet]. Health information. 2013 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-HealthProfessional/>
231. Ng SW, Popkin BM. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obes Rev. Wiley Online Library*; 2012;13(8):659-80.
232. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Fact sheet. 2015 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
233. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. Forecasting the Effects of Obesity and Smoking on U.S. Life Expectancy. *N Engl J Med [Internet]*. Massachusetts Medical Society; 2009 Dec 3;361(23):2252-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0900459>
234. Panagariya A. Does India Really Suffer from Worse Child Malnutrition Than Sub-Saharan Africa? *Econ Polit Wkly*. 2013;48(18):98-111.
235. Clarke DM, Wahlqvist ML, Strauss BJG. Undereating and undernutrition in old age: integrating biopsychosocial aspects. *Age Ageing. Br Geriatrics Soc*; 1998;27(4):527-34.
236. Office of the Chief Public Health Officer of Canada. Healthy aging: Adding life to years. Report of the Chief Public Health Officer on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Chief Public Health Officer; 2010.
237. Pew Research Centre. The Global Religious Landscape: Muslims [Internet]. Demographic study. 2012 [cited 2015 May 28]. Available from: <http://www.pewforum.org/2012/12/18/globalreligious-landscape-muslim/>
238. Shaikh S, James D, Morrissey J, Patel V. Diabetes care and Ramadan: to fast or not to fast? *Br J Diabetes Vasc Dis. SAGE Publications*; 2001;1(1):65-7.
239. World Health Organization. Physical activity [Internet]. Health topics. 2015 [cited 2015 May 4]. Available from: http://www.who.int/topics/physical_activity/en/
240. Holme I, Anderssen SA. Increases in physical activity is as important as smoking cessation for reduction in total mortality in elderly men: 12 years of follow-up of the Oslo II study. *Br J Sports Med. BMJ Publishing Group Ltd and British Association of Sport and Exercise Medicine*; 2015;49(11):743-8.
241. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health [Internet]*. 2013;13:449. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3651278&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
242. Harvard Medical School. Healthy Sleep - Why Sleep Matters [Internet]. [cited 2015 May 4]. Available from: <http://healthysleep.med.harvard.edu/healthy/matters>
243. Rowshan Ravan A, Bengtsson C, Lissner L, Lapidus L, Björkelund C. Thirty-six-year secular

trends in sleep duration and sleep satisfaction, and associations with mental stress and socioeconomic factors—results of the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. *J Sleep Res.* Wiley Online Library; 2010;19(3):496–503.

244. Knutsson A. Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine.* 2003. p. 103–8.

245. Gildner TE, Liebert MA, Kowal P, Chatterji S, Snodgrass JJ. Associations between sleep duration, sleep quality, and cognitive test performance among older adults from six middle income countries: Results from the Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *J Clin sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* American Academy of Sleep Medicine; 2014;10(6):613.

246. Fisher LL. Sex, romance, and relationships: AARP survey of midlife and older adults. AARP, Knowledge Management; 2010.

247. Centers for Disease Control and Prevention. Table 10. Chlamydia - Reported Cases and Rates per 100,000 Population by Age Group and Sex, United States, 2005- 2009 [Internet]. 2009 Sexually Transmitted Diseases Surveillance. 2009 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/stats09/tables/10.htm>

248. Centers for Disease Control and Prevention. Table 33. Primary and Secondary Syphilis - Reported Cases and Rates per 100,000 Population by Age Group and Sex, United States, 2005-2009 [Internet]. Sexually Transmitted Diseases Surveillance. 2009 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/stats09/tables/33.htm>

249. AIDS InfoNet. Older people and HIV. Fact Sheet Number 616 [Internet]. 2011; Available from: www.aidsinfonet.org

250. Negin J, Cumming RG. Hiv infection in older adults in sub-Saharan Africa: Extrapolating prevalence from existing data. *Bulletin of the World Health Organization.* 2010. p. 847–53.

251. Mills EJ, Rammohan A, Awofeso N. Ageing faster with AIDS in Africa. *Lancet.* Elsevier; 2011;377(9772): 1131–3.

252. Paul SM, Martin RM, Lu S-E, Lin Y. Changing trends in human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome in the population aged 50 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(9):1393–7.

253. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: World

Health Organization; 2014. p. 1–392. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

254. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician.* 2000. p. 1710–6.

255. World Health Organization. Alcohol [Internet]. Fact sheet. 2015 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>

256. World Health Organization. Health promotion - Track 2: Health literacy and health behaviour [Internet]. [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

257. Azevedo Moretti F, Elias de Oliveira V, Koga da Silva EM. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. Associação Médica Brasileira; 2012 Nov [cited 2015 Apr 10];58(6):650–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=p

258. Workbase Leading Health Literacy. Health literacy statistics [Internet]. Health literacy statistics. [cited 2015 May 4]. Available from: <http://www.healthliteracy.org.nz/about-health-literacy/health-literacystatistics/>

259. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2013;2(July):36. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3778564&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

260. Gallagher R, Luttk M-L, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2011;26(6):439–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21372734>

261. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. *Human Genetics.* 2013. p. 1323–38.

262. Devlin B, Daniels M, Roeder K. The heritability of IQ. *Nature.* 1997 Jul 31;388(6641):468–71.

263. Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003;74(9):1206–9.

264. Lavretsky H. Resilience, stress, and mood disorders in old age. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. Springer Publishing Company; 2012;32(1):49–72.
265. De Neve J-E, Christakis NA, Fowler JH, Frey BS. Genes, Economics, and Happiness. *J Neurosci Psychol Econ* [Internet]. 2012;5(4):193–211. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3858957&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
266. Rabbitt P. Cognitive changes across the lifespan. In: Johnson ML, editor. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005;190–9.
267. Sternberg RJ, Grigorenko EL. Intelligence and wisdom. In: Johnson ML, editor. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005;209–15.
268. Staudinger UM, Marsiske M, Baltes PB. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Dev Psychopathol*. Cambridge University Press; 1993;5(04):541–66.
269. Tucker AM, Stern Y. Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res*. NIH Public Access; 2011;8(4):354.
270. Ryff CD, Friedman EM, Morozink JA, Tsenkova V. Psychological resilience in adulthood and later life: Implications for health. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. Springer Publishing Company; 2012;32(1):73–92.
271. Baker K, Krehely J. How Health Care Reform Will Help LGBT Elders. *Public Policy Aging Rep*. Oxford University Press; 2011;21(3):19–23.
272. Fredriksen-Goldsen KI, Muraco A. Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Res Aging*. SAGE Publications; 2010;32(3):372–413.
273. Sitra. LGBT people in later life: Why housing and care matters. 2015; Available from: <http://www.sitra.org/documents/lgbt-people-in-later-life-why-housingand-care-matters/>
274. Fredriksen-Goldsen KI. Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Public Policy Aging Rep*. Oxford University Press; 2011;21(3):3–7.
275. Cochran SD, Mays VM. Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey. *Am J Public Health*. American Public Health Association; 2007;97(11):2048–55.
276. Paquet C, Orschulok TP, Coffee NT, Howard NJ, Hugo G, Taylor AW, et al. Are accessibility and characteristics of public open spaces associated with a better cardiometabolic health? *Landsc Urban Plan*. Elsevier; 2013;118:70–8.
277. McCormack GR, Rock M, Toohey AM, Hignell D. Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity: a review of qualitative research. *Health Place*. Elsevier; 2010;16(4):712–26.
278. Groenewegen PP, van den Berg AE, Maas J, Verheij RA, de Vries S. Is a Green Residential Environment Better for Health? If So, Why? *Ann Assoc Am Geogr* [Internet]. Routledge; 2012;102(5):996–1003. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00045608.2012.674899>
279. Yen IH, Michael YL, Perdue L. Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *Am J Prev Med*. Elsevier; 2009;37(5):455–63.
280. Rosenberg DE, Huang DL, Simonovich SD, Belza B. Outdoor Built Environment Barriers and Facilitators to Activity among Midlife and Older Adults with Mobility Disabilities. *Gerontologist* [Internet]. 2012; Available from: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2012/09/24/geront.gns119.abstract>
281. Turcotte M. Profile of seniors' transportation habits. *Can Soc Trends*. 2012;1–16.
282. Musselwhite C, Haddad H. Mobility, accessibility and quality of later life. *Qual Ageing Older Adults* [Internet]. Emerald; 2010 Mar 23;11(1):25–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.5042/qiaoa.2010.0153>
283. Webb E, Netuveli G, Millett C. Free bus passes, use of public transport and obesity among older people in England. *J Epidemiol Community Heal* [Internet]. 2012;66(2):176–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21911850>
284. Mackett R. Free bus passes for pensioners are too successful to cut [Internet]. *The Conversation*. 2014 [cited 2015 Mar 31]. Available from: <http://theconversation.com/free-bus-passes-for-pensioners-are-too-successful-to-cut-31449>
285. Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health* [Internet]. 2002;92(5):758–68. Available from: <http://aphaphublications.org/cgi/content/abstr>

[act/92/5/758\papers2://publication/uuid/4F6DCED3-F5D7-4F1D-B675-781CD2612DB5](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23123123/)

286. Smith KR, Mehta S, Maeusezahl-Feuz M. Indoor air pollution from household use of solid fuels. *Comp Quantif Heal risks Glob Reg Burd Dis Attrib to Sel major risk factors*. 2004;2:1435–93.

287. Mortimer K, Gordon SB, Jindal SK, Accinelli RA, Balmes J, Martin WJ. Household air pollution is a major avoidable risk factor for cardiorespiratory disease. *CHEST J. American College of Chest Physicians*; 2012;142(5):1308–15.

288. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. “Ageing in Place”? Exploring Elderly People’s Housing Preferences in Spain. *Urban Stud* [Internet]. 2009 Feb 1;46(2):295–316. Available from: <http://usj.sagepub.com/content/46/2/295.abstract>

289. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of “ageing in place” to older people. *Gerontologist*. Oxford University Press; 2011;gnr098.

290. James RN, Sweaney AL. Housing Dissatisfaction and Cognitive Decline in Older Adults. *J Hous Elderly* [Internet]. Routledge; 2010 Feb 10;24(1):93–106. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02763890903547104>

291. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation - A longitudinal perspective. *Am J Occup Ther*. 2005;59(3):296–304.

292. Fänge A, Iwarsson S. Changes in accessibility and usability in housing: An exploration of the housing adaptation process. *Occup Ther Int*. 2005;12(1):44–59.

293. Wahl HW, Fänge A, Oswald F, Gitlin LN, Iwarsson S. The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: What is the empirical evidence? *Gerontologist*. 2009;49(3): 355–67.

294. Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *J Rehabil Med. Medical Journals Limited*; 2008;40(4):253–60.

295. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004;328(7441):680.

296. Kristensson J, Hallberg IR, Jakobsson U. Healthcare consumption in men and women aged 65 and above in the two years preceding decision about

long-term municipal care. *Heal Soc Care Community*. 2007;15(5):474–85.

297. Neira M, Campbell-Lendrum D, Maiero M, Dora C, Bustreo F. Health and climate change: the end of the beginning? *Lancet. Elsevier*; 2014;384(9960):2085–6

298. Clarke K-L. Climate change: Preparing for the health impacts. *Heal Policy Res Bull Heal Canada*. 2005;11:5–8.

299. Wen M, Gu D. Air pollution shortens life expectancy and health expectancy for older adults: The case of China. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(11):1219–29.

300. Carnes B a, Staats D, Willcox BJ. Impact of Climate Change on Elder Health. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2013;(6):1–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24158763>

301. CDC Healthy Aging Program. CDC’s Disaster Planning Goal: Protect Vulnerable Older Adults [Internet]. [cited 2015 Mar 31]. Available from: http://www.cdc.gov/aging/pdf/disaster_planning_g_oal.pdf

302. Hutton D. Older people in emergencies: Considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008.

303. The National Bureau of Economic Research. The Effects of Education on Health [Internet]. [cited 2015 Mar 31]. Available from: <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>

304. Sharp ES, Gatz M. The relationship between education and dementia an updated systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disord. NIH Public Access*; 2011;25(4):289–304.

305. AONTAS. Community Education: more than just a Course. Dublin; 2011. 306. Public Health England. Local action on health inequalities: Adult learning services. *Heal Equity Evid Rev* 4. 2014;(September).

307. Hällsten M. Is it ever too late to study? The economic returns on late tertiary degrees in Sweden. *Econ Educ Rev. Elsevier*; 2012;31(1):179–94.

308. Jenkins A. Participation in learning and wellbeing among older adults. *Int J Lifelong Educ* [Internet]. Routledge; 2011 Jun 1;30(3):403–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02601370.2011.570876>

309. Fernández-Ballesteros R, Molina MÁ, Schettini R, Rey ÁL del. Promoting Active Aging Through University Programs for Older Adults. *GeroPsych*:

- The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry. 2012.
310. Ordonez TN, Yassuda MS, Cachioni M. Elderly online: Effects of a digital inclusion program in cognitive performance. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. Elsevier; 2015 Mar 31;53(2):216–9. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(10\)00285-2/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(10)00285-2/abstract)
311. Field J. Lifelong Learning, Welfare and Mental Wellbeing into Older Age: Trends and Policies in Europe. In: Boulton-Lewis G, Tam M, editors. Active Ageing, Active Learning SE - 2 [Internet]. Springer Netherlands; 2012. p. 11–20. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2111-1_2
312. Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. J Urban Heal [Internet]. Springer-Verlag; 2001;78(3):458–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
313. Wilkinson RG, Marmot MG. Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization; 2003.
314. Van Kemenade S, Roy J-F, Bouchard L. Social networks and vulnerable people. Findings from the GSS. Social Capital and Health: Maximizing the benefits. Heal Policy Res Bull. 2008;
315. Veninga J. Social capital and healthy aging. Heal Policy Res Bull. 2006;12:21–7.
316. Centre for Addiction and Mental Health. Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+ [Internet]. CAMH; 2010. Available from: https://knowledgex.camh.net/policy_health/mhpromotion/mhp_childyouth/Pages/default.aspx
317. Billette, V., & Lavoie J-P. Introduction Générale: Vieillesse, exclusions sociales et solidarités. In: Charpentier M, Guberman N, Ozabal I, editors. Vieillir au pluriel. Quebec: Presses de l'Université du Quebec; 2010. p. 115–34.
318. Canadian Council on Social Development. Social Challenges: Social Exclusion [Internet]. [cited 2015 Mar 31]. Available from: <http://www.ccsd.ca/resources/CrimePrevention/exclusion.htm>
319. Scharf T, Phillipson C, Smith AE. Poverty and social exclusion: growing older in deprived urban neighbourhoods. Grow older Qual life old age. 2004;81– 106.
320. Burns VF, Lavoie J-P, Rose D. Revisiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion of older people. J Aging Res. Hindawi Publishing Corporation; 2011;2012.
321. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social Isolation and Loneliness: Relationships With Cognitive Function During 4 Years of Follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. Psychosom Med [Internet]. 2013;75(2). Available from: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2013/02000/Social_Isolation_and_Loneliness_Relationships.9.aspx
322. Windle BK, Francis J, Coomber C. Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes [Internet]. Research Briefing. 2014. Available from: http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-client-groups/older-adults/scie/131316briefing_39.pdf
323. Pinquart M, Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. Basic Appl Soc Psych. Taylor & Francis; 2001;23(4):245–66.
324. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Medicine. 2012.
325. Hillberg T, Hamilton-Giachritsis C, Dixon L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. Trauma, Violence, Abus. Sage Publications; 2011;12(1):38–49.
326. World Health Organization. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.
327. World Health Organization. Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.
328. National Center on Elder Abuse. 15 Questions & Answers About Elder Abuse [Internet]. National Association of State Units on Aging. Washington D.C.; 2005. Available from: http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/FINAL_6-06-05_3-18-0512-10-04qa.pdf
329. Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. Clinics in Geriatric Medicine. 2005. p. 293–313.
330. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva; 2014.
331. Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor RS, Rogers M, et al. Is volunteering a

- public health intervention? A systematic review and metaanalysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):773. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/773>
332. Okun MA, Yeung EW, Brown S. Volunteering by older adults and risk of mortality: A meta-analysis. *Psychol Aging*. American Psychological Association; 2013;28(2):564.
333. Van Willigen M. Differential benefits of volunteering across the life course. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(5):S308–18.
334. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization; 2008.
335. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Aff*. 2002;21(2):60–76.
336. Orpana HM, Lemyre L, Gravel R. Income and psychological distress: the role of the social environment. *Health Rep*. 2009;20(1):21–8.
337. Korda RJ, Paige E, Yiengprugsawan V, Latz I, Friel S. Income-related inequalities in chronic conditions, physical functioning and psychological distress among older people in Australia: cross-sectional findings from the 45 and up study. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1):741. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25048295>
338. Ave W, Banks J, Green R, Stafford M, Breeze E, Crawford R, et al. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. 2008 English Longitud Study Ageing (Wave 4) [Internet]. 2010;(October). Available from: <http://discovery.ucl.ac.uk/570764/>
339. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bamba C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Libr*. Wiley Online Library; 2010;
340. Pettinger T. European unemployment crisis [Internet]. *Economics Help*. 2014 [cited 2015 Mar 31]. Available from: <http://www.economicshelp.org/blog/1247/economics/european-unemployment-2/>
341. Chan S, Stevens A. Job Loss and Employment Patterns of Older Workers. *J Labor Econ* [Internet]. 2001;19(2):484–521. Available from: http://econpapers.repec.org/article/ucpjlabec/v_3a19_3ay_3a2001_3ai_3a2_3ap_3a484-521.htm
342. Salgren G. Work longer, live healthier. London; 2013. Report No.: 46.
343. Jungbauer-Gans M, Krug G. Changes in Employed People's Health Satisfaction. 2013;38:617–48.
344. Siegrist J, Dragano N, Wahrendorf M. Psychosoziale Arbeitsbelastungen Und Gesundheit Bei Älteren Erwerbstätigen: Eine Europäische Vergleichsstudie. Abschlussbericht zum Proj S-2007-997-4 der Hans- Boeckler-Stiftung [Internet]. 2009; Available from: <http://www.boeckler.de/pdf/fof/S-2007-997-4-1.pdf>
345. International Labour Organization. Decent work [Internet]. [cited 2015 May 28]. Available from: <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>
346. Deloitte Access Economics Pty Ltd. Increasing participation among older workers: the grey army advances. Report prepared for the Australian Human Rights Commission [Internet]. Kingston; 2012. Available from: http://www.hreoc.gov.au/age/publications/mature_age/index.html
347. Age International. Facing the facts: The truth about ageing and development. London: Age International; 2015.
348. Esser I, Palme J. Do public pensions matter for health and wellbeing among retired persons? Basic and income security pensions across 13 Western European countries. *Int J Soc Welf* [Internet]. 2010 Jul 22 [cited 2015 Mar 13];19:S103–20. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-2397.2010.00737.x>
349. Lloyd-Sherlock P, Saboia J, Ramírez-Rodríguez B. Cash Transfers and the Well-being of Older People in Brazil. *Dev Change* [Internet]. 2012 Sep 9 [cited 2015 Mar 13];43(5):1049–72. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-7660.2012.01790.x>
350. Barrientos A, Niño-Zarazúa M. Social transfers and chronic poverty: objectives, design, reach and impact [Internet]. Chronic Poverty Research Centre; 2011 [cited 2015 Mar 13]. Available from: http://mpraub.uni-muenchen.de/30465/1/MPRA_paper_30465.pdf
351. Carvalho IE. Household Income as a Determinant of Child Labor and School Enrollment in Brazil: Evidence from a Social Security Reform. *IMF Work*

- Pap [Internet]. 2008; Available from: <http://www.ssrn.com/abstract=252289>
352. Boarini R, Comola M, de Keulenaer F, Manchin R, Smith C. Can Governments Boost People's Sense of Well-Being? The Impact of Selected Labour Market and Health Policies on Life Satisfaction. *Soc Indic Res* [Internet]. Springer Netherlands; 2013;114(1):105–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0386-8>
353. Rottmann H. Do unemployment benefits and employment protection influence suicide mortality? An international panel data analysis. *OTH im Dialog Weidener Diskuss*. 2014;(No.42).
354. Soares, F. V., and Teixeira C. Impact Evaluation of the Expansion of the Food Subsidy Programme in Mozambique. Policy research brief. Brasília; 2010.
355. Terner M, Reason B, McKeag AM, Tipper B, Webster G. Chronic conditions more than age drive health system use in canadian seniors. *Healthc Q*. 2011;14(3):19–22.
356. Neuman T, Cubanski J, Huang J, Damico A. *The Rising Cost of Living Longer: Analysis of Medicare Spending by Age for Beneficiaries in Traditional Medicare*. Kaiser Family Foundation; 2015.
357. Canadian Health Services Research Foundation. *Myth: the Aging Population Is To Blame for Uncontrollable Healthcare Costs*. Mythbusters [Internet]. 2011;(February). Available from: http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/mythbusters/Myth_AgingPopulation_EN_FIN_AL.pdf?sfvrsn=0
358. Global, regional, and national age–sex specific all cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2015 May 28;385(9963):117–71. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
359. Guerchet M, Prina M, Prince M. Policy Brief for Heads of Government: The Global Impact of Dementia 2013–2050 [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2013. p. 1–8. Available from: <http://www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief>
360. Alzheimer's Australia. Dementia-friendly communities [Internet]. [cited 2015 Mar 31]. Available from: <https://fightdementia.org.au/aboutus/dementia-friendly-communities#.VRqRoT5GhEg.mendeley>
361. World Health Organization. Prevention of blindness and deafness - Estimates [Internet]. [cited 2015 May 28]. Available from: <http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en>
362. Nelson DI, Nelson RY, Concha-Barrientos M, Fingerhut M. The global burden of occupational noise-induced hearing loss. *Am J Ind Med*. Wiley Online Library; 2005;48(6):446–58.
363. GreenFacts. Personal Music Players & Hearing [Internet]. GreenFacts Facts on Health and the Environment; [cited 2015 Mar 30]. Available from: <http://copublications.greenfacts.org/en/hearing-losspersonal-music-player-mp3/index.htm#1>
364. Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L. Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. *J Gerontol Med Sci* [Internet]. 2011;66:582–90. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3074958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
365. Woolf AD, Pflieger B. Burden of major musculoskeletal conditions . *Bulletin of the World Health Organization* . sciELOsp ; 2003. p. 646–56.
366. World Health Organization. *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: World Health Organization; 2008.
367. American Academy of Orthopedic Surgeons. Osteoporosis-OrthoInfo - AAOS [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 25]. Available from: <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00232>
368. Himes CL, Reynolds SL. Effect of obesity on falls, injury, and disability. *J Am Geriatr Soc*. Wiley Online Library; 2012;60(1):124–9.
369. World Health Organization. Depression [Internet]. Fact sheet N°369. 2012 [cited 2015 May 28]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
370. Fiske A, Jones R. Depression. In: Johnston M, editor. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. London: Cambridge University Press; 2004. p. 245–51.
371. Buchanan D, Tourigny-Rivard MF, Cappeliez P, Frank C, Janikowski P, Spanjevic L, et al. National guidelines for seniors' mental health: the assessment and treatment of depression. *Can J Geriatr*. 2006;9(supplement 2):S52–8.

372. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life-systematic review and metaanalysis. *J Affect Disord.* Elsevier; 2012;136(3):212–21.
373. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am Psychiatric Assoc;* 2014;
374. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BAJ, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJFM. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* Elsevier; 2013;144(3):183–90.
375. Lorencini M, Brohem CA, Dieamant GC, Zanchin NIT, Maibach HI. Active ingredients against human epidermal aging. *Ageing Res Rev.* Elsevier; 2014;15:100–15.
376. Samarasinghe V, Madan V. Nonmelanoma skin cancer. *J Cutan Aesthet Surg.* Medknow Publications; 2012;5(1):3.
377. Tan EH, Chan A. Evidence-based treatment options for the management of skin toxicities associated with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Pharmacother.* SAGE Publications; 2009;43(10):1658–66.
378. Segaert S, Van Cutsem E. Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Oncol. Eur Soc Med Oncology;* 2005;16(9):1425–33.
379. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. *Ski Ther Lett.* 2010;15(8):5–9. 380. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin. *Am J Clin Dermatol.* Springer; 2009;10(2):73–86.
381. Harada K, Oka K, Shibata A, Kaburagi H, Nakamura Y. [Relationships between foot problems, fall experience and fear of falling among Japanese community-dwelling elderly]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* 2010;57(8):612–23.
382. Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability.* Elsevier; 2004;14(2):44–50.
383. Kowal P, Arokiasamy P, Afshar S, Pati S, Snodgrass JJ. Multimorbidity: health care that counts “past one” for 1.2 billion older adults. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2015 Jun 5;385(9984):2252–3. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61062-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61062-5)
384. Banerjee S. Multimorbidity—older adults need health care that can count past one. *Lancet.* Elsevier; 2014.
385. Morley JE, Perry HM, Miller DK. Editorial: Something about frailty. *Journals Gerontol Ser A Biol SciMed Sci.* Oxford University Press; 2002;57(11):M698–704.
386. The Commonwealth Fund. International Survey of Older Adults Finds Shortcomings in Access, Coordination, and Patient-Centered Care [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 25]. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/inthe-literature/2014/nov/international-survey-ofolder-adults>
387. World Health Organization. Towards age-friendly primary health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cited 2015 Mar 25]. Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/phc/en/#.VRMJBp-Jef8.mendeley>
388. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2015 Mar 25]. Available from: <http://www.who.int/diabetes/publications/iccreport/en/#.VRMIDZ2-1LE.mendeley>
389. Parke B, Friesen K. Code plus: Physical design components for an elder friendly hospital. *Fraser Health Authority;* 2007.
390. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions, Meeting Report [Internet]. 2001 [cited 2015 Mar 25]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66955>
391. Institute of Medicine. Retooling for an aging America: Building the health care workforce. *National Academies Press;* 2008.
392. Fast J, Keating N, Lero DS, Eales J, Duncan K. The economic costs of care to family / friend caregivers : A synthesis of findings. 2013.
393. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* [Internet]. 2008;108(9 Suppl):23–7; quiz 27. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med1&AN=18797217\http://ry2ue4ek7d.search.serialssolutions.com/?si>

[d=OVID:Ovid+MEDLINE\(R\)+<2008+to+August+Week+2+2012>&genre=article&id=pmid:18797217&id=doi:&issn=0002-936X&volume=108&is](#)

394. Burton LC, Zdaniuk B, Schulz R, Jackson S, Hirsch C. Transitions in spousal caregiving. *Gerontologist*. Oxford University Press; 2003;43(2):230–41.

395. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. American Psychological Association; 2003;18(2):250.

396. Victorian Order of Nurses. Respite as Outcome: Plan it! Do it! Feel it! [Internet]. Learning to listen - listening to learn (Module 7). VON Canada; 2001. Available from: http://www.von.ca/english/Caregiving/CaregiverManual/ResourceGuide/Module_7_-_Respite_as_Outcome/Module7_RespiteOutcome.pdf

397. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JPW, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. American Medical Association; 2013;309(5):470–7.

398. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. SAGE Publications; 2014;28(2):130–50.

399. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. DTIC Document; 2003.

400. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *Int Perspect Public Heal Palliat Care*. Routledge; 2013;30.

401. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática Hosp*. 2006;47(8):49–64.

402. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock

P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet*. Elsevier; 2014.

403. Aboderin I. Ageing Africa: Opportunities for Development. In: John R. Beard, Simon Biggs, David E. Bloom, Linda P. Fried, Paul Hogan, Alexandre Kalache and SJO, editor. *Global population ageing: Peril or Promise?* Geneva: World Economic Forum; 2012. p. 69–73.

404. Kickbusch I. Foreword. In: Kawachi I, Wamala SP, editors. *Globalization and health*. New York: Oxford University Press, USA; 2007. p. v – xii.

405. Wearden G. Oxfam: 85 richest people as wealthy as poorest half of the world. *The Guardian* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 23]; Available from: <http://www.theguardian.com/business/2014/jan/20/oxfam-85-richest-people-half-of-the-world>

406. Eco Desenvolvimento. Brasil reduziu em 28% número de fumantes acima de 18 anos. *Notícias Terra* [Internet]. [Cited 2015 May 31]; Available from: <http://noticias.terra.com.br/brasil/dia-mundial-semtabaco-brasil-reduziu-em-28-numero-de-fumantesd231b132a927f80a8e2e56f3a694b0cfar2RCRD.html>

407. Campaign for Tobacco-Free Kids. Tobacco Control Success Story: Brazil. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2013.

408. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. [Cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

409. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world—what do we know? *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2015 Mar 30;385(9967):484–6. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61597-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61597-X/abstract)

410. National Resource Center on LGBT Aging. Citation by Kathleen Sebelius U.S. Secretary for Health and Human Services (HHS) [Internet]. So that knowledge gets better with age. 2010 [cited 2015 Jun 2]. Available from: <http://www.lgbtagingcenter.org/about/background.cfm>



Libro completo en castellano
descargable en:
www.easp.es

Informe completo y Resumen Ejecutivo
descargable en:
www.ilcbrazil.org

Conecta con nosotros en:
facebook.com/ilcBR

Síguenos en:
[@ilcbrazil](https://twitter.com/ilcbrazil)

Contacta con nosotros en:
info@ilcbrazil.org