

Perspectivas del Envejecimiento Global

El derecho a la salud de las personas mayores,
el derecho a ser tenido en cuenta



Resumen ejecutivo



Publicado por HelpAge International

PO Box 70156
Londres WC1A 9GB, UK

info@helpage.org

www.helpage.org

Caridad registrada en Inglaterra y Gales, no. 288180

Editado por Green Ink (greenink.co.uk)

Foto de portada de:

- 1 2 1: Asociación Israelita Argentina AMIA; 2: Jonas Wresch/HelpAge International;
3 4 3: CORDES; 4: Lydia Humphrey/Age International;
5 6 5: Claire Catherinet/HelpAge International; 6: Zugomedia, República de Moldova;
7 8 7: Hereward Holland/HelpAge International; 8: Oscar Franklin/HelpAge International;
9 10 9: Cruz Roja Serbia/HelpAge International; 10: Ben Small/HelpAge International;
11 12 11: Brayden Howie/HelpAge International; 12: HelpAge International.

Diseñado por Green Ink

Copyright © HelpAge International, 2018. Este informe fue producido por HelpAge International, en colaboración y suscrito por AARP (aarp.org)

Este trabajo se encuentra bajo una licencia Creative Commons Attribution- Licencia Internacional No Comercial 4.0 (CC BY-NC 4.0), <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

ISBN 978-1-910743-44-7

Agradecimientos

El informe fue apoyado por una subvención de AARP (aarp.org).

Colaboradores de HelpAge International: Rachel Albone, Patricia Conboy, Mark Gorman, Caitlin Littleton, Madeleine McGivern, Verity McGivern, Alex Mihnovits, Laura Parés, Ellie Parravani y Tanvi Patel.

Colaboradores de AARP: Nick Barracca, Aimee Carter, Erica Dhar, Michael Epstein, Meredith Hunter, Carl Levesque, Keith Lind, Holly Schulz y la Dra. Debra Whitman.

Investigadores de datos, preparación y desarrollo de los perfiles país: Dr. Paul Kowal, Universidad de Chiang Mai y Organización Mundial de la Salud, y Profesor Nawi Ng, Universidad de Umeå.

El derecho universal a la salud

En el corazón de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estaba el compromiso global de establecer el derecho a la salud de todas las personas en todo el mundo. Ahora, 70 años después, es un buen momento para evaluar hasta qué punto en la práctica esta visión ha incluido a las personas mayores.

El derecho a la salud fue nuevamente reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y va más allá del acceso a los servicios de salud para abarcar “una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven condiciones en las que las personas pueden llevar una vida saludable y se extiende a los determinantes subyacentes de la salud”.¹ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CESCR) estableció cuatro componentes fundamentales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.² Estos aspectos se han convertido en fundamentales para la cobertura universal de la salud (CUS) y el enfoque de salud centrado en las personas, ambos serán clave para la realineación de los sistemas de salud necesarios para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud de las personas mayores.

El derecho a la salud de las personas mayores

El derecho a la salud, como todos los derechos humanos, es universal e inalienable y debe ser disfrutado sin discriminación por edad, etnia o cualquier otro estatus. El CESCR ha hecho una referencia específica sobre el derecho a la salud de las personas mayores, que expresa que “está claro que las personas mayores tienen derecho a disfrutar de toda la gama de derechos” reconocidos en el PIDESC.³ El comité afirma la importancia de un enfoque integrado, combinando tratamiento de salud preventivo, curativo y tratamiento de rehabilitación,⁴ declara que dicho enfoque debe mantener la capacidad funcional y la autonomía de las personas mayores.⁵ Otras disposiciones también consideran específicamente a las personas mayores, incluida la recomendación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CETFDICM) para garantizar el acceso de



70 años desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos

Esto consagró el derecho a la salud de todos sin discriminación por edad, género, origen étnico o cualquier otra condición. Sin embargo, el derecho a la salud no se ha aplicado específicamente al contexto de la edad mayor en el marco legal internacional de los Derechos Humanos.

las mujeres mayores a una atención asequible y especialmente a trabajadores de la salud capacitados⁶. A pesar de este marco de protección, el progreso en salud para las personas mayores sigue siendo profundamente desigual y, a menudo, limitado. Por lo tanto, el derecho de las personas mayores a la salud no se cumple. En los países de ingresos bajos y medios (LMIC – por sus siglas en inglés) en particular, las personas mayores continúan sufriendo exclusión y enfrentan múltiples desafíos para acceder a los servicios.

Un enfoque de salud basado en los derechos requiere que los sistemas y servicios de salud aborden la inequidad priorizando a aquellos que están atrás. Este principio se refleja en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y en los esfuerzos hacia la cobertura universal de la salud⁷.

Sin embargo, este informe describe hasta qué punto las personas mayores se quedan atrás por medio de un análisis de los datos disponibles sobre la salud de las personas mayores y destacando las brechas - donde las personas mayores simplemente no son contadas.

Obstáculos de las personas mayores para el derecho a la salud

Las personas mayores experimentan una serie de barreras para su inclusión en los sistemas y servicios de salud.

La discriminación por edad es común, incluso entre los trabajadores de la salud que pueden no consultar a las personas mayores sobre su cuidado y restringir o negar el acceso a las intervenciones en función de la edad. Otras barreras incluyen la mala accesibilidad física de los servicios, la falta de cobertura en las comunidades, pobreza y costos exorbitantes, una baja alfabetización en salud y menos acceso a la información de salud. En muchos LMIC, los trabajadores de la salud están inadecuadamente preparados para responder a los problemas de salud comunes en la edad mayor, y existe una falta de capacitación médica y gerontológica en el cuidado de las personas mayores.

Muchos sistemas de salud están estructurados para manejar enfermedades agudas y puntuales, pero son menos capaces de responder a condiciones crónicas de salud de largo plazo. Esto significa que a menudo no pueden proporcionar la atención integrada y centrada en las personas que es importante en la vejez, y no responden a las necesidades específicas de la población mayor.

Además de estas barreras, los sistemas de salud no han logrado seguir el ritmo de dos transiciones globales que están interrelacionadas: una transición demográfica y una transición epidemiológica⁸.

Transición demográfica

El progreso en la salud mundial y el desarrollo ha llevado a una disminución en las tasas de fertilidad y mortalidad, y al rápido envejecimiento de la población mundial. Para 2020, se proyecta que la cantidad de personas de 60 años y más en el mundo supere un billón y que alcance los 2 billones para el año 2050.⁹ El ritmo de este cambio demográfico es más rápido en los LMIC, donde vive el 70% de las personas mayores de 60 años¹⁰.

Transición epidemiológica

El patrón global de enfermedad se ha ido cambiando en los últimos años de enfermedades transmisibles a las no transmisibles (ENT). Las enfermedades

Las tres transiciones



La transición demográfica

- El mundo está envejeciendo rápidamente: para 2020, habrá más de mil millones de personas de 60 años o más.
- Los países de ingresos bajos y medianos albergan al 70% de las personas mayores del mundo.
- Las mujeres viven más que los hombres en todo el mundo por un promedio de 4.7 años.



La transición epidemiológica

- El patrón global de la enfermedad está cambiando hacia las enfermedades no transmisibles (ENT).
- Las ENT tienen un impacto desproporcionado en las personas mayores: en 2011, el 75% de las muertes por ENT en los países de ingresos bajos y medios fue de personas de 60 años o más.



La transición de los sistemas de salud

- Los sistemas de salud deben adaptarse al envejecimiento de la población mundial y al crecimiento de las enfermedades no transmisibles para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud de las personas mayores.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el impulso global hacia la cobertura universal de salud brindan oportunidades para guiar esta transición.

no transmisibles tienen un impacto desproporcionado en las personas mayores. Se estimó que en 2011 las personas de 60 años o más representaron el 75% de las muertes por ENT en LMIC¹¹. Además de las altas tasas de ENT en la edad mayor, también hay altas tasas de multimorbilidad. A medida que las personas envejecen, es más probable que experimenten más de una afección crónica al mismo tiempo.

Los desafíos relacionados con la salud representados por las altas tasas de ENT y la multimorbilidad en las personas mayores suelen ir acompañados de la necesidad de más apoyo en las tareas de la vida diaria para mantener la independencia y la autonomía, lo que hace que la atención sanitaria y

social sea cada vez más compleja e interdependiente. Los sistemas de salud, y los sistemas de atención y apoyo hasta ahora no han podido abordar esta complejidad. Las transiciones demográficas y epidemiológicas requieren que los sistemas de salud se adapten a una nueva realidad, alejándose de las estructuras verticales que abordan enfermedades específicas hacia servicios más integrados y coordinados que respondan de manera integral.

Existe una clara dimensión de género en la transición demográfica con extensión en la transición epidemiológica. La diferencia más clara entre hombres y mujeres está en la esperanza de vida. En la mayoría de los países del mundo, las mujeres continúan viviendo más que los hombres, un promedio de 4.7 años más¹².

La prevalencia de diferentes condiciones para las personas mayores varía según el sexo. Las mujeres y los hombres mayores enfrentan diferentes consecuencias de la discriminación en función de su sexo y otros factores, incluida la situación socioeconómica. Se necesitan sistemas y servicios de salud sensibles a la edad y al género que sean capaces de responder a los impulsores de las diferencias en la salud.

Cobertura universal de salud

La Agenda 2030 acordada por los líderes mundiales establece 17 objetivos para “hacer realidad los derechos humanos de todos”¹³. Su compromiso central es no dejar a nadie atrás y llegar primero al más apartado. De este modo, la Agenda 2030 abre oportunidades significativas para promover la realización de los derechos humanos para personas de todas las edades, incluidas las personas mayores. El derecho a la salud en todo el curso de la vida ha ganado mayor atención con la adopción de los ODS. Para garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades, el ODS3 brinda una oportunidad crucial para hacer realidad el derecho a la salud de las personas mayores.

La meta 3.4 sobre ENT reconoce la carga cambiante de la enfermedad y promete un mayor enfoque en esta área de especial preocupación para las personas mayores. Mientras tanto, para lograr cobertura universal de

salud (CUS), la meta 3.8 del ODS3 proporciona un camino potencial para las transformaciones necesarias para satisfacer las demandas de las transiciones demográficas y epidemiológicas. Sin embargo, las personas mayores enfrentan actualmente una serie de desafíos para alcanzar el derecho a la salud, incluidos aquellos relacionados con el acceso, la calidad y la asequibilidad, los tres componentes principales de la cobertura universal de salud (CUS). Dados los altos índices de inseguridad en los ingresos durante la vejez, el elemento de protección de riesgo financiero de CUS será clave. La identificación explícita en cada paso del proceso de desarrollo de sistemas de cobertura universal de salud será fundamental para abordar las barreras, las implicaciones para el acceso, la calidad y la protección financiera para las personas mayores. La complejidad de la salud en la edad mayor, incluida la prevalencia de la multimorbilidad, significa que, para lograr la cobertura universal de salud, las adaptaciones a los sistemas deben garantizar que la atención esté centrada en la persona y sea integrada.

La Agenda 2030 se compromete a que los indicadores de los ODS se desagreguen por ingreso, sexo, edad, raza, etnia, discapacidad, ubicación geográfica y estado migratorio, incluidos los indicadores para medir el progreso hacia la cobertura universal de salud. A pesar de este compromiso, actualmente las personas mayores todavía están excluidas de los datos recopilados en contra de muchos indicadores.

Atención centrada en las personas mayores

Más allá de la cobertura universal de salud

Los defensores de la cobertura universal de salud han tendido a centrarse en respuestas como la eliminación de barreras financieras, como la abolición de las tarifas de los usuarios en particular¹⁴. Pero la comunidad sanitaria mundial también debe abordar otras barreras que impiden el acceso a los servicios de salud como la distancia geográfica, las diferencias culturales, las normas de género, la ciudadanía y los determinantes sociales de la salud. El objetivo de la CUS, reafirmado por ODS3, es llegar a las poblaciones vulnerables para que nadie se quede atrás, y por lo tanto, “se necesitan métodos innovadores para que los servicios de salud sobrepasen estas barreras”¹⁵.



Persona mayor de Buenaventura, Colombia

Atención centrada en la población - y en la persona

Si bien no se ha acordado una definición única de atención centrada en la población, las características clave incluyen poner en el centro de los sistemas de salud a la población y las comunidades en lugar de las enfermedades, y empoderar a la población en relación con su salud en lugar de convertirlas en receptores pasivos. Por lo tanto, la provisión de los servicios deberían ser integrados en lugar de fragmentados. El enfoque centrado en la población está al nivel de las comunidades y los sistemas de salud, mientras que para los proveedores de salud y los pacientes, la relación se centra en la persona. Para lograr los mejores resultados para las personas mayores, el principio de organizar la atención en torno a las preocupaciones y prioridades de la población es un objetivo central tanto en la atención centrada en las comunidades - como en la persona.

Medir el progreso en el establecimiento de servicios de salud integrados y centrados en la población es un desafío. Medidas para integrar la atención “centrada en la población” no están incluidas, por ejemplo, en el observatorio de salud global de la OMS, en los marcos de monitoreo y evaluación para la cobertura universal de salud y los ODS, ni en la lista mundial de 100 indicadores básicos de salud que tiene la OMS.¹⁶

La atención centrada en la persona es especialmente desafiante - y necesaria - más aun considerando que las personas mayores son más frágiles física y mentalmente. Dado que una alta proporción de las personas que necesitan atención y apoyo en la edad mayor viven con demencia, es de gran importancia construir una base de evidencia en torno a las características clave de la atención centrada en la persona. La atención centrada en la persona no se limita al tratamiento en un entorno institucional, los enfoques centrados en la persona también pueden informar sobre prevención y manejo en la comunidad. Singapur, por ejemplo, ha prestado mayor atención en los últimos años a una serie de intervenciones que abordan las necesidades de las personas que viven con demencia como parte de la población mayor, incluida la vivienda pública y el transporte apropiado, el empleo y los servicios de apoyo.¹⁷

Cuidado y apoyo a largo plazo

Si bien el enfoque de este informe es la salud de las personas mayores, el apoyo social juega un papel clave. Para las personas que experimentan una pérdida significativa de capacidad intrínseca, es posible que se necesite cuidado y apoyo a largo plazo. La atención a largo plazo se define como aquellas actividades emprendidas por otros para garantizar que las personas con una pérdida significativa de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional coherente con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana.¹⁸ Esta definición traslada el propósito de tal atención y apoyo más allá de satisfacer necesidades básicas, reconociendo la voluntad de las personas mayores, incluido su derecho a tomar decisiones y disposiciones sobre sus propias vidas.

En casi todos los LMIC, la provisión de atención más importante es aquella suministrada por familiares cercanos sin apoyo financiero o de otro tipo. “Esto hace que millones de personas mayores vulnerables no satisfagan sus necesidades básicas o, en algunos casos, sufran abusos flagrantes de sus derechos fundamentales. También impone una carga innecesaria a los cuidadores, que son mayoritariamente mujeres”.¹⁹

Uno de los factores limitantes en la construcción de políticas en torno al cuidado y el apoyo a largo plazo es la marcada ausencia de datos completos. No existe una recopilación de datos coherente sobre atención y apoyo a largo plazo a nivel mundial y regional, y a menudo hay vacíos a nivel nacional. Los estudios que existen revelan que una proporción significativa de las personas mayores dependen de la atención, una prevalencia que aumenta con la edad. Esta prevalencia también es significativamente mayor en los LMIC, donde las infraestructuras de atención son más débiles que en los países de ingresos altos.²⁰

Los sistemas de datos obstaculizan el derecho a la salud de las personas mayores

La capacidad de evaluar si todas las personas mayores disfrutaban del derecho propusieron reunir y analizar datos nacionales sobre la salud de las personas



mayores de 12 países. Este ejercicio en sí mismo reveló los siguientes problemas importantes en la accesibilidad de los datos sobre salud en la edad mayor

- Los datos sobre varios indicadores fueron difíciles de localizar o no existían en algunos países.
- Los datos no eran fácilmente accesibles, y las fuentes de localización dependían en gran medida de las relaciones y redes profesionales personales, y consumían mucho tiempo.
- Cuando los investigadores pudieron acceder a los datos, en algunos casos no se pudieron incluir en el análisis debido a factores como que la etiqueta estaba incompleta o no existía, no había orientación para comprender cómo se organizan los datos, etc.
- Para algunos conjuntos de datos faltaban los metadatos necesarios para evaluar la calidad de los datos, mientras que otros no estaban estratificados por variables clave.
- La comparabilidad de las variables entre los conjuntos de datos fue particularmente desafiante ya que la redacción de las preguntas y las posibles respuestas variaron considerablemente.
- Otros temas incluyeron la antigüedad de los datos y la regularidad con la que se actualizaron, los tamaños de muestra y los desafíos de recopilar datos cualitativos y cuantitativos.

Las predicciones basadas en estimaciones globales para comprender las tendencias entre países, grupos de población y tiempo, tienen limitaciones en la calidad general de las fuentes de datos subyacentes, supuestos de los modelos y retrasos en el tiempo entre la realización de encuestas nacionales.

Existe una necesidad apremiante de que los datos se recopilen a lo largo del ciclo de vida y luego se desagreguen por edad, pero también por grupo social, género, discapacidad, origen étnico y ubicación, para llamar la atención sobre las diferencias en salud y esperanza de vida dentro de las poblaciones



Necesitamos datos oportunos y de buena calidad desglosados por sexo, edad, discapacidad y otras características relevantes para medir, comprender y responder a las necesidades diversas y específicas de hombres y mujeres mayores, y para monitorear el progreso en el derecho a la salud para todos.

que envejecen, y para permitir una planificación efectiva para satisfacer sus necesidades.

Esto incluye la necesidad de mejorar la cobertura y la calidad del registro civil y las estadísticas vitales en todos los LMIC para proporcionar datos demográficos y de salud continuos sobre nacimientos y causas de muerte.

Además, los estudios longitudinales a gran escala realizados en múltiples entornos tienen un papel importante que desempeñar en la mejora del entorno de datos. Estos tienen el potencial de capturar datos sobre la distribución de la salud y la discapacidad entre las poblaciones mayores, así como sobre las trayectorias de morbilidad.

Las nuevas fuentes de datos (como teléfonos móviles, uso de Internet y redes sociales, tarjetas de crédito y débito, imágenes satelitales) generan datos en tiempo real más rápido, en mayor cantidad y en una gama más amplia de temas que nunca. Sin embargo, no está claro hasta qué punto las nuevas fuentes de datos pueden cerrar las brechas de evidencia.

Sin embargo, ha habido respuestas positivas a las brechas de datos sobre el envejecimiento y las personas mayores, como el establecimiento del Grupo de la ciudad de Titchfield sobre estadísticas relacionadas con el envejecimiento

y datos desagregados por edad²¹, y el desarrollo emergente de marcos conceptuales y analíticos para estadísticas recogidas a lo largo del ciclo de vida.

Lo que los datos nos dicen sobre la salud de las personas mayores

Esperanza de vida

Los datos de los 12 países focalizados e incluidos en este informe muestran que la esperanza de vida para hombres y mujeres ha aumentado. Las tasas de aumento difieren entre los países mostrando diferentes etapas de la transición demográfica y, por lo tanto, también es probable que la transición epidemiológica, así como las inequidades significativas en la salud y el bienestar entre los países.

La relación entre la esperanza de vida saludable (HALE – por sus siglas en inglés) y la esperanza de vida indica la proporción de vida que se espera que tenga buena salud. A nivel mundial, HALE está aumentando, pero puede no hacerlo al mismo ritmo que la esperanza de vida. Para que aumente la proporción de vida en buena salud, las ganancias en HALE deberán superar a las que tienen una esperanza de vida más amplia. En Kenia, Moldavia y Serbia, la brecha entre HALE y la esperanza de vida está aumentando para los hombres, lo que significa una mayor proporción de vida en condiciones de peor salud. En Pakistán, Vietnam y Zimbabue, por el contrario, HALE está aumentando más rápido que la esperanza de vida. A nivel global, la HALE de las mujeres tanto al nacer como a los 60 años de edad es más alta que la de los hombres, pero las mujeres pueden esperar vivir una mayor proporción de sus vidas en condiciones de peor salud que los hombres.

La carga cambiante de la enfermedad

La mayoría de la carga de enfermedades que disminuye la esperanza de vida saludable es creada por las ENT. Si bien las enfermedades transmisibles siguen siendo una preocupación para las personas de todas las edades en muchos LMIC, las ENT y las lesiones son las que más

contribuyen en su mayoría a la mala salud y la muerte.

La prevalencia de las ENT generalmente aumenta con la edad. Los principales contribuyentes a la carga de la enfermedad en la población mayor a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares (ECV, que representan el 30,3% de la carga total de la enfermedad), los cánceres (15,1%), las enfermedades respiratorias crónicas (9,5%), las enfermedades musculoesqueléticas (7,5%), y trastornos neurológicos y mentales (6,6%).²² Si bien las ECV están disminuyendo como causa de muerte entre las personas mayores en muchos de los países de muestra, los datos sugieren que el cáncer está aumentando en 11 de cada 12. También hay una tendencia general hacia una mayor contribución de la diabetes como causa de muerte entre las personas mayores. En los países africanos, el VIH sigue siendo una causa importante de muerte en el grupo de 15 a 49 años, pero también contribuye, aunque en menor medida, a las muertes en edades más avanzadas.

Enfermedad cardiovascular

Los datos de los 12 países muestran que la prevalencia de los ataques cardíacos aumenta con la edad.²³ En muchos casos, la prevalencia de ataques cardíacos tiende a ser menor en mujeres que en hombres en edades más tempranas, pero las tasas aumentan más rápidamente a medida que las mujeres envejecen.

Diabetes

En todos los países la prevalencia de la diabetes generalmente aumenta con la edad, alcanzando un máximo alrededor de los 70 años antes de comenzar a disminuir. El aumento de la prevalencia con la edad podría estar relacionado con una serie de problemas tanto individuales como sistémicos, incluidos los factores de la insulina en la edad mayor, los niveles más altos de obesidad abdominal y otras afecciones que aumentan el riesgo de diabetes, una detección inadecuada y un acceso deficiente al tratamiento y apoyo de las personas mayores. Tanto para las mujeres como para los hombres mayores, los impactos de la diabetes son altos y aumentan con la edad, como lo demuestran los datos sobre las complicaciones de la enfermedad, como la discapacidad visual.

Salud cognitiva y mental - demencia, depresión y suicidio

La contribución de la demencia a la mortalidad y los años vividos con discapacidad está aumentando. Alrededor de 50 millones de personas viven con demencia en todo el mundo, la mayoría en LMIC, cifra que se prevé aumentar a 82 millones para 2030.²⁴ La comprensión de la demencia sigue siendo limitada, la atención es inadecuada y la cobertura de diagnóstico es baja.

La prevalencia de la demencia aumenta con la edad en todos los 12 países del estudio, acrecentando de manera constante hasta la edad mayor-media alrededor de los 70 años, antes de aumentar más rápidamente y luego estabilizarse en las personas mayores de 90 años. La prevalencia de demencia es mayor en las mujeres que en los hombres de 70 años en adelante y en todos los 12 países.

Los datos sobre depresión en los 12 países muestran una tendencia algo menos consistente que la observada con las otras condiciones de salud física y mental. Un análisis de género presenta una mayor coherencia: en todos los países, la prevalencia de depresión es mayor en mujeres mayores que en hombres (con la excepción de Myanmar, donde la diferencia es muy pequeña, pero la prevalencia es mayor en hombres).

En siete de los 12 países, las tasas de mortalidad por autolesiones son más altas en el grupo de 70 años o más, seguidas del grupo de 50 a 69 años, y más bajas entre las personas de 15 a 49 años. Las tasas de autolesión o mortalidad por suicidio son más altas en hombres que en mujeres en los 12 países. Las tendencias apuntan a la importancia de las intervenciones dirigidas a la depresión y la autolesión que responden a las necesidades específicas de los grupos de población e individuos.

La complejidad de la salud en la vejez: ¿qué medimos?

Para que los sistemas de salud se adapten para responder a los contextos cambiantes de las transiciones demográficas y epidemiológicas, se requieren datos mucho más específicos y matizados. Esto debería resaltar las complejidades de la salud en la edad mayor, y cómo los desafíos de salud

están acompañados por una disminución en la capacidad funcional que requiere atención médica y social integrada. Los datos sobre las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades fundamentales de la vida diaria (AFVD) podrían proporcionar información más útil, aunque no se dispone de datos comparables a gran escala.

Un ejemplo de cómo se pueden recopilar los datos de AVD y AFVD se muestra en la encuesta de envejecimiento de Myanmar 2012.²⁵ Esto incluyó un análisis de la movilidad de las personas mayores, un elemento clave en la evaluación de las AVD. En el rango de preguntas formuladas, los resultados muestran que los desafíos con la movilidad aumentan con la edad. Por ejemplo, el 16% de los hombres y el 22% de las mujeres de entre 60 y 69 años reportaron algún grado de dificultad para caminar de 200 a 300 m, aumentando al 38% para los hombres y al 53% para las mujeres de 70 años o más.

La encuesta sobre el envejecimiento de Myanmar también incluyó otras AVD centradas en la capacidad de las personas mayores para cuidarse sin la ayuda diaria de los demás, y los desafíos aumentaron con la edad tanto para las mujeres como para los hombres. También se incluyeron las AFVD, y se preguntó a las personas mayores sobre su capacidad para hacer las tareas domésticas, administrar el dinero, usar el transporte, hacer llamadas telefónicas y recordar tomar medicamentos. Las dificultades con las AFVD aumentaron con la edad, pero en general fueron más pronunciadas en mujeres mayores que en hombres.

Cobertura universal de salud - CUS

Para controlar adecuadamente si se cumple el derecho a la salud de las personas mayores, es necesario medir los componentes básicos del derecho a la salud y de la cobertura universal de salud. Sin embargo, las fuentes de datos para este informe han resaltado una ausencia casi completa de datos relevantes, y los datos que se recopilan dentro de un grupo de población más amplio rara vez se desagregan por edad. No se han encontrado datos que cubran específicamente los problemas que enfrentan las personas mayores en relación con los componentes del derecho a la salud en temas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En cuanto al acceso



Persona mayor de un grupo de autoayuda intergeneracional en Vietnam

de las personas mayores a los servicios de salud y al apoyo más amplio, una vez más, no se dispone de datos comparables y representativos. En su lugar, hay una dependencia de conjuntos de datos de menor escala o piezas de investigación individuales. Donde se han encontrado datos, queda demostrado que el derecho a la salud de las personas mayores no se está cumpliendo, y los desafíos con la inequidad, incluso por edad y género, persisten en muchos países.

Al observar los determinantes sociales de la salud y relacionarlos con los indicadores de los ODS, este proyecto intentó explorar datos sobre la violencia, el agua y saneamiento y la pobreza. El único problema para el que se encontraron datos específicamente para personas mayores fue la violencia. Algunos datos sobre la prevalencia de la violencia física, sexual y psicológica estaban disponibles en los 12 países para personas de 50 años o más, con mayor desagregación por edad.

No hubo datos para las personas mayores sobre el acceso al agua y el saneamiento, ni en los indicadores de pobreza de los ODS según lo informado por las estadísticas de la ONU. La obtención de datos sobre los componentes de la CUS fue igualmente desafiante. El indicador de los ODS sobre la cobertura de servicios de salud esenciales se mide utilizando un índice que se basa en datos de ENT gestionados por la OMS que excluyen principalmente a las personas mayores, y no es posible desglosarlo por edad. El indicador ODS que monitorea el elemento de protección de riesgo financiero de la CUS se mide en el hogar en lugar de en el nivel individual, por lo que no proporciona evidencia para las personas mayores. Las medidas más amplias del elemento financiero de la cobertura universal de salud, como los “gastos de bolsillo”, tienen limitaciones similares.

Si los esfuerzos hacia el logro de la cobertura universal de salud se deben monitorear de manera efectiva, se necesitará un trabajo significativo para asegurar que sea posible un desglose adecuado.

Conclusiones

En diferentes sociedades muchas normas, prácticas y sistemas establecidos desde hace mucho tiempo con respecto al envejecimiento y las personas mayores ya no son aptos para el propósito, y las personas mayores no disfrutan de su derecho a la salud. Los datos revisados para este informe muestran que las personas mayores en los LMIC viven más tiempo, pero a menudo padecen enfermedades, discapacidades y pérdidas de bienestar innecesarias. En la mayoría de los 12 países encuestados, los datos indican que la brecha entre la esperanza de vida saludable y la esperanza de vida está creciendo.

Claras variaciones son evidentes en los patrones nacionales de esperanza de vida, esperanza de vida saludable, trayectorias de enfermedad y causas de muerte. Las mujeres pueden esperar vivir una mayor proporción de sus vidas con peores condiciones de salud que los hombres, por ejemplo. Estas variaciones resaltan las inequidades en la experiencia de salud y bienestar de las personas en la edad mayor.

Si los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en los LMIC son inmensos, también lo son las posibilidades en entornos donde los sistemas de salud y atención no se han institucionalizado y afianzado como lo están en los países de altos ingresos. Existe la oportunidad de configurar respuestas holísticas e integrales a las necesidades de salud de las poblaciones adulta mayor y brindar atención centrada en las personas. La cobertura universal de salud ofrece a los países la oportunidad de fortalecer sus sistemas de salud y adaptarse a las transiciones demográficas y epidemiológicas.

El sistema internacional de datos no ha podido ir al ritmo de los cambios en nuestra comprensión de la salud a medida que envejecemos, en la realidad de la dinámica de la población y en las tendencias y patrones de la enfermedad. Se requieren datos mucho más precisos y matizados que resalten las complejidades de la salud en la edad adulta mayor y los desafíos asociados con la disminución de la capacidad funcional que requiere respuestas integradas de salud y asistencia social. Los datos sobre las actividades de la vida diaria (AVD) y las actividades fundamentales de la vida diaria (AFVD) podrían brindar información sobre el desarrollo de servicios más específicos y apoyo para las personas mayores.

En relación con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, los componentes del derecho a la salud, casi no se han encontrado datos específicos sobre los problemas que enfrentan las personas mayores. Tanto el enfoque de la recopilación de datos de salud en los grupos de edad más jóvenes como la forma en que se recopilan los datos resultan en esta exclusión.

Los hallazgos de nuestro mapeo de los sistemas de datos proporcionan evidencia concreta adicional de las brechas a nivel nacional en los datos disponibles para la planificación del envejecimiento, la salud y el bienestar de las personas mayores. Las brechas son tales que simplemente no es posible medir sistemáticamente los indicadores de los ODS que son relevantes para las personas mayores. A pesar de las brechas en los datos, la revisión de los datos para este informe ha demostrado claramente que, a medida que las poblaciones envejecen, la transición de la enfermedad infecciosa aguda hacia las ENT presenta un gran desafío.

Acciones necesarias

Al celebrar el aniversario número 70 de la DUDH y la fundación de la Organización Mundial de la Salud, es un momento clave para hacer los cambios necesarios para hacer realidad el derecho a la salud de las personas mayores. Las siguientes acciones son necesarias.

Las partes interesadas deben trabajar en conjunto con las personas mayores:

- Las voces, el conocimiento y las perspectivas de las personas mayores deben brindar información y guiar acciones colaborativas para diseñar e implementar sistemas de salud integrados que se ajusten a las prioridades y preocupaciones de las propias personas mayores.

En respuesta a las actuales transiciones demográficas y epidemiológicas, los gobiernos deben:

- Incluir a las personas mayores y aquellas en proceso de envejecimiento en la política nacional de salud, planificación y ejecución.

- Establecer el derecho a la salud en la legislación a nivel nacional.
- Cerrar la brecha en el reconocimiento de demencias, depresión y otras condiciones de salud mental y cognitiva en la edad mayor.
- Implementar respuestas de salud inclusivas y de género, teniendo en cuenta las necesidades de grupos específicos de personas mayores.
- Reconocer y responder a la violencia, el abuso y el abandono que experimentan las personas mayores.
- Desarrollar modelos de cobertura universal de la salud que sean holísticos, centrados en la persona e integrados en los sistemas de salud, atención y apoyo.
- Definir servicios para la inclusión en CUS que sean específicos para la edad y que respondan a las necesidades de las personas mayores.
- Apoyar el desarrollo de competencias geriátricas y gerontológicas en todos los sectores de la fuerza laboral de salud.

Los organismos multilaterales, gobiernos y oficinas nacionales de estadística deben garantizar:

- Que las personas mayores sean contadas e incluidas en los sistemas estadísticos, y en todas las etapas de la recolección, análisis y uso de datos.
- La eliminación de los toques de edad de las encuestas internacionales.
- Incorporar en los marcos estadísticos un enfoque de ciclo de vida, proporcionando datos más matizados y útiles sobre el envejecimiento, la salud y la capacidad funcional
- Que los datos sean desglosados por edad, sexo, discapacidad y ubicación, y se publiquen los resultados específicos por edad.

- Se suspenda el uso de conceptos discriminatorios de “mortalidad prematura”.
- Los LMIC reciban un apoyo adecuado en el desarrollo de registro civil y estadísticas vitales, y que esa capacidad se desarrolle en sus oficinas nacionales de estadística.
- Las mediciones de CUS se amplíen para incluir indicadores

sobre personas mayores.


- Se recopilen datos para una mejor comprensión de la relación entre pobreza y salud en el curso de la vida y, específicamente, en la vida adulta mayor.
- Las deliberaciones y los resultados del Grupo de la ciudad de Titchfield sobre estadísticas relacionadas con el envejecimiento y datos desglosados por edad sean apoyados, difundidos y utilizados de forma proactiva.

Referencias

1. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, informe de la Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre los períodos de sesiones 22º, 23º y 24º, p.129, p.129
2. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
3. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Observación general núm. 6 del CESCR: Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores: aprobado en el 13º período de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 8 de diciembre de 1995, www.refworld.org/docid/4538838f11.html, párrafo 10 (18 Octubre 2018)
4. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, párrafos 34 y 35
5. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, párrafos 25
6. Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (ahora Comité de Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW), Recomendación general No. 27 sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos, párrafos 45-46, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/472/53/PDF/G1047253.pdf?> (18 de octubre de 2018)
7. Naciones Unidas, Transformando nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> (18 octubre 2018)
8. Rodin J, y de Ferranti D, 'Cobertura de salud universal: ¿la tercera transición de salud global?' *The Lancet* 380:9845, 2012, pp. 861-862
9. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Proyecciones probabilísticas de población basadas en las perspectivas de la población mundial: revisión de 2017, <http://esa.un.org/unpd/wpp> (18 de octubre de 2018)
10. Rodin J, and de Ferranti D
11. World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, Geneva, WHO, 2008
12. Rodin and de Ferranti
13. Asamblea General de las Naciones Unidas, Prevención y control de enfermedades no transmisibles: informe del secretario general (informe número A / 66/83), Nueva York, Naciones Unidas, 2011
14. Ottersen T et al., Tomando decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud: informe final del grupo consultivo de la OMS sobre equidad y cobertura universal de salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014, pp.vii-viii
15. Wong J, 'Alcanzando la cobertura universal'. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 93, 2015, pp.663-664, doi: 10.2471/BLT.14.149070
16. Organización Mundial de la Salud, Marco sobre servicios de salud integrados centrados en las personas (IPCHS): preguntas y respuestas, http://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-care/Framework_Q-A.pdf (18 octubre 2018)
17. Comité Ministerial sobre el Envejecimiento, me siento joven en mi Singapur: plan de acción para el envejecimiento exitoso, Singapur, Ministerio de Salud, 2016, pp.11-23
18. Beard J et al., Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005
19. Aboderin I y Epping-Jordan JA, Hacia los sistemas de atención a largo plazo en el África subsahariana, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017, p.iv
20. Harwood RH y Sayer AA, Necesidades actuales y futuras del cuidador para personas con condiciones de discapacidad, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002
21. Descubre más sobre el Grupo de la ciudad de Titchfield sobre el envejecimiento en : <http://bit.ly/2Fy5ShY>
22. Prince MJ et al., 'La carga de la enfermedad en las personas mayores y las implicaciones para las políticas y prácticas de salud', *The Lancet* 385:9967, 2015, pp.549-562, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61347-7
23. Instituto para la medición y evaluación de la salud, intercambio de datos de salud global, <http://ghdx.healthdata.org> (18 octubre 2018)
24. Organización Mundial de la Salud, Demencia, Organización Mundial de la Salud, 2017, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (18 octubre 2018)
25. Knodel J, La situación de las personas mayores en Myanmar: resultados de la encuesta de 2012 sobre personas mayores, Chiang Mai y Yangon, HelpAge International, 2013



Visite la página global de AgeWatch:

 www.globalagewatch.org

 helpage.org

 [@HelpAge](https://twitter.com/HelpAge)

 [HelpAgeInternational](https://www.facebook.com/HelpAgeInternational)

 aarp.org

 [@AARP](https://twitter.com/AARP)

 [AARP](https://www.facebook.com/AARP)

AARP[®]
Real Possibilities

HelpAge
International