



LA BUENA SALUD AÑADE  
VIDA A LOS AÑOS

**Información general para el  
Día Mundial de la Salud 2012**



**Organización  
Mundial de la Salud**

© Organización Mundial de la Salud 2012

Todos los derechos reservados.

Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS –tanto para su venta como para su distribución no comercial- deberán dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la Organización ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Los límites y los nombres y designaciones geográficos empleados en los mapas que aparecen en este documento no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

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

La OMS ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material que contiene se distribuye sin ningún tipo de garantía, explícita ni implícita. El lector es el único responsable de la interpretación y del uso del material. En ningún caso podrá considerarse la Organización Mundial de la Salud responsable de ningún perjuicio que pudiere ocasionar la utilización de los datos.

Diseño gráfico por: Services Concept, Ginebra.

Créditos de las fotografías. Cubierta y página 5: Karsten Thomaehlen; páginas 8 y 12: HelpAge International/Antonio Olmos; página 22: HelpAge International/Wang Jing; página 25: OMS/T. Halvari.

Impreso por los Servicios de Producción de Documentos de la OMS, Ginebra (Suiza).

Esta publicación puede descargarse de [http://www.who.int/world\\_health\\_day/2012](http://www.who.int/world_health_day/2012)

Número de documento: WHO/DCO/WHD/2012.2

## Prólogo

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial inevitable a la vez que predecible. Cambiará la sociedad en muchos aspectos de un modo complejo, y dará lugar a retos y oportunidades. Por un lado, las personas mayores hacen una importante contribución a la sociedad, ya sea como parte de la población activa, mediante su trabajo en el sector no estructurado y el sector voluntario, o en la familia. Podemos promover su contribución ayudándoles a mantenerse sanos y rompiendo las numerosas barreras que les impiden seguir siendo miembros activos de la sociedad. Por otro lado, al final de la vida, muchas personas mayores experimentarán problemas de salud y les resultará difícil seguir siendo autónomos. También hemos de ocuparnos de esas cuestiones, y aportar soluciones asequibles y sostenibles para las familias y la sociedad.

La salud debe ser una parte esencial de cualquier intervención eficaz frente al envejecimiento. Si logramos que la población tenga una vida más sana y más larga, las oportunidades para la sociedad serán mayores y el costo será menor. Por tanto, este gran reto demográfico a que se enfrenta la humanidad en la primera mitad del siglo XXI, requiere una respuesta de salud pública; la OMS considera que esta cuestión es prioritaria para la Organización.

Hay muchos determinantes del envejecimiento sano y activo que no están relacionados con los sistemas de salud y que empiezan a ejercer su influencia en las primeras etapas de la vida. Así pues, nuestra respuesta ha de abordar la cuestión teniendo en cuenta todo el ciclo vital y en distintas esferas sociales. Ahora bien, el sector sanitario también tiene que adaptarse. La inmensa mayoría de los problemas de salud de la vejez son consecuencia de enfermedades no transmisibles. Tenemos que crear sistemas sanitarios que sean capaces de prestar la atención que necesitan los pacientes crónicos y puedan atajar adecuadamente los factores de riesgo.

Este informe examina los datos sanitarios existentes desde una nueva perspectiva, partiendo de nuevos e interesantes trabajos que nos ayudarán a entender exactamente cuáles son esas necesidades; en él se definen las medidas que podemos adoptar. Ahora corresponde a la comunidad internacional asumir los retos expuestos y añadir vida a nuestros largos años.



**Dra. Margaret Chan**  
*Directora General*  
*Organización Mundial de la Salud*

### **Nota sobre terminología**

En este informe se aborda el envejecimiento desde una perspectiva de todo el ciclo vital. En lugar de clasificar artificialmente la vida en etapas como «mediana edad» o «vejez», en él se considera que envejecemos a partir de nuestro nacimiento. Sin embargo, a los efectos estadísticos con frecuencia es necesario dividir las poblaciones en grupos de edad. El análisis que hemos utilizado generalmente aplica como límite estadístico la edad de 60 años o más; no obstante, por varias razones en algunos análisis se hace referencia a poblaciones de diferentes edades, como 50 años o más, 65 años o más u 80 años o más. Reconocer las distintas experiencias de estas subpoblaciones nos ayuda a comprender mejor el proceso del envejecimiento y a apreciar la evolución de la vida.



# PUNTOS

## clave

**El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que se está produciendo a un ritmo más rápido en los países de ingresos bajos y medianos.** Si bien Europa y el Japón se encontraban entre los países que experimentarían en primer lugar ese envejecimiento demográfico, ahora, los cambios más drásticos se registran en países como Cuba, la República Islámica del Irán y Mongolia.

**El envejecimiento de la población está íntimamente ligado al desarrollo socioeconómico.** Por lo general, a medida que un país se desarrolla, el número de individuos que sobrevive al parto y la infancia aumenta; la fecundidad se reduce y la longevidad de la población se incrementa. A su vez, esos cambios fortalecen el desarrollo; pero también son factores que impulsan el envejecimiento de la población. A menos que la sociedad se adapte y promueva la salud y la participación de las personas mayores, esta inevitable transición demográfica pondrá freno a futuros avances socioeconómicos.

**Si bien el envejecimiento plantea retos a la sociedad, también crea numerosas oportunidades.** El envejecimiento de la población pondrá a prueba a la sociedad, al aumentar la demanda de atención primaria de salud y de atención para casos agudos, sobrecargar los sistemas de pensiones y de seguridad social, y generar una mayor necesidad de atención de larga duración y asistencia social. Ahora bien, las personas mayores también contribuyen considerablemente como miembros de sus familias, voluntarios y participantes activos de la fuerza de trabajo. Son un importante recurso social y económico, y el aumento de la esperanza de vida significa que lo serán cada vez más. Encontrar un equilibrio entre los retos y las oportunidades dependerá del modo en que responda la sociedad.

**La promoción de la salud en la vejez debe ser una parte esencial de toda respuesta mundial ante el envejecimiento de la población.** En la actualidad, la mala salud, los estereotipos negativos y los obstáculos a la participación de todos son elementos que contribuyen a marginar a las personas mayores, socavan su contribución a la sociedad e incrementan el costo del envejecimiento demográfico. Invertir en salud disminuye la carga de morbilidad, ayuda a prevenir el aislamiento y aporta grandes beneficios a la sociedad, pues permite mantener la independencia y la productividad de las personas mayores.

**La mala salud en la vejez no es sólo una carga para el individuo, sino también para su familia y la sociedad en su conjunto. Cuanto más pobre sea la familia y el entorno, mayores serán las posibles consecuencias.** La pérdida de buena salud puede significar que una persona mayor que antes era un recurso para la familia, deje de poder contribuir y, en su lugar, empiece a necesitar asistencia. El costo de esa atención de salud puede empobrecer a toda la familia. Esa carga se distribuye de forma desigual. Las personas con menos recursos o que viven en las zonas más pobres, están en una situación de mayor riesgo.

**Los principales problemas de salud a que se enfrentan las personas mayores son las enfermedades no transmisibles. Los efectos de esas enfermedades en la población de edad avanzada son dos o tres veces mayores en los países de ingresos bajos y medianos, que en los países de ingresos altos.** Incluso en los países más pobres, la mayor carga para la salud de las personas mayores proviene de enfermedades como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la discapacidad visual, la pérdida de la audición y la demencia. Con frecuencia, las personas de edad avanzada padecen varios de esos problemas de salud al mismo tiempo.

**Los sistemas de salud actuales, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, están mal diseñados para atender las necesidades sanitarias de los pacientes con afecciones crónicas, derivadas de esa compleja carga de morbilidad.** Así, por ejemplo, si bien la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares son las principales causas de la pérdida de años de vida, y la presión arterial alta, factor fundamental de riesgo de esas enfermedades, es fácil de tratar, según un extenso estudio realizado recientemente, solo entre el 4% y el 14% de las personas mayores recibe tratamiento antihipertensivo eficaz en los países de ingresos bajos y medianos. En lugar de tratar a las poblaciones más jóvenes con intervenciones curativas aisladas, los sistemas de salud tendrán que adaptarse para garantizar a la población mayor, que a menudo padece varias enfermedades crónicas y discapacidades, una atención segura y de calidad fuera del ámbito hospitalario.

**El envejecimiento está relacionado con otras importantes tendencias mundiales, tales como la urbanización, el cambio tecnológico y la globalización.** Al igual que la migración y la urbanización están cambiando las estructuras y las relaciones sociales, el aumento de la esperanza de vida influirá en el modo en que la gente vive y planifica su vida. Es poco probable que los enfoques basados en modelos sociales del siglo XX sean eficaces en un entorno en constante evolución.

**El aumento de la longevidad, puede hacer que nos replanteemos el propio concepto de «vejez».** El hecho de que haya gente que viva de 10 a 20 años más, ofrece toda una serie de opciones de vida que únicamente en raras ocasiones eran posibles en el pasado.

**No existe una solución mágica y sencilla que permita resolver los problemas del envejecimiento demográfico, pero hay acciones concretas que los gobiernos y la sociedad pueden empezar a adoptar (cuadro 1).**

**Cuadro 1. Adopción de un enfoque que abarque todas las etapas de la vida para favorecer una vejez sana y activa**

**Promover la buena salud y los comportamientos saludables a todas las edades para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas.** La actividad física, una dieta saludable que evite el consumo nocivo de alcohol, y no fumar ni consumir productos de tabaco, puede reducir el riesgo de enfermedades crónicas a edades avanzadas. Esos comportamientos han de observarse y mantenerse desde las primeras etapas de la vida hasta la vejez.

**Reducir al mínimo las consecuencias de las enfermedades crónicas mediante la detección precoz y la prestación de una atención de salud de calidad (primaria, a largo plazo y cuidados paliativos).** Si bien el riesgo de enfermedades crónicas puede reducirse gracias a un estilo de vida saludable, sigue habiendo muchas personas que tendrán problemas de salud en la vejez. Es preciso detectar cuanto antes cambios metabólicos, como la hipertensión, la hiperglucemia y la hipercolesterolemia, y tratarlos de manera eficaz. Pero también hemos de atender las necesidades de las personas que sufren enfermedades crónicas, ocuparnos de quienes ya no pueden cuidar de sí mismos y asegurarnos de que todo el mundo pueda tener una muerte digna.

**Crear entornos físicos y sociales que promuevan la salud y la participación de las personas mayores.** Los determinantes sociales no sólo influyen en el comportamiento del individuo relacionado con la salud a lo largo de toda la vida, sino que además son un factor importante que contribuye a determinar si las personas mayores pueden seguir participando en la sociedad. Por ello, es esencial crear entornos físicos y sociales adecuados para los mayores que promuevan su salud y participación.

**Redefinir el envejecimiento: cambiar las actitudes sociales para promover la participación de las personas mayores.** Muchas de las actitudes actuales con relación a la vejez se definieron a lo largo del siglo XX cuando había muchas menos personas de edad avanzada y los modelos sociales eran muy diferentes. Esos esquemas de pensamiento pueden entorpecer nuestra capacidad para determinar los verdaderos retos y aprovechar las oportunidades que ofrece el envejecimiento de la población en el siglo XXI. Tenemos que crear nuevos modelos de envejecimiento que nos ayuden a construir la sociedad que queremos para el futuro.



# LA DEMOGRAFÍA

## del envejecimiento

### ¿Por qué están envejeciendo las poblaciones?

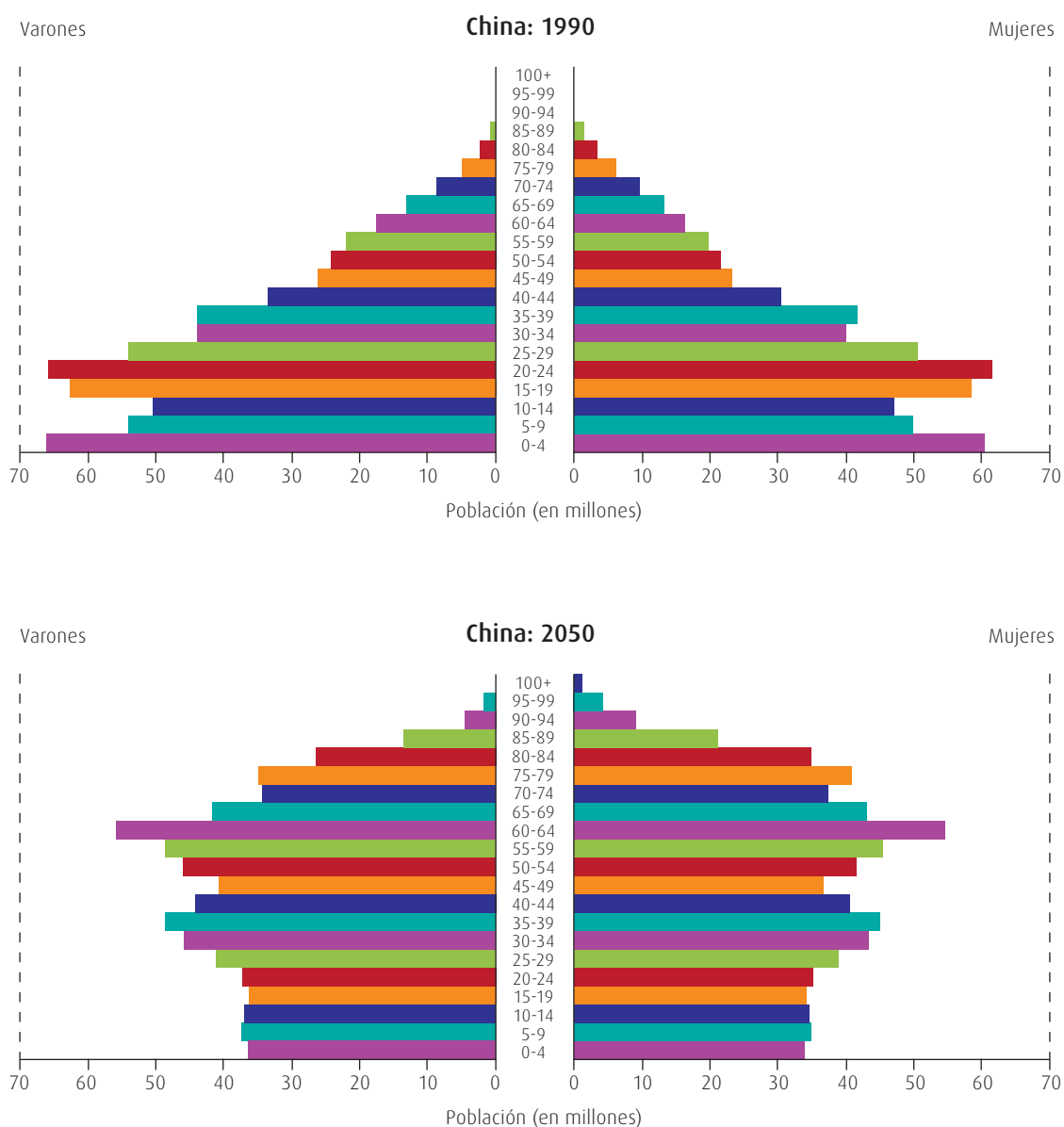
En muchos aspectos, el envejecimiento de la población puede considerarse como una consecuencia directa del desarrollo socioeconómico. Aunque la experiencia de cada país es distinta, pueden apreciarse algunos patrones comunes. A medida que mejoran las condiciones de vida y aumenta el acceso a la atención de salud, disminuye la mortalidad durante el parto y la infancia. Esto se acompaña normalmente de un descenso en las tasas de natalidad, porque las familias comprenden que es más probable que sus hijos sobrevivan y porque las mujeres adquieren un mayor control sobre su fecundidad. El desfase entre el descenso de la mortalidad y el descenso de la fecundidad produce un incremento transitorio en la proporción de niños en la población. Conforme esta generación se adentra en las edades laborales tradicionales, refuerza el crecimiento económico.



Pero esta explosión de la población llega finalmente a edades avanzadas, y si las tasas de fecundidad se mantienen bajas, aumenta la proporción de personas mayores en la población. La supervivencia creciente de los ancianos acelera esta tendencia. En los países más desarrollados, las tasas de mortalidad materna e infantil se han estabilizado en niveles muy bajos, y su futuro envejecimiento estará determinado cada vez más por la mayor supervivencia de las personas ancianas. Esto dará lugar a una mayor proporción de personas mayores de 80 años en la población.

Estos cambios modifican drásticamente las estructuras de la población, de un patrón en el que predominan los grupos de edad más jóvenes a otro en el que todos los grupos de edad están representados de forma más igualada (figura 1).

**Figura 1.** Cambio en la estructura de edad de la población en China, 1990-2050



Fuente: Oficina del Censo de los Estados Unidos, International Data Base.

### Tendencias mundiales

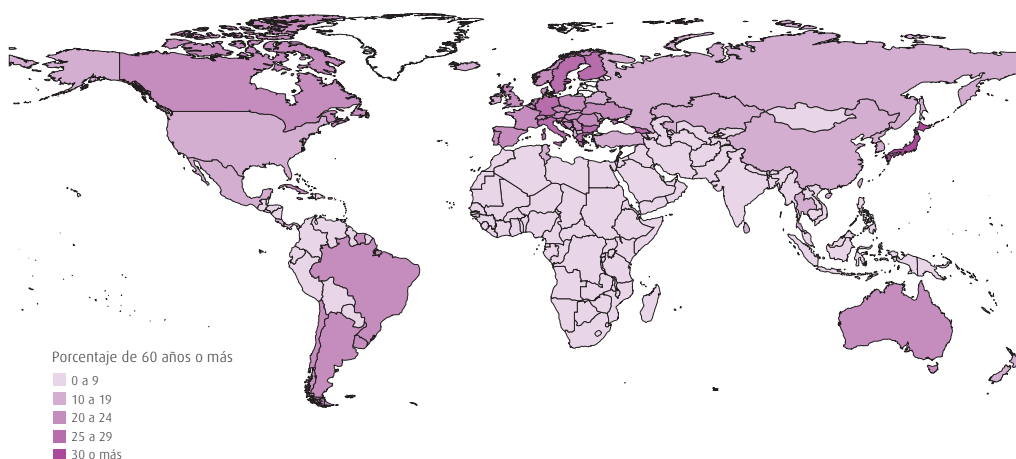
La población está envejeciendo en todos los países, aunque cada uno de ellos se encuentra en una etapa distinta de esta transición. La figura 2 muestra cómo está aumentando la proporción de personas mayores en todo el mundo.

Mientras que la evolución hacia poblaciones de mayor edad comenzó en las regiones ricas, como Europa y América del Norte, en la actualidad son los países de ingresos bajos y medianos los que están experimentando el cambio más acusado. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en esos países. Chile, China y la República Islámica del Irán tendrán una mayor proporción de personas mayores que los Estados Unidos de América.

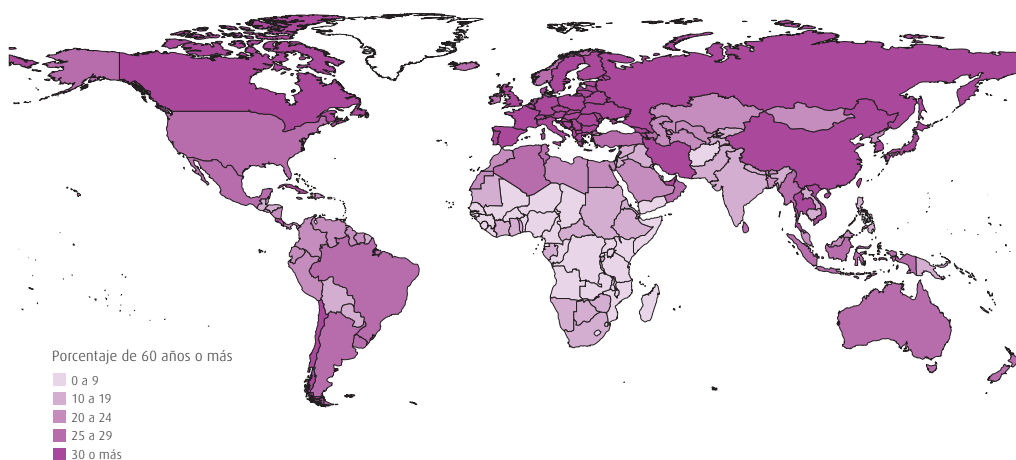
Estas tendencias también son evidentes para los grupos de edad más avanzada. A mediados del siglo XX, en todo el mundo únicamente había 14 millones de personas de 80 años o más. En 2050, solo en China habrá 100 millones de personas de este grupo de edad, y 400 millones en el mundo entero.

Figura 2. Tendencias del envejecimiento mundial

Porcentaje de la población total de 60 años o más, 2012



Porcentaje de la población total de 60 años o más, 2050

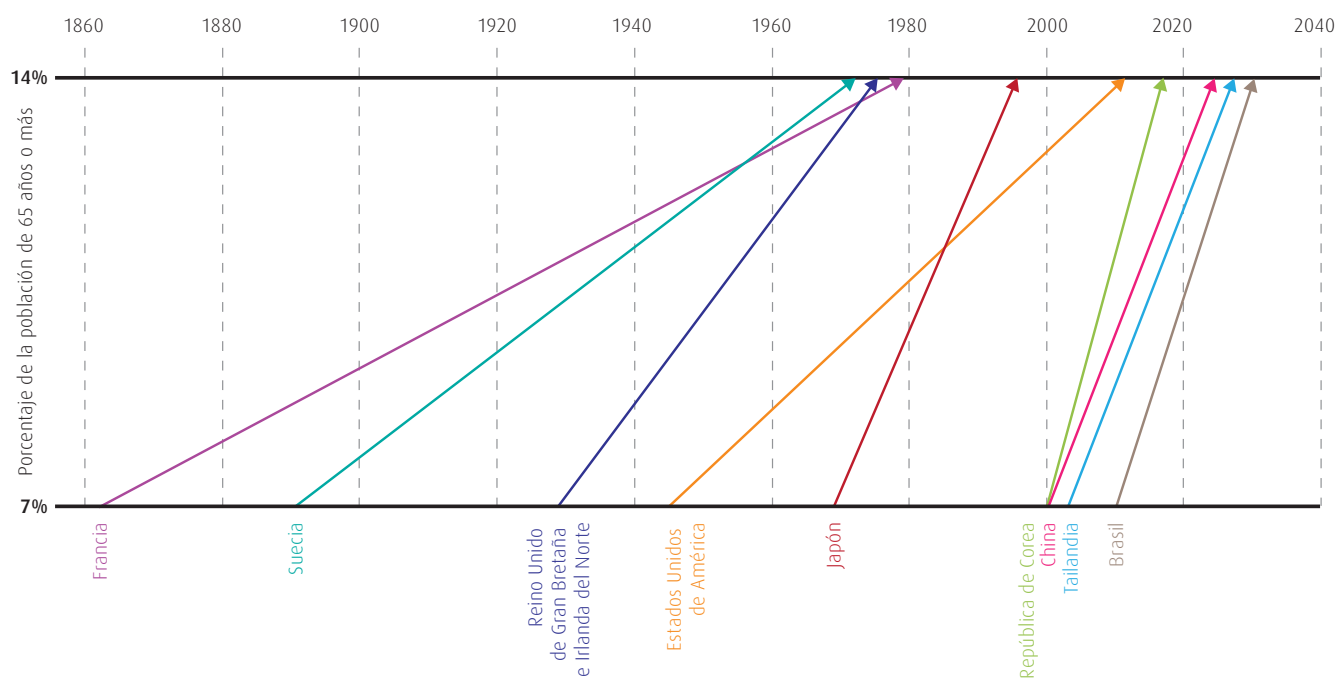


Fuente: Naciones Unidas (2012, en prensa). *Envejecimiento de la población y desarrollo*, 2012, cartel. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Nueva York. Calculado a partir de datos de las Naciones Unidas (2011): *Perspectivas de la población mundial, 2010*, ST/ESA/SER.A/306.

Nota: Los límites geográficos mostrados en estos mapas no implican el respaldo o la aceptación oficiales por parte de las Naciones Unidas.

En países como Francia o Suecia, el envejecimiento de la población se ha producido a lo largo de muchos años. En los países que actualmente están experimentando la misma transición, el proceso discurre mucho más deprisa. Así, mientras que se tardaron más de 100 años para que la proporción de la población francesa de 65 años o más aumentara del 7% al 14%, países como el Brasil, China y Tailandia experimentarán el mismo cambio demográfico en poco más de 20 años (figura 3). Esto les concede mucho menos tiempo para establecer la infraestructura necesaria para abordar las necesidades de esta población de mayor edad.

**Figura 3. Ritmo de envejecimiento de la población. Tiempo necesario o previsto para que la población de 65 años o más aumente del 7% al 14%**



Fuente: Kinsella K, He W. *An aging world: 2008*. Washington, DC: Instituto Nacional de los Estados Unidos sobre el Envejecimiento y Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2009.



# LA EPIDEMIOLOGÍA

## del envejecimiento de la población

### Esperanza de vida

Una estadística que se utiliza habitualmente al analizar el envejecimiento de la población es la «esperanza de vida al nacer», que se define como el número promedio de años que cabría esperar que viviera un recién nacido si las tasas de mortalidad prevalentes en el momento de su nacimiento no cambiaran a lo largo de su vida.

La esperanza de vida al nacer es una medida tanto de la supervivencia en las edades más tempranas como del tiempo que tienden a vivir los supervivientes. El cuadro 2 muestra la esperanza de vida al nacer en las diferentes Regiones de la OMS. La disparidad de casi 20 años en la esperanza de vida al nacer entre los países de ingresos altos y los países de ingresos bajos pone de manifiesto en parte la mayor longevidad de la población en los países más

ricos, pero también está fuertemente influida por el riesgo de fallecer a una edad temprana, generalmente por una enfermedad transmisible (infecciosa), en los países más pobres.

Podemos obtener una perspectiva distinta del envejecimiento de la población examinando el número de años adicionales que cabría esperar que viviera alguien que ya hubiera alcanzado los 60 años de edad. Esta «esperanza de vida a los 60 años» es una medida más precisa de la longevidad que la esperanza de vida al nacer, y la variación entre los países es menos acusada. Cabe esperar que una mujer de 60 años en África subsahariana viva otros 14 años, mientras que es previsible que una mujer de 60 años en un país de ingresos altos viva 25 años más (cuadro 2). Sin embargo, la esperanza de vida a los 60 años en los países de ingresos altos está aumentando dos veces más deprisa que en los países de ingresos bajos y medianos, y casi tres veces más deprisa que en África subsahariana.

**Cuadro 2. Esperanza de vida al nacer y a los 60 años, por Regiones de la OMS**

Región de la OMS	Esperanza de vida al nacer, 2009		Esperanza de vida a los 60 años			
	Varones (años)	Mujeres (años)	Varones, 2009 (años)	Tasa de cambio anual promedio, 2000-2009 (%)	Mujeres, 2009 (años)	Tasa de cambio anual promedio, 2000-2009 (%)
<b>Mundo</b>	66	71	18	0,5%	21	0,5%
<b>África</b>	52	56	14	0,3%	16	0,3%
<b>Las Américas</b>	73	79	21	0,7%	24	0,5%
<b>Mediterráneo Oriental</b>	64	67	16	0,4%	18	0,4%
<b>Europa</b>	71	79	19	1,0%	23	0,7%
<b>Asia Sudoriental</b>	64	67	15	0,1%	18	0,2%
<b>Pacífico Occidental</b>	72	77	19	0,5%	22	0,6%

Fuente: *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

## Muerte prematura

Una forma de clasificar la importancia de las diferentes enfermedades es examinar los fallecimientos que causan y calcular el número de años que habría podido vivir cada persona si, por el contrario, hubiera sobrevivido hasta una edad más avanzada. En vez de identificar una edad arbitraria (como los 70 años) antes de la cual un fallecimiento podría considerarse prematuro, los epidemiólogos pueden utilizar como «ideal» las esperanzas de vida más altas observadas. En teoría, este ideal es alcanzable con la tecnología y los recursos actuales, dado que ya se está alcanzando en al menos un país. El fallecimiento a cualquier edad más joven que este ideal puede considerarse prematuro, y la diferencia se cuantifica como «años de vida perdidos», dependiendo de cuántos años antes del ideal se haya producido el fallecimiento.

Dado que los análisis de años de vida perdidos en el conjunto de la población están muy influidos por las tasas de supervivencia en los grupos de edad más jóvenes, estos análisis no son muy adecuados para ayudarnos a comprender las causas importantes de mortalidad en las edades avanzadas. Al igual que la esperanza de vida a los 60 años es útil para comprender los patrones de supervivencia en la vejez, examinar los años de vida perdidos en las personas de 60 años o más es una medida más precisa de las principales enfermedades que causan

## LA EPIDEMIOLOGÍA

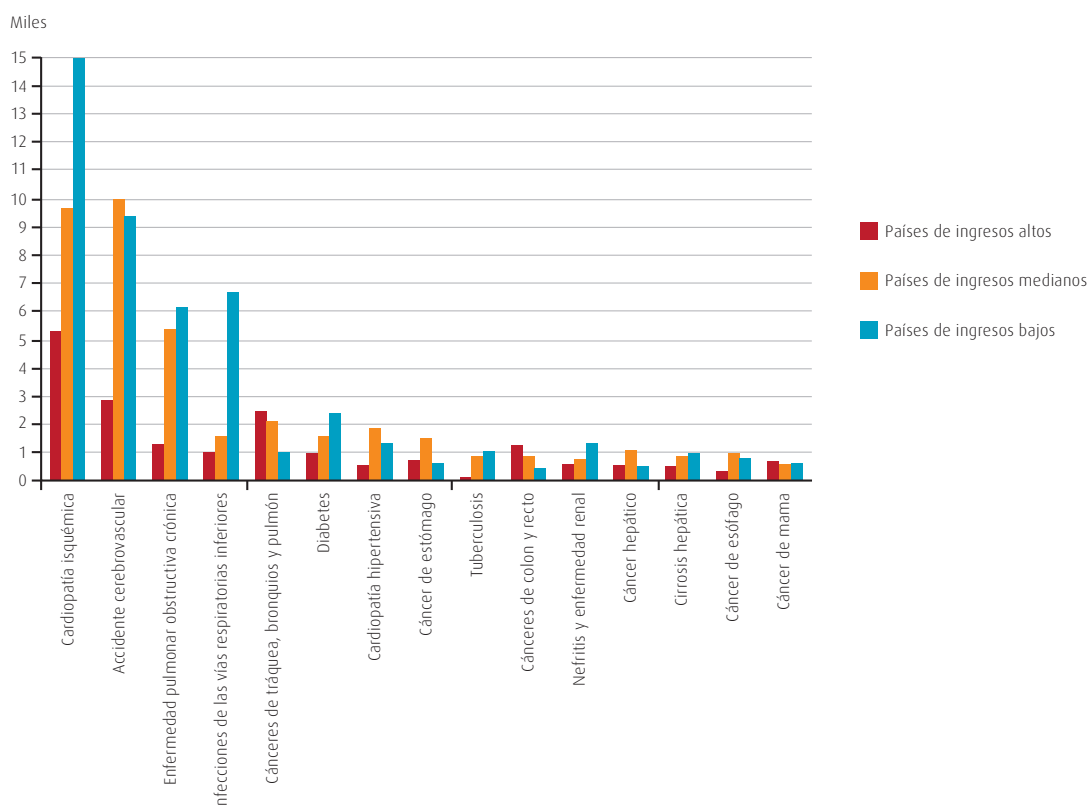
### del envejecimiento de la población

mortalidad en los grupos de edad más avanzada. Esto es importante, ya que nos ayuda a priorizar las cuestiones en las que debemos centrarnos si pretendemos abordar mejor la salud de las personas mayores en todos los países.

La figura 4 muestra las 15 causas principales de años de vida perdidos en las personas de 60 años o más, por diferentes grupos de ingresos de los países. Con independencia del nivel de desarrollo económico, las tres primeras causas de muerte prematura son enfermedades no transmisibles: cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular (ictus) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Como este análisis se calcula por cada 100 000 personas mayores (no por el número absoluto en cada país), también permite comparar el efecto relativo de cada uno de estos procesos en diferentes contextos. El análisis demuestra que la carga de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en las personas de edad avanzada es, de hecho, sustancialmente mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. Así, entre el mismo número de personas mayores que viven en países de ingresos bajos o medianos, el número de años perdidos por accidente cerebrovascular es más de tres veces mayor que en los países de ingresos altos. Asimismo, en los países de ingresos bajos o medianos se pierden más del doble de años de vida por cardiopatía isquémica, y más del cuádruple por enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Figura 4. Años de vida perdidos a causa de la mortalidad por 100 000 adultos de 60 años o más, por países agrupados según los ingresos**



### Discapacidad

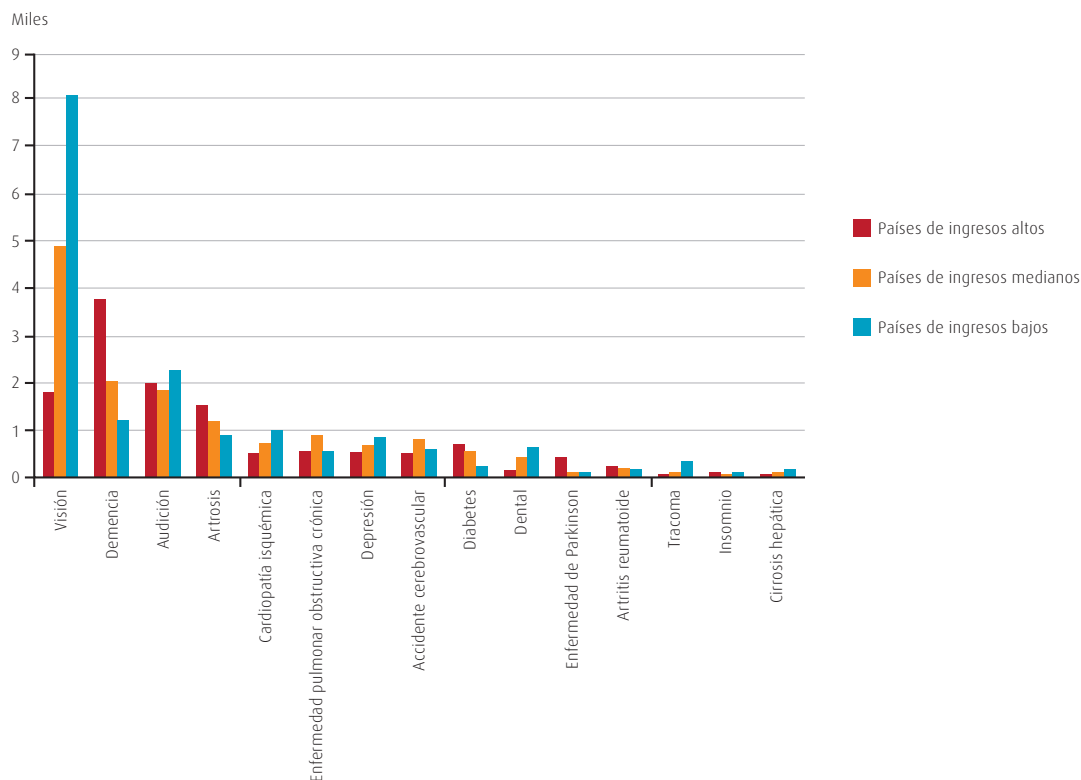
Las personas mayores presentan tasas más altas de discapacidad que ponen de manifiesto una acumulación de riesgos para la salud en el transcurso de toda su vida. Las estimaciones del estudio de Carga Mundial de Enfermedades (2004) de la OMS indican que la prevalencia de discapacidad aumenta con la edad y que más del 46% de las personas de 60 años o más tienen discapacidades. La prevalencia de discapacidad entre las personas de edad avanzada en los países de ingresos bajos es mayor que en los de ingresos altos, y también es más elevada entre las mujeres que entre los varones.

Es probable, pues, que el envejecimiento de la población conduzca a un incremento en la demanda de atención de salud y apoyo social. La magnitud de este aumento dependerá en gran medida de que estas tendencias se mantengan igual o varíen al prolongarse la longevidad. Si estos patrones se mantienen y en 2050 una persona de 75 años presenta el mismo nivel de discapacidad que otra en 2012, el incremento en la demanda será mucho mayor que si los años añadidos de vida son saludables. Así pues, si pretendemos planificar eficazmente para el futuro, es fundamental comprender cuál de estas situaciones hipotéticas acabará produciéndose. Por desgracia, a pesar de la constancia inequívoca de que las personas viven más tiempo, aún no sabemos si estos años añadidos serán necesariamente más saludables.

Aun en el caso de que se retrase el inicio de la discapacidad, el crecimiento de los grupos de edad más avanzada -los que tienen el riesgo máximo de discapacidad- producirá inevitablemente una mayor demanda de atención a largo plazo. En consecuencia, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos ha llegado a la conclusión de que sería poco prudente que los responsables de formular las políticas esperaran que las reducciones en la discapacidad grave entre las personas mayores compensaran las demandas crecientes de atención a largo plazo.

Se dispone de información cada vez más precisa sobre las causas actuales de discapacidad entre las personas mayores. La figura 5 muestra la carga de discapacidad, por grupos de países según el nivel de ingresos, utilizando el concepto de «años perdidos por discapacidad» (APD). Los APD se calculan a partir de la incidencia de la enfermedad no mortal y un factor de ponderación que refleja la gravedad de la enfermedad. Con este planteamiento, las cuatro causas principales de discapacidad (discapacidad visual, demencia, pérdida de la audición y artrosis) son las mismas en los países de ingresos bajos, medianos y altos, aunque el orden varía según el nivel de ingresos.

**Figura 5. Años perdidos por discapacidad (APD) por 100 000 adultos mayores de 60 años, por grupos de países según el nivel de ingresos**



## LA EPIDEMIOLOGÍA

### del envejecimiento de la población

En los países de ingresos bajos y medianos, la discapacidad visual es, con mucho, la principal causa de carga de enfermedad, y esta carga es más de tres veces mayor que la que presentan las personas de edad avanzada en los países de ingresos altos. Estas deficiencias son debidas esencialmente a errores de refracción, cataratas, glaucoma y degeneración macular (cuadro 3). Una proporción significativa de estos problemas puede corregirse o resolverse con un costo muy bajo.

**Cuadro 3. Años perdidos por discapacidad (APD) por deficiencia visual, por 100 000 adultos mayores de 60 años y por grupos de países según el nivel de ingresos**

	Errores de refracción	Cataratas	Glaucoma	Degeneración macular
Mundo	1869	1478	430	912
Ingresos altos	762	136	180	708
Ingresos medianos	1564	1816	541	938
Ingresos bajos	3919	2492	517	1118

Una causa de discapacidad a menudo descuidada es la pérdida de audición relacionada con la edad. Si no se trata, afecta a la comunicación y puede contribuir al aislamiento social y la pérdida de autonomía; también se asocia a ansiedad, depresión y declive cognitivo. Es habitual que las personas con una audición normal no se percaten de esta minusvalía física y social, y la lentitud en la comprensión de la palabra hablada se identifica a menudo con deficiencia mental, lo que hace que la persona mayor se retraiga aún más y tienda a mantenerse a distancia para evitar que la cataloguen de «deficiente mental». El deterioro auditivo puede conducir a la pérdida de independencia y a la necesidad de servicios formales de apoyo.

El cuadro 4 muestra las cifras absolutas de personas afectadas por estas causas comunes de discapacidad, agrupadas por países según el nivel de ingresos. Más de 250 millones de personas mayores en todo el mundo presentan una discapacidad entre moderada y grave. En los países de ingresos bajos y medianos hay más de 40 millones de personas mayores con un deterioro auditivo significativo, mientras que 32,5 millones tienen una discapacidad visual significativa por cataratas, y 39,8 millones, por errores de refracción.

La demencia es la principal causa de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos altos, y la segunda causa a nivel mundial. Algunos datos más recientes señalan que, en 2010, había 35,6 millones de personas que vivían con demencia en todo el mundo, con una incidencia de 7,7 millones de nuevos casos cada año.<sup>1</sup> El número de personas con demencia casi se duplicará cada 20 años, y gran parte de este aumento tendrá lugar en países de ingresos medianos con un desarrollo rápido. En la actualidad, el 58% de las personas con demencia vive en países de ingresos bajos y medianos, y se estima que esta proporción aumentará hasta el 71% en 2050.

<sup>1</sup> World Alzheimer Report 2011: *The benefits of early diagnosis and intervention*. Alzheimer's Disease International London, 2011.



**Cuadro 4.** Prevalencia de discapacidad moderada y grave en los adultos mayores de 60 años (en millones), por los principales problemas de salud asociados a discapacidad y por grupos de países según el nivel de ingresos

	Países de ingresos altos	Países de ingresos bajos y medianos
Discapacidad visual	15,0	94,2
Pérdida auditiva	18,5	43,9
Artrosis	8,1	19,4
Cardiopatía isquémica	2,2	11,9
Demencia	6,2	7,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4,8	8,0
Accidente cerebrovascular	2,2	4,9
Depresión	0,5	4,8
Artritis reumatoide	1,7	3,7

### La carga total de mortalidad y discapacidad

La carga total de morbilidad a la que se enfrentan las personas mayores es una combinación de muerte prematura y mala salud experimentada en el curso de la vida. Este concepto se expresa en una medida conocida como «años de vida ajustados en función de la discapacidad» (AVAD). Se considera que un AVAD es un año perdido de vida «saludable», y se calcula como la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura y los perdidos por discapacidad.

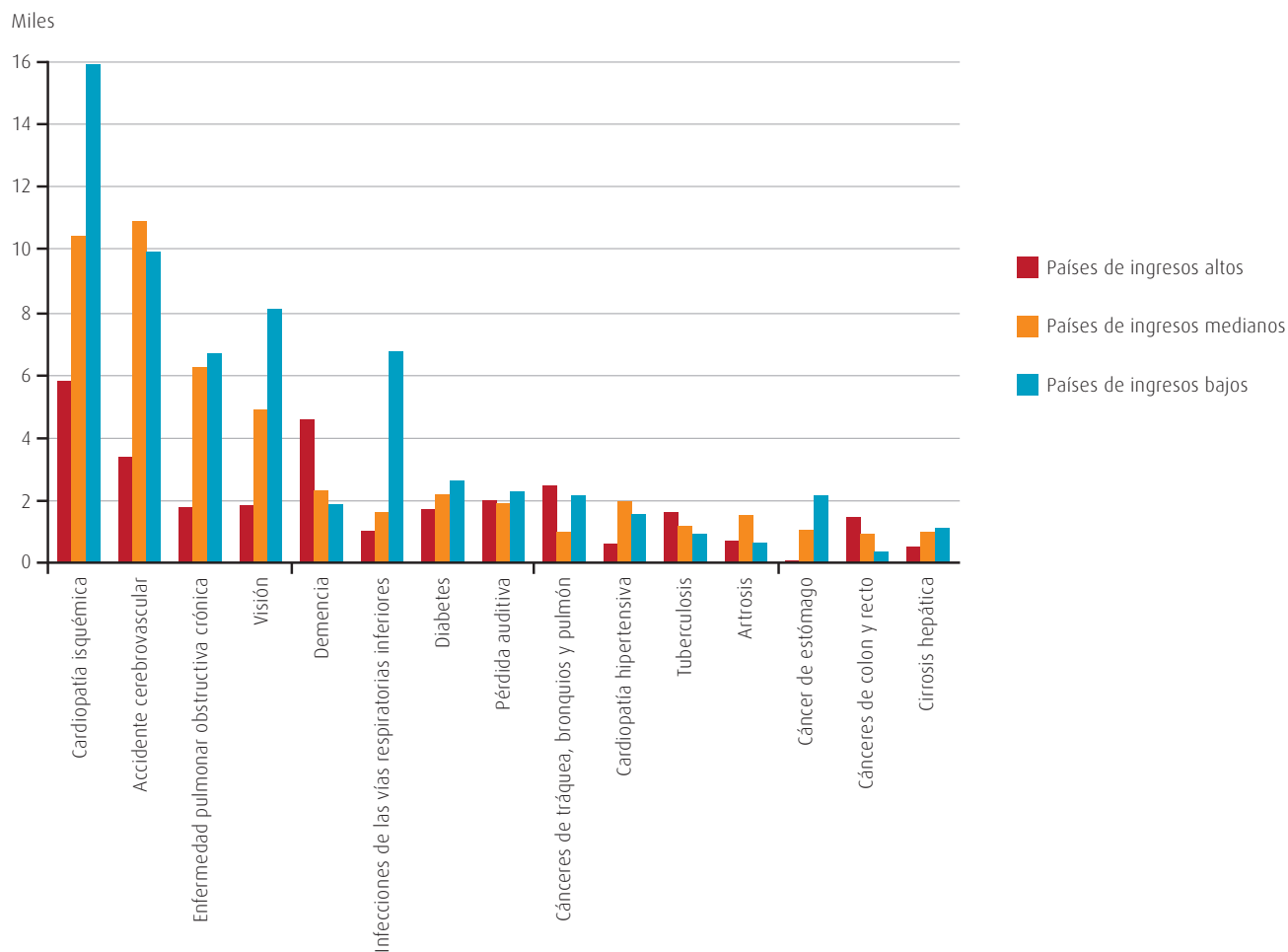
Cuando se aplican a todas las edades, las principales causas de carga de morbilidad (AVAD) son las infecciones de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades diarreicas y los trastornos depresivos. El análisis de la carga de morbilidad en las edades más avanzadas ofrece una panorámica distinta (figura 6).

Entre los adultos de edad avanzada en los países de ingresos altos, las principales causas de carga de morbilidad son, en orden de importancia, la cardiopatía isquémica, los trastornos visuales, la demencia, los cánceres y el accidente cerebrovascular. En los países de ingresos bajos y medianos, las principales causas son la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular, los trastornos visuales y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Todas ellas son enfermedades no transmisibles.

# LA EPIDEMIOLOGÍA

## del envejecimiento de la población

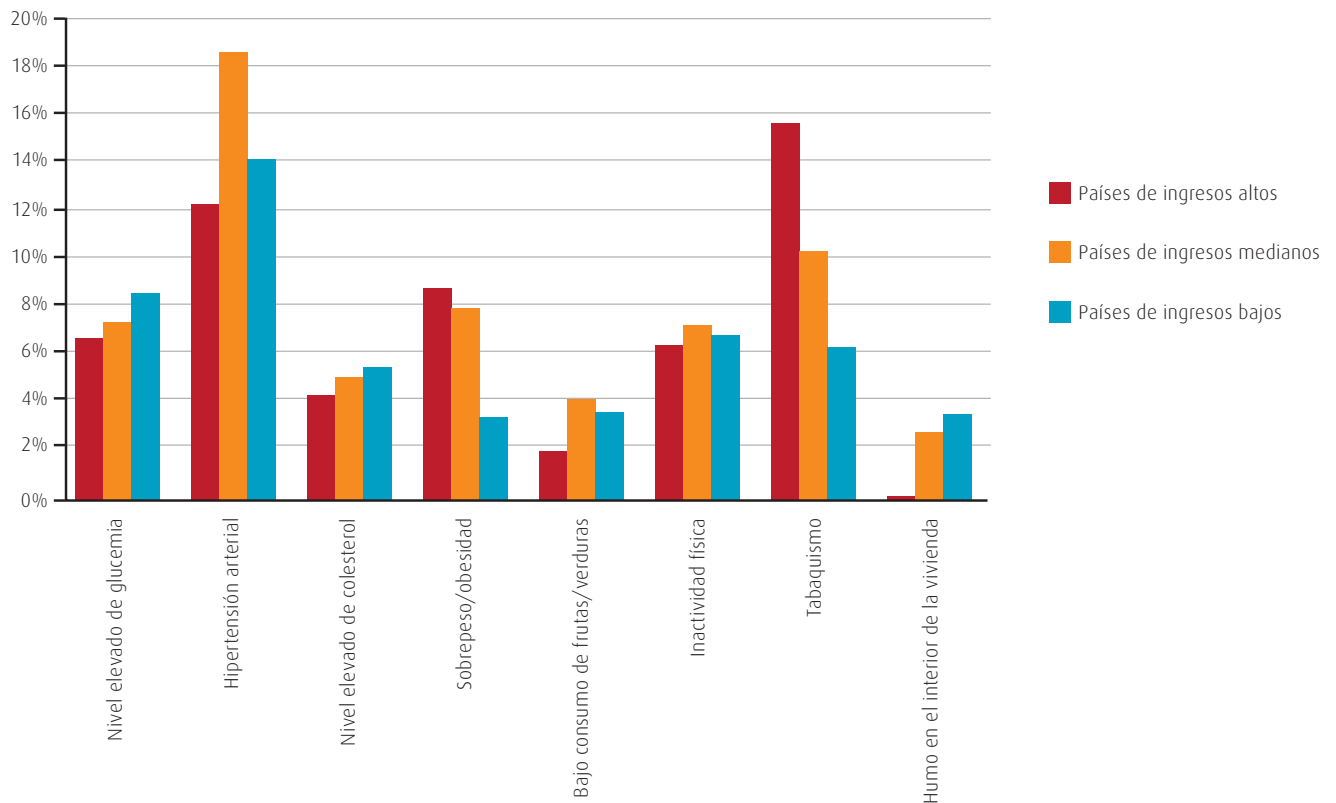
Figura 6. Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), por 100 000 adultos mayores de 60 años y por grupos de países según el nivel de ingresos



¿Por qué hay una variación tan acusada en la carga de morbilidad entre los países? En parte, esto puede poner de relieve problemas en la recopilación de datos comparables. La distinta carga de demencia, por ejemplo, puede reflejar parcialmente las dificultades para establecer el diagnóstico en los países de ingresos bajos y medianos.

Pero otra explicación es que los factores comportamentales y metabólicos de riesgo de estas enfermedades crónicas (por ej., el tabaquismo) varían entre los países. Puesto que conocemos la relación entre esos factores y las principales enfermedades, es posible estimar la proporción de la carga total de morbilidad causada por cada factor de riesgo. Estas estimaciones se muestran en la figura 7. El principal factor subyacente de riesgo observado en las personas mayores es la hipertensión arterial, que puede explicar el 12%-19% de la carga total de morbilidad en los países más pobres. Otros determinantes fundamentales son el tabaquismo y los niveles elevados de glucemia.

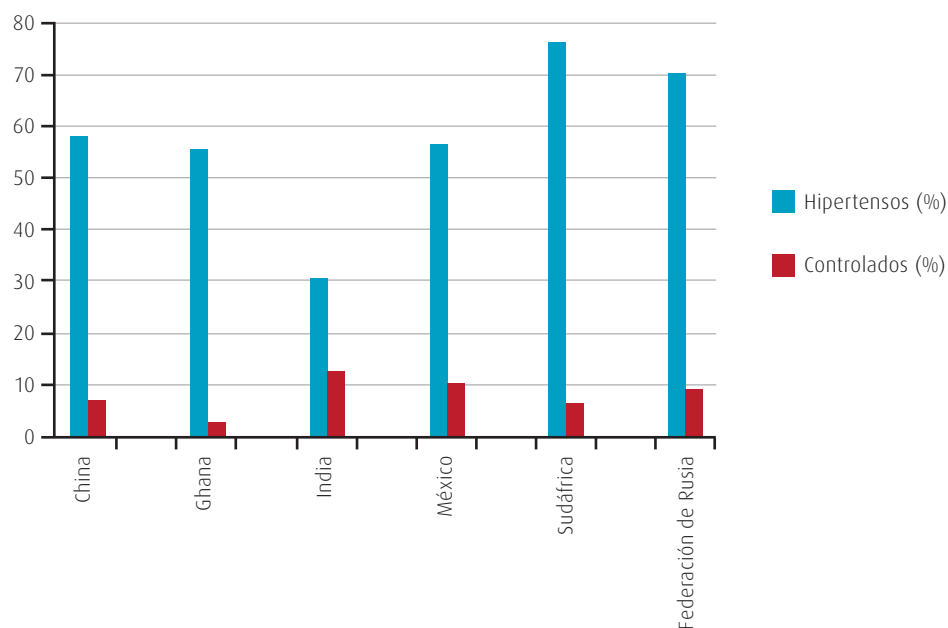
Figura 7. Proporción de AVAD causada por factores específicos de riesgo en los adultos mayores de 60 años, por cada grupo de países según el nivel de ingresos



En las personas mayores, las repercusiones de casi todas estas causas subyacentes son mayores en los países de ingresos bajos y menores en los de ingresos medianos. Esto contrasta radicalmente con la creencia generalizada de que estos comportamientos de riesgo para la salud -y las enfermedades que causan- son problemas relacionados con la prosperidad económica.

Pese a la importancia de estos riesgos, los enfoques actuales para controlarlos en los países de ingresos bajos y medianos parecen resultar infructuosos. El análisis de más de 35 000 personas de 50 años o más en el *Estudio sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo* (SAGE) de la Organización Mundial de la Salud indica que, a pesar de que entre el 32% y el 80% de las personas mayores tenían la presión arterial elevada, solo el 4%-14% estaba recibiendo tratamiento eficaz (figura 8). Sin embargo, la OMS ha identificado la terapia multimedicamentosa para las personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular como una buena inversión basada en pruebas con un costo anual de menos de US\$ 1 por persona en los países de ingresos bajos. A causa de la falta de esta asistencia básica, están en peligro actualmente la salud y el futuro de millones de personas mayores y sus familias.

Figura 8. Prevalencia de la hipertensión y proporción de casos tratados de forma eficaz en adultos de 50 años o más de seis países



### Otros retos

Es habitual que en los ancianos no se registren las heridas y lesiones, particularmente las caídas, aunque se trata de accidentes frecuentes que pueden desencadenar una espiral descendente en el estado de salud y abocar a la muerte o a la necesidad de atención a largo plazo. Cada año aproximadamente el 28%-35% de las personas mayores de 65 años sufre caídas, y esta proporción se eleva hasta el 32%-42% en las mayores de 70 años. Esos accidentes pueden dar lugar a un síndrome poscaída, que incluye mayor dependencia, pérdida de autonomía, confusión, inmovilidad y depresión. Durante el año siguiente a una fractura de cadera como consecuencia de una caída, fallece el 20% de las personas mayores. Sin embargo, las caídas pueden prevenirse mediante una serie de intervenciones; entre ellas: intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, como tratamiento de la hipertensión arterial y tratamiento de la discapacidad visual corregible; valoración de los riesgos en el hogar y modificación del entorno; reforzamiento muscular y reeducación del equilibrio, y programas de grupos comunitarios, que pueden incluir educación y ejercicios para la prevención de caídas, como el tai chi, que mejoran la fuerza y el equilibrio.

El maltrato a los ancianos no suele registrarse. Alrededor del 4%-6% de las personas mayores han experimentado alguna forma de maltrato en el hogar. El maltrato puede producir lesiones físicas graves y consecuencias psicológicas a largo plazo. Múltiples sectores pueden contribuir a reducir el maltrato a los ancianos, como el sector del bienestar social (por medio de apoyo jurídico, financiero y a la vivienda), el sector educativo (mediante campañas de sensibilización y educación pública) y el sector de la salud (mediante la detección y tratamiento de las víctimas por parte de los profesionales de la atención primaria).

Otras cuestiones que son cruciales para un envejecimiento saludable y activo se relacionan con la salud y el bienestar mentales. Si bien la depresión se identifica como una causa significativa de discapacidad y un problema probable en la vejez, el aislamiento social y la soledad no se documentan en las bases de datos. Las tendencias sociales pueden estar exacerbando esos problemas. Por ejemplo, en algunos países europeos, más del 40% de las mujeres de 65 años o más viven solas. Facilitar la participación social de las personas mayores no solo puede beneficiar a la sociedad, sino que también puede ayudar a evitar o superar la soledad que experimentan muchos ancianos.

### **Nuevas investigaciones y falta de datos**

Los datos existentes adolecen de limitaciones. En particular, no muestran hasta qué punto se están satisfaciendo actualmente todas estas necesidades. La información al respecto es muy limitada, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos. Para reducir este déficit de datos empíricos, la OMS está llevando a cabo un estudio longitudinal con más de 40 000 personas mayores en seis países: China, India, Ghana, México, Federación de Rusia y Sudáfrica (<http://www.who.int/healthinfo/system/sage/en/>). Aunque no se ha completado un análisis exhaustivo de los primeros datos recopilados, los resultados preliminares indican deficiencias importantes.



## ADOPTAR MEDIDAS

### respecto al envejecimiento y la salud

La carga de la mala salud se distribuye de forma desigual: en los países de ingresos bajos y medianos, las personas mayores se enfrentan a tasas mucho más altas de mortalidad y discapacidad que las del mundo desarrollado. Sin embargo, son estos mismos países los que tienen la infraestructura más limitada para responder. Las enfermedades no transmisibles constituyen el reto más acuciante, y todos los países deben crear sistemas de salud capaces de prevenir y controlar estas enfermedades. Hay pruebas muy convincentes de cómo hacerlo.

## Promover la buena salud y los comportamientos saludables a todas las edades para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas

Dado que a menudo las enfermedades no transmisibles en la vejez son consecuencia de comportamientos o exposiciones en etapas anteriores de la vida, deben instaurarse estrategias que reduzcan estos riesgos a lo largo de toda la vida. Mantener la actividad física, comer una dieta saludable, evitar el consumo perjudicial de alcohol y no fumar ni consumir productos de tabaco pueden reducir el riesgo de enfermedades crónicas en la vejez. La OMS ha identificado un conjunto de intervenciones que son una buena inversión basada en datos probatorios para afrontar las enfermedades no transmisibles; esas intervenciones no solo son sumamente rentables, sino que también resultan factibles y apropiadas para su aplicación dentro de las restricciones de los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medianos. Entre ellas figuran estrategias preventivas como impuestos sobre el tabaco y el alcohol; puestos de trabajo y lugares públicos sin humo; reducción de la ingesta de sal en los alimentos, y sensibilización pública creciente sobre la dieta y la actividad física.

## Reducir al mínimo las consecuencias de las enfermedades crónicas mediante la detección precoz y una atención de calidad

### *Detección precoz*

Un enfoque crítico consiste en la detección precoz y el tratamiento inmediato de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo modificables. Teniendo en cuenta la enorme carga de las enfermedades cardiovasculares, es necesario prevenir y tratar mejor la hipertensión arterial. Un estudio reciente examinó por qué los japoneses disfrutan ahora de una vida más larga y, posiblemente, más saludable.<sup>2</sup> Un factor esencial parecería ser el control de la hipertensión a través de un sistema eficaz de detección y tratamiento, combinado con estrategias para reducir el consumo de sal en toda la población. Sin embargo, tal como muestra la figura 8, la presión arterial elevada es muy frecuente en las personas mayores de los países de ingresos bajos y medianos, y pocas están recibiendo un tratamiento eficaz.

### *Atención de casos crónicos*

Pese al mayor énfasis puesto en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, muchas personas de edad avanzada seguirán desarrollando enfermedades no transmisibles, y la generación actual de personas mayores tiene necesidades inmediatas. Por consiguiente, todos los países deben establecer sistemas sostenibles de atención de casos crónicos que aseguren una asistencia segura y de alta calidad más allá del contexto hospitalario. Esos sistemas tienen que abordar la naturaleza crónica de estos problemas y la coexistencia de múltiples enfermedades que requieren un gran número de tratamientos. Por ejemplo, muchos pacientes mayores en países de ingresos altos pueden tomar hasta 20 medicaciones al mismo tiempo, lo que provoca a menudo efectos adversos para la salud debido a las interacciones farmacológicas.

### *Atención a largo plazo*

La discapacidad es una consecuencia fundamental de las enfermedades no transmisibles. Problemas como las cataratas, los errores de refracción, la demencia y la artrosis causan deterioros sensoriales, cognitivos y físicos que limitan la capacidad de las personas mayores para participar en la sociedad. El acceso a rehabilitación, los dispositivos de asistencia y la vida en un entorno propicio pueden paliar esta carga. Sin embargo, muchas personas llegarán a un momento en su vida en que no serán capaces de cuidar de sí mismas. Debemos asegurarnos de que esas personas tengan acceso a atención continuada. En la mayoría de los países, la atención informal, incluido el cuidado por parte de la familia, constituye el modelo predominante de apoyo a los ancianos. Pero los cuidadores experimentan a menudo altos niveles de tensión, problemas psicológicos y mala salud física. Además, a medida que aumenta el número relativo de personas mayores y disminuye la proporción de adultos más jóvenes disponibles para cuidarlas, es poco probable que estos modelos resulten sostenibles. Se necesitan nuevos modelos de apoyo a las personas mayores que sean pertinentes para las tendencias demográficas y sociales del siglo XXI.

2 Ikeda N et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011; 378: 1.094-105.

## ADOPTAR MEDIDAS

### respecto al envejecimiento y la salud

#### *Cuidados paliativos*

Muchas de las causas comunes de fallecimiento en la vejez pueden acompañarse de dolor y sufrimiento. Debemos asegurar que todas las personas puedan vivir con dignidad hasta el final de su vida. Sin embargo, en muchos países el acceso a un alivio eficaz del dolor es sumamente limitado, y millones de personas carecen de acceso a cualquier forma de cuidado paliativo.

#### **Crear entornos físicos y sociales que promuevan la salud y la participación de las personas mayores**

A pesar de que la atención de salud y la asistencia social son críticas para las personas mayores, numerosos factores determinantes de un envejecimiento saludable y activo quedan fuera del alcance del sistema de salud. Algunos de ellos influyen directamente en las personas mayores. Por ejemplo, vivir en un vecindario seguro, donde pueda verse por las calles a otras personas mayores, puede animarlas a participar con mayor frecuencia en actividades de la comunidad. Pero el envejecimiento activo es un proceso que se prolonga toda la vida, y estos mismos vecindarios también pueden aumentar la probabilidad de que las personas más jóvenes sean físicamente activas. Esto es positivo para su salud y ayuda a asegurar que cuando esos jóvenes también entren en la etapa de la vejez, lo hagan sobre una base más sólida.

La Red Mundial de la OMS de Ciudades Amigables con las Personas Mayores ([http://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_network/en/index.html](http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/index.html)) está adoptando medidas prácticas para crear entornos físicos y sociales que promuevan un envejecimiento saludable y activo. Se han instaurado programas afiliados en muchos países, como el Canadá, Eslovenia, España, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Francia, Irlanda y Portugal. También participan ciudades individuales como Ginebra, La Plata, Manchester y Nueva York. Cada uno de esos programas se ha comprometido con un ciclo de mejora continuada para ser más «amable con las personas mayores». Esto incluye estrategias para mejorar los aspectos físicos y sociales del entorno, como la accesibilidad, el transporte, los vínculos intergeneracionales, las actitudes sociales y la prestación de servicios. Están apareciendo muchos modelos innovadores.

#### **Redefinir el envejecimiento: cambiar las actitudes sociales para promover la participación de las personas mayores**

Algunas estrategias potencialmente eficaces para promover el envejecimiento saludable y activo pueden verse socavadas por una serie de estereotipos que se aplican con frecuencia a las personas mayores. Aunque tendemos a percibir de manera positiva a las personas mayores de nuestra propia familia o redes personales, es habitual que, en un sentido más general, se las considere negativamente. Por ejemplo, puede estimarse que una persona es demasiado mayor para adquirir nuevos conocimientos, o que está demasiado cerca de la jubilación para merecer una reeducación laboral. Estas dos actitudes hacen más difícil que las personas mayores mantengan las aptitudes que necesitan para resultar atractivas a un empleador potencial.

Existen muchos prejuicios contra la vejez que limitan nuestra capacidad para comprender realmente los retos y oportunidades del envejecimiento de la población. También pueden impedir que identifiquemos soluciones innovadoras. Por ejemplo, considerar a las personas mayores como una carga, y no como un recurso, nos induce a pensar en formas de minimizar el costo del envejecimiento, en vez de maximizar las oportunidades de contribución de las personas mayores. Valorar que las personas mayores están «desfasadas» nos impide imaginar estrategias que podrían aprovechar mejor su experiencia y sus conocimientos.

Algunos de estos estereotipos cambiarán a medida que más y más personas mayores empiecen a llevar una vida que se distancie de las normas anteriores. Las personas mayores ya están haciendo contribuciones importantes en esferas tan diversas como los negocios, las artes y el servicio público. Es probable que esto se generalice mucho más conforme envejezcan las poblaciones. Pero adoptar medidas activas para eliminar estas creencias negativas no solo beneficiará a las personas mayores y reducirá los costos del envejecimiento de la población; también nos ayudará a construir sociedades sostenibles, cohesivas, equitativas y seguras, el tipo de sociedad del que todos queremos formar parte.





# LECTURAS

## recomendadas

*From burden to “best buys”: reducing the economic impact of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud/Foro Económico Mundial, 2011.

*Envejecimiento de la población mundial. ¿Peligro o promesa?* Ginebra, Foro Económico Mundial, 2012.

*Informe mundial sobre la discapacidad.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

*Estudio económico y social mundial 2007: Desarrollo en un mundo que envejece.* Nueva York, Departamento de las Naciones Unidas para Asuntos Económicos y Sociales, 2007.

*Global age-friendly cities: a guide.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

## Apéndice 1. Métodos y fuentes de datos utilizados en este informe

Este documento utiliza datos para los **adultos de 60 años o más** de la actualización de la *Carga mundial de morbilidad 2004* (GBD 2004).<sup>3</sup> Las clasificaciones del Banco Mundial de los países según el nivel de ingresos (2004)<sup>4</sup> aplicadas a los Estados Miembros de la OMS son las siguientes:

- **Países de ingresos altos**, si su ingreso nacional bruto (INB) per cápita en 2004 fue de US\$ 10 066 o más.
- **Países de ingresos medianos**, si su INB per cápita osciló entre US\$ 826 y US\$ 10 065.
- **Países de ingresos bajos**, si su INB per cápita fue menor de US\$ 825.

Los datos requeridos para estimar los años de vida perdidos son el número de fallecimientos y las esperanzas de vida normales, mientras que los datos requeridos para estimar los años perdidos por discapacidad (APD) son la incidencia, la duración, la edad al comienzo y la distribución por la ponderación de la discapacidad. Las ponderaciones de la discapacidad, expresadas en una escala de 0 (plena salud) a 1 (fallecimiento), pueden encontrarse en Mathers et al. (2006).<sup>5</sup> Para los propósitos de la estimación de la carga de morbilidad en los adultos de edad avanzada, los análisis presentados en este informe se realizaron *sin* ponderaciones o descuentos por edad, y se atribuyó un valor similar a los años perdidos durante las edades avanzadas.

En 2009, la OMS llevó a cabo análisis para valorar las repercusiones de 24 factores de riesgo sobre la carga mundial de morbilidad.<sup>6</sup> Para este informe se utilizaron ocho factores de riesgo seleccionados por su asociación empírica con las enfermedades o procesos que causan la pérdida máxima de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en las poblaciones de personas mayores; a saber, cardiopatía, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes.

Para valorar la carga causada por cada factor de riesgo en países con diferentes niveles de ingresos, la proporción de AVAD para cada factor de riesgo se calculó frente a los AVAD totales para cada una de las tres categorías de ingresos. Las estimaciones de la carga atribuibles a los factores de riesgo incluían el descuento del 3% y ponderaciones no uniformes por edad.

Puede consultarse una descripción completa de los métodos utilizados en <http://www.who.int/ageing/en>.

3 *Carga mundial de morbilidad 2004; actualización*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: <http://www.who.int/evidence/bod>.

4 *Informe sobre el desarrollo mundial; Equidad y desarrollo*. Washington, D.C, Banco Mundial, 2006.

5 Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. The burden of disease and mortality by condition: data, methods and results for 2001. En: López AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJL, Jamison DT, eds. *Global burden of disease and risk factors*. Nueva York, Oxford University Press, 2006: 45-240 (3).

6 *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.



