

# La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas

Martha Peláez<sup>1</sup>

Las características demográficas del envejecimiento en las Américas se conocen bien. Según proyecciones de las Naciones Unidas, para mediados de este siglo América Latina y el Caribe tendrán 112 habitantes de 60 años de edad o mayores por cada 100 de 15 años o menores (1), y en América del Norte esta razón será de 148 a 100. Estas cifras, que llaman la atención por su magnitud, responden a un fenómeno que va más allá de los números.

El envejecimiento poblacional repercute en todos los aspectos de la vida: la familia, la economía, los servicios de salud y el tejido social en general. La longevidad les brinda a las familias el beneficio de un largo contacto entre miembros de tres o cuatro generaciones. También obliga a las sociedades a modificar el ciclo del trabajo y la jubilación, y a las instituciones a invertir lo necesario para dotar a los proveedores de servicios sociales y de atención sanitaria de conocimientos y aptitudes que les permitan prestar asistencia a lo largo de la vida entera.

La salud pública que parte del conocimiento tendrá que superar el simple conocimiento científico del desarrollo y bienestar infantiles para poder erigir los cimientos de una buena calidad de vida y de una buena capacidad funcional en la vejez. La planificación necesaria para hacerle frente a una sociedad que envejece depende de que haya datos sobre diversos aspectos integrados de la vida (la salud, el trabajo, los ingresos, las relaciones sociales) que permitan orientar las funciones y servicios del ámbito sanitario hacia las necesidades de una población de más edad.

El presente número especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* busca reforzar este acervo de conocimientos mediante una serie de trabajos sobre el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe. La mayor parte de ellos se basan en datos generados mediante un proyecto multicéntrico dirigido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se conoce por Salud, Bienestar y Envejecimiento (el proyecto "SABE"). Los artículos que aparecen en este número son fruto de lo que la OPS y sus socios copatrocinadores<sup>2</sup> han invertido en generar todo un acervo nuevo de conocimientos sobre la salud pública y el envejecimiento en las Américas.

Al proyecto SABE, que se ideó como estudio multicéntrico bajo la dirección de la OPS, se dedicó de lleno un grupo de investigadores de la Región de las Américas. Estos profesionales se encargaron juntos de todos los aspectos del estudio, con la coordinación y el apoyo de la OPS. Las encuestas del estudio SABE se llevaron a cabo en siete ciudades de la Región: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; La Habana, Cuba; México, D.F., México; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; y São Paulo, Brasil. La OPS recibió gran ayuda del Instituto Nacional del Envejecimiento de los Estados Unidos con la gestión de los datos y con el adiestramiento de investigadores en América Latina y el Caribe sobre cómo realizar trabajos de investigación conjunta en el ámbito transnacional. En este número especial se presenta un artículo que describe someramente la metodología aplicada en el estudio SABE y cómo este se llevó a cabo (2).

## LA AUTONOTIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Tres de los artículos en este número especial investigan el estado de salud autonotificado (es decir, el declarado por las propias personas) por los encuestados del proyecto SABE. Todos sus autores coinciden en reconocer la utilidad que tiene como indicador el estado de salud autonotificado, así como su estrecha correlación con otros parámetros usados para medir el estado de salud. Wong et al. (3) comparan el uso de este indicador en todas las encuestas SABE. Su artículo presenta pruebas que avalan el uso del estado de salud autonotificado como fiel indicador del estado de salud general de las personas mayores. También señala que en todas

<sup>1</sup> Asesora Regional en Envejecimiento Saludable, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., Estados Unidos de América.

<sup>2</sup> Son los siguientes: Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos; Banco Interamericano de Desarrollo; Banco Caribeño de Desarrollo; Fundação de Amparo à Pesquisa del Estado de São Paulo, Brasil; Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México; ministerios de salud pública de Chile, Cuba y Uruguay.

las ciudades estudiadas, las dificultades de estas personas para llevar a cabo actividades de la vida diaria y los déficit de la memoria se correlacionan de manera importante con la mala salud. Alves y Rodrigues (4) analizaron los datos del estado de salud autonotificado recogidos en la encuesta SABE en São Paulo y encontraron una fuerte correlación entre el número de enfermedades crónicas que tiene una persona y el estado de salud autonotificado. En São Paulo las personas de edad que dijeron tener dos o tres enfermedades crónicas se mostraron más propensas a indicar mala salud en el autoinforme que las que no tenían ninguna enfermedad crónica. Al examinar los datos de la población de edad avanzada en Bridgetown, Barbados, Hambleton et al. (5) también advirtieron la estrecha correlación entre los indicadores de morbilidad y el estado de salud autonotificado.

## MEDIDAS DE FUNCIÓN Y DISCAPACIDAD

La meta de los servicios de atención primaria adaptados a las personas de edad avanzada consiste en prevenir o posponer la pérdida de desempeño funcional y la discapacidad. Sin embargo, los indicadores usados en el ámbito sanitario raras veces abarcan estos parámetros. En los estudios publicados en este número especial se han usado los datos de las encuestas SABE para analizar aspectos importantes de la salud y capacidad funcional en la vejez, entre ellos los factores que predisponen a las caídas, la prevalencia de ceguera, la relación entre las circunstancias habitacionales y la provisión de servicios, la esperanza de vida sin discapacidad y la correlación entre la presencia de enfermedades crónicas y la discapacidad.

Menéndez et al. (6), quienes analizan la relación estadística entre las enfermedades crónicas y la discapacidad, encuentran diferencias en la frecuencia de discapacidad en dos grupos de ciudades: en Bridgetown y Montevideo se observa una menor frecuencia de impedimentos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria que en Buenos Aires, La Habana, México, D.F., Santiago y São Paulo. La edad y la artritis muestran una asociación directa con la probabilidad de tener dificultad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria en todas las ciudades incluidas en el estudio SABE. De las siete ciudades estudiadas, seis notificaron que la mala salud, los trastornos cerebrovasculares y la depresión también se asocian con una mayor probabilidad de sufrir discapacidad. Reyes-Ortiz et al. (7) comparan los factores de riesgo que predisponen a las caídas en las siete ciudades del estudio SABE con los resultados de una encuesta de personas de edad mexicanoestadounidenses en la parte sudoccidental de Estados Unidos. Su trabajo indica que la prevalencia de caídas en el estudio SABE se asemeja a la notificada en la población mexicanoestadounidense y que ambas prevalencias son más altas que las encontradas en estudios estadounidenses de alcance nacional. El estudio demuestra que el riesgo de sufrir caídas aumenta con la edad y que puede obedecer al efecto acumulado de muchos trastornos de salud, entre ellos la diabetes, la incontinencia urinaria y la depresión. Reyes-Ortiz et al. demuestran que el riesgo de sufrir una caída aumenta a medida que aumenta el número de factores de riesgo presentes. Por consiguiente, la prevención oportuna y la adopción de intervenciones apropiadas en la comunidad podrían reducir las caídas y prevenir el aumento de la discapacidad en la vejez.

El problema de la discapacidad afecta no solo a la persona de edad sino también a su familia. Según Duarte et al. (8), 43% de los adultos mayores en São Paulo necesitan ayuda para llevar a cabo actividades de la vida diaria pero no suelen recibirla. Las personas de edad que viven con uno o varios hijos adultos tienen una mayor probabilidad de recibir ayuda que las que viven solas o con otras personas. La dinámica familiar está sufriendo cambios debido a la migración y al aumento del número de mujeres que trabajan fuera del hogar. Por lo tanto, harán falta más programas sociales para satisfacer las necesidades de las personas de edad y apoyar a las familias que las cuidan.

Basándose en datos de la encuesta SABE en São Paulo, Camargos et al. (9) calculan un indicador de la esperanza de vida sin discapacidad. Aunque se sabe que las mujeres viven más tiempo que los hombres, en este estudio se estima que las

mujeres de 60 años solamente alcanzarán a vivir 74% del resto de su vida sin discapacidad, en comparación con 83% de los hombres de la misma edad. A medida que la población envejece, los sistemas de salud se enfrentan al reto no solo de mejorar la esperanza de vida, sino de mejorar la esperanza de vida sin discapacidad. Las políticas públicas también tienen que responder equitativamente a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y sus familias. Cabe resaltar los resultados del estudio de Pongo Águila et al. (10), según los cuales solamente una de cada cuatro personas de 50 años de edad o más con ceguera bilateral en una zona semirural del Perú tiene acceso a servicios oftalmológicos. Las cataratas asociadas con la edad, que son la principal causa de ceguera en personas de edad avanzada y por lo tanto una causa común de discapacidad, constituyen un reto para la salud pública. En la mayoría de los casos, la ceguera se puede retrasar o hasta evitar. Incluso los países pobres pueden y deben invertir en intervenciones sanitarias orientadas a reducir la frecuencia de discapacidad en la vejez.

## LA EQUIDAD DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

La equidad en materia de salud tiene gran relieve en el marco de la misión de la OMS, y la equidad en la distribución de los recursos necesarios para conseguir la buena salud ha sido objeto de extensas discusiones en la OPS (11). Hasta el momento han faltado datos suficientes para examinar las inequidades en el acceso de las personas de edad avanzada a los servicios de salud, tema central de dos de los trabajos presentados en este número especial, en los cuales se aplican distintos modelos y se llega a conclusiones diferentes. Wallace y Gutiérrez (12) plantearon la hipótesis de que las inequidades en el acceso a la atención sanitaria en cuatro de las ciudades que participaron en el estudio SABE (México, D.F., Montevideo, Santiago y São Paulo) reflejaban inequidades en la distribución de los recursos económicos en sus respectivos países. Esta hipótesis no se confirmó, pues se demostró que São Paulo tiene la mayor equidad según indicadores del acceso a atención sanitaria, pese a que el Brasil tiene las desigualdades más acentuadas en la distribución de los recursos económicos. Los investigadores descubrieron que el acceso a la atención de salud en las cuatro ciudades se vio afectada en parte por la riqueza nacional y el gasto nacional en atención sanitaria, pero también en gran medida por la estructura y funcionamiento del sistema de atención médica en cada ciudad. Noronha y Arande (13) estudiaron seis de las ciudades del estudio SABE y encontraron que las desigualdades en el acceso a los servicios de salud se asemejaban en todas ellas. Estos investigadores también llegaron a la conclusión de que São Paulo y México, D.F., donde se observaron las mayores desigualdades en el estado de salud, tenían mayores desigualdades en el uso de servicios de salud que las demás ciudades. Estos dos artículos resaltan la necesidad de hacer análisis adicionales y de crear instrumentos y modelos para monitorear y evaluar la respuesta del sistema sanitario al envejecimiento poblacional.

## LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS DE EDAD

La sección de "temas de actualidad" de este número especial comienza con un trabajo sobre los diversos sistemas de protección social para personas de edad existentes en la Región (14). En artículos sucesivos de la misma sección se describen las iniciativas con que diversas agencias y organizaciones no gubernamentales (ONG) han respondido al Plan de Acción Internacional de Envejecimiento de las Naciones Unidas, creado durante la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento celebrada en Madrid, España, en abril de 2002 (15). En los trabajos incluidos en esta sección se presenta solo una fracción de lo que la sociedad civil y las agencias intergubernamentales han aportado en años recientes al movimiento suscitado por el envejecimiento en América Latina y el Caribe. Un trabajo efectuado por Hoskins et al. (16) resalta el esquema de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para llevar a la práctica las prioridades del Plan de Acción de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. La sección también contiene un comentario acerca de un estudio en marcha encaminado a evitar el maltrato de las personas de edad avanzada (17).

En este número se destacan, además, tres redes con distintas misiones y grandes posibilidades de poder mejorar el futuro de los adultos mayores en países de la Región: la Red Tiempos, que está integrada por ONG y por organizaciones de adultos mayores y que crea instrumentos, servicios e información para la defensa de los derechos de los ancianos en América Latina (18); la Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE), grupo de investigadores dedicados a promover el estudio transnacional e interdisciplinario del envejecimiento en América Latina y el Caribe (19); y la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), compuesta de una red de profesores de geriatría dedicados a fortalecer la enseñanza de esta disciplina (20).

Los artículos presentados en este número especial contribuyen de manera importante a mejorar nuestros conocimientos sobre el proceso de envejecimiento en las Américas. Sin embargo, también demuestran la necesidad de seguir realizando investigaciones transnacionales y de repetir estos estudios con diferentes metodologías y distintas fuentes de datos.

## REFERENCIAS

1. United Nations. World population ageing: 1950–2050. New York: UN; 2002.
2. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):307–22.
3. Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):323–32.
4. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333–41.
5. Hambleton IR, Clarke K, Broome HL, Fraser HS, Brathwaite F, Hennis AJ. Historical and current predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):342–52.
6. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):353–61.
7. Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):362–9.
8. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):370–8.
9. Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):379–86.
10. Pongo Águila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):387–93.
11. Alleyne GAO. A quest for equity: selected speeches. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2002.
12. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):394–409.
13. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):410–18.
14. Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):419–28.
15. United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing. Hallado en: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/index.html> [Web site]. Acceso el 27 de abril de 2005.
16. Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):444–51.
17. Respuesta mundial al maltrato de las personas mayores en el contexto de la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):457–8.
18. Engler T. El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):438–43.
19. Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE). *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):320–1.
20. Cano C, Gutiérrez LM, Marín PP, Morales Martínez F, Peláez M, Rodríguez Mañas L, et al. Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):429–37.