



Resumen de Políticas

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Informe No. 6 de Políticas sobre el Envejecimiento de la CEPE
Abril de 2010

El Compromiso 7: Realizar un esfuerzo para garantizar la calidad de vida a todas las edades y mantener la independencia de vida, incluyendo la salud y el bienestar.

Contenido

Un contexto desafiante	1
Estrategias sugeridas	1
Resultados esperados	1
Prevención de la enfermedad a lo largo de la vida	2
- Dieta saludable	3
- Actividad física	3
- Políticas anti-tabaco	3
- Control del consumo de alcohol	4
- Gestión del estrés	4
- Acceso a los centros de prevención sanitaria ...	6
El envejecimiento activo	6
- Viviendas	6
- El entorno amigable con las personas mayores y la prevención de caídas	7
- La integración social	8
- El acceso a los centros de atención sanitaria	8
- La salud mental	9
Conclusiones y recomendaciones	10
Bibliografía	11
Cuadro resumen	13

Ejemplos de buenas prácticas

- Programa “5 A DAY” [5 AL DÍA] para extender la nutrición saludable en el Reino Unido
- Adicción y género: promoción de la perspectiva de género en las terapias contra el alcoholismo en Suiza
- Programa Basado en la Evidencia de Prevención de Enfermedades y Discapacidades, Estados Unidos
- OMS: Ciudades amigables para los mayores
- Programa Casas para Toda la Vida en el Reino Unido
- Hungría: Servicios de cuidadores en los pueblos
- Alemania: Estudio sobre la delincuencia y la violencia en las vidas de las personas mayores
- Programa de ayuda para los enfermos de demencia que viven solos en Alemania

Un contexto desafiante

Es importante mejorar la calidad de vida de todos los grupos de edad, puesto que las personas viven más tiempo. Por lo tanto, los Estados Miembros de la CEPE se han comprometido a implementar políticas de salud que garanticen que el incremento de la longevidad se vea acompañado por el más alto nivel de salud posible¹. En los próximos años y en las próximas décadas, el número de personas mayores en la región CEPE se incrementará significativamente, desafiando la capacidad de las sociedades para cuidar a aquellos que lo necesiten.

Estrategia sugerida

- La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y los accidentes son esenciales en todas las etapas de la vida.
- La prevención de accidentes entre las personas en edad de trabajar puede dirigirse a la necesidad de tomar conciencia acerca de las dietas saludables, al fomento de la actividad física y la promoción de políticas disuasorias del consumo de tabaco y alcohol.
- También son estrategias importantes las leyes de protección, los programas para reducir el estrés y el acceso a los centros de prevención sanitaria.
- La prevención de las enfermedades y los accidentes entre las personas mayores debería apuntar a la promoción del envejecimiento activo mediante los proyectos de casas pensadas para los mayores, las recomendaciones acerca de cómo reducir las caídas en un entorno amigable, el fomento de la integración social, el acceso a los centros de prevención sanitaria y la garantía de medidas para prevenir y tratar los problemas de salud mental.

Resultados esperados

El estado de salud de la población y, en consecuencia, su calidad de vida experimentará una mejoría si se aplican una serie de medidas preventivas dirigidas a todas las etapas de la vida. Como reducen la demanda de atención sanitaria, estas medidas constituyen una ayuda para que las sociedades que envejecen puedan afrontar los retos de unos costes cada vez más altos y una necesidad creciente de personal para proporcionar los cuidados.

¹ Estrategia de implementación regional para el Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento, párrafo 55.

Prevención de la enfermedad a lo largo de la vida

Con este planteamiento de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en todas las etapas de la vida se contribuye a una mayor concienciación y a un estilo de vida más saludable y, en consecuencia, a la mejora de la salud y de la calidad de vida. Una dieta sana, la actividad física, la reducción del estrés y el acceso a la atención sanitaria preventiva contribuyen a un estilo de vida más sano. Las medidas preventivas para todos los grupos de edad reducen los costes de los tratamientos y de los cuidados a lo largo de toda la vida, particularmente en la vejez. Se puede distinguir entre atención preventiva primaria, secundaria y terciaria:

- **Prevención primaria** es la protección de la salud mediante la introducción de diversas prácticas individuales y comunitarias, tales como el mantenimiento de una buena actitud nutricional, la actividad física, el bienestar emocional, la inmunización contra las enfermedades infecciosas y la garantía de un entorno seguro.
- **Prevención secundaria** consiste en las medidas para detectar tempranamente el inicio de las enfermedades para poder emprender con prontitud las acciones pertinentes, correctivas y eficaces para atajarlas.
- **Prevención terciaria** consiste en adoptar las medidas para reducir o eliminar los impedimentos y las discapacidades de larga duración, minimizar las consecuencias de la enfermedad y promover la adaptación más adecuada del paciente cuando la situación sea irremediable. Todo ello extiende el concepto de prevención al campo de la rehabilitación².

La OMS ha identificado siete factores principales de riesgo que contribuyen a la discapacidad en la vejez o que reducen las expectativas de vida. Tomar en consideración estos factores a lo largo de la vida contribuye a la buena salud, especialmente en la vejez, por el efecto acumulativo que tienen estos factores con el paso de los años³.

Incidencia de la enfermedad atribuible a los factores de riesgo en los países desarrollados

	DALY ⁴ (%)
Tabaco	12.2
Tensión sanguínea	10.9
Alcohol	9.2
Colesterol	7.6
Exceso de peso	7.4
Bajo consumo de verduras y frutas	3.9
Ausencia de actividad física	3.3

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana, Ginebra, OMS, 2002, p.102 (<http://www.who.int/whr/2002/en/> consultada el 5 de agosto de 2009).

Este informe de políticas resume algunos de los programas de prevención sanitaria que los Estados Miembros ya han desarrollado con miras a reducir los factores de riesgo. Particularmente, su propósito es mostrar cómo las dietas saludables, la actividad física, el dejar de fumar, la disminución del consumo de alcohol, la reducción del estrés y el acceso a los centros de prevención sanitaria a lo largo de la vida promueven una vida más saludable y un mejor estado de salud durante la vejez.

² Organización Mundial de la Salud (OMS), Vigilancia Global, Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas Respiratorias.

³ OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2002.

⁴ El impacto de cada factor de riesgo se evalúa en términos de los DALY (Disability Adjusted Life Year) [Años de Vida Ajustados a la Discapacidad (AVAD)] donde un DALY equivale a la pérdida de un año saludable de vida. La suma de esos DALY de la población, o carga de la enfermedad, puede ser contemplada como una medición de la brecha entre el estado de salud actual y una situación ideal de la salud donde toda la población vive hasta una avanzada edad, libre de la enfermedad y de la discapacidad. (Véase http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)

⁵ En el original aparece DAILY (diario) donde debe aparecer DALY

Dieta saludable

Los programas para tomar conciencia de la importancia de una nutrición sana pueden contribuir al cambio en las actitudes y en los hábitos de ingesta. A largo plazo, ayudan a reducir las enfermedades crónicas y, además, los costes relacionados con su tratamiento. Comer más frutas y verduras y otras comidas frescas en vez de platos congelados y comidas rápidas, es una forma de reducir el riesgo de contraer enfermedades crónicas

Programa “5 A DAY” (5 AL DÍA) para extender la nutrición saludable en el Reino Unido

“El cáncer y las enfermedades coronarias causan el 60% de las muertes prematuras”⁶. Para poner freno a estos efectos, el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña y de Irlanda del Norte ha lanzado el plan “5 A DAY” para promover una dieta saludable consistente en comer, al menos, cinco raciones de frutas y verduras diarias. Se ha mostrado como una forma eficaz, y rentable, de reducir las muertes prematuras por enfermedades coronarias y a los accidentes cerebrovasculares. Esta campaña está financiada por el Gobierno y consta de publicidad, material educativo sobre la nutrición saludable y una web que incluye consejos prácticos sobre recetas y los métodos de almacenar comida e información sobre una compra más ventajosa de productos alimenticios. Por otra parte, un plan llamado “Frutas y Verduras en la Escuela” fomenta en los niños la posibilidad de alcanzar el objetivo del programa “5 A DAY”. Frecuentemente los niños no comen suficientes frutas y verduras. En la escuela, normalmente, sólo reciben una pieza de fruta al día. El Gobierno también está preocupado por la frecuente sustitución de la fruta y de la verdura por complementos alimenticios, tales como bebidas vitamínicas. Está demostrado que los complementos alimenticios son menos eficientes, por lo que la campaña “5 A DAY” hace mucho hincapié en facilitar la adopción de decisiones saludables en la compra de comestibles. Un logo de “5 A DAY” está presente en muchos de los envases de comida. Proporciona información importante sobre los ingredientes y el valor nutritivo según el programa, indicando cuantas de las cinco porciones de fruta y verduras están contenidas en ese envase.

Se ha organizado una comunidad “5 A DAY” como una plataforma de comunicación, donde las personas pueden intercambiar experiencias y buenas prácticas basadas en el programa, y donde se anima a otras personas a apuntarse al programa. Por ejemplo, los participantes se dan consejos y se animan mutuamente a comprar fruta de temporada, o verduras congeladas para ahorrar dinero, o a incluir verduras picadas en las salsas de carne de los guisos para hacerlas más nutritivas. Además, la web del Departamento de Salud del Reino Unido proporciona más detalles sobre el programa, su historial, sus antecedentes y su progreso. También comenta los resultados de las investigaciones que se llevan a cabo en el contexto de este programa.

Fuente: United Kingdom Department of Health, 5 A DAY General Information

Actividad física

Es igualmente importante que las personas permanezcan en buenas condiciones físicas a lo largo de su vida. La falta de actividad física puede dar lugar a varias enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. La práctica de deportes y la actividad física son medidas preventivas que pueden reducir la incidencia de estas enfermedades. Los Gobiernos y las Comunidades pueden promocionar la actividad física de sus ciudadanos ofreciendo zonas recreativas seguras para pasear, andar en bicicleta y nadar, y también adoptando algunas medidas para aumentar la actividad física de los niños.

Políticas antitabaco

El Informe sobre la Salud Mundial de 2008⁷ estima que las muertes prematuras atribuidas al tabaco, por isquemias cardíacas, accidentes cardiovasculares y otras enfermedades, aumentarán de 5,4 millones en el 2004 a 8,3 millones en el 2030. Algunos de los Estados miembros de la CEPE (Azerbaiyán, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia y Estados Unidos) han sido capaces de reducir la prevalencia de los fumadores, mientras que en otros (Bélgica, Irlanda, Ucrania) se ha incrementado significativamente⁸. En la misma línea en muchos de los Estados de la UE se sugiere enfáticamente la promoción de programas para dejar de fumar y de medidas preventivas, por ejemplo, la prohibición de fumar en lugares públicos y la educación de los jóvenes sobre los riesgos de fumar.

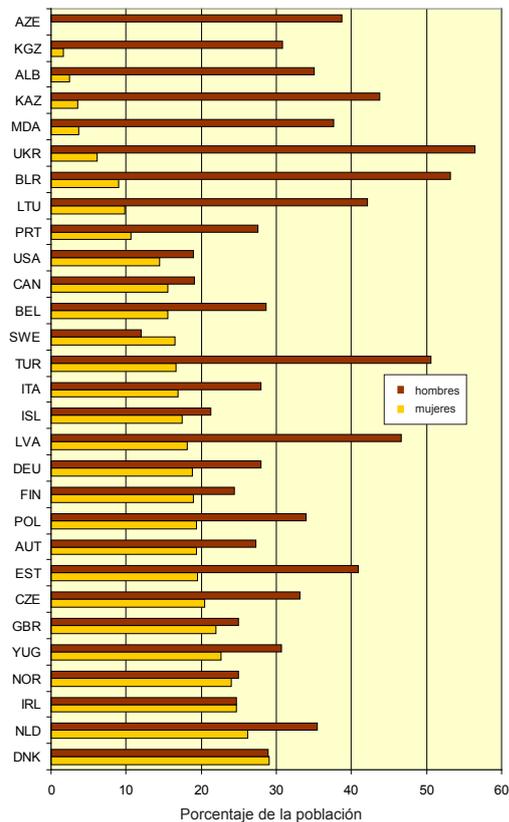
⁶ Departamento de Salud del Reino Unido, Información General de “5 AL DÍA”.

⁷ WHO, The World Health Report 2008.

⁸ UNECE, Statistical Database. Gender Statistics. Health and Mortality.

Según la Base de Datos de Género de la CEPE (véase la figura de más abajo), en la mayoría de los países es mayor el número de fumadores que de fumadoras. En algunos países, la diferencia entre hombres y mujeres es muy grande, lo que sugiere que los programas de concienciación y anti adictivos podrían ser más efectivos si se desarrollaran con una perspectiva de género. En los países en los que haya una gran prevalencia del hábito de fumar entre las mujeres, los programas deberían llamar la atención sobre los efectos perniciosos del tabaco sobre la salud reproductiva.

Porcentaje de fumadores en el total de la población



Fuente: CEPE, Base de Datos Estadística. Estadísticas de Género. Salud y Mortalidad. “Fumar” está definido como el consumo diario de al menos un cigarrillo. Se refiere a datos de los últimos años disponibles entre 2004 y 2006.

Control del consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol puede causar daños en el hígado, problemas de salud mental, síndrome de abstinencia en el feto, cáncer o enfermedades cardiovasculares. La OMS ha desarrollado una guía internacional para el control del consumo del alcohol que puede ser de ayuda a los Estados miembros para ejercer un control dentro de sus fronteras nacionales⁹. Además, puede ser importante el desarrollo de programas que traten y prevengan esta adicción.

Control del estrés

Muchas de las sociedades europeas aún consideran que el estrés relacionado con el exceso de trabajo es una virtud, aunque se ha comprobado científicamente¹⁰ que el estrés es una de las mayores causas de enfermedades, tanto físicas como mentales, como el fenómeno que se ha venido a llamar “quemarse”, la depresión y la ansiedad. Es necesario, en interés de la economía y de la sociedad, contribuir a que se produzca un cambio en la opinión pública, además de proporcionar un marco sólido en la legislación laboral para garantizar un equilibrio sostenible entre la vida personal y la vida laboral de todos los ciudadanos. Esto podría conducir a una reducción de los costes de la atención sanitaria y una disminución en el número de los que solicitan la pensión prematuramente

⁹ OMS, Guía Internacional para el Control del Consumo de Alcohol y los Daños Relacionados.

¹⁰ OMS, Organización del Trabajo y Stress.

Adicción y género: promoción de la perspectiva de género en las terapias contra el alcoholismo en Suiza

Suiza utiliza un planteamiento holístico para prevenir la drogadicción y ayudar a los usuarios a abandonar el consumo. Particularmente, ha desarrollado un planteamiento de género específico en el terreno del alcoholismo, su prevención y la rehabilitación. Hombres y mujeres tienen diferentes razones para hacerse adictos y diferentes formas también de hacerlo, por lo que estas diferencias deberían ser tenidas en cuenta. Las terapias que se adaptan a las experiencias y necesidades específicas del paciente pueden ser de mayor eficacia. Las mujeres tienden a consumir alcohol a causa del aumento del estrés consecuencia de asumir múltiples responsabilidades, como la conciliación de trabajo y familia, mientras que las razones para los hombres derivan de retos personales, principalmente relacionados con el trabajo y la presión de tener que ser un triunfador. En Suiza se proponen crear una red de especialistas que estén especialmente cualificados para entender las razones del comportamiento de sus pacientes, y puedan crear un ambiente de confianza.

Para seguir adelante con este planteamiento de género, la plataforma de drogas y género coordina los centros de servicios de rehabilitación y de información. Las personas pueden escoger las instituciones que convengan más a su situación personal. Dichas instituciones están catalogadas según su especialización, para hombres o mujeres, o para ambos sexos y, por tanto, adaptadas a las circunstancias de ambos y a su interacción. Ejemplos de instituciones para mujeres incluyen las que proporcionan servicios ambulantes, donde las mujeres pueden encontrar información sobre el consumo de drogas; estos centros proporcionan lugares donde dormir y descansar en un ambiente protegido, alejadas de los hombres. Los centros de atención interculturales, por ejemplo, ayudan a los chicos adolescentes a permanecer en la escuela y llevar un estilo de vida normal, que les puede ayudar a evitar el consumo abusivo de alcohol.

Fuentes: Swiss Confederation Federal Office of Public Health, Gendergerechte Präventions und Suchtarbeit; Drugs and Gender, Intervention en matière de drogue en fonctions du genre.

Programa de Prevención de Enfermedades y Discapacidades Basado en la Evidencia (EBDDP), Estados Unidos

El programa tiene por objetivo la prevención de enfermedades, discapacidades y muertes asociadas a las enfermedades crónicas. La Administration on Aging [Administración para el Envejecimiento], que dirige el programa, trabaja estrechamente con varias instituciones, públicas y privadas, como la Filantropías Atlánticas, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades, Agencia para la Investigación, el Control y la Calidad de la Atención a la Salud, Administración de los Recursos y de los Servicios Sanitarios, Administración de los Servicios de Salud Mental y contra la Drogadicción y otras. La Administración para el Envejecimiento exige a cada Estado implantar el Programa de la Universidad de Stanford para la Autogestión de la Enfermedades Crónicas. Además, cada Estado participante debe seleccionar e implantar uno o más programas basados en la evidencia contra la enfermedad y la discapacidad en los siguientes campos:

- Programas de actividad física tales como el Mejora del Bienestar, el Tai Chi o el Movimientos Saludables, que hacen hincapié en el aeróbico de bajo impacto, el entrenamiento suave con pesas, y los estiramientos;
- Programas contra las caídas, tales como el Cuestión de Paso y Equilibrio, orientados al entrenamiento con pesas y a la modificación de los hábitos para ayudar a prevenir las caídas y el miedo a caerse;
- Programas de dieta y nutrición, como el Comer Sanamente, que enseñan a las personas mayores el valor de comer alimentos sanos y de mantener un estilo de vida activo;
- Programas para la Depresión y/o la Drogadicción, como el PERLAS o IDEAS Saludables, que incluye la revisión y derivación de los adultos mayores que ya estén padeciendo una depresión o estén en riesgo de sufrirla.

Antes de su puesta en funcionamiento, los programas mencionados deben ser revisados previamente por un grupo de personas escogidas al azar, y probar y discutir su eficacia en un examen minucioso. Estos programas basados en la evidencia han demostrado que aumentan la autoeficacia, disminuyen el uso de los servicios sanitarios y permiten que los participantes adopten comportamientos saludables de autogestión.

Fuentes: Merck Institute of Aging & Health and Centers for Disease Control and Prevention, The State of Health and Aging in America 2004; US Department of Health and Human Services, Administration on Ageing, Evidence-based Disease and Disability Prevention Program.

Acceso a los centros de prevención sanitaria

Los Estados miembros deberían integrar la atención preventiva sanitaria en sus sistemas de salud. De acuerdo con la OMS¹¹ se puede lograr mediante las siguientes acciones:

- Respaldo un giro paradigmático del modelo sanitario hacia un modelo integrado, preventivo de la atención sanitaria;
- Promocionando sistemas de financiación y de políticas que apoyen la prevención en la atención sanitaria;
- Proporcionando a los pacientes la información necesaria, la motivación y las capacidades en prevención y en autogestión;
- Haciendo que la prevención sea el elemento común de todas las interacciones en la atención sanitaria.

La interacción de estas medidas sanitarias de prevención, aplicadas durante el ciclo vital, puede llegar a ser muy eficaces.

Envejecimiento activo

La OMS define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen”¹². La Organización argumenta que los países pueden permitirse envejecer si los Gobiernos, las Organizaciones Internacionales y la Sociedad Civil fomentan las políticas de envejecimiento activo y los programas que mejoran la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos mayores¹³. La promoción de la estrategia del envejecimiento activo implica consecuencias en las políticas de las áreas de vivienda, medio ambiente, prevención de caídas, integración social y salud mental y física, que pueden tener consecuencias significativas para el estado general de la salud de las personas mayores.

OMS: Ciudades Amigables con las Personas Mayores

El Proyecto Ciudades Amigables con las Personas Mayores adopta un punto de vista intersectorial hacia el envejecimiento. Abarca diversos aspectos de la vida de las personas mayores en las ciudades: los espacios exteriores y los edificios, el transporte, la vivienda, la participación social, el respeto y la inclusión social, la participación cívica y el empleo, la comunicación y la información, las ayudas de la comunidad y los servicios sanitarios. Como primer paso, la OMS publicó una guía global que contiene una lista de verificación de las características esenciales de una ciudad amigable para las personas mayores.

El municipio metropolitano de Estambul fue uno de los primeros en implementar las recomendaciones de la OMS. Desarrolló un plan de acción conjuntamente con la OMS y con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para, después, coordinar su puesta en marcha en estrecha cooperación con la sociedad civil. Una de las mejoras concierne al sistema de transporte público y, ahora, las personas mayores pueden utilizarlo a precios reducidos y beneficiarse de transporte gratis en los días festivos. También se les ofrece transportes especiales a las personas discapacitadas. Otros desarrollos adicionales incluyen el establecimiento de una comisión que trata la cuestión de los servicios para las personas mayores, la construcción de viviendas de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y la planificación de los espacios exteriores conforme a las necesidades de las personas mayores. Los informes destacan los siguientes resultados: las personas mayores disfrutaron de más oportunidades para la interacción social y permanecen más activos. En 2008, Estambul organizó una reunión para intercambiar éstas y otras buenas prácticas con otras ciudades de todo el mundo..

Fuentes: Programa de Entornos Amigables con los Mayores de la OMS.

Viviendas

El bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas mayores dependen, entre otros factores, de las condiciones de vida en sus hogares. Los problemas en las viviendas, como la humedad y las goteras o un sistema de saneamiento deficiente, tienen un efecto directo sobre las condiciones sanitarias y disminuyen significativamente su calidad de vida. Por el contrario, la sensación de seguridad en una vivienda bien conservada, asequible y limpia, contribuye mucho al bienestar del individuo. Las viviendas amigables con las personas mayores permiten libertad de movimiento en todas las habitaciones y pasillos. En el caso de que sea necesario efectuar modificaciones del espacio donde viven para adaptarlo a sus necesidades, deben ser asequibles y las deben llevar a cabo proveedores expertos en estos servicios. Los servicios de cuidados domiciliarios pueden

¹¹ OMS, Integración de la prevención en la atención sanitaria, Fact sheet No. 172

¹² OMS, ¿Qué es el “envejecimiento activo”?

¹³ OMS, El Envejecimiento activo: un marco político.

incluir atención sanitaria y cuidados personales, y también la limpieza de la vivienda¹⁴. En los casos en los que las personas mayores viven en residencias o son receptores de cuidados profesionales de larga duración, es importante garantizar que estén a salvo de los abusos y de otras formas de violencia, y que se respete su dignidad humana.

Casas para toda la vida en el Reino Unido

En el Libro Verde de la Vivienda, *Homes for the Future: More Affordable, More Sustainable* [Casas para el Futuro: Más accesibles, Más sostenibles] (2007), el Gobierno Británico establece una normativa según la cual las viviendas deben ser accesibles, adaptables y adecuadas en todos los sentidos para las personas de todas las edades. Se recomienda planificar los barrios para satisfacer las necesidades de todas las generaciones, por ejemplo, creando parques, abriendo tiendas y estableciendo centros de salud. Respecto a las viviendas existentes, el Gobierno invierte dinero en remodelar las casas para adaptarlas a las personas con limitaciones de movilidad, con un 30% más de financiación para las Subvenciones de Instalaciones para los Discapacitados. Además, se proyecta ofrecer a los mayores servicios de mantenimiento para reparaciones rápidas, extendiendo estas ayudas extra a muchas más personas que las que las reciben actualmente. Por último, se ofrece un nuevo servicio nacional de información para garantizar que todas las personas mayores tengan acceso a un buen asesoramiento en materia de vivienda.

Fuentes: Reino Unido, Departamento para las Comunidades y el Gobierno Local; Departamento de Trabajo y Pensiones, Casa para Toda la Vida, Barrios para Toda la Vida.

El entorno amigable con las personas mayores y prevención de caídas

La creación de un entorno amigable con los mayores contribuye en gran medida a la prevención de accidentes y caídas. Según la OMS, las caídas son responsables del 40% de todas las muertes relacionadas con lesiones, y los índices de caídas fatales se incrementan exponencialmente con la edad en ambos sexos¹⁵. Para crear este tipo de entornos, la OMS¹⁶ recomienda que las aceras deben estar bien conservadas, libres de obstrucciones y reservadas para los peatones. Para prevenir las caídas, deben tener pavimentos antideslizantes, ser lo suficientemente anchas para que quepan las sillas de ruedas y tener los bordillos de las curvas en rampa. Idealmente, tienen que tener suficientes cruces de peatones, que sean seguros para las personas con diferentes niveles de discapacidad, con marcas antideslizantes, con señales visuales y auditivas, correctamente señalizados y que den tiempo suficiente para cruzarlos. También promueven la seguridad en el exterior la buena iluminación en las calles, las patrullas policiales y la educación comunitaria. Las personas mayores se beneficiarían si todos los servicios fueran accesibles y estuvieran ubicados en un solo edificio. Los edificios deberían estar adaptados a sus necesidades y bien señalizados en cuanto a entradas y salidas, con suficientes lugares para sentarse y servicios, así como con suelos antideslizantes y ascensores accesibles, con rampas, barandillas y escaleras.

Hungría: Servicios de cuidadores en los pueblos

En Hungría, hay un programa muy especial para apoyar a las personas mayores que viven en áreas rurales y apartadas. El programa, basándose sobre todo en el voluntariado, incluye cuidados domiciliarios para los enfermos y muchos otros servicios, como hacer los recados, la limpieza o la cocina. Las personas mayores, por lo general, tienen dificultades para recibir servicios y cuidados, especialmente en esas zonas. Por esa razón, el propósito del servicio de cuidadores en los pueblos es mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria y a otros servicios comunitarios de las personas mayores para prevenir su exclusión y evitar que tengan que mudarse a las áreas urbanas por necesidad. Permite que las personas mayores aisladas confíen en sus vecinos para que les traigan una comida caliente y les brinden la ayuda necesaria mientras viven en sus casas, lo que tiene un impacto importante en su calidad de vida.

Fuentes: Halloran y Calderón Vega, Servicios Sociales Básicos en los Asentamientos Rurales; Ministerio Húngaro de Salud; Sumario del programa Nacional de Salud Pública; Republica de Hungría, National follow-up report of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) and the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) Regional Implementation Strategy (RIS) [Informe Nacional de seguimiento del MIPAARIS].

¹⁴ OMS, Lista de verificación de las características esenciales de las Ciudades Amigables con la Personas Mayores

¹⁵ OMS, Informe Global de la Prevención de las Caídas en la Edad Avanzada

¹⁶ OMS, Lista de verificación de las características esenciales de las Ciudades Amigables con la Personas Mayores

Integración social

Las oportunidades de integración social¹⁷ juegan un papel muy importante en el bienestar de las personas mayores. Las familias y los familiares son un recurso vital, que les proporcionan ayuda y apoyo psicológico. Sin embargo, para permanecer siendo un miembro activo de la sociedad, no es suficiente con el mantenimiento de los contactos con los más próximos. Las oportunidades para contactar con otras personas fuera de su entorno familiar inmediato tienen un efecto positivo sobre la integración social y el bienestar de las personas. El fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales (familiares y no familiares) es una estrategia importante para que ellos puedan realizar una contribución de manera gratificante. Una integración así puede prevenir problemas de salud que pueden ir desde los impedimentos de la movilidad hasta trastornos mentales, como la depresión.

Proporcionar atención y cuidados en el entorno familiar puede contribuir a evitar una innecesaria institucionalización, y puede también ayudar a las personas mayores a permanecer integradas en sus comunidades y familias. Entre las medidas adoptadas para lograr este objetivo están las extensiones de los servicios de cuidados domiciliarios y los servicios ambulantes, como las visitas a domicilio de los trabajadores sociales y de los profesionales de la medicina. Las nuevas tecnologías de comunicación pueden ayudarlos además a permanecer en contacto con sus familias y amigos, o a comunicarse con los proveedores de servicios.

Alemania: Un estudio sobre la delincuencia y la violencia en la vida de las personas mayores

- Hasta ahora se sabía bien poco sobre la delincuencia y la violencia en las vidas de las personas mayores. El Ministerio Federal Alemán para Asuntos de Familia, Ciudadanos Mayores, Mujeres y Jóvenes, ha realizado una investigación en este campo y ha publicado un estudio sobre la cuestión que confirmó que las personas mayores de 60 años tienen menos probabilidad de ser víctimas de la delincuencia que las personas más jóvenes. Para las mujeres que viven solas esta probabilidad es particularmente más pequeña. Sin embargo, una de las conclusiones principales a la que se llegó en la investigación es que las autoridades competentes -la policía, las instituciones estatales, las ONG y otras organizaciones sociales- deben aumentar los esfuerzos para proteger a estos miembros vulnerables de la sociedad.
- El estudio examinó varias residencias de personas mayores, el entorno cotidiano de los mayores y el modo en que éste podía contribuir a que estuvieran expuestos a la delincuencia. Todo ello condujo a un programa de acción conjunta denominado Live Safely in Old Age [Vivir con Seguridad en la Edad Avanzada] financiado por el propio Ministerio.
- El programa se centra en cuatro áreas principales: la protección de los mayores contra los robos y fraudes; la prevención de la negligencia, los malos tratos y los abusos, y la intervención cuando ocurran; la prevención de la violencia en las parejas de mayores; y la prevención de los homicidios de los mayores y de las personas con necesidades especiales.
- Fuentes: Ministerio de Alemania Federal para Asuntos de la Familia, Ciudadanos Mayores, Mujeres y Juventud - und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen.

El acceso a los centros de atención sanitaria

En concordancia con el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la OMS desarrolló el llamado marco de Perth para los servicios comunitarios de atención primaria de salud adaptada a las personas mayores. “Como principio general, los servicios de atención a la salud deben aspirar a proporcionar los estándares de salud más altos que estén a su alcance, conducentes a promocionar el envejecimiento activo y la salud a lo largo de la vida, y la preservación de la vida en condiciones de dignidad”¹⁸. Dar mayor relevancia al envejecimiento en las políticas sanitarias implica también que los centros de salud deberían ser fácilmente accesibles para las personas mayores, y que se deberían desarrollar estrategias comerciales para los equipamientos médicos y medicamentos para dar respuesta a sus necesidades¹⁹. Las medidas sanitarias podrían incluir la prevención de las enfermedades y su tratamiento, así como los cuidados de larga duración, tanto domiciliarios como

¹⁷ Para más información, véase CEPE, Resumen de Políticas sobre el Envejecimiento n° 4, Integración y participación de las personas mayores en la Sociedad.

¹⁸ OMS, Marco de Perth para unos servicios de atención primaria de salud adaptados a las personas mayores.

¹⁹ Para más información, véase Resumen de Políticas sobre el Envejecimiento n° 3, Las personas mayores como consumidores.

institucionales. Además, el entorno de los municipios debería ser favorable a la prevención de las caídas, que son la causa del 40% de las muertes por lesiones²⁰. La demencia, también, es otra enfermedad extendida entre los mayores que requiere actuaciones específicas.

La salud mental

La prevención y el tratamiento de los trastornos mentales relacionados con la edad, como la demencia y el delirio, constituyen una parte importante de la promoción de la salud durante la edad avanzada. Aunque no haya curación para la demencia, una atención adecuada puede mejorar la calidad de vida de los pacientes. Como la mayoría de los cuidados los proporcionan los cuidadores informales, el apoyo a los dependientes (sic) para que lleguen a dominar las tareas informales de cuidados es esencial para garantizar el bienestar de los pacientes y sus familias. Los servicios ambulatorios o los servicios de atención sanitaria pueden contribuir con asesoramiento o información acerca de la enfermedad. Una atención especializada institucional debe estar disponible para los casos en los que los dependientes (sic) no puedan cuidar a los familiares aquejados de demencia. Esta atención puede incluir servicios de personal cualificado con conocimientos acerca de la duración de la enfermedad y la disponibilidad de terapias específicas para ella, como tratamientos con fármacos, medicamentos herbales, aromaterapia y masaje, musicoterapia, acupuntura, complementos dietéticos y melatonina, y también la terapia con luz brillante²¹. Además, la depresión en las edades avanzadas es un fenómeno que también requiere atención. Con frecuencia se desencadena a causa del aislamiento social o por la pérdida de un familiar cercano. El apoyo social y psicológico puede ayudar a los pacientes a superar esta enfermedad.

Programa de ayuda para los pacientes de demencia que viven solos en Alemania

- El número de pacientes de demencia que viven solos es creciente. A pesar de padecer esta enfermedad, sus expectativas de vida son cada vez mayores y, muchos de ellos, desean seguir viviendo en su casa, en su entorno habitual, durante el mayor tiempo posible. Sin embargo, muchas de las tareas diarias se convierten en desafíos e incluso pueden llegar a ser peligrosas con la evolución de la enfermedad.
- La primera fase del programa del Gobierno Alemán para ayudar a estas personas en sus comunidades fue llevar a cabo unas encuestas entre los pacientes de Alzheimer. Las encuestas muestran que muchos pacientes desean más comprensión por parte de su entorno. Muchas personas no saben cómo tratar a los pacientes de demencia en la vida diaria. Al mismo tiempo, los pacientes, posiblemente, no se sienten apoyados, lo que dificulta que puedan continuar viviendo solos.
- La segunda fase del programa, que trata de asumir los resultados de la encuesta y mejorar la situación de los pacientes de Alzheimer que viven solos, se centra en el avance de la prevención y las medidas educativas para proporcionar a las personas mejor información sobre la enfermedad. El programa está dirigido a policías, bomberos y empleados de bancos, correos y transporte público, porque tienen contacto frecuente con estos pacientes, a veces sin saberlo. En este sentido, se pueden beneficiar de los programas educativos. También se han distribuido guías de buenas prácticas en varias instituciones para informar a la comunidad sobre la demencia.
- Fuentes: Asociación Alemana del Alzheimer. Projekt "Allein lebende Demenzkranke - Schulung in der Kommune"; Ministerio de Alemania Federal para los Asuntos de Familia, Ciudadanos Mayores, Mujeres y Jóvenes.

²⁰ OMS, Informe Global de la OMS sobre Prevención de las Caídas en la Edad Avanzada.

²¹ Página web de la Asociación del Alzheimer.

Conclusiones y recomendaciones

La buena salud y la prevención de la enfermedad a lo largo de toda la vida es una condición previa para un buen estado de salud en la vejez, lo que tiene importantes implicaciones económicas y sociales, a la vez que contribuye al bienestar del individuo. Además de la consecución de mejoras concretas en la calidad de vida, el envejecimiento activo disminuye la necesidad de atención y asistencia y los gastos públicos relacionados con ella.

Aumentar el bienestar de las personas mayores requiere de viviendas y de entornos adaptados, para prevenir las caídas, fomentar su integración social y proporcionarles acceso a los centros sanitarios, así como, también, de medidas para tratar y prevenir los problemas de salud mental. Los cuidados de larga duración, cuando sean necesarios, deben adaptarse a las necesidades de los individuos.

Para que disfruten de un buen estado de salud, se incremente su participación en la sociedad y se garantice su protección social, es importante adoptar un planteamiento preventivo cuando las personas aún son jóvenes, y que lo mantengan durante el resto de sus vidas. Para que sea eficiente, la política gubernamental de sanidad debe insistir en una concienciación acerca de las dietas saludables, en la promoción de la actividad física y en el desarrollo de políticas antitabaco y de control del consumo del alcohol. En una buena política de sanidad también son importantes las leyes de protección, los programas para reducir el estrés y el acceso a centros de prevención sanitaria.

Bibliografía

- Alzheimer's Society. <http://alzheimers.org.uk/> (accessed 11 January 2010).
- Communities and Local Government (2007). *Homes for the Future: More Affordable, More Sustainable*. Housing Green Paper. London.
Available from <http://www.communities.gov.uk/documents/housing/doc/Homesforthefuture.doc> (accessed 6 April 2010).
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (German Alzheimer Association) (2009). Projekt "Allein lebende Demenzerkrankte - Schulung in der Kommune". Available from <http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=157>, accessed 29 March 2010.
- Drugs and Gender (2009). *Intervention en matière de drogue en fonctions du genre*.
Available from <http://www.drugsandgender.ch/> (accessed 29 March 2010).
- German Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (2009). *Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen*. Available from <http://www.bmfsfj.de> (accessed 29 March 2010).
- Halloran, J. and K. Calderón Vera (2005). *Hungary 2005: Basic Social Services in Rural Settlements – Village and Remote Homestead Community Care-Giving*. Peer Review in the Field of Social Inclusion Policies.
Available from http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2005/pr_hu_en.pdf (accessed 6 April 2010).
- Hungarian Ministry of Health (2009). *National public health programme summary*.
Available from <http://www.eum.hu/english/public-health-programme/national-public-health> (accessed 29 March 2010).
- Merck Institute of Aging & Health and Centers for Disease Control and Prevention (2004). *The State of Health and Aging in America 2004*. Washington, DC.
- Republic of Hungary (2007). *National follow-up report of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) and the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) Regional Implementation Strategy (RIS)*. Budapest.
- Swiss Confederation Federal Office of Public Health (2006). *Gendergerechte Präventions- und Suchtarbeit*.
Available from <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/index.html?lang=de> (accessed 29 March 2010).
- UNECE (2009a). *Policy Brief on Ageing No. 3, Older persons as consumers*. November. Available from http://www.unece.org/pau/docs/age/2009/Policy_briefs/3-PolicyBrief_OlderPersons_Eng.pdf (accessed 6 April 2010).
- _____ (2009b). *Policy Brief on Ageing No. 4, Integration and participation of older persons in society*. November. Available from http://www.unece.org/pau/docs/age/2009/Policy_briefs/4-Policybrief_Participation_Eng.pdf (accessed 6 April 2010).
- United Kingdom Department for Communities and Local Government, Department of Health; Department of Work and Pensions (2008). *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society*. London.
- United Kingdom Department of Health (2009a). *5 A DAY General Information*. Available from <http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Healthimprovement/FiveADay/FiveADaygeneralinformation/index.htm> (accessed 29 March 2010).
- _____ (2009b). *5 A DAY programme*. Available from <http://www.5aday.nhs.uk/> (accessed 29 March 2010).
- United Nations Economic and Social Council (2002). *Regional implementation strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002*. 11 September. ECE/AC.23/2002/2/Rev.6.
- UNECE (2008). *UNECE Statistical Database. Gender Statistics. Health and Mortality, 2008*.
Available from <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog/> (accessed 29 March 2010).
- United States Department of Health and Human Services, Administration on Ageing (2009). *Evidence-based Disease and Disability Prevention Program*. Available from http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/HCLTC/Evidence_Based/index.aspx#evidence; <http://www.healthyagingprograms.org> (accessed 29 March 2010).
- WHO (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO/HSC/AHE/99.2.
Available from http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf (accessed 29 March 2010).
- _____ (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. WHO/MSD/MSB/00.4. Available from http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf (accessed 29 March 2010).
- _____ (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO/NMH/NPH/02.8.
- _____ (2002). *Integrating prevention into health care. Fact sheet No.172*. October.
Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/en/index.html> (accessed 29 March 2010).
- _____ (2002). *The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva.
Available from <http://www.who.int/whr/2002/en/> (accessed 29 March 2010).
- _____ (2004). *Work Organization & Stress: Systematic Problem Approaches for Employers, Managers and Trade Union Representatives*. *Protecting Workers' Health Series No. 3*. Geneva. Health promotion and disease prevention 11

- _____ (2007). Checklist of Essential Features of Age-Friendly Cities. WHO/FCH/ALC/2007.1.
Available from http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf (accessed 29 March 2010).
- _____ (2007): Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases: A Comprehensive Approach. Geneva. Available from <http://www.who.int/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf> (accessed 29 March 2010).
- _____ (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva.
Available from http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf (accessed 29 March 2010).
- _____ (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever. Geneva.
- _____ (2009). What is “active ageing”?
Available from http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/ (accessed 29 March 2010).
- _____ (2010). Perth framework for age-friendly community-based primary health care: overarching principles.
Available from <http://www.who.int/ageing/projects/perth/en/index2.html> (accessed 6 April 2010).
- _____ (2010) WHO Age-Friendly Environments Programme.
Available from http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html (accessed 6 April 2010).

Cuadro resumen: Promoción de la salud y prevención de las enfermedades

Áreas principales	Áreas de implementación	Elementos clave
Prevención de la enfermedad a lo largo de la vida	Dietas saludables	Incrementar la concienciación sobre la nutrición
		Promocionar las dietas saludables que incluyan frutas y verduras
	Actividad física	Incrementar la concienciación sobre los efectos de una vida sedentaria
		Crear instalaciones de ocio seguras para pasear, nadar y andar en bicicleta
		Promocionar la actividad física para niños y mayores
	Políticas contra el consumo de tabaco	Aumentar la conciencia sobre los riesgos de fumar
		Hacer cumplir las normas de no fumar en lugares públicos
	Consumo bajo de alcohol	Tratar la adicción a través de programas de rehabilitación
		Controlar el consumo de alcohol
	Control del estrés	Desarrollo de marcos legales para un mejor equilibrio entre trabajo y vida privada
		Proporcionar asesoramiento
	Acceso a los centros de prevención sanitaria	Crear conciencia sobre la prevención de enfermedades crónicas
		Tratamiento oportuno de enfermedades que puedan llegar a ser crónicas
Prevención de la enfermedad en la vejez	Envejecimiento activo	Darle mayor relevancia en las políticas sanitarias
		Crear oportunidades para la participación
		Promocionar la inclusión social
	Viviendas	Garantizar la provisión de cuidados seguros en las residencias y domiciliarios
		Garantizar la provisión de viviendas asequibles para toda la vida
		Establecer servicios para adaptar las casas a las necesidades de todos los grupos de edad
	Entornos amigables para las personas mayores	Comprometerse con una planificación urbana amigable con los mayores
		Proporcionar programas para prevenir y tratar accidentes y caídas
	Integración social	Proporcionar apoyo para las relaciones familiares
		Proporcionar oportunidades para fortalecer las relaciones intergeneracionales y no familiares
		Promover actividades comunitarias para los ciudadanos mayores
		Prevenir los abusos, la violencia y la delincuencia contra los mayores
	Acceso a los centros sanitarios	Proporcionar acceso a los centros sanitarios de prevención
		Tratamiento de las enfermedades crónicas
	Enfermedades mentales	Control y gestión de los pacientes con demencia
		Proporcionar cuidados para los pacientes que sufren de delirio
		Tratamiento de la depresión