



www.miahonline.org

The State of Aging and Health in Latin America and the Caribbean

El estado de
envejecimiento
y salud
en América Latina
y el Caribe

www.miahonline.org



Resumen ejecutivo

“Durante más de 100 años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha dedicado a concretar su visión de que cada persona merece tener buena salud, ya sea en el amanecer o atardecer de la vida. Creemos que este Informe sobre el estado del envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe, especialmente sus recomendaciones, ayudará a fomentar y favorecer esa visión. Como ya todos sabemos, con el auge del crecimiento global de la población adulta mayor no podremos siquiera asegurar la oportunidad de brindar una buena salud para que la vida de las personas mayores sea no sólo más larga, sino mejor, a menos que los sistemas de salud y nuestros sistemas sociales estén preparados adecuadamente. Esperamos que este Informe ayude a trazar el mapa para llegar a esta meta. Deseamos que este Informe actúe como catalizador de las mejoras y el avance en los cuidados geriátricos, y que también ayude a fomentar la cooperación interamericana, mientras trabajamos en conjunto para lograr nuestro objetivo en común de brindar una mejor calidad de vida a todos nuestros ciudadanos. Este volumen merece un lugar en la biblioteca de todo aquel que esté interesado en la promoción de la salud, el acceso y la entrega de los servicios de salud en América”.

— *Mirta Roses, MD, Directora de la Organización Panamericana de la Salud*

“La misión del Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud [Merck Institute of Aging & Health, MIAH] es mejorar la salud, la independencia y la calidad de vida de las personas mayores en todo el mundo. Esperamos que este informe arroje luz sobre los obstáculos que deben superar las personas de América Latina y el Caribe para lograr un envejecimiento saludable. Este Informe es necesario y se necesita ahora. En todo el mundo se está produciendo una oleada demográfica. Se calcula que para 2025, en América Latina y el Caribe, las personas de 60 años o más representarán el 14% de la población, es decir una de cada siete personas. Pero el envejecimiento es mucho más que una cuestión de cifras. Las personas mayores tienen enfermedades más complejas. Tienen distintas necesidades médicas que las personas más jóvenes y plantean desafíos específicos para la atención de la salud. Por eso es que las personas mayores necesitan la atención adecuada para prevenir enfermedades, promover su independencia y mejorar su calidad de vida. Asegurar esa atención será uno de los principales desafíos que deban enfrentar los proveedores de servicios de salud, gobiernos y sociedades de todos los países de América en este nuevo siglo, y nuestra única esperanza es ayudarnos entre todos, aprender el uno del otro y compartir ideas. Confiamos en que este Informe ayude a generar esa oportunidad”.

— *Patricia P. Barry, MD, Directora Ejecutiva del Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud*

Cifras generales

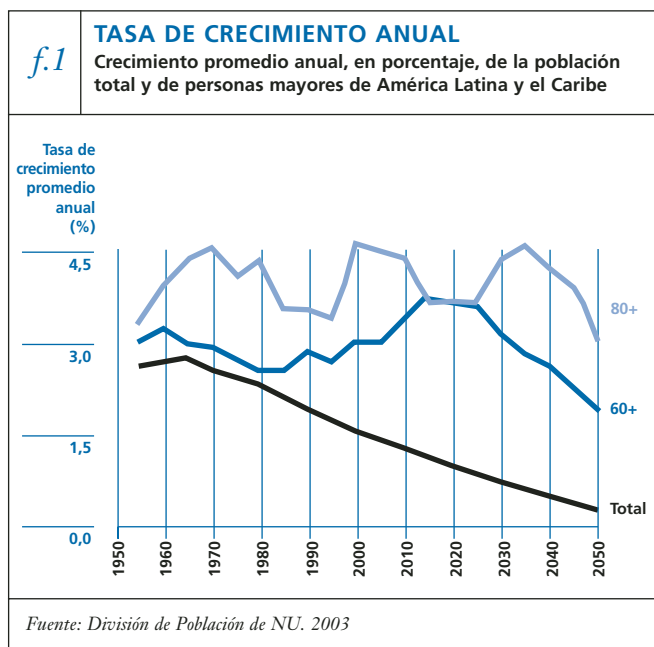
La cantidad de personas de 60 años o más que viven en América Latina y el Caribe (ALC) aumentará de 42 millones en 2000 a 100 millones en 2025. En 2000, representaban el 8 por ciento de la población total, aproximadamente 1 de cada 12 personas. Para 2025, el 14 por ciento serán personas mayores de 60 años, es decir 1 de cada 7 personas en la región. Durante la primera década del nuevo siglo (2000-2010), un millón de personas por año se incorporarán al grupo de personas de 60 años y más; mientras que durante la década de 2010-2020, el crecimiento será de dos millones de personas por año. Esto representa una tasa de crecimiento anual del

3,45 por ciento de la población de 60 años y más.

Asimismo, para 2025, en cada país al menos el 10 por ciento de todas las personas de 60 años y más estará dentro del grupo de 80 años y más. En algunos países de la región, la proporción será aún mayor. La tasa de crecimiento general anual de la población de 80 años y más es del 4 por ciento.

Consideraciones cualitativas

El envejecimiento es mucho más que una cuestión de cifras. Las personas mayores plantean desafíos específicos para la salud y tienen distintas necesidades médicas que los adultos más jóvenes. Además, las personas de 60 años y más, especialmente



en una región tan diversa como América Latina y el Caribe, no constituyen precisamente una población heterogénea en términos de estado de salud y discapacidad, y de su demanda de servicios de atención de la salud.

Origen del auge de las personas adultas mayores en ALC

El crecimiento de la población adulta mayor en ALC se remonta, al menos en parte, a los descubrimientos revolucionarios relativos a cuestiones médicas y de la salud pública, especialmente la reducción de la mortalidad infantil, que comenzó después de 1930, y no a las mejoras en los estándares generales de vida. Por lo tanto, las personas adultas mayores de la región han estado expuestas a desnutrición y más enfermedades en una etapa más temprana de la vida, a diferencia de lo que sucede en las sociedades industrializadas que fueron testigo de un aumento estable del estándar de vida. Se cree que tal exposición pueda tener efectos fisiológicos duraderos que pueden afectar considerablemente el estado de salud de los adultos. (Palloni A et al, 2002)

Consecuencias

En ALC, a diferencia de lo que sucede en el mundo industrializado, la explosión en la cantidad de personas mayores se está dando en medio de economías frágiles, crecientes niveles de pobreza, desigualdades sociales y económicas que se expanden en lugar de contraerse, menor acceso a servicios y recursos financieros colectivos que se contraen en lugar de expandirse. En consecuencia, es probable que las cohortes de adultos mayores que lleguen a los 60 años durante el período 2000-2010 en ALC tengan peor salud y más discapacidades que las de las personas mayores de los países desarrollados.

DESAFÍO REGIONAL: A menos que se actúe ahora para mejorar el acceso a la medicina preventiva para las personas mayores, la región de ALC estará caracterizada no sólo por un crecimiento sin precedentes de la población adulta mayor, sino también por una población anciana que experimenta más enfermedades y discapacidades con mayores demandas de servicios de salud.

OPORTUNIDADES Y RECURSOS PARA CUMPLIR CON EL DESAFÍO REGIONAL:

Oportunidades: Para la mayoría de los países de ALC, la ventana de oportunidades para cumplir con este desafío existe ahora, cuando la proporción de personas más jóvenes está disminuyendo y la proporción de personas mayores todavía es relativamente pequeña. Este es el momento de desarrollar laboratorios locales de atención primaria de salud para probar nuevos enfoques para el cuidado de las personas mayores. Si esperamos incluso diez años, sería mucho más costoso comenzar la curva de aprendizaje.

Recursos: La región de ALC cuenta con una cantidad de recursos para enfrentar este desafío. Entre ellos se incluyen: agencias internacionales, agencias intergubernamentales, organizaciones profesionales, grupos de defensa y otras agencias que pueden proporcionar financiamiento y apoyo. Por ejemplo:

- La red regional de oficinas y expertos de distintos países de la OPS
- El Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud, una ONG internacional asociada con la OPS para fortalecer la capacidad de los sistemas de atención de la salud para satisfacer las necesidades de las personas mayores.
- Una red regional de Asociaciones de Gerontología y Geriatria (COMLAT-IAG)
- Un grupo de trabajo interagencial integrado por las agencias regionales especializadas de las Naciones Unidas, es decir el FNUAP, la OPS, la OIT, el Banco Mundial, el CELADE y el BID
- La Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (Latin American Academy of Medicine of Older Adults, ALMA)
- Una red de enfermeras especialistas en geriatría

Índice

¿Quiénes son las personas mayores de América Latina y el Caribe?	01
La salud de las personas mayores en América Latina y el Caribe	05
¿Cuán saludables son los años ganados?	09
¿Cuán independiente es la vida después de los 60?	14
Servicios de atención de la salud: acceso y uso	16
Barreras para los servicios de atención de la salud	18
Capacitación del personal en atención de la salud: presente y futuro	19
América Latina y el Caribe: plan de acción general	21
Apéndice	23



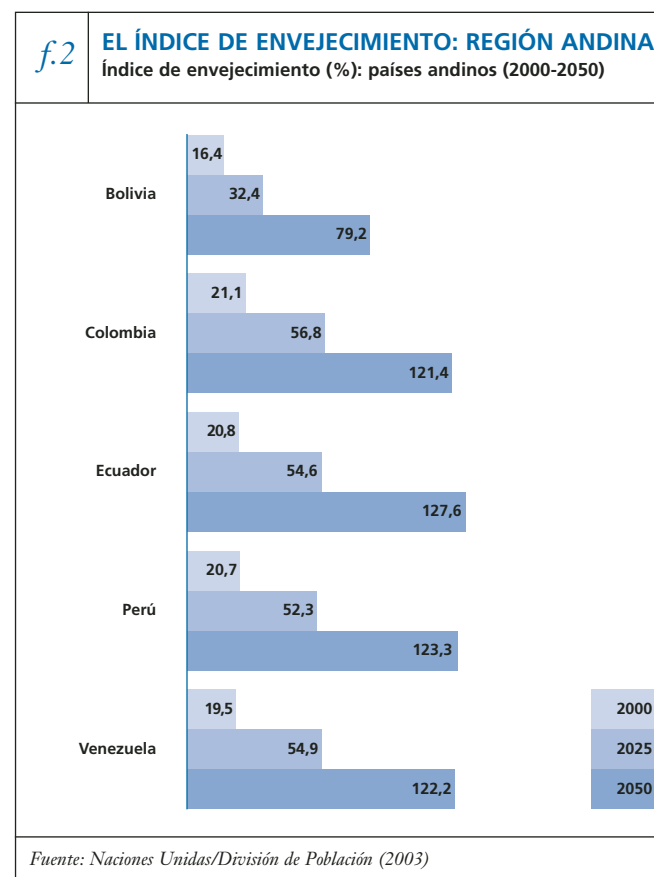
¿Quiénes son las personas mayores de América Latina y el Caribe?

Se calcula que el 60 por ciento de las poblaciones adultas mayores de ALC son mujeres. La mayoría de las personas mayores viven en áreas urbanas, y sólo tiene un nivel de educación primario. El 40% de los hombres de 60 años y más aún trabaja, mientras que sólo el 8 por ciento de las mujeres tiene algún empleo remunerado. Una mayor proporción de mujeres que de hombres no vive con un cónyuge o pareja, pero vive con un hijo u otro pariente.

El perfil de las personas mayores varía significativamente entre las subregiones de ALC, incluso dentro de los países. Para la presentación del perfil socioeconómico de las personas mayores, hemos agrupado las subregiones de acuerdo con un conjunto de criterios que la Organización Panamericana de la Salud ya ha utilizado.

1. Los países andinos

En la región andina, incluidos Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, el 7% de la población tiene 60 años y más, a excepción de Bolivia que tiene el 6%. El “índice de envejecimiento”, es decir, la cantidad de personas de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, se duplicará en todos estos países en dos décadas. Para 2050, todos estos países, a excepción de Bolivia, tendrán tantas personas de 60 años y más como niños menores de 15 años. Esta región también se caracteriza por tener un gran porcentaje de personas mayores que viven en zonas rurales e indígenas. En Bolivia, por ejemplo, aproximadamente el 69% de las personas mayores es parte de la población indígena, el 42% no sabe leer ni escribir y el 44% vive en áreas rurales. A diferencia de la experiencia de otras partes de América Latina, los países de esta región necesitan concentrarse en las personas mayores que viven en zonas rurales.



2. América Central, Caribe hispanoparlante y Haití

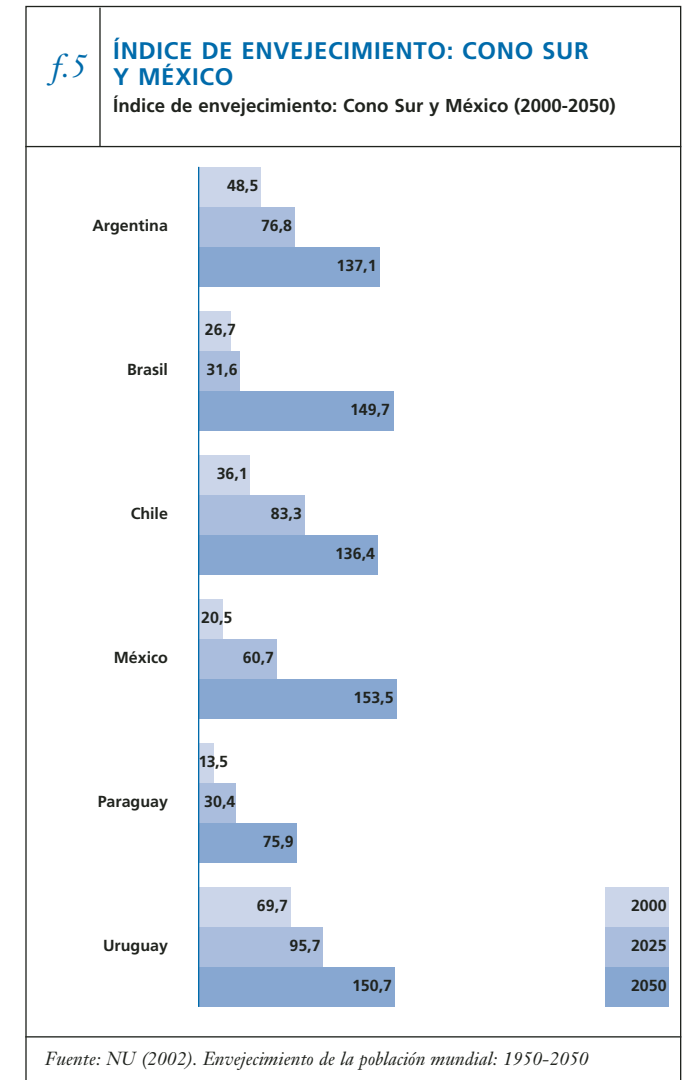
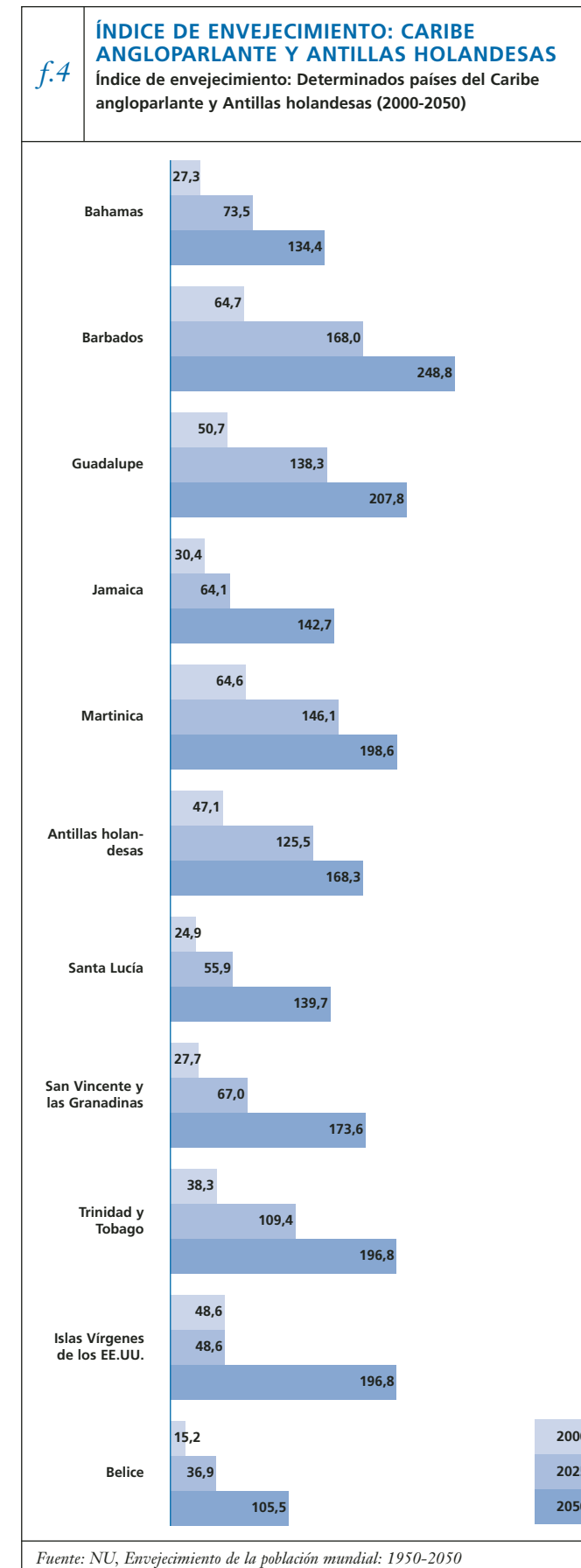
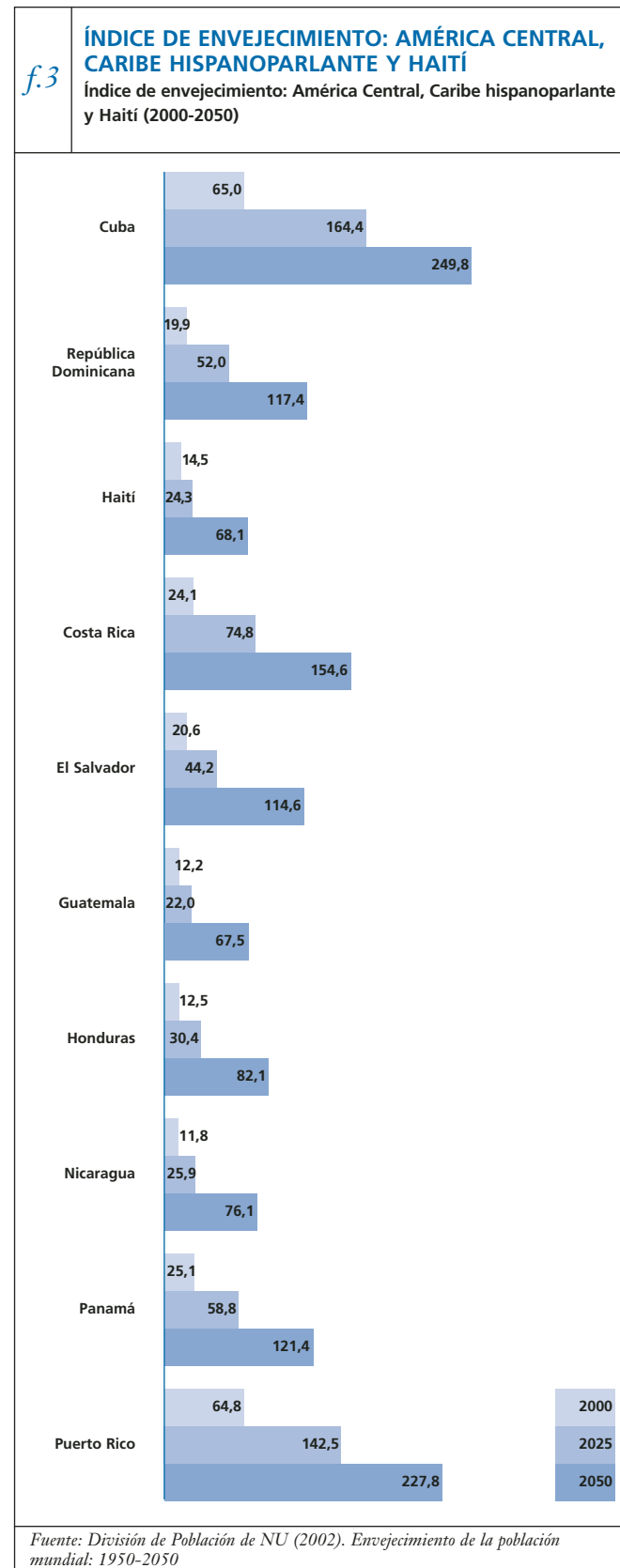
Esta región, incluidas Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y la República Dominicana, está caracterizada por amplias diferencias en la velocidad y el crecimiento del envejecimiento de la población. En Cuba y Puerto Rico, el 14% de la población tiene 60 años y más; mientras que en Guatemala, Haití, Nicaragua y Honduras, sólo el 5 ó 6 por ciento de la población tiene 60 años y más. Durante las próximas dos décadas, en Cuba y Puerto Rico habrá más personas de 60 años y más que niños menores de 15 años. En la República Dominicana, Costa Rica y Panamá habrá, por lo menos, un adulto mayor por cada dos niños. En el resto de los países habrá, por lo menos, un adulto mayor por cada cuatro niños.

El panorama más factible de esta región es que el estado de la salud y la discapacidad se deteriore progresivamente, a medida que las cohortes de aquellos que experimentaron los beneficios de la disminución de la mortalidad hace 60 años se acercan a edades más avanzadas en condiciones de pobreza. Se calcula que las enfermedades nutricionales y metabólicas de la población anciana de esta región constituirán uno de los principales riesgos de morbilidad.

3. Caribe angloparlante y Antillas holandesas

El Caribe angloparlante y las Antillas holandesas, incluidos Anguilla, Antigua, Aruba, Barbados, Bahamas, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente, Suriname, Islas Turcas y Caicos, y Trinidad y Tobago, tendrán una de las tasas de envejecimiento de la población más rápidas del hemisferio. En Barbados y Martinica ya hay una persona de 60 años y más por cada dos niños menores de 15 años. En dos décadas, con las únicas excepciones de Belice, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, los países de la región habrán superado esta tasa y, por lo menos, en tres países habrá más personas mayores que niños.

El perfil de salud y económico de la población de 60 años y más está determinado en gran medida por el doble impacto de “la migración entrante y saliente”. Las mujeres mayores se ven especialmente afectadas por este fenómeno. Debido a la migración de las generaciones más jóvenes, estas mujeres quedan a cargo del cuidado de los nietos con cada vez menos sistemas de apoyo familiar y social. Al mismo tiempo, la migración de personas jubiladas a su tierra natal, después de haber trabajado durante muchos años en el exterior, produce un impacto significativo en la demanda de servicios de salud y sociales.



4. Cono Sur y México

El Cono Sur y México abarcan Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguay y Uruguay. Estos países, en conjunto, cuentan con dos tercios de la población adulta mayor total de América Latina y el Caribe. Sólo Brasil y México tienen el 50% de todas las personas mayores de la región. En esta región también se encuentra el país más envejecido del hemisferio: Uruguay, con el 17% de personas de 60 años y más.

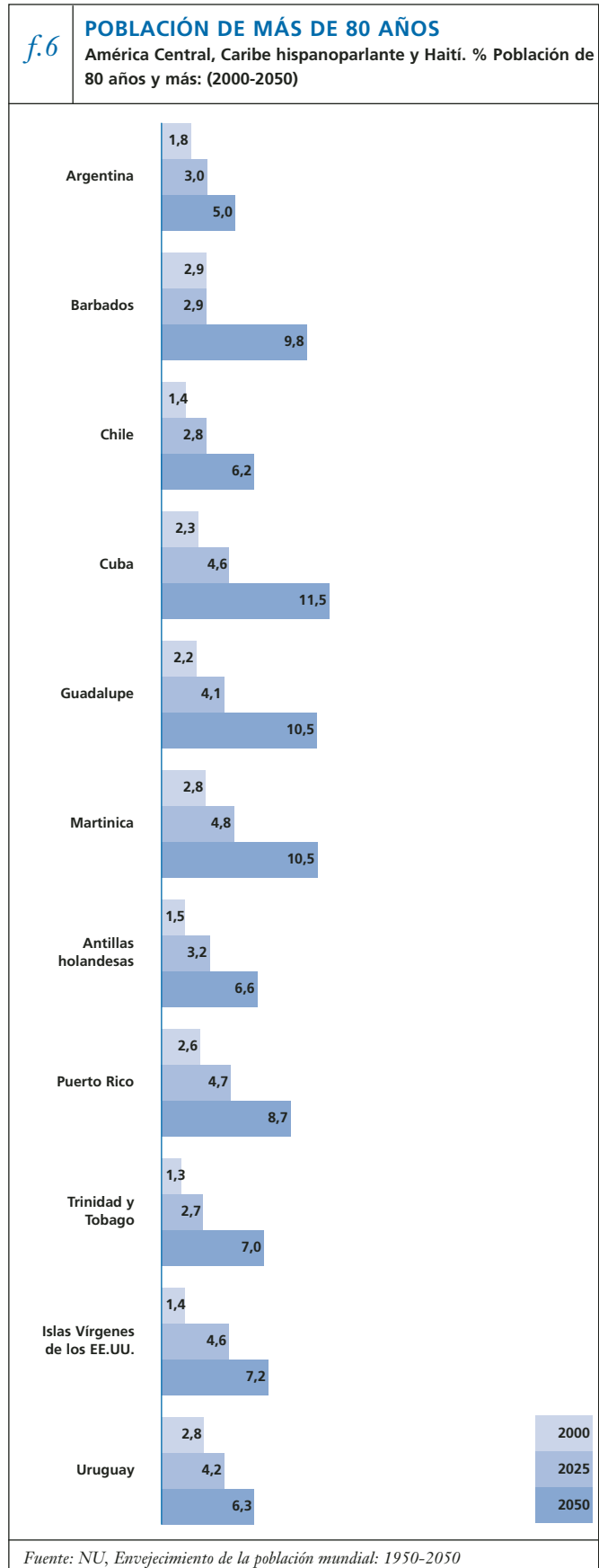
Durante las próximas dos décadas, en todos estos países, a excepción de Paraguay, habrá, por lo menos, un adulto mayor por cada dos niños menores de 15 años. En Uruguay habrá tantas personas mayores como niños.

Estos países figuran entre los más urbanizados de la región. Entre el 84 y el 92% de las personas mayores del Cono Sur vive en áreas urbanas, mientras que aproximadamente el 75% de las personas mayores de México y Brasil vive en ciudades.

Los adultos mayores de mayor edad de América Latina y el Caribe

El rápido crecimiento de la población de 80 años y más se convertirá en un problema crítico para la salud pública durante esta década en los países del Cono Sur y el Caribe. La fragilidad y el deterioro funcional son condiciones relacionadas con la edad y se asocian con mayores costos médicos (Morley, 2003). Por lo tanto, la proporción de la población de 80 años y más puede servir como un buen predictor de las crecientes demandas sobre el sector de la salud. Naturalmente, los países con la mayor proporción de población de 80 años y más experimentarán los más grandes desafíos del envejecimiento de la población.

Para poner estos temas en perspectiva, en 2000, en los Estados Unidos había 3,3 por ciento de la población de 80 años y más, y se calcula que para 2050 esta cifra ascenderá al 8 por ciento. Diez países, tres del Cono Sur de América del Sur y el resto del Caribe, llegarán a proporciones similares para 2025; además, en cinco países, más del 8 por ciento de la población serán personas mayores de 80 años y más en 2050. En el caso de Cuba y Barbados, más del 10 por ciento de la población estará conformada por los “adultos mayores de mayor edad”.



La salud de las personas mayores en América Latina y el Caribe

En toda América Latina y el Caribe, la esperanza de vida ha aumentado significativamente en el último medio siglo. La enfermedad cardiovascular es ahora la principal causa de muerte prematura en personas de 60 años y más. Su prevención producirá el mayor impacto sobre el aumento de la esperanza de vida. El cáncer es la segunda causa principal de muerte.

Esperanza de vida a los 60

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la esperanza de vida a los 60 años para el período 2000-2005 es muy cercana a los 20 años, y compara favorablemente con las estimaciones para los EE.UU. y Canadá. Por el contrario, la cifra correspondiente para 1950-1955 fue, en promedio, alrededor de 9,95 años. Por lo tanto, durante los últimos 50 años, la región ha logrado ganar alrededor de 9 años de vida después de los 60.

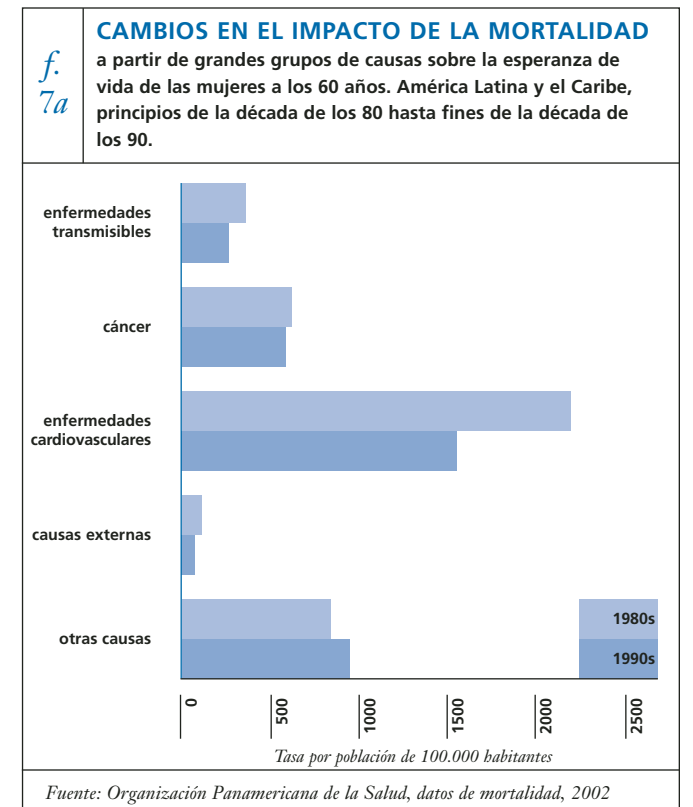
Muchos creen que en el futuro será cada vez más difícil aumentar la esperanza de vida para los mayores de 60 años. No obstante, existe consenso de que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, **la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares, tanto para hombres como para mujeres, producirá el mayor impacto en los futuros aumentos de la esperanza de vida a los 60 años.**

El desafío para la salud pública durante las próximas décadas es complejo. Por una parte, las intervenciones son necesarias para continuar disminuyendo la tasa de mortalidad prematura; en forma simultánea, se deben encontrar formas de mejorar la salud y la calidad de vida durante los años ganados después de los 60. En otras palabras, es imperativo que la extensión de vida saludable aumente con la extensión de la vida.

Perfil de mortalidad, magnitud y tendencias

Las tasas de mortalidad son indicadoras del riesgo absoluto de morir y, por ende, son una herramienta fundamental para el análisis de la salud. Teniendo en cuenta la relación recíproca entre la mortalidad y la esperanza de vida, es importante examinar el

sis de la salud. Teniendo en cuenta la relación recíproca entre la mortalidad y la esperanza de vida, es importante examinar el



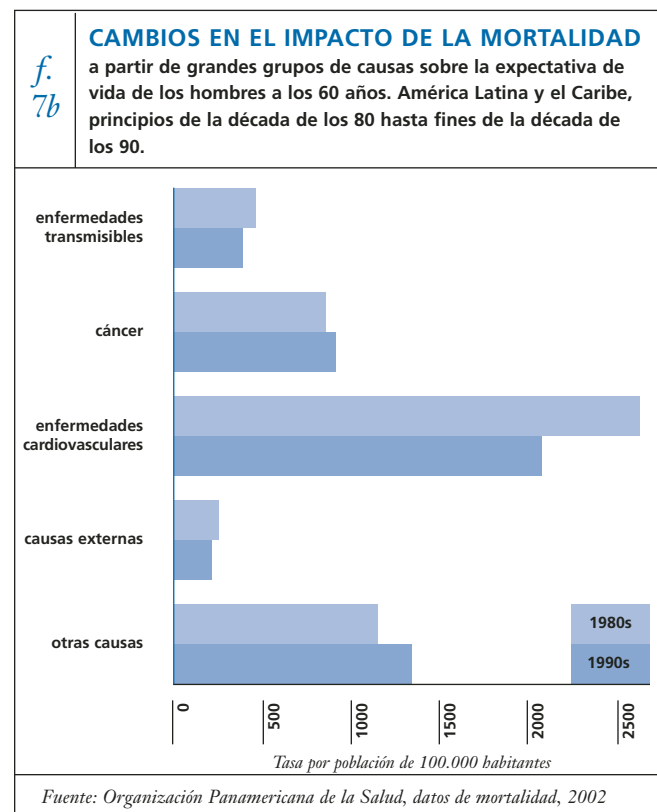
cambio en la mortalidad debido a los principales grupos de causas (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, etc.), expresado en años de esperanza de vida ganada (AEVG) entre principios de la década de los 80 y fines de la década de los 90; y el nivel de mortalidad debido a cada grupo de causas, expresado en años de esperanza de vida perdidos (AEVP). Los años de esperanza de vida perdidos se miden como la diferencia entre la esperanza de vida observada hacia fines de la década de los 90 en personas de 60 años y más, y una esperanza de vida teórica de 85 años. (OPS, *La Salud de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe*, 2003)

1. Riesgo de morir por enfermedades transmisibles

Hubo una reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles entre las personas mayores, de 60 años y más, con un mayor impacto sobre las mujeres que sobre los hombres. En promedio, las mujeres tienen un 19% menos de probabilidad de morir a causa de una enfermedad infecciosa en la actualidad que hace 20 años, mientras que para los hombres esta probabilidad es del 16%. La disminución es más significativa para las personas de 60 a 64 años, donde tanto hombres como mujeres tienen aproximadamente un 28% menos de probabilidad de morir a causa de una enfermedad transmisible. En general, tienen menos probabilidad de morir por tuberculosis que la que tenían hace dos décadas, pero tienen más probabilidad de morir por infecciones respiratorias agudas y septicemia que la que existía en la década de los 80.

2. Riesgo de morir por cáncer

Tanto para hombres como para mujeres mayores, el cáncer es la



segunda causa principal de muerte de la región. Hubo una disminución del cáncer de estómago para ambos sexos. Los hombres tienen un 52% más de probabilidad de morir por cáncer de próstata y un 6% más de probabilidad de morir por cáncer de pulmón que hace 20 años, debido a los efectos acumulativos del hábito de fumar entre las personas mayores. Las mujeres tienen un 15% más de probabilidad de morir por cáncer de mama y un 25% más de probabilidad de morir por cáncer de pulmón que hace 20 años.

3. Riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte prematura en personas de 60 años y más. Representa aproximadamente 20 veces el riesgo de morir por causas externas; 6 veces el riesgo de morir por una enfermedad transmisible; 3 veces el riesgo de morir por cáncer y 2 veces el riesgo de morir por alguna otra causa. Sin embargo, hay buenas noticias. Los hombres mayores tienen un 21% menos de probabilidad de morir por enfermedad cardiovascular y las mujeres tienen un 29% menos de probabilidad de morir por dicha enfermedad que en la década de los 80.

4. Riesgo de morir por causas externas

Las causas externas cumplen una función importante en la pérdida de la esperanza de vida para las personas mayores. El riesgo de morir a causa de accidentes de tránsito es la principal causa externa de muerte para los hombres, mientras que el riesgo de morir por caídas es la principal causa externa de muerte para las mujeres. Las muertes violentas, los homicidios y los suicidios siguen siendo una causa importante de la pérdida de esperanza de vida para los hombres mayores.

5. Riesgo de morir por otras causas

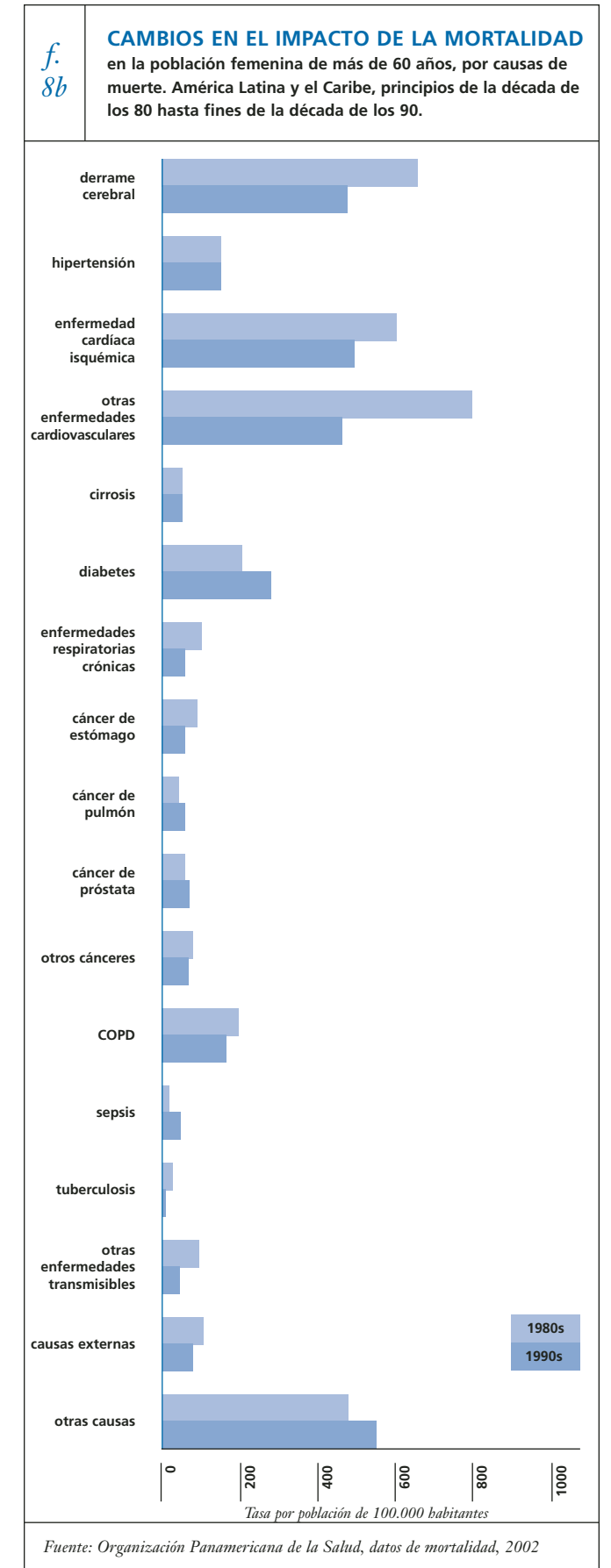
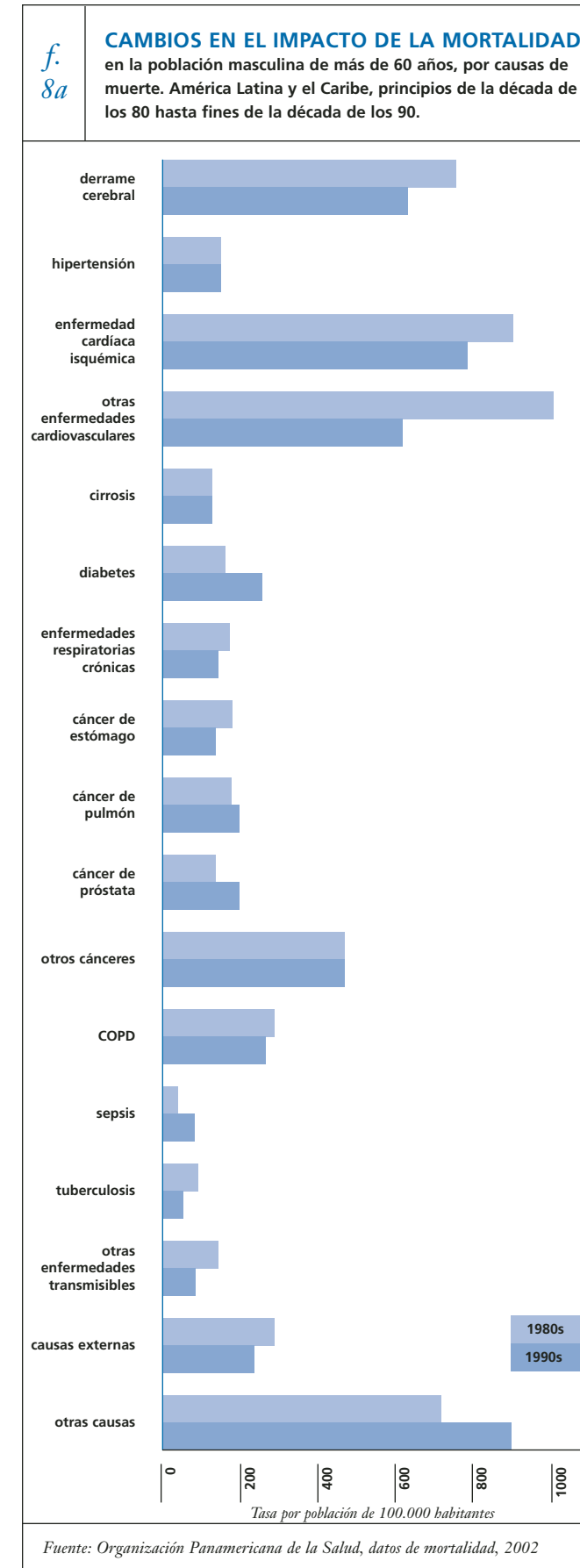
Diabetes mellitus. Durante los últimos 20 años, el riesgo de morir por diabetes mellitus ha aumentado en un 57% para los hombres mayores y en un 38% para las mujeres mayores. Se calcula que el aumento significativo de la tasa de muerte a causa de la diabetes seguirá creciendo, a menos que se lleven a cabo iniciativas significativas para reducir la tasa de obesidad y de inactividad física entre las personas mayores.

6. Riesgo de morir por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

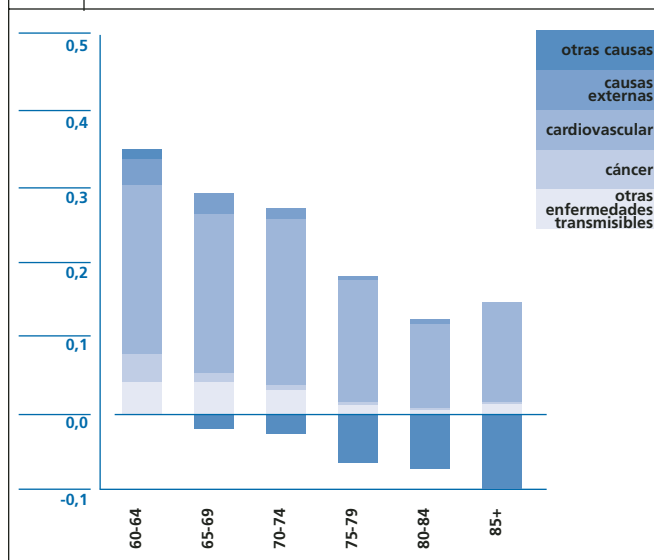
La tasa registrada desde principios de la década de los 80 hasta fines de la década de los 90 es sorprendente. El riesgo de morir por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) se redujo, en promedio, un 40% tanto para hombres como para mujeres. No obstante, sigue siendo una causa importante de muerte para las personas mayores y representa el mismo nivel de riesgo que el cáncer de pulmón.

7. Riesgo de morir por cirrosis hepática

El riesgo de morir por esta causa no cambió mucho durante los últimos veinte años, y causa tantas muertes de personas mayores como el cáncer de estómago.

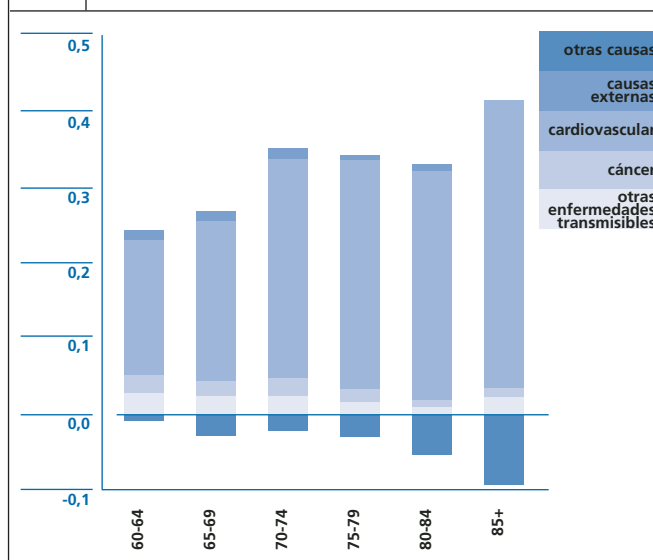


f. 9a
AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA ganados por la población masculina de más de 60 años, por grupos de causas de muerte en ALC. Principios de la década de los 80 hasta fines de la década de los 90.



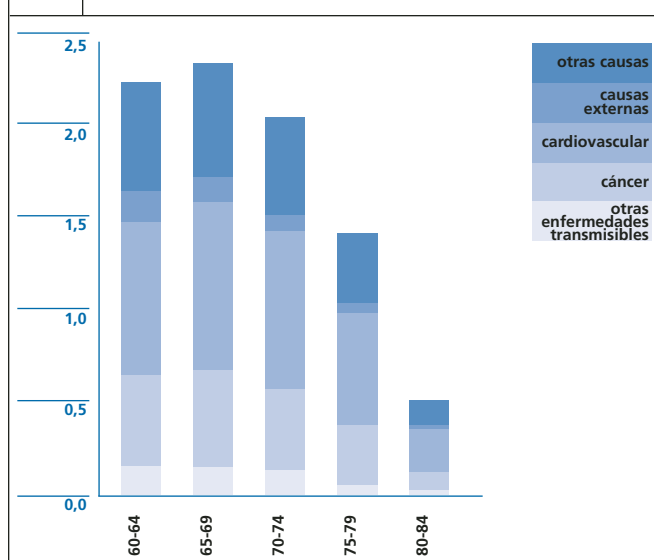
Fuente: Organización Panamericana de la Salud, datos de mortalidad, 2002

f. 9b
AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA ganados por la población femenina de más de 60 años, por grupos de causas de muerte en ALC. Principios de la década de los 80 hasta fines de la década de los 90.



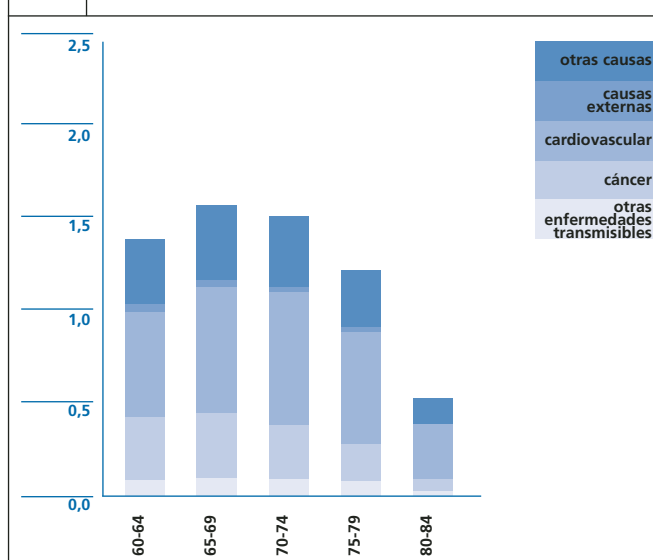
Fuente: Organización Panamericana de la Salud, datos de mortalidad, 2002

f. 10a
AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS (hasta una esperanza de vida potencial de 85 años) por hombres de 60 años y más, por grupos de causas de muerte en ALC, desde principios de la década de los 80 hasta fines de la década de los 90.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, datos de mortalidad, 2002

f. 10b
AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS (hasta una esperanza de vida potencial de 85 años) por mujeres de 60 años y más, por grupos de causas de muerte en ALC, desde principios de la década de los 80 hasta fines de la década de los 90.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, datos de mortalidad, 2002



¿Cuán saludables son los años ganados?

Una cuestión importante que surge del envejecimiento progresivo de la población es la calidad de vida de las personas mayores. Si las sociedades tienen más personas mayores y estas personas mayores también viven más años que nunca, ¿hasta qué punto se puede considerar que la mayor cantidad de años vividos después de los 60 son años saludables?

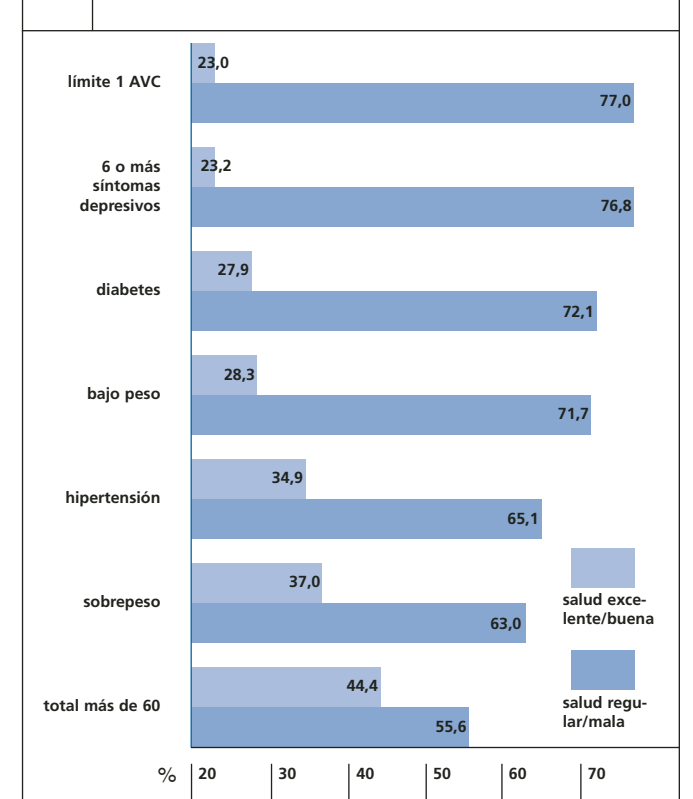
1. Estado de salud autoinformado

Tal vez, la mejor forma de medir la salud de las personas mayores es el estado de salud autoinformado. ¿Cómo ven su propia salud física las personas mayores de América Latina y el Caribe? De acuerdo con una Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) de la OPS, llevada a cabo en siete ciudades principales de América Latina y el Caribe, la respuesta depende de cuántas enfermedades crónicas tenga la persona o cuán independiente sea.

El estado de salud autoinformado varía de acuerdo con el sexo más que con la edad. Entre las personas mayores de 60 a 69 años, el porcentaje que informa tener una salud excelente o buena es sólo el uno por ciento mayor que el de las personas mayores de 70 años y más. No obstante, entre las personas mayores de cada grupo etario, las mujeres demostraron tener muchas menos probabilidades de informar su salud como buena o excelente que los hombres. Sólo el 42% de las mujeres de 60 años y más informaron tener una salud excelente o buena, mientras que el 49% de los hombres informaron tener una salud buena o excelente.

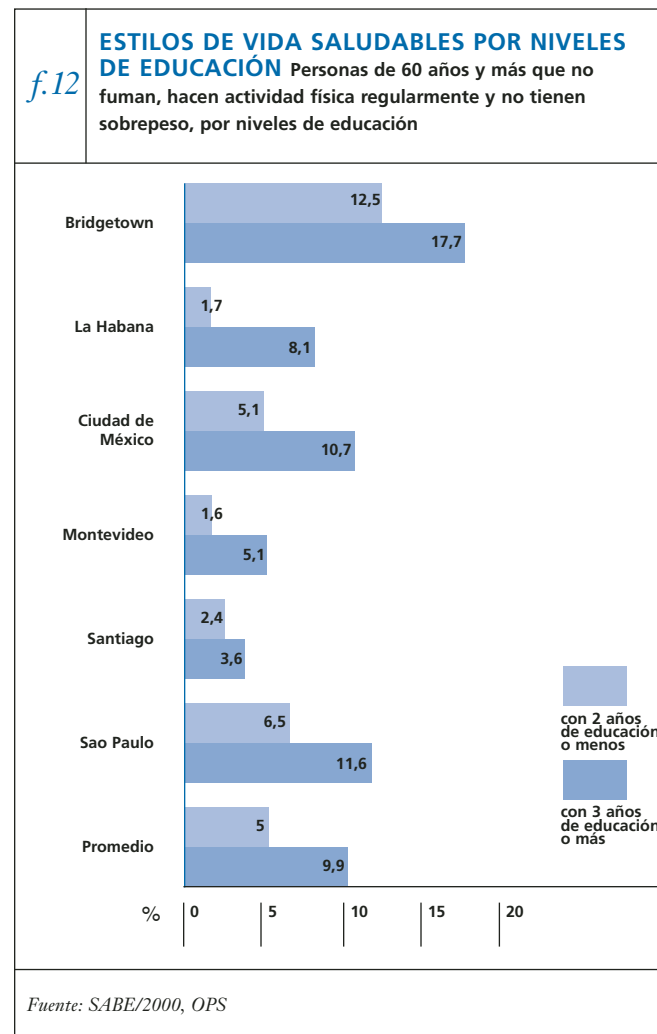
Mejorar las probabilidades de vivir más tiempo con una salud buena o excelente depende de cuán bien las personas mayores puedan prevenir las limitaciones funcionales, la desnutrición y las enfermedades crónicas. **Algunas investigaciones han demostrado que el 70% del deterioro físico que se produce con el envejecimiento se relaciona con factores de riesgo modificables, incluidos nutrición deficiente, activi-**

f.11
AUTOINFORME SOBRE SALUD POR CONDICIONES CRÓNICAS y limitaciones sobre las actividades de la vida cotidiana (AVC) para personas de 60 años y más en la Encuesta SABE.



Fuente: SABE/2000, OPS

dad física, fumar y no usar servicios preventivos y de exámenes de tamizaje. (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud), 1999). Por lo general, estos factores de riesgo modificables se asocian con cinco condiciones crónicas no transmisibles muy conocidas: hipertensión, enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer y derrame cerebral. Las pruebas también demostraron sistemáticamente que algunos factores de riesgo modificables para las



condiciones y enfermedades crónicas tienen mayor prevalencia entre las personas de bajo nivel socioeconómico o educativo. Por ejemplo, en la Ciudad de México, entre las personas que tienen tres años de educación escolar o menos, el 95% tiene al menos un factor de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, en comparación con el 89% que tiene más años de educación.

2. Factores de riesgo modificables

Actividad física

- La actividad física es la clave para un envejecimiento saludable. De hecho, las personas mayores tienen más que ganar que los

jóvenes si llevan una vida más activa, ya que están expuestos a un mayor riesgo de desarrollar problemas que se pueden prevenir si se hace actividad física regularmente. Estos problemas incluyen: obesidad, alta presión arterial, diabetes, osteoporosis, derrame cerebral, depresión, cáncer de colon y muerte prematura.

- La mayoría de las personas mayores de las ciudades de América Latina y el Caribe, en los casos en los que hay datos disponibles, no realizan el nivel suficiente de actividad para lograr obtener los beneficios de la salud asociados con la actividad física. En promedio, más del 75% de las personas mayores informa que no hace actividad física regularmente, por lo menos, tres veces por semana.

Nutrición

- Mantener un peso corporal saludable es importante para la salud de las personas mayores. El sobrepeso o la obesidad están asociados con un mayor riesgo de enfermedades, tales como enfermedad cardiovascular y diabetes, y pueden empeorar las condiciones existentes, como la artritis. Del mismo modo, tener bajo peso y una mala nutrición también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional.
- La mayoría de las personas mayores de las ciudades seleccionadas de América Latina y el Caribe son obesos o tienen bajo peso. Por obesidad se entiende un valor de 30 o más en el Índice de Masa Corporal, mientras que por bajo peso se entiende un valor inferior a 19. Ambas condiciones pueden relacionarse con déficits severos que afectan el sistema inmunológico de las personas, lo que las hace más vulnerables a las enfermedades.

Hábito de fumar

- El hábito de fumar es la causa de muerte y enfermedad con mayores posibilidades de prevención en los adultos. Fumar contribuye sustancialmente a las enfermedades crónicas y a la discapacidad.
- La mayoría de los hombres mayores de América Latina y el Caribe (70%) han fumado, mientras que el 25% son fumadores en la actualidad. Algunas investigaciones demostraron que dejar de fumar reduce el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en personas mayores y jóvenes. (Taylor, Donald H., Jr. et al, 2002)

Entre las personas mayores más jóvenes (60 a 69 años) de las ciudades seleccionadas:

- El 61% tiene sobrepeso. De este grupo, aproximadamente la mitad son obesos
- 3 de cada 4 no practica ninguna actividad física enérgica, por lo menos, tres veces por semana
- 1 de cada 4 hombres fuma

UN LLAMADO A LA ACCIÓN: PROMOCIÓN DE UNA CULTURA DE SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

Existen cada vez más pruebas de la importancia de la actividad física y la nutrición adecuada para ayudar a prevenir enfermedades y condiciones crónicas, impulsar los efectos positivos de la rehabilitación, reducir las posibles caídas y lesiones, ayudar a manejar los factores de riesgo y desempeñar un papel positivo general para mantener las funciones y prevenir la discapacidad. (OPS: Guía Regional para la Promoción de la Actividad Física, 2002)

Durante la 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo en la Organización Panamericana de la Salud, los Ministros de Salud acordaron desarrollar objetivos específicos por sexo y monitorear estrategias en las áreas de salud nutricional y actividad física.

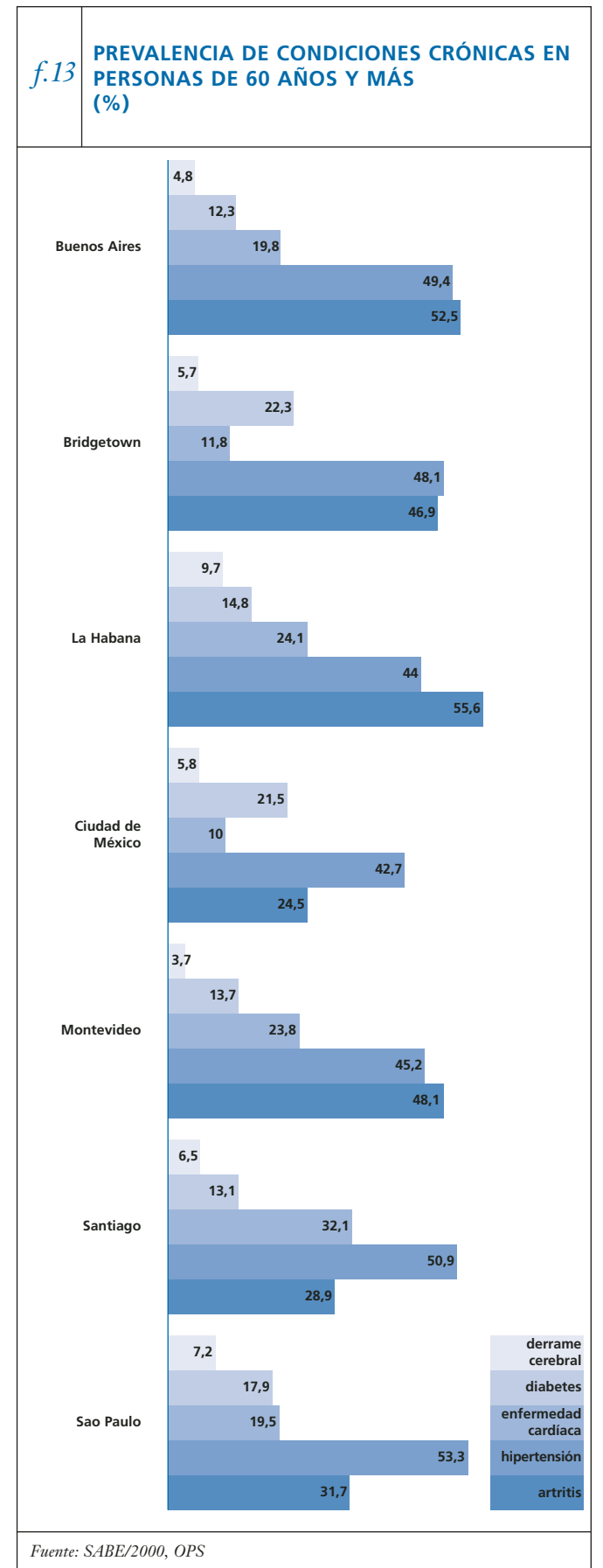
A fin de desarrollar estos objetivos y estrategias es necesario:

- Desarrollar programas de tamizaje de la comunidad a fin de identificar casos de desnutrición en personas mayores y asegurar que haya un sistema para hacer el seguimiento de los exámenes de detección de desnutrición con diagnósticos y tratamientos precisos.
- Coordinar el trabajo del organismo para asegurar una variedad de intervenciones de las comunidades, como programas de comida para los adultos mayores, programas de suplementos nutricionales o subsidios de alimentos para las personas mayores en condiciones de extrema pobreza, que viven solas o están discapacitadas.
- Capacitar a médicos de atención primaria de salud para promover conductas saludables entre las personas mayores. Las intervenciones de los médicos ejercen una influencia muy importante sobre las personas mayores. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que el consejo de un médico para que una persona deje de fumar cumple una función clave para que esta persona abandone el hábito.
- Planificar intervenciones educativas con médicos de atención primaria de salud y personal de enfermería, y proporcionarles materiales de apoyo para alentarlos a preguntar a las personas mayores, en forma rutinaria, sobre su dieta, la actividad física, el hábito de fumar y otras conductas relacionadas con la salud.
- Realizar campañas de información pública para promover que las personas mayores hablen con sus médicos sobre los beneficios que pueden obtener al realizar cambios saludables en su estilo de vida.

3. Condiciones de salud crónicas

Un ejemplo

La prevalencia de enfermedades crónicas entre las personas mayores de América Latina y el Caribe es considerablemente mayor que en los Estados Unidos y Canadá. La proporción de personas de 60 años y más con hipertensión, artritis, diabetes, derrame cerebral y enfermedad cardíaca de América Latina y el Caribe es comparable a la proporción de personas de 70 años y más de los Estados Unidos y Canadá.



Hipertensión

La prevalencia de hipertensión reportada que se obtuvo en las ciudades seleccionadas de la región es del 48% para las personas de 60 años y más. Si en el resto de la región la hipertensión tiene al menos la misma prevalencia, es posible especular que alrededor de 20 millones de personas mayores de América Latina y el Caribe pueden ser hipertensos. Esta condición constituye uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares como el derrame cerebral y la enfermedad cardíaca isquémica, que son las principales causas de muerte prematura entre las personas mayores. Los beneficios de mantener una presión arterial normal están bien documentados, pero en la mayoría de los países de la región, aún no existen suficientes programas efectivos para personas mayores para el control de la presión arterial. Uno de los problemas es la falta de un sistema de vigilancia para establecer una medida basal de enfermedades crónicas en la población de 60 años y más, para someter a prueba las intervenciones o para monitorear el progreso de los programas para este grupo poblacional.

Diabetes mellitus

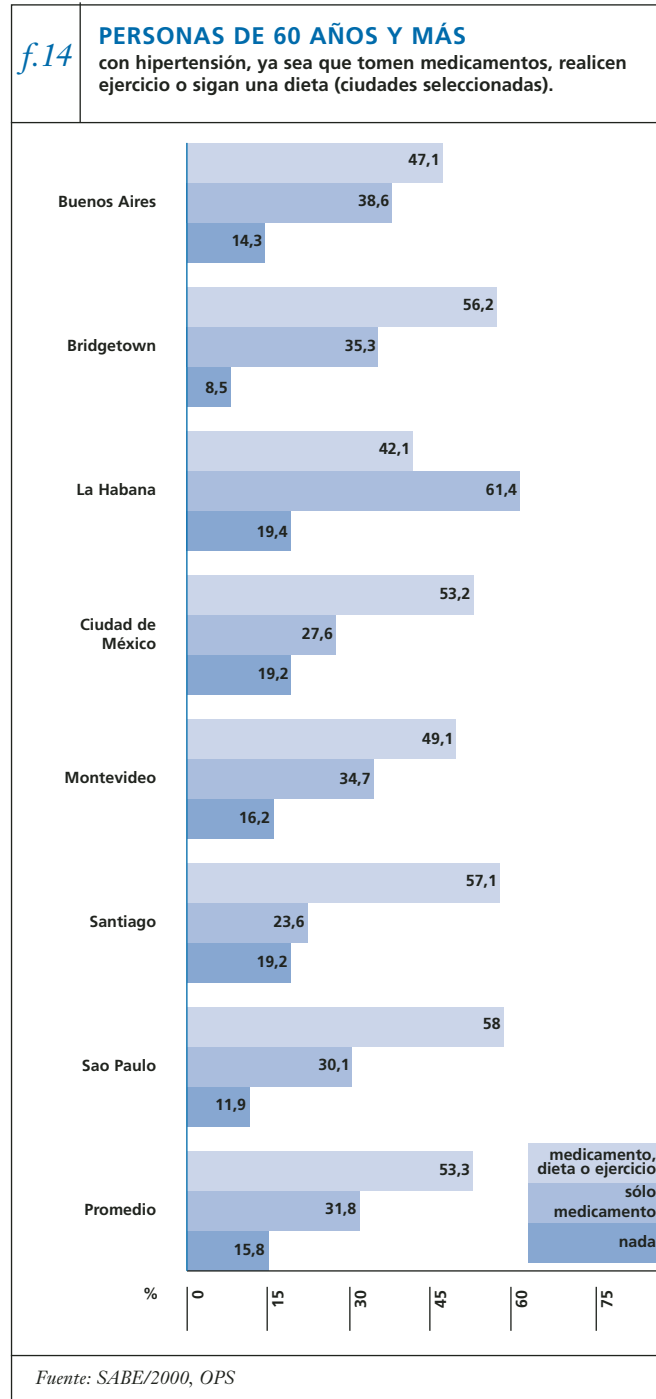
La cantidad de personas de 60 años y más con diabetes continuará aumentando a medida que la población de América Latina y el Caribe envejezca. Muchos de estos individuos comenzaron a padecer de diabetes al llegar a edad madura y comenzarán a desarrollar complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes a medida que envejecen.

En México y Barbados, la prevalencia de la diabetes reportada entre las personas mayores es superior al 22%. En Buenos Aires, La Habana, Santiago de Chile, Sao Paulo y Montevideo, la prevalencia reportada de la diabetes diagnosticada fue superior al 12%. En concordancia con otros estudios, la cantidad de personas mayores con menos de 3 años de educación que informaron tener diabetes duplica la cantidad del resto de las personas mayores.

UN LLAMADO A LA ACCIÓN: CONDICIONES DE SALUD CRÓNICAS

- Implementar políticas y normas para la detección temprana, el tratamiento y el manejo de enfermedades crónicas en personas mayores.
- Enseñar a las personas mayores y a sus familias a autocuidarse para que puedan prevenir y manejar mejor las condiciones crónicas.
- Proporcionar un acceso igualitario a los medicamentos esenciales y brindar normas sobre administración de dosis por parte de personas mayores.

La diabetes es una de las principales causas de ceguera entre las personas mayores; es alarmante que en el grupo etario de 60 a 74, entre los que informan tener diabetes, por lo menos el 60%, también informaron tener problemas de la vista con o sin anteojos, y el 20% tenía dificultades al menos con una actividad de la vida cotidiana. Dentro del grupo de los que no son diabéticos, en el mismo grupo etario, sólo el 13% informó tener dificultades con actividades de la vida cotidiana.



4. Salud mental

La depresión es una epidemia no reconocida en las personas mayores. La prevalencia de los problemas de salud mental entre las personas mayores contribuye al mal uso de los medicamentos, el abuso del alcohol y la conducta autodestructiva. También disminuye la capacidad del individuo para cuidar y manejar los problemas de salud antes de que queden discapacitados o que su vida se vea amenazada. Los proveedores de atención primaria de salud rara vez están capacitados para satisfacer las necesidades de salud mental de los pacientes mayores y la mayoría de éstos no tiene acceso a medicamentos adecuados. Además, la falta de coordinación de la atención primaria de salud y los servicios de salud mental comunitarios genera una situación en la que no se satisfacen las necesidades de salud mental de las personas mayores.

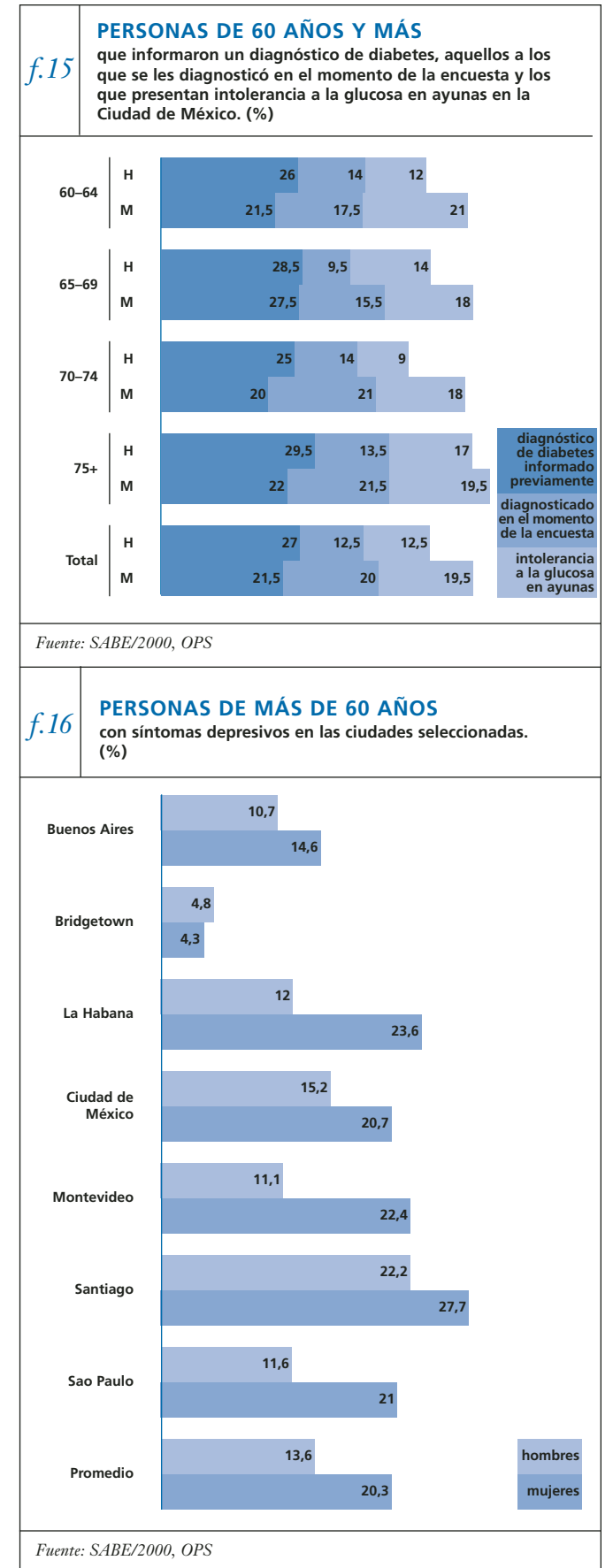
Entre las personas mayores que viven en la comunidad y no presentan deterioro cognitivo, el 18% obtuvo resultados positivos en exámenes de detección de síntomas depresivos y sólo el 5% tomaba un medicamento antidepresivo recetado. Entre aquellos que tienen, por lo menos, dos condiciones crónicas, el 24% tenía síntomas depresivos.

Pese a la importancia que la salud mental tiene para la salud y el bienestar general de las personas mayores (77% de las personas mayores con síntomas depresivos calificó su salud como deficiente o mala), la salud mental y el envejecimiento no han sido una prioridad para la región.

LLAMADO A LA ACCIÓN: SALUD MENTAL

Los médicos de atención primaria son los principales puntos de entrada para las personas mayores que necesitan cuidados de salud mental. Sin embargo, es bien sabido que existe una falta de detección y tratamiento de enfermedades mentales en entornos de atención primaria. Por eso es que la reforma se debe centrar en mejorar el tratamiento de atención primaria de las personas mayores con trastornos mentales. Para alcanzar esta meta, la OPS y el MIAH propusieron los siguientes pasos:

- Tamizar por depresión a las personas adultas mayores en los centros de atención primaria de salud y entornos comunitarios; asegurándose de que haya un sistema que funcione bien para hacer el seguimiento de los exámenes de detección de depresión con diagnósticos, tratamientos y seguimientos precisos.
- Capacitar a profesionales de atención primaria de la salud, proveedores de salud mental y familiares prestadores de cuidados para tratar las necesidades de salud mental de las personas mayores.
- Evitar los costos del uso inadecuado de medicamentos para el tratamiento de la depresión y facilitar el acceso a los tratamientos adecuados.
- Crear la infraestructura para lograr un sistema de salud coordinado que pueda responder a las necesidades de salud mental de las personas mayores.





¿Cuán independiente es la vida después de los 60?

Los aumentos de la esperanza de vida en América Latina y el Caribe también significarán que muchas personas mayores tendrán años adicionales que vivir, y enfrentar, con una discapacidad.

Deficiencias visuales

El treinta y cinco por ciento de las personas mayores de las ciudades seleccionadas ha informado tener dificultades para ver (con o sin anteojos). Por el contrario, en los Estados Unidos, sólo el 18% de las personas de 65 años y más tiene deficiencias visuales. Entre los que tienen más de 75 años, el 28% de los estadounidenses de origen africano y el 23% de los estadounidenses blancos tienen deficiencias visuales. (*National Health Interview Survey (Encuesta de la Entrevista Nacional Sobre Salud), 1998*)

La deficiencia visual en los adultos mayores conlleva al deterioro funcional, así como a caídas, fracturas de cadera y depresión. No obstante, los costos en efectivo de las visitas oftalmológicas, los anteojos, los tratamientos para los ojos y la cirugía superan los costos que puede pagar la mayoría de las personas mayores.

Discapacidad

La discapacidad, de acuerdo con la *Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (CIF) 2001*, “es un término que comprende deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación”.

La edad avanzada se relaciona con una mayor probabilidad de discapacidad. Por ejemplo, en el Censo poblacional de 2000 realizado en México, la tasa de discapacidad para las personas de 60 años y más fue de 135 por 1.000 personas mayores, mientras que la tasa para las personas de 70 años y más fue de 207 por 1.000. En Belice, donde la definición de discapacidad

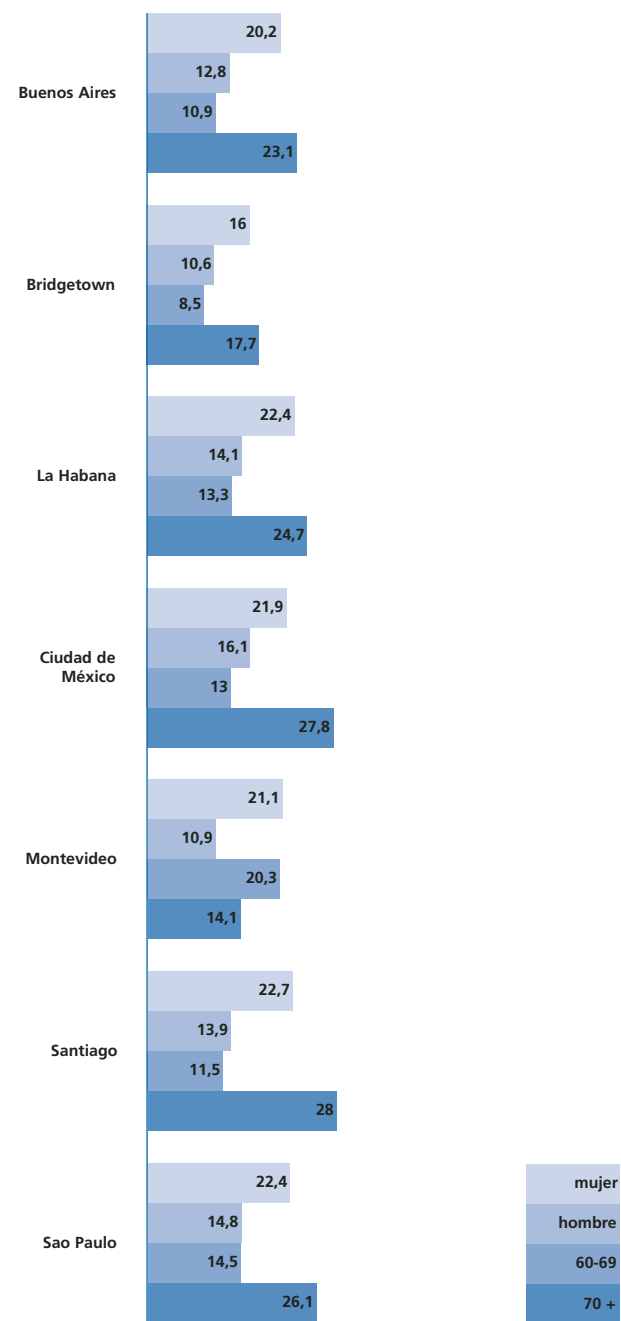
es más amplia que en México, la tasa para los de 60 años y más fue de 321 por 1.000, que aumentó a 424 por 1.000 entre las personas de 70 años y más. Si la tasa de discapacidad se mantiene en los niveles actuales informados en los últimos censos poblacionales, es posible proyectar que, para 2010, México tendrá aproximadamente un millón de personas de 70 años y más con discapacidades.

Para las ciudades seleccionadas en la encuesta SABE, el 20% de las personas mayores que vive en la comunidad informó tener una limitación en, por lo menos, una actividad de la vida cotidiana (bañarse, comer, vestirse, ir al baño, pasar de la cama a la silla y caminar). Las mujeres tienen el doble de probabilidad de tener alguna discapacidad que los hombres. Las personas de 70 años y más también tienen aproximadamente el doble de probabilidad de tener alguna discapacidad que aquellos entre 60 y 69 años. Los que están casados y viven con el cónyuge tienen menos probabilidades de tener alguna discapacidad (*Figura 17*).

Las condiciones crónicas causan casi la mitad de todas las discapacidades en las personas mayores. En la encuesta SABE, al menos uno de cada dos hombres y dos de cada tres mujeres informaron tener, por lo menos, una de las siguientes condiciones de discapacidad: artritis, osteoporosis, mala visión e incontinencia. La asociación de condiciones crónicas con el funcionamiento físico de las personas mayores ya se ve reflejada en la proporción de personas que tienen dificultades para subir escaleras o arrodillarse y agacharse (*Figura 18*).

f.17

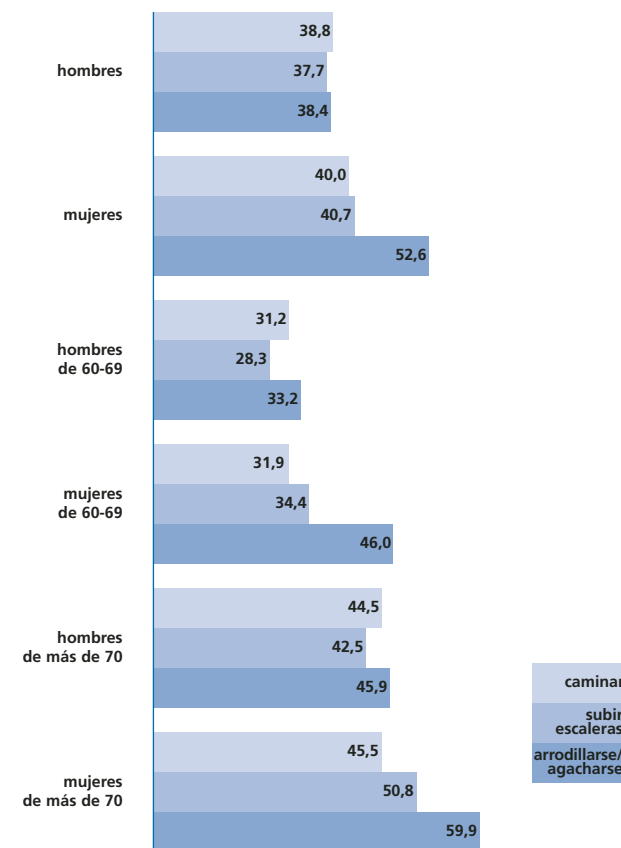
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON AL MENOS 1 LIMITACIÓN en las actividades de la vida cotidiana, por sexo y grupos etarios. Total para las ciudades seleccionadas en la encuesta SABE. (%)



Fuente: SABE/2000, OPS

f.18

PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON DIFICULTADES para caminar, subir escaleras y arrodillarse o agacharse. Total para las ciudades seleccionadas en la encuesta SABE. (%)



Fuente: SABE/2000, OPS

LLAMADO A LA ACCIÓN: CALIDAD DE VIDA E INDEPENDENCIA

- Aumentar la conciencia pública sobre la ceguera, la artritis y la osteoporosis como las principales causas de discapacidad y problemas de salud pública importantes.
- Promover la rehabilitación de tipo comunitario para asegurar a las personas mayores la máxima cantidad de años de independencia.
- Garantizar el acceso a prótesis básicas y dispositivos asistidos para mejorar la calidad de vida y la independencia de las personas mayores.
- Asegurar que las personas con discapacidades reciban el apoyo familiar y comunitario que necesiten.



Servicios de atención de la salud: acceso y uso

La mayoría de los países de ALC ofrece una especie de garantía general para el derecho a los servicios de salud que, usualmente, no contiene limitaciones expresas ni garantías explícitas. Sin embargo, muchas personas mayores no conocen su derecho a tener acceso a servicios de salud; se enfrentan a numerosas barreras y no tienen la cobertura de ningún programa de protección social. Los servicios de salud accesibles para las personas mayores varían por área geográfica y por situación socioeconómica. Cada país debería tener servicios básicos de exámenes de detección y asesoramiento necesarios para personas mayores, incluidos los que se detallan a continuación:

Hipertensión

El tratamiento de la hipertensión en personas mayores siempre estuvo relacionado con la reducción de la morbilidad y la mortalidad como consecuencia de enfermedades cardiovasculares. Los exámenes de detección de hipertensión deberían estar acompañados de asesoramiento para cambios en el estilo de vida, tratamiento y control.

Datos de la encuesta SABE muestran que, en la mayoría de los países, sólo aproximadamente el 60% de aquellas personas que informaron tener hipertensión se había dirigido al centro de salud ambulatorio o había visitado al médico de atención primaria en el transcurso de los últimos 12 meses. Aproximadamente el 72% estaba tomando un medicamento para pacientes hipertensos recetado y sólo aproximadamente el 21% estaba realizando actividad física en forma regular.

Los países deben establecer objetivos específicos para mejorar los exámenes de detección y control de la hipertensión en las personas mayores y desarrollar estrategias de salud comunitarias para mejorar el acceso de las personas mayores al asesoramiento y tratamiento.

Cáncer de mama

El cáncer de mama puede ser tratado si se realiza una detección

temprana. La mamografía es la única manera eficaz de reducir el riesgo de morir por cáncer de mama. Según los datos de la encuesta SABE, sólo el 27% de las mujeres de 60 años y más informó haberse realizado una mamografía en el transcurso de los últimos dos años. La probabilidad de realizarse una mamografía aumentaba con el nivel de educación, lo que se puede interpretar como indicador de la capacidad de pago. Un programa de la salud pública que fomente la salud de las personas mayores debe garantizar el acceso a exámenes de detección de cáncer para mujeres mayores, independientemente de su capacidad de pago.

Obesidad y desnutrición

Los exámenes de detección de rutina para identificar la malnutrición son una manera simple y eficaz de controlar un factor clave para la salud y el bienestar de las personas mayores. Según los datos de la encuesta SABE, en dos de cada tres personas mayores se detectaron factores de riesgo debido a la malnutrición. Se debe abordar periódicamente la importancia de una dieta bien balanceada con las personas mayores.

Actividad física

La actividad física siempre ha estado relacionada con mayor movilidad y menores tasas de enfermedades cardiovasculares y

osteoporosis. Según datos de la encuesta SABE, menos del 20% de las personas mayores practican la suficiente actividad física como para recibir los beneficios necesarios para su salud. Los programas de salud pública deben promover la práctica regular de ejercicios físicos para incrementar la flexibilidad, resistencia, fortaleza y equilibrio en las personas mayores. Los médicos deben capacitarse para saber cómo recetar actividad física para las personas mayores con diferentes perfiles de enfermedades.

Problemas de la vista

Los defectos de refracción no corregidos, el glaucoma, las cataratas y la degeneración macular son los responsables de la mayoría de los trastornos visuales que padecen las personas mayores. Los exámenes de detección y la posibilidad de tener acceso a servicios de cuidado de la vista y anteojos adecuados ayudarían significativamente a reducir la cantidad de personas mayores con discapacidades.

Prevención de lesiones y caídas

Los accidentes de tránsito y las caídas son las dos causas externas principales de muerte para las personas mayores. La tasa de mortalidad debido a caídas entre las personas de 75 años y más supera los 200 por cada 100.000 personas mayores. En la encuesta SABE, aproximadamente el 30% de las personas mayores informó haber sufrido, como mínimo, una caída en el transcurso de los 12 meses anteriores. Aproximadamente el 3 por ciento tuvo una fractura de cadera o de muñeca. Se deben realizar exámenes de detección para identificar los riesgos de caídas y osteoporosis. Además, se necesita asesoramiento respecto de comportamientos relacionados con la seguridad.

Cuidado dental

Los problemas bucales tienden a ser de carácter acumulativo en la vida de una persona. En la región, el nivel de edentulismo total o parcial es muy elevado. Según la encuesta SABE, más del 60% de las personas tenía menos de la mitad de sus dientes. De este grupo, entre el 15 y el 35% no tiene prótesis dental. Aproximadamente el 80% de las personas mayores tiene necesidades dentales insatisfechas. La detección, el asesoramiento y el tratamiento de las necesidades dentales de las personas mayores son un componente importante de la atención primaria.

Inmunizaciones

Las vacunas pueden prevenir o reducir significativamente la gravedad de la neumonía y la influenza en las personas mayores. Las personas mayores en la mayoría de los países no tienen acceso a vacunas gratuitas contra la neumonía ni la influenza. Los datos de la encuesta SABE indicaban que el 69% de las personas mayores sigue sin tener la vacuna contra la influenza.

LLAMADO A LA ACCIÓN: ATENCIÓN DE LA SALUD

Es tiempo de desarrollar e implementar en cada país un plan nacional para brindar un programa de salud comunitario integral para las personas mayores. Esto implica una reorientación de los servicios de atención primaria de la salud y la capacitación del personal especializado en la atención de la salud. El plan nacional debería concentrarse en mejorar las funciones físicas y mentales de las personas mayores, y fijar prioridades basadas en la población, que incluyan:

- Objetivos específicos para la prevención secundaria de enfermedades crónicas
- Un programa de salud para mujeres mayores, que incluya exámenes de detección y tratamiento contra cáncer de mama, artritis, osteoporosis e incontinencia urinaria
- Programas de ejercicios físicos comunitarios
- Asociaciones comunitarias para mejorar la salud nutricional
- Asociaciones comunitarias para mejorar la salud mental
- Programa de prevención de caídas y lesiones
- Servicios accesibles de salud ocular y bucodental
- Vacunas contra la neumonía y la influenza accesibles



Barreras para los servicios de salud

En la región de ALC, las personas mayores enfrentan numerosas barreras para los servicios de salud, incluida la pobreza, la falta de información, los sesgos culturales y la falta de proveedores de atención de la salud debidamente capacitados. La educación de la salud debe dirigirse a las personas mayores para ayudarlos a superar estas barreras y motivarlos a adoptar estilos de vida saludables.

Barreras relacionadas con las políticas: Falta de cobertura para los servicios de salud

Las personas mayores suelen encontrarse entre aquellas personas que están socialmente excluidas de la atención de la salud, como consecuencia de la pobreza. Además, faltan políticas que definan y garanticen explícitamente el acceso a servicios de salud adecuados. También faltan planes nacionales para desarrollar una fuerza de trabajo capacitada en los aspectos básicos de la medicina geriátrica.

Barreras relacionadas con los proveedores: Falta de proveedores de atención de la salud debidamente capacitados

La mayoría de las personas mayores recibe atención de la salud de un proveedor de atención primaria de salud. Lamentablemente, los proveedores de atención de la salud de la región han recibido capacitación, principalmente, en pediatría y salud maternal. Muchos médicos creen, equivocadamente, que las enfermedades crónicas, el dolor y la discapacidad son consecuencias inevitables de la edad y, por lo tanto, no hacen nada para aconsejar, tratar y controlar en forma oportuna los problemas de salud que las personas mayores les plantean.

Barreras relacionadas con los pacientes: Falta de información sobre la salud y el envejecimiento

Las barreras para los servicios de la salud necesarios también incluyen la falta de información sobre la salud, y las creencias culturales relacionadas con la salud y la enfermedad en las personas adultas mayores.

Por lo general, las personas mayores no saben distinguir entre los cambios psicológicos normales que se producen con el pasar de los años y los cambios relacionados con enfermedades. Además, las personas mayores tienden a internalizar los mismos estereotipos de la sociedad con respecto a comportamientos de salud y el envejecimiento. Las personas mayores necesitan motivación para cambiar su comportamiento. Esto se puede lograr a través de estrategias de información, comunicación y educación sobre la salud que promuevan la adopción de estilos de vida saludables. La educación sobre la salud orientada a las personas mayores también aumentaría su acceso a servicios de la salud adecuados y facilitaría un mejor cumplimiento de las intervenciones terapéuticas.



Capacitación del personal en atención de la salud: presente y futuro

Las personas mayores se enfrentan a condiciones de salud y desafíos únicos. Lamentablemente, la mayoría de los prestadores de asistencia sanitaria no está específicamente adiestrada para reconocer las necesidades de salud de las personas adultas mayores. Hay una brecha entre lo que los proveedores saben y lo que necesitan saber para brindar un tratamiento óptimo a las personas mayores. Algunas investigaciones demostraron que las personas mayores que reciben atención de proveedores de atención de la salud capacitados en geriatría tienden a estar mejor que aquellas personas que reciben la atención usual. Además, se reduce el costo general de cuidados mal administrados con relación a las personas mayores.

¿Quién se ocupa de las personas mayores?

Únicamente el 14% de las escuelas de medicina de ALC tiene programas de geriatría, y menos del 2 por ciento de los programas de estudios avanzados en enfermería tiene personal docente de tiempo completo capacitado en enfermería geriátrica. Una rotación obligatoria por geriatría en todas las escuelas de medicina sería una decisión acertada, a fin de prepararse para el envejecimiento veloz de la población de la región que se prevé para las próximas dos décadas. Sin embargo, ni siquiera esto resolverá el problema para la próxima generación de personas mayores.

Necesidades médicas de las personas mayores

La gran mayoría de los profesionales de la asistencia sanitaria de ALC no está capacitada para reconocer las necesidades de salud de las personas mayores. Los problemas relacionados con los medicamentos para las personas mayores, incluida la administración de dosis inadecuadas y las reacciones adversas, son frecuentes en todos los entornos donde se brindan servicios sanitarios. Además, los problemas de salud de las personas mayores suelen estar mal diagnosticados, o bien se los pasa por alto o desestima como condiciones normales del envejecimiento, porque los médicos no están capacitados para distinguir entre enfermedades y deficiencias derivadas de los

cambios fisiológicos normales relacionados con el envejecimiento. Por lo general, los médicos consideran que condiciones como la pérdida de la memoria o la incontinencia son efectos colaterales normales del envejecimiento, aunque estas condiciones pueden mejorar a través de intervenciones adecuadas. Un estudio en Chile y Jamaica sugiere que los médicos de los centros comunitarios rara vez, o nunca, recetan actividad física, programas para dejar de fumar o estrategias para reducir el colesterol a los pacientes de edad avanzada, aun cuando las pruebas indican que dichas terapias son igual de beneficiosas que para las personas más jóvenes. (*Estudio OMS/INTRA, 2003*)

Algunas investigaciones demostraron que las personas mayores que reciben cuidados de médicos y personal de enfermería capacitados en cuidados geriátricos tienden a estar mejor que aquellas personas que reciben cuidados no diferenciados (Kovner et al., 2002). En un estudio, tanto los pacientes que recibieron cuidados internados como los pacientes ambulatorios en unidades de geriatría experimentaron importantes reducciones en el deterioro funcional y mejoras en la salud mental sin costos adicionales. En otro estudio, los pacientes de edad avanzada que recibieron cuidados de personal de enfermería capacitado en geriatría registraron menos readmisiones hospitalarias.

La tabla 1 muestra los costos generales financieros, de productividad y no financieros de la mala administración relacionada con la atención a las personas mayores:

TABLA 1. COSTO DE OPORTUNIDADES PERDIDAS O MALA ADMINISTRACIÓN RELACIONADA CON EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

	Costos financieros	Costos de productividad	Costos no financieros
Personas mayores	Honorarios por servicios (si corresponde)	Pérdida de productividad en el trabajo o en el hogar	Resultados de salud deficientes; menor calidad de vida
Familiares prestadores de cuidados	Pérdida de ingresos como consecuencia de las necesidades de prestación de cuidados	Pérdida de productividad en el trabajo o en el hogar	Menor calidad de vida
Proveedores de servicios de salud locales	Recursos asignados a cuidados inadecuados	Productividad reducida debido al tiempo destinado al cuidado de enfermedades mal controladas	Frustración y menor satisfacción en el trabajo
Sistema de asistencia sanitaria	Costos relacionados con el mal uso de los recursos comunitarios y mayor uso de los cuidados de emergencia	Uso improductivo de los recursos, aumento de otras necesidades insatisfechas	Sistema atestado de necesidades insatisfechas
Resultados generales	Recursos públicos o privados invertidos en "ponerse al día" y en "tratamientos" más caros en vez de invertirlos en promoción, prevención y rehabilitación	Mayor discapacidad y menor esperanza de vida saludable	Sistema ineficiente; pérdida de oportunidades para posponer enfermedades y discapacidades relacionadas con el envejecimiento

Adaptado de: WHO (2001) Innovative care for chronic conditions.

**LLAMADO A LA ACCIÓN:
ACCESO A ATENCIÓN DE LA SALUD ADECUADA
PRESTADA POR TRABAJADORES DE LA ATENCIÓN
DE LA SALUD CAPACITADOS**

- Ofrecer garantías específicas a los servicios de salud adecuados y necesarios para las personas mayores.
- Implementar programas con un paquete definido de servicios de prevención y tratamiento diseñados para reorientar los servicios primarios de la salud para las personas mayores.
- Garantizar que haya personal especializado en atención de la salud debidamente capacitado en los conceptos y habilidades básicas de la medicina geriátrica.



Plan de acción general para América Latina y el Caribe

Para garantizar que las personas mayores de América Latina y el Caribe sobrevivan y estén cada día mejor, y que el ciclo de salud de ALC aumente junto con el ciclo de vida, la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud proponen lo siguiente:

1. Desarrollar pautas y procesos para controlar el estado de salud de las personas mayores, e implementar un sistema de vigilancia

Un perfil de salud del grupo de población de 60 años y más (clasificados por género y edad, por ejemplo, 60-64; 65-69; etc.) debería incluir:

- Variables sociales y demográficas
- Datos de mortalidad
- Datos de morbilidad
- Datos sobre factores de riesgo de enfermedades y discapacidades
- Datos sobre capacidades funcionales y discapacidades
- Datos sobre acceso y utilización de servicios de salud, incluido el uso de medicamentos y dispositivos asistidos
- Datos sobre barreras relacionadas con el acceso a atención de la salud

Objetivo recomendado:

Para 2010, por lo menos 1/3 de los países de la región ya habrá implementado cambios en sus sistemas de información y vigilancia para desarrollar una base de datos mínima sobre indicadores de salud y envejecimiento con el fin de:

- Establecer una medida basal de morbilidad y discapacidad para personas de 60 años y más.
- Analizar tendencias y cambios en la salud y capacidad funcional de las personas de 60-69 años, y 70 años y más.
- Desarrollar metas nacionales para la salud de las personas mayores y evaluarlas cada ciclo de 5 años.

2. Promover y financiar una agenda de investigación de la salud pública para identificar las amenazas a la salud de las personas mayores

Esto implicará:

- Desarrollar recursos humanos capacitados en epidemiología y biodemografía del envejecimiento.
- Desarrollar programas activos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades no transmisibles y discapacidad en las personas adultas mayores.
- Incluir temas relacionados con el envejecimiento en las agendas nacionales de investigación.

Objetivo recomendado:

Para 2010, ya se habrán establecido en la región tres (3) centros subregionales para el desarrollo de recursos humanos y redes de investigación para respaldar agendas de salud pública relacionadas con el envejecimiento. La investigación sobre envejecimiento también se incluirá como una prioridad en, por lo menos, 10 países de la región.

3. Promover comportamientos y entornos saludables para las personas mayores

La promoción de estilos de vida saludables para personas mayores requiere que se tomen medidas a nivel de políticas, de la comunidad y de los individuos:

- Las personas responsables de formular políticas deben establecer objetivos susceptibles de medición para las personas mayores como parte de un plan de promoción de la salud nacional.

- La comunidad debe desarrollar asociaciones multisectoriales para lograr actividades de promoción de la salud más accesibles y eficaces para las personas mayores.
- Las personas mayores deben estar informadas sobre temas relacionados con la salud y el envejecimiento, para exigir su derecho a recibir servicios médicos preventivos y participar en el establecimiento de prioridades relativas a la salud de la comunidad.

Objetivo recomendado:

Para 2010, por lo menos 10 países de la región ya habrán establecido metas para la buena salud e independencia funcional de las personas mayores con objetivos e indicadores específicos susceptibles de medición. Estos objetivos e indicadores deben revisarse en forma regular.

4. Desarrollar un marco regulatorio para proteger los derechos de las personas mayores en entornos de cuidados a largo plazo

Las personas mayores que reciben servicios de cuidados a largo plazo en hogares o instituciones de cuidados grupales están muy expuestas a sufrir abusos o abandono. Se violan sus derechos en forma periódica y la salud pública tiene la responsabilidad de protegerlos. Para hacerlo:

- Se debe desarrollar la capacidad institucional para generar los marcos regulatorios y de vigilancia necesarios para proteger los derechos y la dignidad de las personas mayores con discapacidades.
- Se debe desarrollar personal especializado debidamente capacitado a nivel local para ejercer la supervisión de los servicios de cuidados a largo plazo.
- Se debe desarrollar un registro de los hogares e instituciones que ofrecen servicios de cuidados a largo plazo.
- Se debe educar a los proveedores y consumidores de servicios de cuidados a largo plazo en lo que respecta a temas relacionados con la calidad de los cuidados.

Objetivo recomendado:

Para 2010, por lo menos 1/3 de los países de ALC ya habrá implementado un marco regulatorio y de aplicación integral para servicios de cuidados a largo plazo, y contará con un registro preciso de los hogares e instituciones que prestan servicios de cuidados a largo plazo en cada comunidad.

5. Definir normas adecuadas para los servicios de salud geriátrica; controlar y evaluar el acceso de las personas mayores a los servicios de salud necesarios

La promoción de acceso igualitario de las personas mayores a los servicios de salud necesarios requiere:

- Políticas que ayuden a establecer los servicios de salud necesarios para las personas mayores.
- Indicadores para vigilar el acceso de las personas mayores a los servicios de salud necesarios y adecuados.
- Personal especializado capacitado para evaluar e implementar cambios, a fin de superar las barreras existentes entre las personas mayores y los servicios de salud necesarios.
- Colaboración con los proveedores de servicios de salud del seguro social, y otros socios, en la prestación de servicios a personas mayores.

Objetivo recomendado:

Para 2010, 1/3 de los países de ALC ya habrá iniciado un programa bien definido de servicios de salud necesarios para personas mayores, incluidos objetivos y estrategias susceptibles de medición para superar las barreras relacionadas con el acceso a los servicios.

6. Desarrollar un plan nacional para capacitar en geriatría al personal en atención primaria de salud, y brindarle a todo el personal en atención primaria de salud cierto grado de educación y capacitación en geriatría

Las escuelas de medicina deben crear programas de geriatría. Los programas de enfermería deben incluir la geriatría en sus planes de estudios obligatorios. Los estudiantes pertenecientes a programas de educación profesional sobre la salud deberían tener cursos obligatorios relativos al cuidado de personas mayores. Los países también deben garantizar que todos los profesionales de la salud que se encuentren trabajando desarrollen los conocimientos y las técnicas necesarias para tratar los aspectos complejos de la prestación de cuidados a una población de personas mayores cada vez mayor. Para alcanzar este objetivo, los países de la región deben:

- Lograr que los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud participen en capacitación continua sobre medicina geriátrica.
- Desarrollar iniciativas nacionales y regionales para implementar nuevos modelos de educación para médicos en ejercicio de la profesión.
- Fortalecer la capacidad de las escuelas de medicina y escuelas de enfermería para el desarrollo de la geriatría.

Objetivo recomendado:

Para 2010, 2/3 de los países de la región ya habrán incluido en sus planes nacionales de recursos humanos objetivos específicos para la educación continua en geriatría para médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y especialistas en rehabilitación de tipo comunitario.

Apéndice

Fuentes de los datos

Datos sobre la población

Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial: revisión 2003. Nueva York: División de Población de NU; 2003.

Datos de mortalidad

Organización Panamericana de la Salud. Base de datos regional sobre mortalidad. Washington, DC: OPS; 2002.

Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE)

Encuestas sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) realizadas a más de 11.000 personas de 60 años o más, de siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires, Bridgetown, La Habana, Ciudad de México, Montevideo, Santiago y Sao Paulo. SABE recaba datos sobre salud física y mental. También recaba información sobre cobertura de salud, uso de servicios de salud, situación financiera, apoyo familiar, antecedentes laborales y tipo de alojamiento. Para obtener más información, consulte: <http://www.paho.org>

Referencias

Arriaga EE. Measuring and explaining the change in life expectancies. *Demography* 1984; 21(1):83-96.

Barry, P. (2002). *The Critical Role of Practicing Physician Education*. Paper presented at United Nations Second World Assembly on Aging, Madrid, Spain.

Center on an Aging Society. *Visual Impairments*. Analysis of data from the 1998 National Health Interview Survey. (www.aging-society.org)

Kovner et al. (2002). Who Cares for Older Adults? Workforce Implications of an Aging Society. *Health Affairs* September/October, 78-89.

Palloni A, Pinto-Aguirre G and Pelaez M. *Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean*. International Journal of Epidemiology 2002;31:762-771.

Organización Panamericana de la Salud (2003) *La Salud de las Personas Adultas Mayores en América Latina y el Caribe*. Presentado en la Reunión Regional para la Implementación del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento en las Américas. Chile, 2003.

Organización Panamericana de la Salud (2002) *La Salud en las Américas*. Washington, DC: OPS Publicaciones Técnicas y Científicas No. 587.

Organización Panamericana de la Salud (2002) *La Salud Pública en las Américas*. Washington, DC: OPS Publicaciones Técnicas y Científicas No. 589.

Organización Panamericana de la Salud (2002) *ProMover: Un estilo de vida para las personas adultas mayores. Guía Regional para Promover la Actividad Física*. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (2002) *La Salud de los Adultos Mayores*. Estudio presentado en la 26 Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington DC: OPS (CSP26/13) www.paho.org

Peláez, M; Palloni, A; Albala, C; Alfonso, JC; Ham-Chande, R; Hennis, A; Lebrao, ML; Leon-Diaz, E; Pantelides, A; Prats, O. *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000*: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2003.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1999). Preventing the Diseases of Aging. *Chronic Disease Notes and Reports, Volume 12:3*. Centers for Disease Control and Prevention.

Taylor, Donald H., Jr, Hasselblad, Vic, Henley, S. Jane, Thun, Michael J., Sloan, Frank A. (2002) *Benefits of Smoking Cessation for Longevity*. American Journal of Public Health 92: 990-996

Organización Mundial de la Salud (2001) *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. (CIF) Ginebra: OMS.

World Health Organization (2003) *Developing Integrated Response of Health Care Systems to Rapid Population Aging*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2001) *Innovative care for chronic conditions* (meeting report). Ginebra: WHO (WHO/MNC/CCH/01.01)

Executive Summary

“For 100 years, the Pan American Health Organization has been dedicated to the vision that every person, whether in the dawn or dusk of life, deserves good health. We believe that this new Report on the State of Aging and Health in Latin America and the Caribbean, especially its recommendations, will help foster and further that vision. As we are all very aware, with the global boom in older adults we cannot even hope to ensure the opportunity of good health, to ensure that older people enjoy not only longer but better lives, unless our health care systems and our social systems are adequately prepared. We hope this Report will help provide the road map to reach that destination. We hope that this Report will serve as a catalyst for improvement and advancement in geriatric care, and we hope that this Report will help foster inter-American cooperation as we work toward our common goal of providing all our citizens a better quality of life. This volume deserves a place on the bookshelf of anyone who is interested in health promotion and health care access and delivery in the Americas.”

— *Mirta Roses, MD, Director of the Pan American Health Organization*

“The mission of the Merck Institute of Aging & Health (MIAH) is to improve the health, independence and quality of life of older adults around the world. We hope that this Report will help shine the spotlight on the obstacles to healthy aging faced by the people of Latin America and the Caribbean. This Report is needed, and it is needed now. A demographic tidal wave is crashing around the world; by 2025, in Latin America and the Caribbean, people 60 years or older will account for 14% of the population, or one out of every seven people. But aging is more than a matter of numbers. Older people have more complex illnesses. They have different medical needs than younger adults, and they present unique healthcare challenges. That is why older adults need appropriate care to prevent disease, promote independence and improve their quality of life. Ensuring that care will be one of the primary challenges facing the health care providers, governments, and societies of all the nations of the Americas in this new century, and our best hope is to assist each other, to learn from each other, and to share ideas with each other. We trust that this Report will help provide that opportunity.”

— *Patricia P. Barry, MD, Executive Director of the Merck Institute of Aging & Health*

Overall Numbers

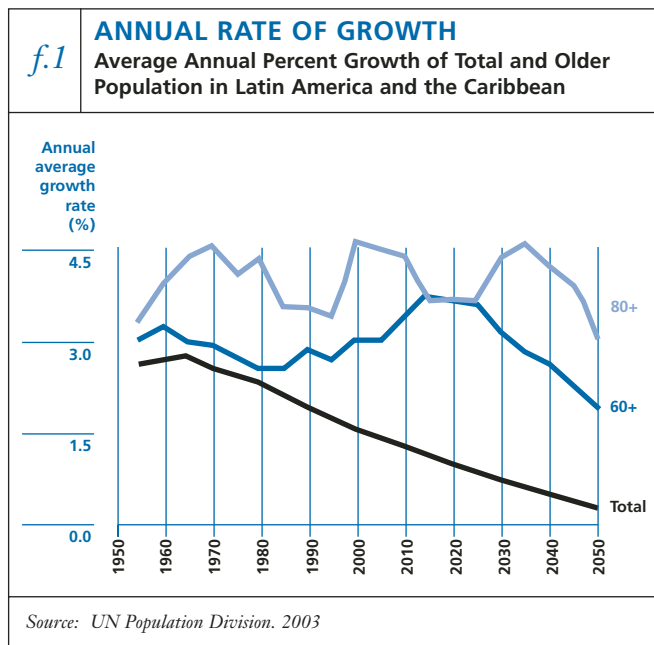
The number of persons 60 years or older living in Latin America and the Caribbean (LAC) will increase from 42 million in 2000 to 100 million in 2025. In 2000, they represented 8 percent of the total population, about 1 in every 12 persons. By 2025, 14 percent will be 60+, or 1 of every 7 persons in the region. During the first decade of the new century (2000-2010), a million people a year will be added to the group of persons 60 years and older; during the decade of 2010-2020, the growth will be two million persons per year. This represents an annual rate of

growth of 3.45 percent for the population 60 and over.

Moreover, by 2025, in every country, at least 10 percent of all those aged 60 and older will be those aged 80 and older. In some of the countries of the region, the proportion will even be much higher. The annual overall rate of growth of the population 80 years of age and older is 4 percent.

Qualitative considerations

Aging is more than a matter of numbers. Older persons have unique health challenges and different medical



needs than younger adults. Additionally, individuals aged 60 and above, especially in a region as diverse as Latin America and the Caribbean, are hardly a homogeneous population in terms of their health and disability status and in their demand for health care services.

Roots of the senior boom in LAC

The growth in the aging population in LAC can be traced, at least in part, to the medical and public health revolutions, especially the reduction in infant mortality, that began after 1930, and not to improvements in the overall standards of living. Thus, seniors in the region, unlike in industrialized societies which have witnessed a steady increase in the standard of living, have been exposed to malnutrition and more illnesses earlier in life. It is believed that such exposure may have enduring physiological effects that could strongly influence adult health status. (Palloni *A et al*, 2002)

Consequences

In LAC, unlike in the industrialized world, the explosion in the number of older adults is taking place in the midst of fragile economies, rising poverty levels, expanding rather than contracting social and economic inequalities, and contracting rather than expanding access to collectively financed services and resources. Consequently, the cohorts of seniors reaching 60 in the period 2000 - 2010 in (LAC) are likely to experience worse health and more disability than those observed among elders in developed countries.

REGIONAL CHALLENGE: Unless action is taken now to improve access to preventive medicine for older persons, LAC will be characterized not just by an unprecedented growth in the aging population, but also by an aging population experiencing increasing illness and disability with increasing demands for health services.

OPPORTUNITIES AND RESOURCES FOR MEETING THE REGIONAL CHALLENGE:

Opportunities: For most LAC countries, the window of opportunity to meet this challenge exists now, while the proportion of younger people is decreasing and the proportion of older persons is still relatively small. Now is the time for developing local primary health care laboratories to test new approaches in the care of older persons. If we wait even ten years, it will be much more costly to start the learning curve.

Resources: The LAC region has a number of resources to tackle this challenge. These include international agencies; intergovernmental agencies; professional organizations; advocacy groups and other agencies which can provide funding and support. For example:

- PAHO's regional network of country offices and experts
- Merck Institute of Aging & Health, an international NGO partnering with PAHO to strengthen the ability of health care systems to provide for the needs of older adults
- A regional network of Associations of Gerontology and Geriatrics (COMLAT-LAG)
- An interagency working group on aging comprised of the specialized regional agencies of the United Nations, i.e. UNFPA, PAHO, ILO, World Bank, CELADE, and the IDB
- The Latin American Academy of Medicine of Older Adults (ALMA)
- A network of nursing specialists in geriatrics

Table of Contents

Who Are the Older People of Latin America and the Caribbean?	01
The Health of Older Adults in Latin America and the Caribbean	05
How Healthy Are the Years Gained?	09
How Independent is Life After 60?	14
Healthcare Services: Access and Use	16
Barriers to Health Care Services	18
Training the Health Care Workforce — Present and Future	19
Latin American and Caribbean — Overall Action Plan	21
Appendix	23



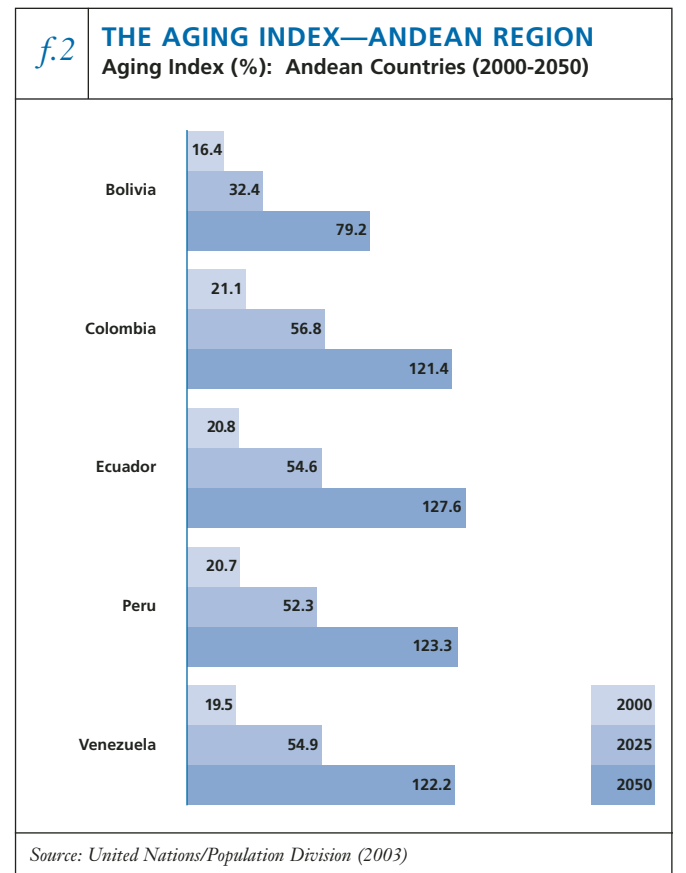
Who Are the Older People of Latin America and the Caribbean?

An estimated 60 percent of the LAC older populations are women. The majority of older people live in urban areas. The majority has only a primary level of education. 40% of men 60 years and older are still working while only 8 percent of women have any paid employment. A higher proportion of women than men are not living with a spouse or partner, but live with a child or another relative.

The profile of older people varies in significant ways between sub regions of LAC and even within countries. For the presentation of the socioeconomic profile of older persons we have grouped the sub regions according to a set of criteria already utilized by the Pan American Health Organization.

1. The Andean Countries

The Andean region including Bolivia, Colombia, Ecuador, Peru, and Venezuela have 7% of their population 60 years of age and older, with the exception of Bolivia that has 6%. The “aging index,” that is, the number of people 60 years of age and older per 100 children under 15 will double in all of these countries in two decades. And by 2050 all of these countries, except Bolivia, will have as many persons 60 and over as children under 15. This region is also characterized for having a large percent of rural and indigenous older persons. In Bolivia, for instance, about 69% of elders are part of the indigenous population, 42% are unable to read or write and 44% live in rural areas. Unlike the experience of other parts of Latin America, countries in this region will need to target the rural elder.



2. Central American, Spanish Speaking Caribbean and Haiti

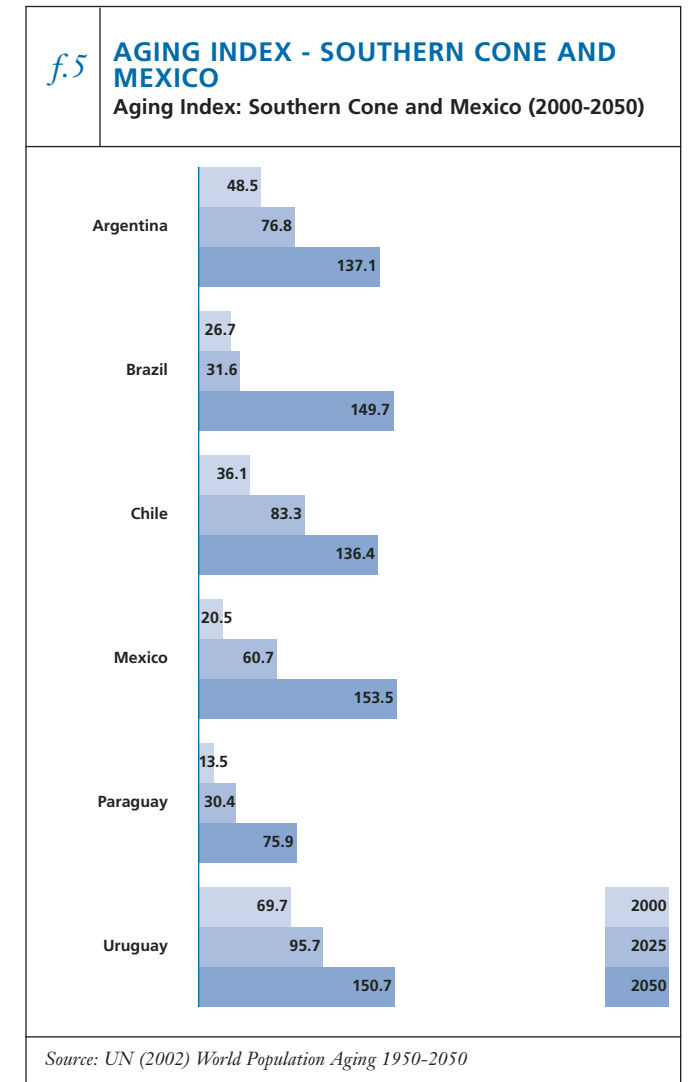
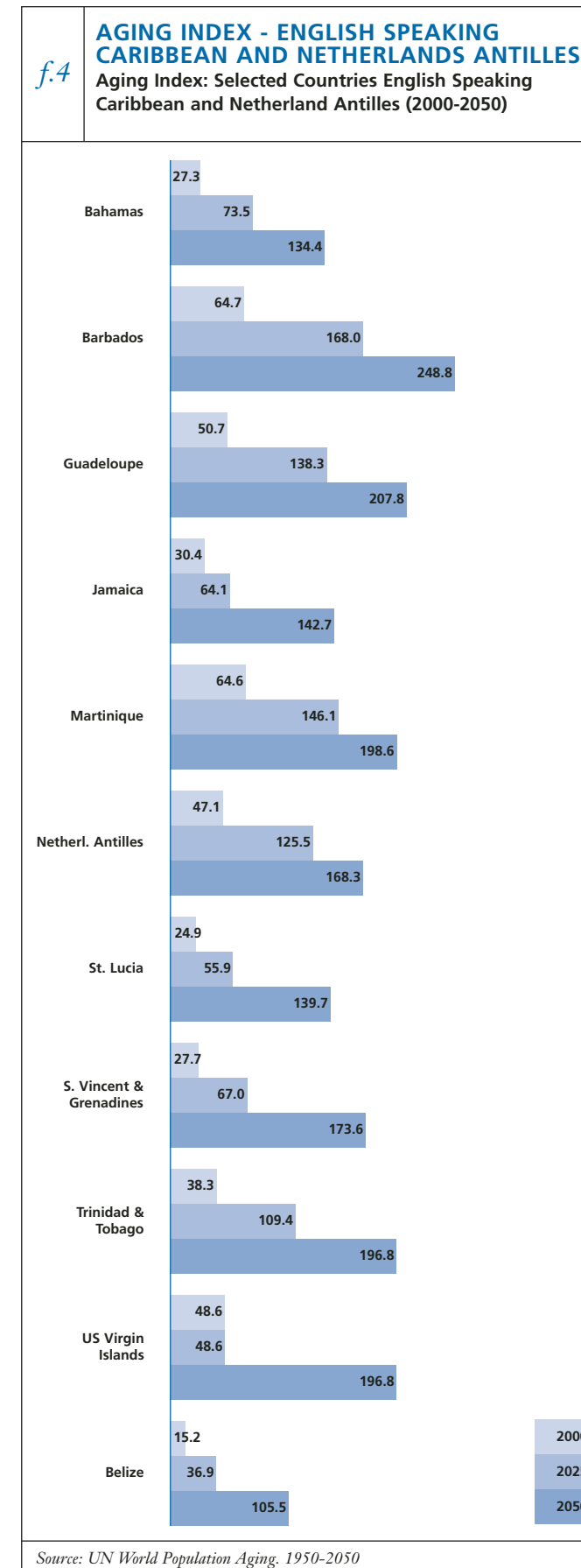
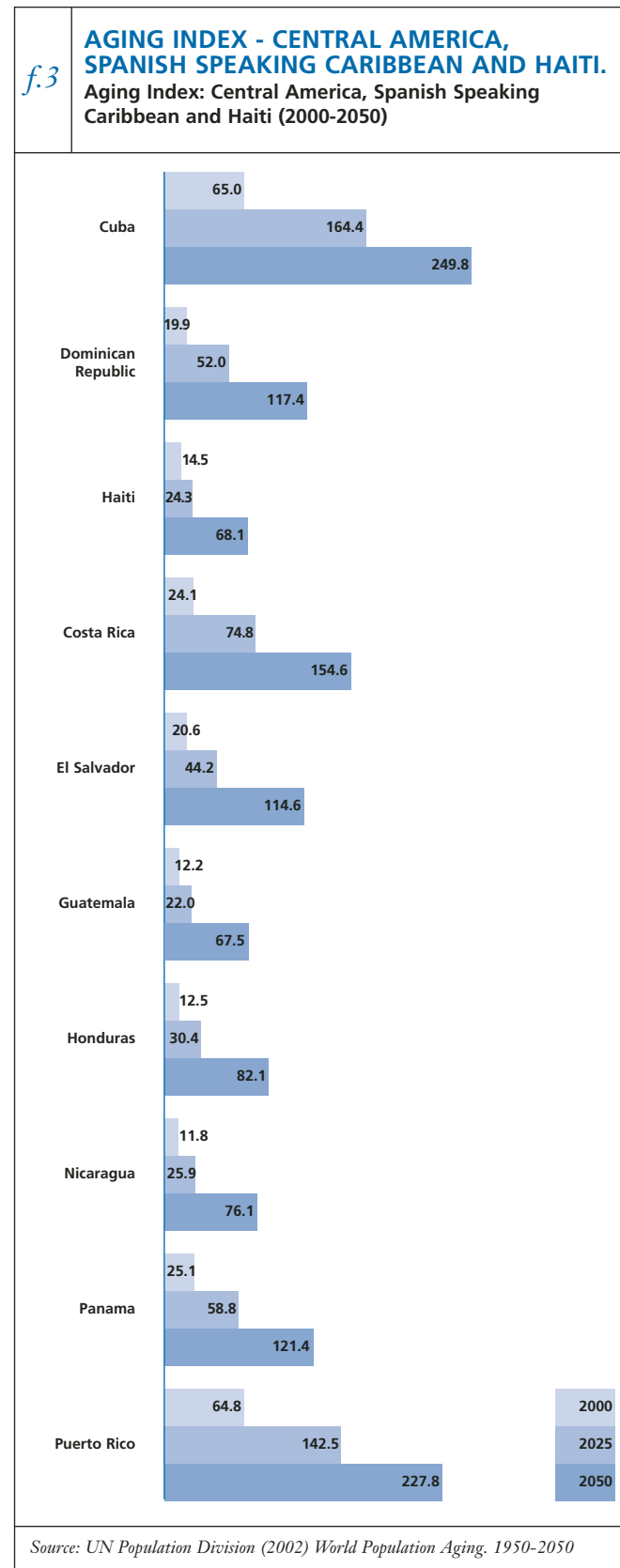
This region including Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicaragua, Panama, Puerto Rico, and the Dominican Republic, is characterized by wide differences in the speed and growth of population aging. Cuba and Puerto Rico have over 14% of the population 60 years of age and older; while Guatemala, Haiti, Nicaragua, and Honduras, have only 5 or 6 percent of their population 60 or older. During the next two decades, Cuba and Puerto Rico will have more persons 60 and older than children under 15. The Dominican Republic, Costa Rica and Panama will have at least one older person per every two children. The rest of the countries will have at least one older person per every four children.

The most likely scenario in this region is one where health and disability status deteriorates progressively as the cohorts who experienced the benefits of mortality decline 60 years ago approach older ages in poverty. Nutritional and metabolic diseases in the older population in this region are expected to be one of the principal risks of morbidity.

3. English Speaking Caribbean and Netherlands Antilles

The English speaking Caribbean and Netherlands Antilles including Anguilla, Antigua, Aruba, Barbados, Bahamas, Belize, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curaçao, Dominica, Grenada, Guyana, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent, Suriname, Turks and Caicos, and Trinidad and Tobago will have one of the fastest rates of population aging in the hemisphere. Barbados and Martinique already have one person 60 years of age and older per two children under 15. In two decades, with the only exceptions of Belize, Saint Lucia and St. Vincent and Grenadines, the countries in the region will have surpassed this ratio and at least three countries will have more elders than children.

The health and economic profile of the population aged 60 and over is largely determined by the double impact of “in and out migration.” Older women in particular are affected by this phenomenon. Due to the migration of younger generations, they are left to care for grandchildren with decreasing family & social support systems. At the same time, migration of retired persons back to their homelands after many years of working abroad has a significant impact on the demand for health and social services.



4. Southern Cone and Mexico

In the southern cone and Mexico we include Argentina, Brazil, Chile, Mexico, Paraguay, and Uruguay. These countries together have two-thirds of the total older population in Latin America and the Caribbean. Brazil and Mexico alone have 50% of all older persons in the region. This region also has the oldest country in the hemisphere; Uruguay with 17% of persons 60 years and older.

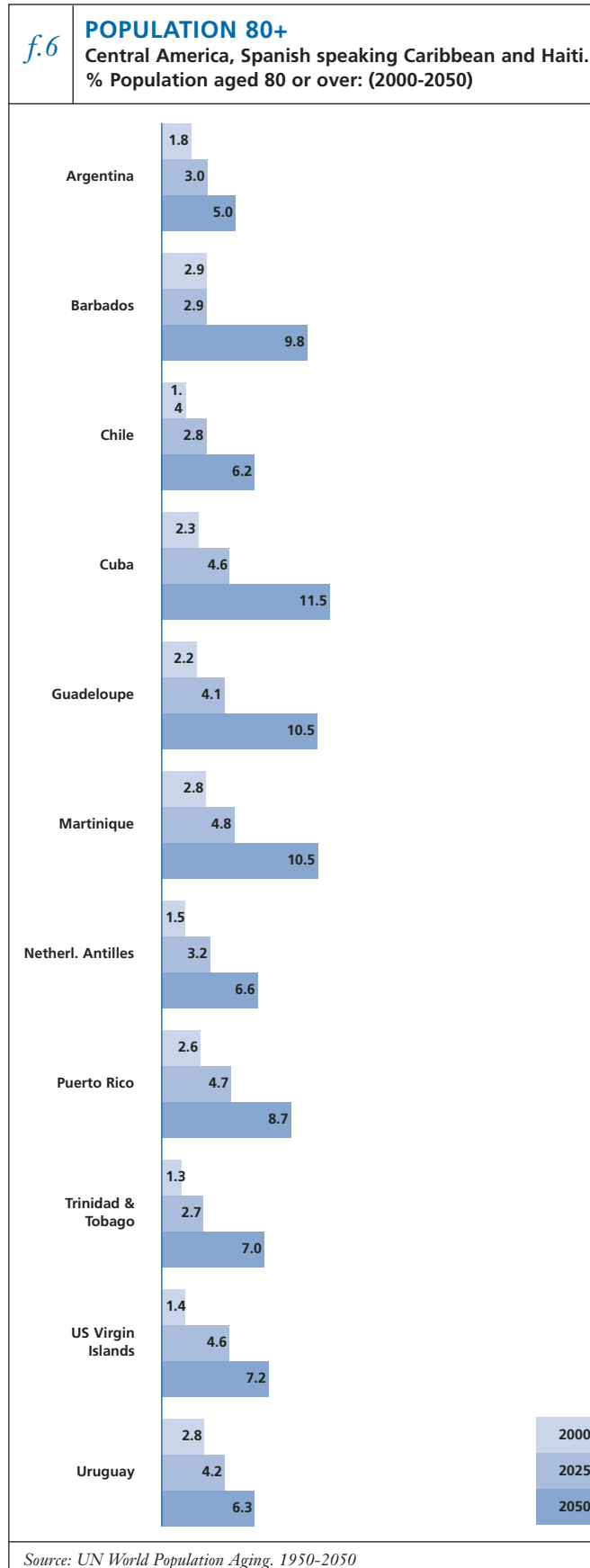
During the next two decades, all of these countries with the exception of Paraguay will have at least one older person per two children under 15. Uruguay will have as many older persons as children.

These countries are among the most urbanized in the region. 84 to 92% of elders in the southern cone live in urban areas while approximately 75% of elders in Mexico and Brazil live in cities.

The Oldest Old in Latin America and the Caribbean

The rapid growth of the population aged 80 and over will become a critical public health issue, during this decade, for the southern cone countries and the Caribbean. Frailty and functional decline are age-related conditions and are associated with increased medical costs (Morley, 2003). Thus, the proportion of the population aged 80 and over may be a good predictor of increasing demands on the health sector. Those countries with the largest proportion of the population aged 80 and over will naturally experience the greatest challenges of population aging.

To put things in perspective, in 2000, the United States had 3.3 percent of the population aged 80 and over and by 2050, this number will grow to 8 percent. Ten countries, three from the southern cone of South America and the rest from the Caribbean, will reach similar proportions by 2025; moreover, five countries will have over 8 percent of their populations aged 80 and over by 2050. In the case of Cuba and Barbados, over 10 percent of the population will be the “oldest old.”



The Health of Older Adults in Latin America and the Caribbean

Throughout Latin America and the Caribbean, life expectancy has increased significantly over the past half century. Cardiovascular disease is now the leading cause of premature death in people 60 years of age and older, and preventing it will have the greatest impact on increasing life expectancy. Cancer is the second leading cause of death.

Life Expectancy at 60

In the majority of the countries in Latin America and the Caribbean, life expectancy at 60 for the 2000-2005 period is very close to 20 years, and compares favorably with estimates for the U.S. and Canada. In contrast, in 1950-1955 the corresponding number was, on average, around 9.95 years. Thus, the region has gained during the past 50 years about 9 years of life after 60.

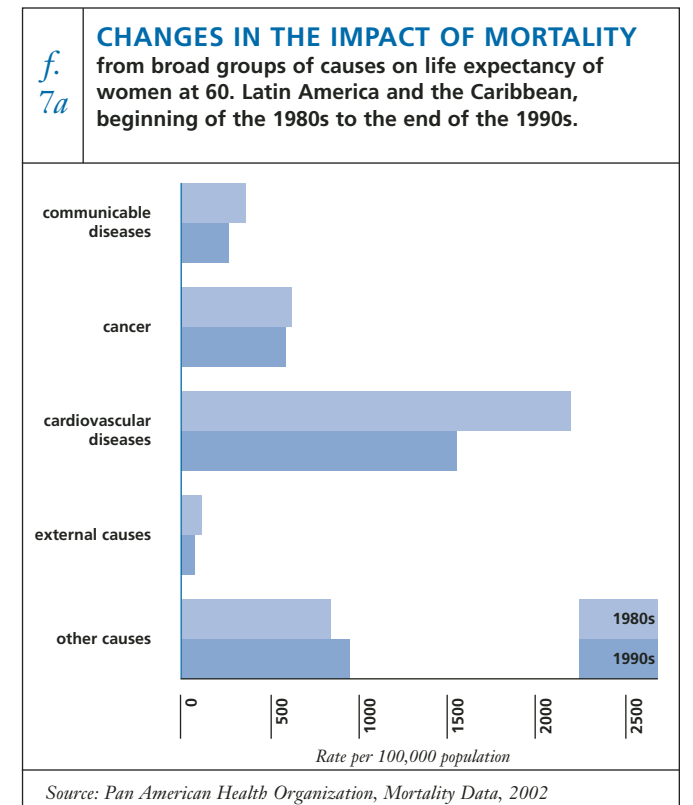
Many believe that future progress in life expectancy above age 60 will be increasingly harder to achieve. But there is consensus that in the majority of the countries in Latin America and the Caribbean, **primary and secondary prevention of cardiovascular diseases in both men and women will have the greatest impact in further gains in life expectancy at 60.**

The challenge for public health during the next decades is complex. On the one hand, interventions are needed to continue reducing the rate of premature mortality; simultaneously, ways must be found to improve the health and quality of life during the years gained after 60. In other words, it is imperative that the health span increases with the life span.

Mortality Profile, Magnitude and Trends

Mortality rates are indicators of the absolute risk of dying and, therefore, are a fundamental tool for the

analysis of health. Considering the reciprocal relationship between mortality and life expectancy it is impor-



tant to explore the change in mortality due to the principal groups of causes (e.g. cardiovascular diseases, etc.) expressed in years of life expectancy gained (YLEG) between the beginning of the 1980s and the end of the 1990s; and the level of mortality due to each group of causes, expressed in years of life expectancy lost (YLEL). Years of life expectancy lost is measured as the difference between life expectancy observed in the late 1990s for persons 60 years and older and a theoretical life expectancy of 85 years. (PAHO, *The Health of Older Adults in LAC, 2003*)

1. Risk of dying from communicable diseases

There was a reduction in mortality from communicable diseases among older adults, those 60+, with greater impact on women than in men. On average, women are 19% less likely to die of infectious disease today than 20 years ago, while men are only 16% less likely to do so. The decrease is most significant in those 60 to 64, where both men and women are about 28% less likely to die of a communicable disease. In general, they are less likely of dying of tuberculosis than they were two decades ago but they are more likely of dying of acute respiratory infections and septicemia than they were in the 80s.

2. Risk of dying from cancer

For both older men and women, cancer is the second

leading cause of death in the region. There was a decrease in stomach cancer for both sexes. Men are 52% more likely to die of prostate cancer, and they are 6% more likely to die of lung cancer than 20 years ago due to the cumulative effects of smoking habits among older men. Women are 15% more likely to die of breast cancer and 25% more likely to die of lung cancer than they were 20 years ago.

3. Risk of dying from diseases of the circulatory system

Cardiovascular disease is the number one contributor to premature death in persons 60 years of age and older. It is about 20 times the risk of dying from external causes; 6 times the risk of dying from a communicable disease; 3 times the risk of dying from cancer; and 2 times the risk of dying from any other cause. But there is good news. Older men are 21% less likely to die of cardiovascular disease and women are 29% less likely than in the 1980s.

4. Risk of dying from external causes

External causes play an important part in loss of life expectancy for older persons. The risk of dying from traffic accidents is the number one external cause of death for men, while the risk of dying from falls is the number one external cause of death for women. Violent deaths, homicides and suicides remain an important cause of loss of life expectancy for older men.

5. Risk of dying from other causes

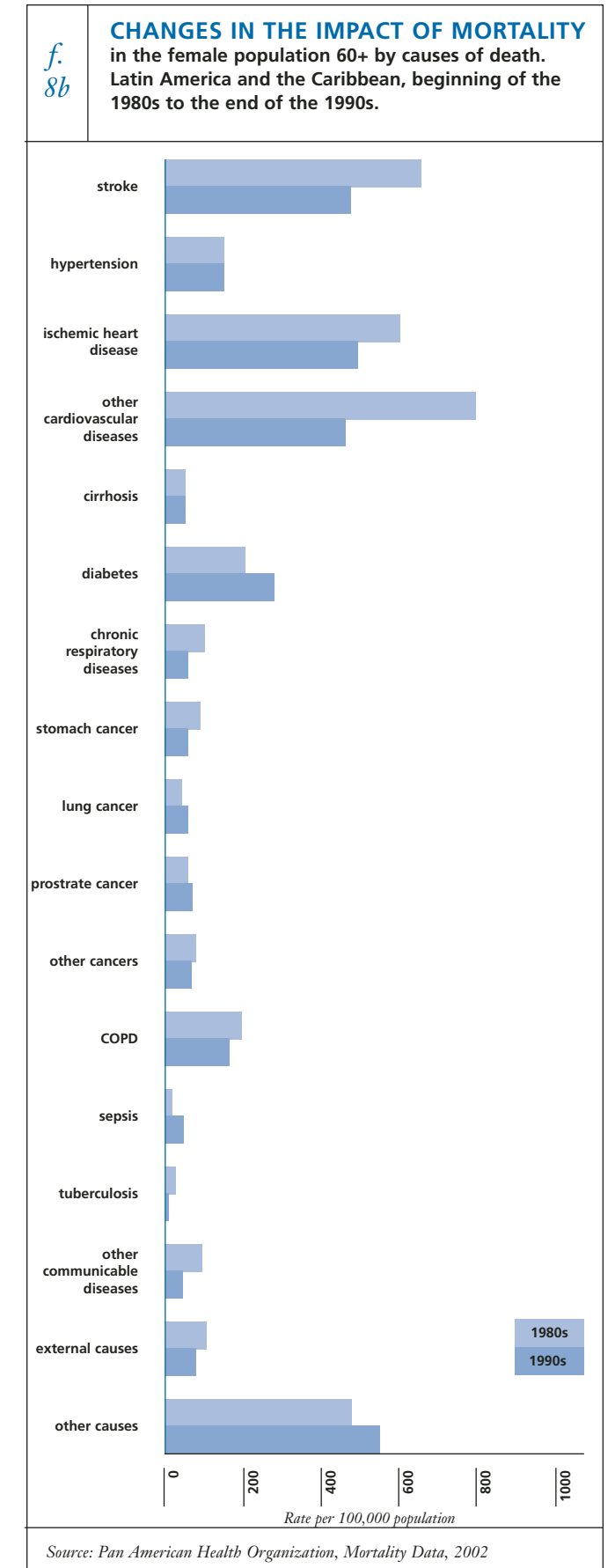
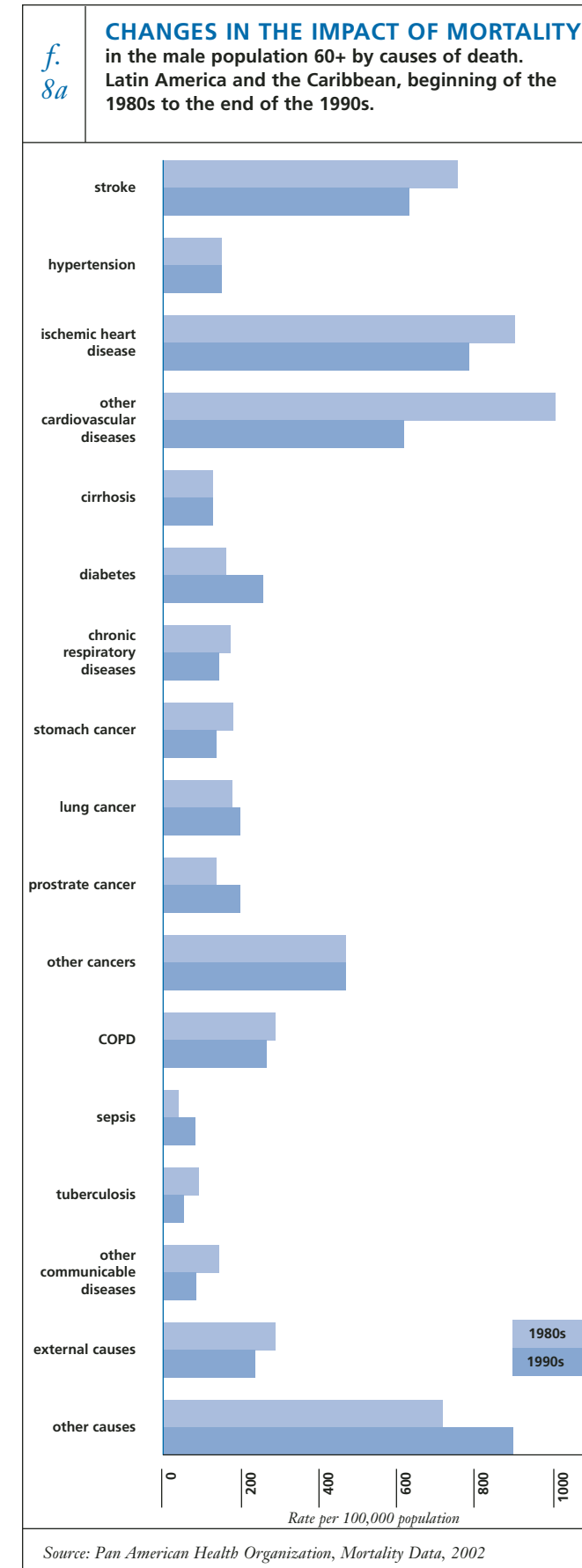
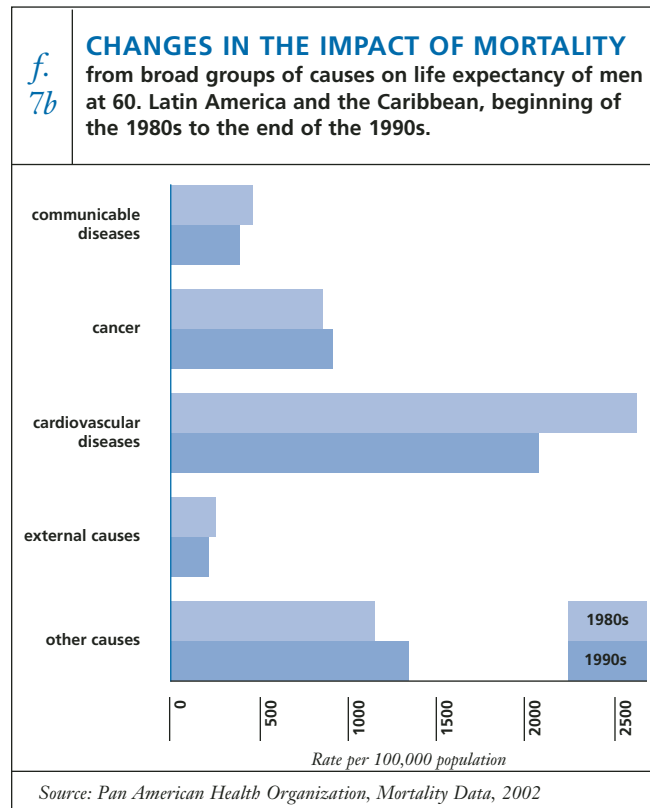
Diabetes mellitus. During the past 20 years, the risk of dying from diabetes mellitus has increased 57% in older men and 38% in older women. The significant increase of the death rate for diabetes is expected to continue to rise unless significant efforts are made to reduce the rate of obesity and physical inactivity among older persons.

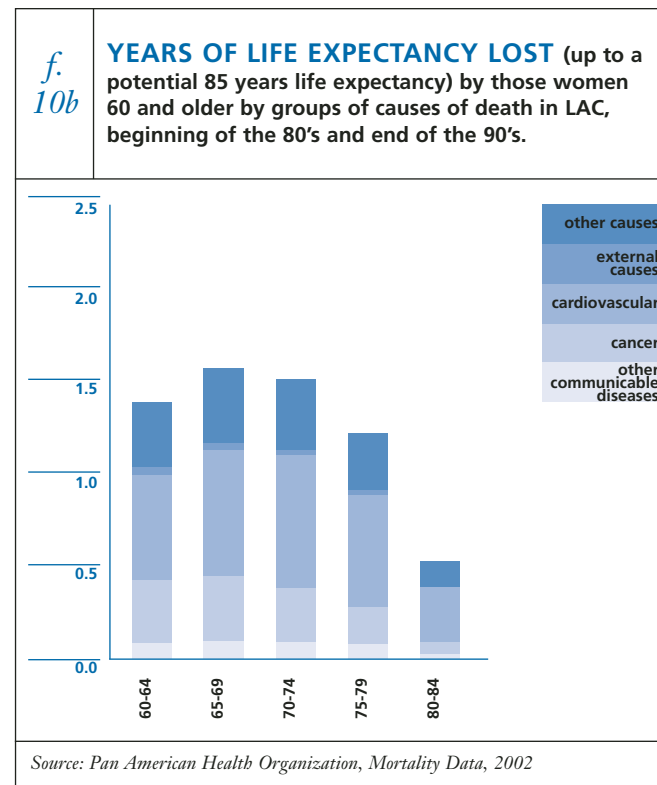
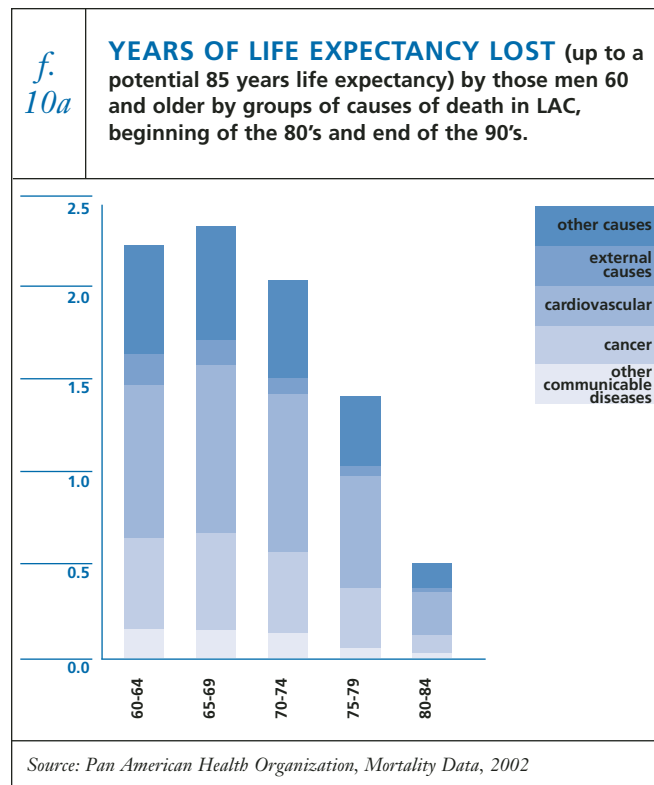
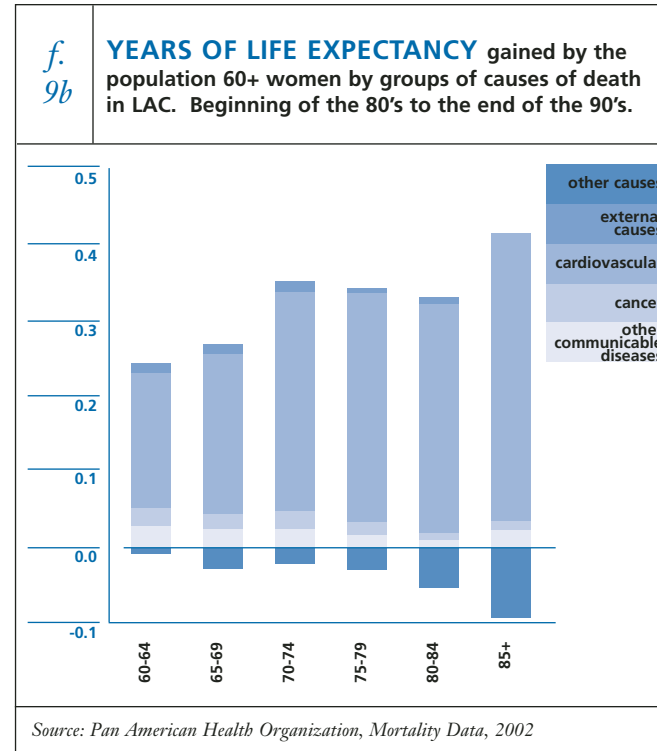
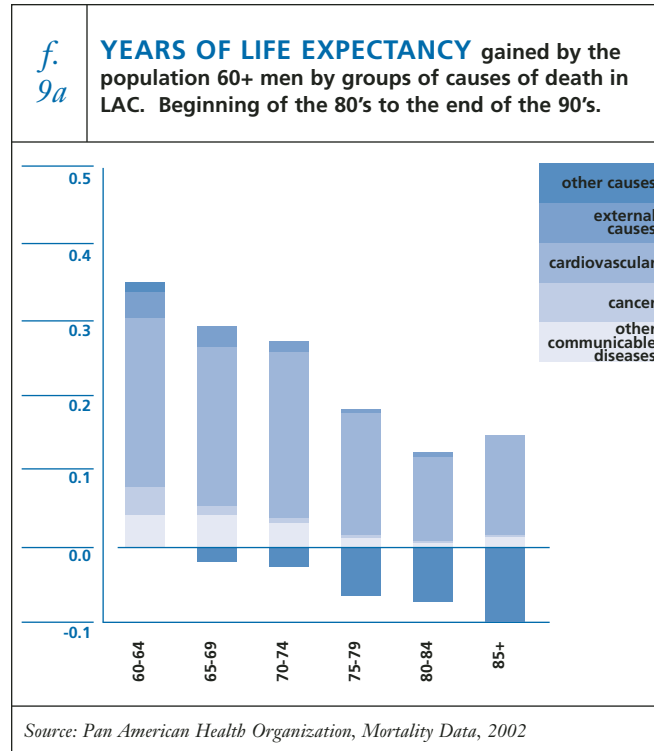
6. Risk of dying of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD)

The rate from the beginning of the 80s to the end of the 90s is striking. The risk of dying of COPD was reduced by an average of 40% in both men and women. However, it is still an important cause of death in older persons and represents the same level of risk as lung cancer.

7. Risk of dying of cirrhosis of the liver

The risk of dying from this cause did not change much over the past twenty years and contributes to as many deaths in older persons as stomach cancer.





How Healthy Are the Years Gained?

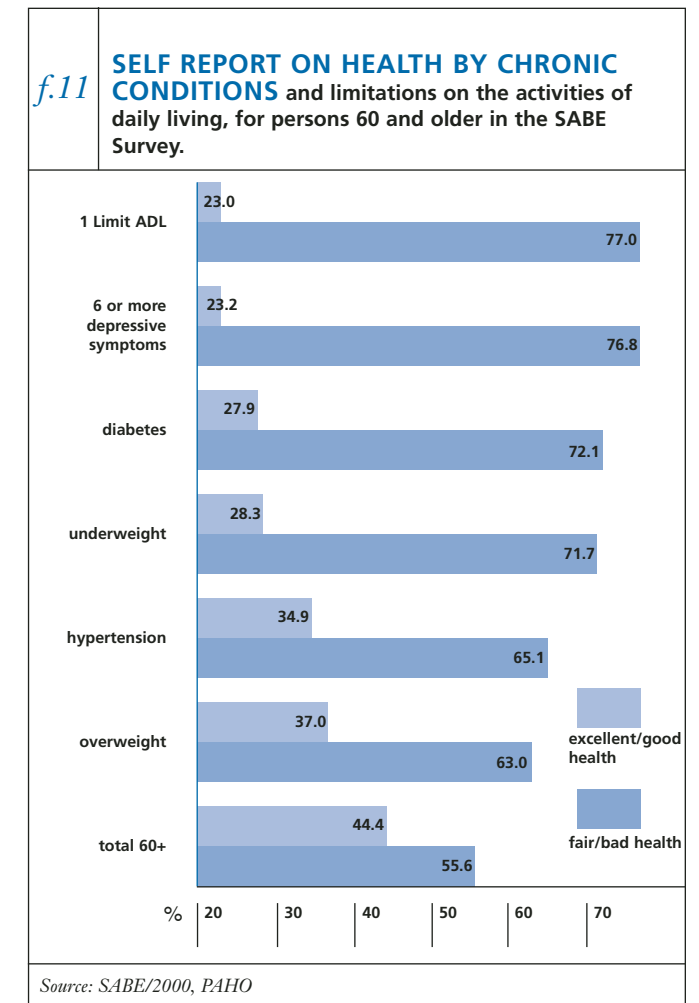
An important issue raised by the progressing aging of the population is the quality of life of older persons. If societies have not only more older persons, but older persons are also living longer than ever before, to what extent is the increase of years lived beyond 60 healthy years?

1. Self-Reported Health Status

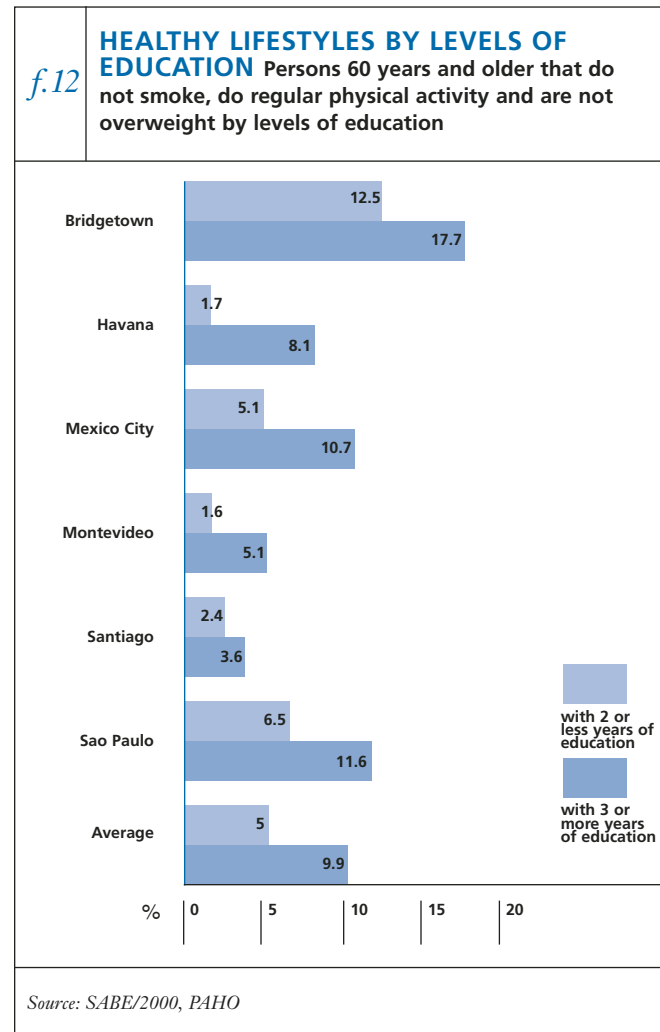
Perhaps the best measure of older adults' health is their self reported health status. How do older people in Latin America and the Caribbean view their own physical health? According to a PAHO survey on Aging, Health and Wellbeing (SABE) conducted in seven major cities in Latin America and the Caribbean, the answer depends on how many chronic diseases the person has or how independent the person is.

Self-reported health status varies by gender more than by age. Among those ages 60 to 69, the percentage reporting excellent or good health is only one percent higher than those 70 and older. But among older persons in every age group, women were much less likely than men to report their health as good or excellent. Only 42% of women 60 and over reported having excellent or good health while 49% of men reported their health as good or excellent.

Improving the odds of living longer with good or excellent health depends on how well older persons are able to prevent functional limitations, malnutrition and chronic diseases. **Research has found that 70% of the physical decline that occurs with aging is related to modifiable risk factors, including poor nutrition, physical activity, smoking, and failure to use preventive and screening services.** (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1999). These modifiable risk factors are most often associated



with five well-known chronic noncommunicable conditions: hypertension, heart disease, diabetes, cancer, and stroke. Evidence has also consistently shown that some modifiable risk factors for chronic conditions and diseases are more prevalent among persons with lower socioeconomic status or educational level. For example, in Mexico City among those with three or less years of schooling, 95% have at least one risk factor for chronic diseases, compared to 89% with more years of education.



2. Modifiable Risk Factors

Physical activity

- Physical activity is the key to healthy aging. In fact, older people have more to gain than younger people by becoming more active because they are at higher risk of developing problems that regular physical activity can prevent, including obesity, high blood pressure, diabetes, osteoporosis, stroke, depression, colon cancer, and premature death.

- Most older persons in Latin American and Caribbean cities, where data is available, are not active enough to achieve the health benefits associated with physical activity. On average, more than 75% of older persons report not doing regular physical activity at least three times per week.

Nutrition

- Maintaining a healthy body weight is important for the health of older persons. Overweight or obesity is associated with a greater risk of diseases, such as cardiovascular disease and diabetes, and can worsen existing conditions, such as arthritis. Similarly, being underweight and malnourished is also a risk factor for death and loss of function.
- The majority of older persons in the selected cities of Latin American and the Caribbean are either obese or underweight. Obesity is defined as having a score of 30 or more in the Body Mass Index while underweight is defined as having a score below 19. Both conditions could be related to severe deficits affecting the person's immune system making them more vulnerable to disease.

Smoking

- Smoking is the single most preventable cause of death and disease in adults. Smoking contributes substantially to chronic disease and disability.
- The majority of older men in Latin America and the Caribbean (70%) have smoked, while 25% are current smokers. Research has found that quitting smoking reduces the risk of cardiovascular disease in older as well as in younger persons. (Taylor, Donald H., Jr. et al, 2002)

Among younger older adults (60 to 69 years of age) in selected cities:

- 61% are overweight and among these, about half are obese
- 3 out of 4 do not engage in vigorous physical activities at least three times a week.
- 1 out of 4 men smoke

A CALL TO ACTION: PROMOTING A CULTURE OF HEALTH IN OLDER ADULTS

There is mounting evidence of the importance of physical activity and proper nutrition to help prevent disease and chronic conditions, boost the positive effects of rehabilitation, reduce the potential for falls and injuries, help manage risk factors, and play an overall positive role in maintaining function and preventing disability. (PAHO: A Regional Guide for Promoting Physical Activity, 2002)

At the Pan American Health Organization, during the 26th Pan American Sanitary Conference in 2002, Health Ministers agreed to develop gender-specific targets and monitoring strategies in the areas of nutritional health and physical activity.

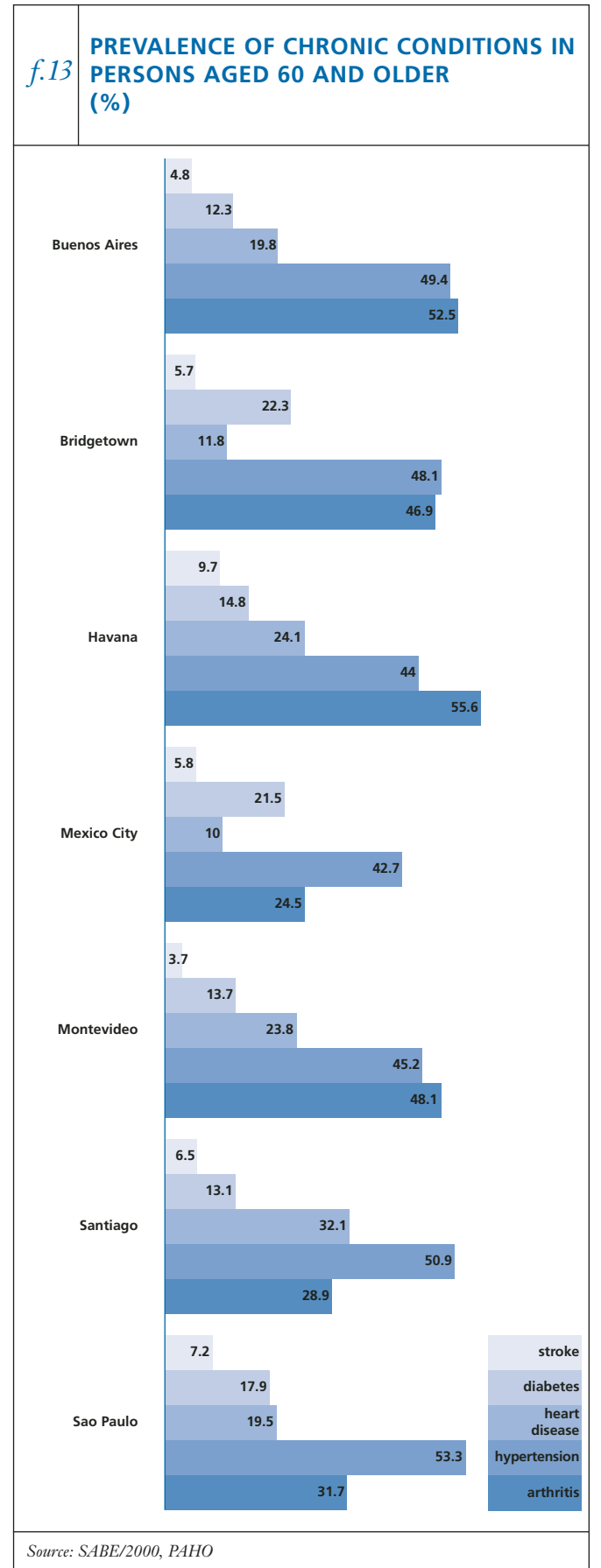
In order to develop these targets and strategies, it is necessary to:

- Develop community screening programs to detect malnutrition in older persons and ensure that there is a system to follow nutrition screening with accurate diagnosis and treatment.
- Coordinate agency work to ensure a variety of community interventions such as senior meal programs, nutritional supplement programs or food subsidies for those older persons in extreme poverty, living alone or disabled.
- Train primary health care physicians to promote healthy behaviors for older adults. Physician-based interventions are very influential with older persons. For example, studies have shown that a physician's advice to quit smoking plays a key role in smoking cessation.
- Plan educational interventions with primary health care physicians and nurses, and provide supporting materials to them to encourage them to routinely ask older persons about diet, physical activity, smoking and other health behaviors.
- Conduct public awareness campaigns to encourage older persons to talk to their physicians about the benefits of healthy lifestyle changes.

3. Chronic Health Conditions

A Sample

Prevalence of chronic diseases among older persons in Latin America and the Caribbean is considerably higher than in the United States and Canada. The proportion of persons 60 and over in LAC with hypertension, arthritis, diabetes, stroke, and heart disease is comparable to the proportion of persons 70 years and over in the United States and Canada.



Hypertension

The prevalence of reported hypertension obtained in selected cities of the region is 48% of persons 60 years of age and older. If in the rest of the region hypertension is at least as prevalent, we can speculate that about 20 million older adults in Latin America and the Caribbean may suffer from hypertension. This condition is one of the most important risk factors for major cardiovascular diseases such as stroke and ischemic heart disease, which are the leading causes of premature death among older adults. The benefits of maintaining a normal blood pressure have been well documented, and, yet, there still are not enough effective blood-pressure control programs for older persons in most of the countries in the region. One of the problems is the lack of a surveillance system to establish base line measures of chronic diseases in the population 60 years of age and older, to test interventions or to monitor progress of programs for this population group.

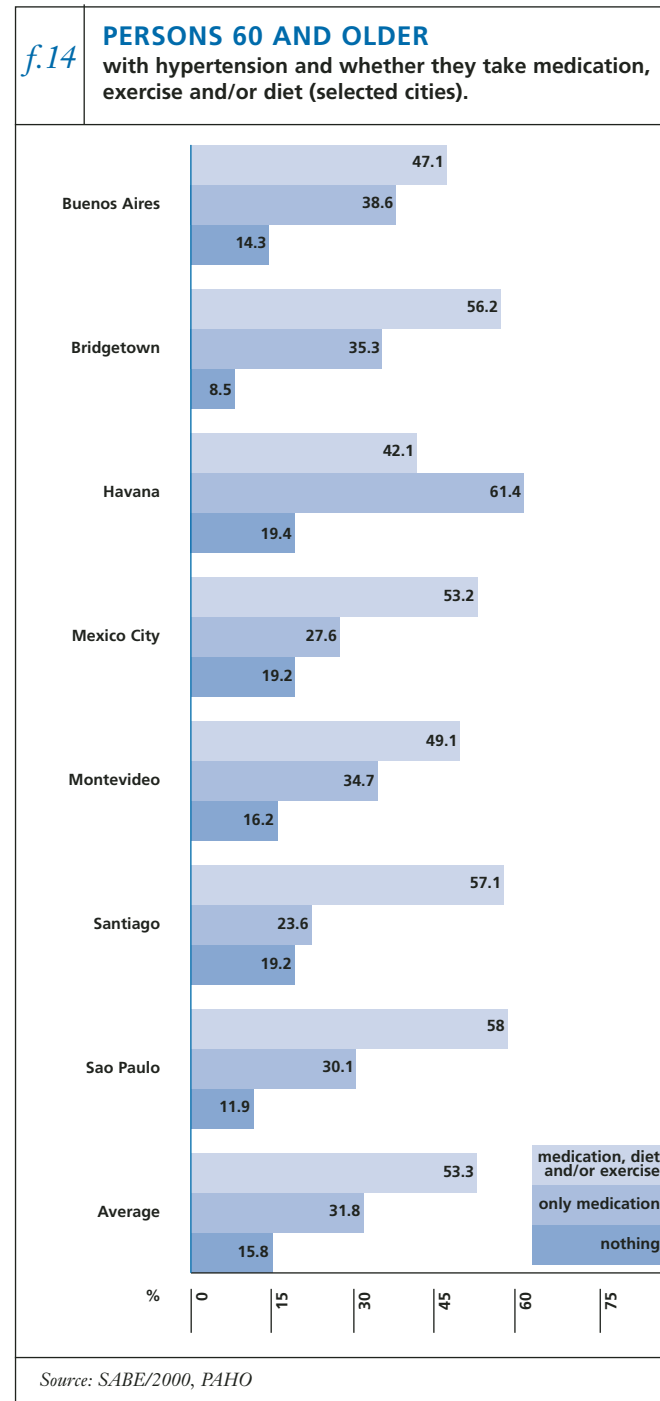
Diabetes Mellitus

The number of people 60 years of age and older with diabetes will continue to grow as the population of Latin America and the Caribbean becomes older. Many of these individuals began suffering from diabetes in middle-age and will develop the chronic complications of diabetes as they age.

In Mexico and Barbados, the prevalence of diabetes reported among older adults is over 22%. In Buenos Aires, Havana, Santiago de Chile, Sao Paulo, and Montevideo the reported prevalence of diagnosed diabetes was over 12%. Consistent with other studies, older adults with less than 3 years of education were twice as often to report diabetes than the rest of older persons.

Diabetes is one of the principal causes of blindness in older people; it is alarming that in the age group 60 to

74, among those reporting diabetes at least 60% also reported problems seeing well with or without eye glasses, and 20% had difficulties with at least one activity of daily living. In the non-diabetic group of the same age group, only 13% reported difficulties with activities of daily living.



A CALL TO ACTION: CHRONIC HEALTH CONDITIONS

- Implement policies and norms for early detection, treatment and management of chronic diseases in older adults.
- Teach self-care to elders and their families, to empower them to better prevent and manage chronic conditions.
- Provide equitable access to essential medications and provide norms for dosage by older persons.

4. Mental Health

Depression is an unrecognized epidemic in old age. The prevalence of mental health problems among elders contributes to misuse of medications, alcohol abuse, and self-destructive behavior; it also reduces the capacity of the individual to care and manage health problems before they become disabling or life threatening. Primary health care providers are rarely trained in the mental health needs of older patients and for the most part do not have access to appropriate medications. In addition, the lack of coordination of primary health care and community mental health services results in a situation where the mental health needs of most elders are not met.

Among older adults living in the community and free of cognitive deterioration, 18% tested positive for depressive symptoms and only 5% were taking a prescribed antidepressant medication. Among those with at least two chronic conditions, 24% had depressive symptoms.

Despite the importance that mental health has on the general health and wellbeing of older persons (77% of older persons with depressive symptoms rated their health as poor or bad) mental health and aging has not been a priority in the region.

CALL TO ACTION: MENTAL HEALTH

Primary care physicians are the main entry points for older adults in need of mental health care. Yet the lack of detection and treatment of mental illness in the primary care setting is well known. For these reasons, reform must focus on improving the primary care treatment of older adults with mental disorders. To reach this goal, PAHO and MIAH propose the following steps:

- Screen older adults for depression in all community health centers and primary care settings. Make sure there is a well-functioning system in place to follow depression screening with accurate diagnosis, treatment, and follow-up.
- Train primary health care professionals, mental health providers, and family caregivers to address the mental health needs of elders.
- Avoid the cost of inappropriate use of medications in the treatment of depression while making appropriate therapies accessible.
- Build the infrastructure for a coordinated health care system able to respond to the mental health needs of elders.





How Independent is Life After 60?

Increases in life expectancy in Latin America and the Caribbean will also mean that many older persons will have additional years to live, and cope, with a disability.

Vision Impairments

Thirty-five percent of older persons in selected cities reported having difficulties seeing (with or without lenses). In contrast, in the United States, only 18% of those 65 years old and older are visually impaired. Among those 75+, 28% of Americans of African descent and 23% of white Americans are visually impaired. (*National Health Interview Survey, 1998*)

Vision impairment in old age leads to functional decline as well as to falls, hip fractures and depression. But the out of pocket cost of ophthalmology visits, eye-glasses, eye treatments, and surgery are beyond what the majority of older persons can afford.

Disability

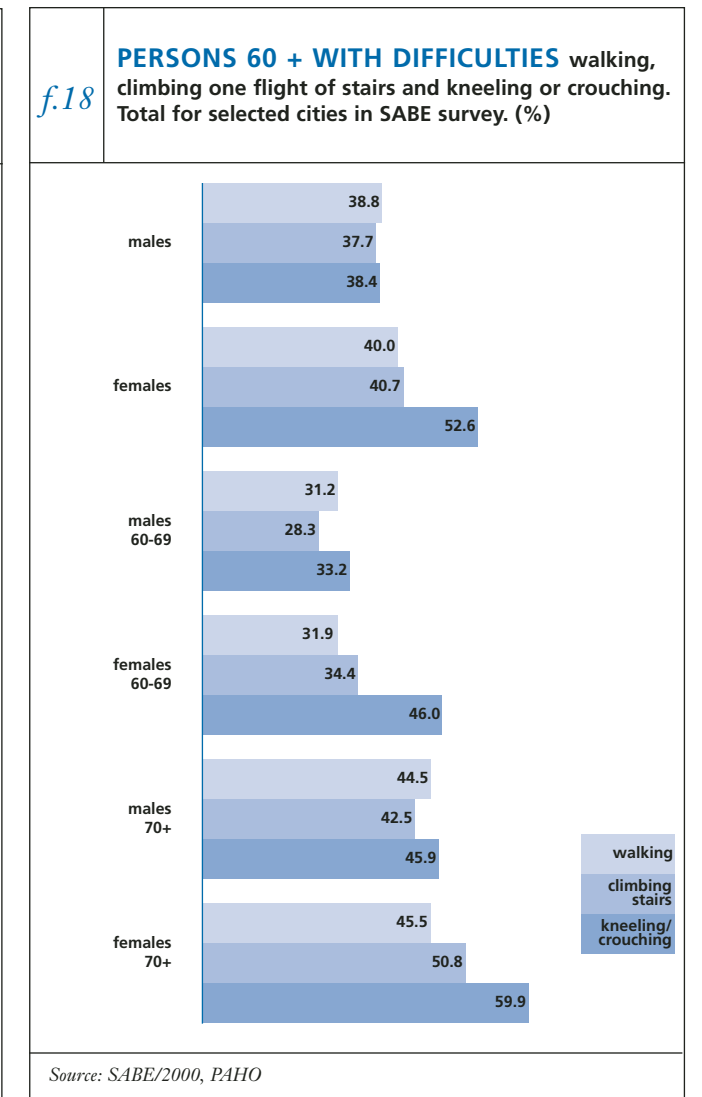
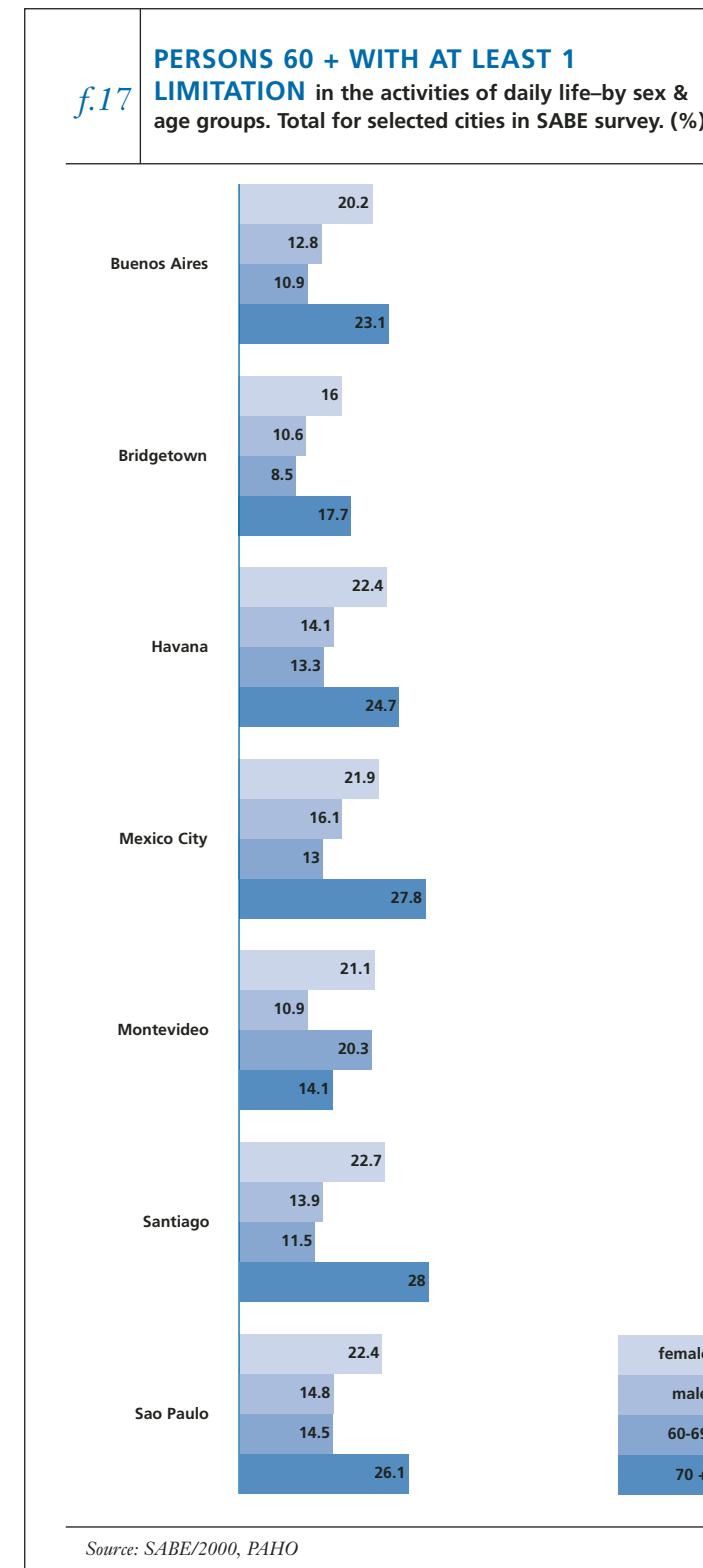
Disability, according to the *World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001*, “is an umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions.”

Advancing age is associated with increased likelihood of disability. For instance, in the 2000 Population Census in Mexico, the rate of disability for persons 60 years of age and older is 135 per 1,000 older persons, while the rate for persons 70 years and older is 207 per 1,000. In Belize, where the definition of disability is broader than in Mexico, the rate for those 60 and over is 321 per 1,000, increasing to 424 per 1,000 among those 70 and over. If the rate of disability is maintained at the

levels currently reported by the latest population census, we could project that by 2010 Mexico will have approximately a million 70 years and older with disability.

For the selected cities in the SABE survey, 20% of older persons living in the community report having a limitation with at least one activity of daily living (bathing, eating, dressing, toileting, transferring from bed to chair, and walking). Women are about twice more likely to be disabled than men. Persons aged 70 and older are also about twice as likely to be disabled than those 60 to 69. Those who are married and live with a spouse are less likely to be disabled. (*figure 17*)

Chronic conditions cause almost half of all disability in older persons. In the SABE survey at least one out of two men and two out of three women report having at least one of the following disabling conditions: arthritis, osteoporosis, low vision and incontinence. The association of chronic conditions with the physical functioning of older persons is already reflected in the proportion of persons who have difficulties climbing one flight of stairs or kneeling and crouching. (*figure 18*)



CALL TO ACTION: QUALITY OF LIFE AND INDEPENDENCE

- Increase public awareness of blindness, arthritis and osteoporosis as the leading causes of disability and important public health problems.
- Promote community based rehabilitation to ensure older adults the maximum number of years of independence.
- Guarantee access to basic prosthesis and assisted devices to improve the quality of life and independence of older persons.
- Ensure that people with disabilities receive the family and community support they need.



Health Care Services: Access and Use

Most countries in LAC provide a general sort of guarantee for the right to health care, usually without express limitations or explicit guarantees. Nevertheless, many older persons are not aware of their right to access health services. They encounter numerous barriers and are not covered by any social protection scheme. Health services accessible for older persons vary by geographical area and by socioeconomic status. Each country should have a base line of screening and counseling services necessary for older adults, including those listed below:

Hypertension

Treatment of hypertension in older adults has been associated with a reduction in morbidity and mortality from cardiovascular diseases. Screening of hypertension should be followed by counseling for lifestyle changes, treatment and control.

Data from SABE shows that in the majority of the countries only about 60% of those who reported having hypertension had visited their ambulatory health center or primary care physician within the last 12 months. About 72% were taking a prescribed hypertensive and only about 21% were doing any regular physical activity.

Countries need to establish specific targets to improve the screening and control of hypertension in older persons and to develop community health strategies to improve access of older persons to counseling and treatment.

Breast Cancer

Breast cancer is treatable if detected in its early stage. A mammogram is the only effective way to reduce the risk of dying from breast cancer. In the SABE data, only

27% of women 60 years of age and older reported that they had a mammogram within the last two years. The likelihood of having a mammogram increased with the level of education, which can be construed as a proxy for ability to pay. A public health program promoting health in older persons needs to ensure access to older women's cancer screening regardless of their ability to pay.

Obesity or Malnutrition

Routine screening for malnutrition is a simple and effective way of monitoring a key factor in the health and wellbeing of older persons. Two of every three elders in the SABE data had risk factors for malnutrition. The importance of a well-balanced diet should be addressed routinely with older adults.

Physical Activity

Physical activity has been associated with greater mobility and lower rates of cardiovascular disease and osteoporosis. Less than 20% of elders do sufficient physical activity to draw health benefits, according to the SABE data. Public health programs should promote exercise on a regular basis that increase flexibility, endurance,

strength, and balance for older persons. Physicians need to be trained on how to prescribe physical activity for older persons with different disease profiles.

Vision Deficits

Uncorrected refractive errors, glaucoma, cataracts, and macular degeneration account for most visual disorders in older persons. Routine screening and access to appropriate eye care and eyeglasses would help reduce significantly the proportion of older persons with disability.

Injury and Fall Prevention

Traffic accidents and falls are the two principle external causes of death for older persons. The mortality rate for falls among persons 75 years of age and older is over 200 per 100,000 older persons. In the SABE survey approximately 30% of older persons reported having had at least one fall during the previous 12 months. About 3 percent had a hip or wrist fracture. There needs to be screening to detect the risk of falling and osteoporosis. Additionally, counseling is needed on safety-related behaviors.

Dental Care

Oral problems tend to be cumulative over a person's lifetime. Total or partial edentulism is very high in the region. In the SABE survey, over 60% of persons had less than half of their teeth, and of these, between 15 and 35% do not have a dental prosthesis. About 80% of elders have unmet dental needs. Detection, counseling and treatment of dental needs of older persons is an important component of primary care.

Immunizations

Vaccinations can prevent or substantially reduce the severity of pneumonia and influenza in older persons. Older persons in most countries do not have access to free vaccinations for either pneumonia or influenza. The SABE data indicated that 69% of elders are still without influenza vaccination.

CALL TO ACTION: HEALTH CARE

It is time to develop and implement in each country a national plan to provide an integrated community health program for older persons. This requires a reorientation of primary health care services and the training of the health care workforce. The national plan should focus on improving the physical and mental functioning of older persons and establish a population-based set of priorities including:

- Specific targets for the secondary prevention of chronic diseases
- An older women's health program, including screening and treatment for breast cancer, arthritis, osteoporosis, and urinary incontinence
- Community exercise programs
- Community partnerships to improve nutritional health
- Community partnerships to improve mental health
- A fall and injury prevention program
- Accessible vision and oral health services
- Accessible pneumonia and influenza vaccines



Barriers to Health Care Services

In the LAC region, older adults face a number of barriers to health care services, including poverty, lack of information, cultural biases and inadequately trained health care providers. Health education must be targeted to older adults to help them overcome these barriers and to motivate them to adopt healthy lifestyles.

Policy Barriers: Lack of Health Care Coverage

Older adults are frequently among those who are socially excluded from health care, due to poverty. Additionally, there is a lack of policies defining and explicitly guaranteeing access to appropriate health services, and a lack of national plans to develop a work force trained in the basics of geriatric medicine.

Provider Barriers: Lack of Trained Health Care Providers

Older adults overwhelmingly receive health care from a primary health care provider. Unfortunately, health care providers in the region have been mainly trained in pediatrics and maternal health. Many physicians mistakenly believe that chronic disease, pain and disability are inevitable consequences of being old and therefore do nothing to counsel, treat and control in a timely manner the health problems that older persons bring to them.

Patient Barriers: Lack of Health and Aging Information

Barriers to necessary health services also include the lack of health information, and cultural beliefs regarding health and illness in old age.

Older adults are frequently not able to distinguish between normal physiological changes that occur with old age from disease-related changes. In addition, older persons tend to internalize the same stereotypes of society regarding health behaviors and old age. Older adults need to be motivated to change their behavior through health information, communication and education strategies that promote the adoption of healthy lifestyles. Health education targeting older adults would also increase their access to adequate health services and would facilitate better compliance with therapeutic interventions.



Training the Health Care Workforce – Present and Future

Older adults have unique health conditions and challenges. Unfortunately, the majority of health care providers in LAC are not specifically trained to recognize the health needs of older adults. There is a gap between what the providers know, and what they need to know, to optimally treat older adults. Research has shown that older persons who receive care from health care providers with geriatric training tend to do better than those who receive the usual care, and the overall cost of mismanaged care to elders is lowered.

Who Cares for Elders?

Only 14% of medical schools in LAC have geriatric programs, and less than 2 percent of baccalaureate nursing programs have full-time faculty trained in geriatric nursing. A mandatory geriatrics rotation in all medical schools would be a wise decision to prepare for the rapid aging of the population in the region during the next two decades, but it still will not solve the problem for the next generation of older persons.

Medical Needs of Older Adults

The large majority of health care professionals in LAC are not trained to recognize the health needs of older adults. Medication-related problems among older adults, including improper dosing and adverse reactions, are a frequent occurrence in every health care setting. Additionally, health problems in older adults are often misdiagnosed, overlooked, or dismissed as normal conditions of aging because physicians are not trained to distinguish diseases and impairments from the normal physiological changes associated with aging. Physicians

often consider conditions like memory loss or incontinence to be expected side effects of aging, though appropriate interventions can improve these conditions. A study in Chile and in Jamaica suggest that physicians in community centers rarely, if ever, prescribed exercise, smoking cessation programs or cholesterol lowering strategies to older patients, even though evidence shows that they benefit from such therapies as well as younger persons. (*WHO/INTRA study, 2003*)

Research has found that older persons who receive care from physicians and nurses trained in geriatric care tend to do better than those who receive usual care (Kovner et al., 2002). In one study, patients who received inpatient and outpatient care in geriatric units experienced large reductions in functional decline and improvements in mental health at no additional cost. In another study, older patients cared for by nurses trained in geriatrics had fewer readmissions to the hospital.

Table 1 illustrates the overall financial, productivity and non-financial costs of mismanaged care to elders:

TABLE 1. COST OF MISSED OPPORTUNITIES OR MISMANAGEMENT OF ELDERCARE

	Financial Costs	Productivity Costs	Non-financial Costs
Older Persons	Service fees (if applicable)	Lost productivity at work or home	Poor health outcomes; reduced quality of life
Family Caregivers	Loss of income due to caregiving needs	Lost productivity at work or home	Reduced quality of life
Local Health Providers	Resources put into inappropriate care	Reduced productivity due to time spent caring for poorly managed conditions	Frustration and reduced job satisfaction
Health Care System	Cost related to poor use of community resources and increased utilization of emergency care	Unproductive use of resources, increase in other unmet needs	System overwhelmed by unmet needs
Overall Results	Private and or public resources invested in "catching up" and most expensive "treatment" rather than on promotion, prevention, and rehabilitation	Increased disability and decrease in healthy life expectancy	Inefficiency of system; lost opportunities to postpone illness and disabilities related to old age

Adapted from: WHO (2001) Innovative care for chronic conditions.

**CALL TO ACTION:
ACCESS TO APPROPRIATE HEALTH CARE
DELIVERED BY TRAINED HEALTH CARE WORKERS**

- Provide specific guarantees to appropriate and necessary health services for older persons.
- Implement programs with a defined package of prevention and treatment services designed to reorient primary health services for older persons.
- Ensure that there is an adequate health care workforce trained in the basic concepts and skills of geriatric medicine.



Latin American and Caribbean Overall Action Plan

To ensure that older adults in Latin America and the Caribbean not only survive but thrive, and that the health span in LAC increases with the life span, the Pan American Health Organization and the Merck Institute of Aging & Health propose the following:

1. Develop Guidelines and Processes for Monitoring the Health Status of Older Persons, and Implement a Surveillance System

A health profile of the population group 60 years old and over, (classified by gender and age, e.g. 60-64; 65-69; etc.), should include:

- Social and demographic variable
- Mortality data
- Morbidity data
- Data on risk factors for disease and disability
- Data on functional capacity and disability
- Data on access and utilization of health services, including use of medications and assisted devices
- Data on barriers to accessing health care

Recommended target:

By 2010, at least 1/3 of countries in the region will have implemented changes in their information and surveillance systems to develop a minimum data base on indicators on health and aging for the purpose of:

- Establishing a base line on morbidity and disability for persons 60 years and older.
- Analyzing tendencies and changes in the health and functional capacity of persons 60-69 and 70 plus.

- Developing national goals for the health of older persons and evaluating them on a 5 year cycle.

2. Promote and Fund a Public Health Research Agenda to Identify Threats to the Health of Older Persons

This would require:

- The development of human resources trained in epidemiology and biodemography of aging.
- The development of active programs for epidemiological surveillance and control of noncommunicable diseases and disability in old age.
- The inclusion of aging in national research agendas.

Recommended target:

By 2010, the region will have established three (3) sub-regional centers for the development of human resources and research networks to support a public health agenda on aging. Aging research will also be included as a priority in at least 10 countries in the region.

3. Promote Healthy Behaviors and Environments for Older Persons

The promotion of healthy lifestyles for older persons requires action at the policy, community and individual levels:

- Policy makers need to establish measurable targets for older persons as part of a national health promotion plan.

- The community needs to develop multisectoral partnerships for more effective and accessible health promotion activities with older persons.
- Older adult need to be informed on matters of health and aging, to demand the right to preventive medical services, and to participate in the setting of community health priorities.

Recommended target:

By 2010, at least 10 countries in the region will have established goals for good health and functional independence for older persons with specific measurable objectives and indicators. These objectives and indicators must be reviewed on a regular basis.

4. Develop a Regulatory Framework for Protecting the Rights of Older Persons in Long-term Care Settings

Older persons receiving long-term care services in group homes or institutions are very vulnerable to abuse and neglect. Their rights are periodically violated and public health has a responsibility to protect them. In order to do so:

- The institutional capacity to generate the regulatory and enforcement frameworks to protect the rights and dignity of older persons with disabilities must be developed.
- A trained workforce at the local level to exercise oversight of long-term care services must be developed.
- A registry of homes and institutions offering long-term care services must be developed.
- Providers and consumers of long term care services must be educated on quality of care issues.

Recommended target:

By 2010, at least 1/3 of LAC countries will have implemented a comprehensive regulatory and enforcement framework for long-term care services, and will have an accurate registry of homes and institutions providing long-term care services in each community.

5. Define Standards of Geriatric Appropriate Health Services; Monitor and Evaluate Access of Older Persons to Necessary Health Services

The promotion of equal access by older persons to necessary health services requires:

- Policies that will help establish the necessary health services for older persons.

- Indicators to monitor access of older persons to necessary and appropriate health services.
- A workforce trained to assess and implement changes in order to overcome barriers by older persons to necessary health services.
- Collaboration with social security health services providers, and other partners, in the provision of services to older persons.

Recommended target:

By 2010, 1/3 of LAC countries will have initiated a well-defined program of necessary health services for older persons, including measurable targets and strategies to overcome access barriers.

6. Develop a National Plan for Training in Geriatrics for the Primary Health Care Workforce, and Provide Every Health Care Worker With Some Education and Training in Geriatrics

Medical schools must create programs in geriatrics. Nursing programs must introduce geriatrics into their required curriculum. Students in health professional education programs should have required courses concerning the care of older adults. Countries must also ensure that all working health care professionals develop the necessary knowledge and techniques to address the complexity of delivering care to the already growing elder population. To reach this goal countries in the region need to:

- Engage physicians, nurses, and other health care professionals in lifelong training in geriatric medicine.
- Develop national and regional initiatives to implement new models of practicing-physician education.
- Strengthen the capacity of Medical Schools and Nursing Schools to develop geriatrics.

Recommended target:

By 2010, 2/3 of countries in the region will have included in their national human resource plans specific targets for the continuing education in geriatrics for practicing physicians, nurses, pharmacists and community-based rehabilitation specialists.

Appendix

Data Sources

Population data

United Nations. World population prospects: the 2003 revision. New York: UN Population Division; 2003.

Mortality data

Pan American Health Organization. Regional Database on Mortality. Washington, DC: PAHO; 2002.

Survey on Aging, Health and Wellbeing (SABE)

The Aging, Health and Wellbeing (SABE) surveys over 11,000 persons age 60 and older from seven cities in Latin America and the Caribbean: Buenos Aires, Bridgetown, Havana, Mexico City, Montevideo, Santiago and Sao Paulo. SABE collects data about the physical and mental health as well as information on health coverage, health services utilization, financial status, family support, labor history and living arrangements. For more information, go to: <http://www.paho.org>

References

Arriaga EE. Measuring and explaining the change in life expectancies. *Demography* 1984; 21(1):83-96.

Barry, P. (2002). *The Critical Role of Practicing Physician Education*. Paper presented at United Nations Second World Assembly on Aging, Madrid, Spain.

Center on an Aging Society. *Visual Impairments*. Analysis of data from the 1998 National Health Interview Survey. (www.aging-society.org)

Kovner et al. (2002). Who Cares for Older Adults? Workforce Implications of an Aging Society. *Health Affairs* September/October, 78-89.

Palloni A, Pinto-Aguirre G and Pelaez M. *Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean*. International Journal of Epidemiology 2002;31:762-771.

Pan American Health Organization (2003) *The Health of Older Adults in Latin America and the Caribbean*. Paper prepared for the Regional Meeting for the Implementation of the International Plan of Action on Aging in the Americas. Chile, 2002.

Pan American Health Organization. (2002) *Health in the Americas*. Washington, D.C.: PAHO Scientific and Technical Publication No.587.

Pan American Health Organization. (2002) *Public Health in the Americas*. Washington, D.C.: PAHO Scientific and Technical Publication No. 589

Pan American Health Organization. (2002) *ProMotion: A way of life for older adults: A Regional Guide for Promoting Physical Activity*. Washington, D.C.

Pan American Health Organization. (2002) *Health and Aging*. Paper presented to the 26th Pan American Sanitary Conference. Washington D.C.: PAHO (CSP26/13) www.paho.org

Peláez, M; Palloni, A; Alba, C; Alfonso, JC; Ham-Chande, R; Hennis, A; Lebrao, ML; Leon-Diaz, E; Pantelides, A; Pratts, O. *Survey on Aging, Health and Wellbeing, 2000*: Pan American Health Organization (PAHO/WHO), 2003.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1999). Preventing the Diseases of Aging. *Chronic Disease Notes and Reports, Volume 12:3*. Centers for Disease Control and Prevention.

Taylor, Donald H., Jr, Hasselblad, Vic, Henley, S. Jane, Thun, Michael J., Sloan, Frank A. (2002) *Benefits of Smoking Cessation for Longevity*. American Journal of Public Health 92: 990-996

World Health Organization.(2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health*. ICF. Geneva: WHO.

World Health Organization (2003) *Developing Integrated Response of Health Care Systems to Rapid Population Aging*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2001) *Innovative care for chronic conditions* (meeting report). Ginebra: WHO (WHO/MNC/CCH/01.01)

			<ul style="list-style-type: none"> • Implementen un sistema de vigilancia para la salud y el envejecimiento • Incluyan investigación sobre envejecimiento en las agendas de investigación nacionales • Establezcan objetivos para promover la salud de las personas mayores • Implementen un sistema reglamentario nacional para proteger los derechos de las personas mayores en centros de cuidados a largo plazo • Definan normas adecuadas para los servicios de salud geriátrica • Implementen un plan nacional para capacitar en geriatría al personal en atención primaria de salud
		<p>About this report:</p> <p>The State of Aging and Health in Latin America and the Caribbean report consists of eight sections. The first section presents data that illustrate the demographic changes that are taking place in the different sub-regions of the Americas. The next three sections provide mortality and morbidity data and develop a profile of the health and functional capacity of older persons. Sections 6 through 7 present the response, or lack of response, of health services to the health needs of older persons. The final section: “Latin American and Caribbean – Overall Action Plan” provides a public health roadmap for addressing the aging of Latin America and the Caribbean. This section calls for national and regional targets to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implement a surveillance system on health and aging • Include aging research in the national research agendas • Set targets for health promotion of older persons • Implement a national regulatory system to protect the rights of older persons in long-term care facilities • Define standards of geriatric appropriate health services • Implement a national plan for training the primary health care workforce in geriatrics 	<p>Acercas de este informe:</p> <p>El informe “El Estado de Envejecimiento y Salud en América Latina y el Caribe” está dividido en ocho secciones. La primera sección presenta datos que ilustran los cambios demográficos que se están produciendo en las distintas subregiones de América. Las siguientes tres secciones proporcionan datos de mortalidad y morbilidad, y desarrollan un perfil de la salud y capacidad funcional de las personas mayores. Las secciones 6 y 7 presentan la respuesta o falta de respuesta de los servicios de salud a las necesidades de salud de las personas mayores. La última sección: “América Latina y el Caribe: plan de acción general” proporciona un mapa de la salud pública para hacer frente al envejecimiento en América Latina y el Caribe. Esta sección destaca la necesidad de que los objetivos nacionales y regionales:</p>