

Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010

María Victoria Zunzunegui* y François Béland

École de Santé Publique, Université de Montréal, Québec, Canada

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de febrero de 2010

Aceptado el 27 de agosto de 2010

On-line el 3 de noviembre de 2010

Palabras clave:

Acción intersectorial

Envejecimiento activo

Políticas públicas

Salud pública

RESUMEN

El envejecimiento poblacional en España es muy acusado. Se plantean retos y oportunidades para lograr un envejecimiento activo de las próximas generaciones. En el momento actual, la grave crisis económica y la situación política compleja están actuando en el trasfondo del debate sobre las políticas que influirán en las condiciones de vida de las personas mayores de esta generación y de las generaciones futuras: pensiones, edad de jubilación, atención a las pérdidas de autonomía. En este trabajo se revisan algunos aspectos de la situación en España que pueden actuar como barreras o catalizadores de la acción intersectorial para lograr un envejecimiento activo en nuestro país, se identifican las condiciones de éxito para estas acciones intersectoriales y se sugieren algunas direcciones para desarrollar políticas públicas de acción intersectorial que permitan abordar el envejecimiento activo en España.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Intersectoral policies to meet the challenge of active aging. SESPAS report 2010

ABSTRACT

Population aging is accelerating rapidly in Spain, posing challenges and creating opportunities for the active aging of future generations. Currently, the deep economic crisis and the complex political situation form the background to the debate on policies that will influence the life conditions of the elderly of the current and future generations: pensions, retirement age, and the care of dependent people. The present article reviews some aspects of the situation in Spain that can act as barriers or catalyzers for intersectoral action to achieve active aging in our country. The conditions that may influence the success of these actions are identified, and some public policies for intersectoral actions that could promote active aging in Spain are suggested.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Key words:

Intersectoral action

Active aging

Public policy

Public health

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen¹. El envejecimiento activo incluye no sólo los aspectos de salud física y mental sino también la participación en la sociedad y su integración social, estableciendo claramente los derechos de las personas mayores como ciudadanos². Se basa en los derechos de las personas mayores y sustituye el planteamiento basado en necesidades, que contemplaba a las personas mayores como sujetos pasivos.

Mediante sus tres pilares, que son salud, participación y seguridad, el plan de envejecimiento activo de la OMS ofrece una plataforma para el consenso a través de los diferentes sectores de la sociedad y a diferentes niveles. La OMS propone acciones en varios sectores además de los servicios de salud y sociales. Se necesitan acciones en economía, cultura, trabajo, seguridad social, vivienda, transporte, justicia y desarrollo urbano y rural. El sector de servicios de salud puede actuar como catalizador de la acción a través de otros sectores, ya que este tipo de acción se enmarca en las acciones de salud pública. Las personas mayores deben formar

parte de estas acciones en las fases de desarrollo, implementación y evaluación.

En junio de 2010, el Consejo de la Unión Europea invitó a la Comisión Europea a colocar el envejecimiento activo en un lugar prioritario en la agenda política, y a trabajar en este tema en los comités de protección social, empleo y política económica, y en el Grupo de Expertos en Asuntos Demográficos³. En el mismo documento se invita a la Comisión Europea a elaborar un marco de acción estratégica en el cual se apoyen nuevas iniciativas y asociaciones sobre el envejecimiento activo, digno y saludable³. El reto que supone el envejecimiento poblacional en Europa es objeto de atención en todos los medios, y la sociedad espera una respuesta política mediante una acción intersectorial.

La formulación de políticas y las acciones concretas para lograr un envejecimiento activo varían y se adaptan a cada sociedad. Así, por ejemplo, la política australiana se centra en la economía. El documento australiano enuncia las siguientes áreas para el envejecimiento activo: seguridad económica, actividad física, mental y social, y participación laboral. Al especificar la seguridad económica coloca como prioridad la erradicación de la pobreza. Además, prioriza la participación laboral sobre la participación social⁴.

En este artículo explicaremos las condiciones en que la acción intersectorial puede tener éxito y sugeriremos algunas direcciones para desarrollar políticas públicas de acción intersectorial que

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca (M.V. Zunzunegui).

permitan abordar el envejecimiento activo en España. Analizaremos las barreras y los catalizadores específicos de nuestro país para avanzar en las acciones intersectoriales frente al envejecimiento, y finalizaremos con algunas conclusiones y recomendaciones.

Puntos clave

- Las acciones intersectoriales pueden contribuir a mantener y mejorar las condiciones de vida que nos han llevado a ser uno de los países más longevos del mundo, y a retrasar la edad de inicio de la discapacidad.
- Las políticas que disminuyan los ingresos de las personas mayores aumentarán la pobreza y supondrán deterioros de la calidad de su alimentación, y disminuciones de su participación social y actividad física, con consecuencias negativas para su capacidad funcional y con un previsible aumento de la dependencia.
- Urge la integración de los servicios sanitarios y sociales a las personas dependientes en el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía.
- Recomendamos establecer departamentos o servicios de envejecimiento activo en cada ayuntamiento, desde los que se podrían promover y organizar acciones para lograr un envejecimiento activo teniendo en cuenta los aspectos favorables de la cultura mediterránea.

Las acciones intersectoriales y un ejemplo

La OMS define la acción intersectorial para la salud como una relación, reconocida por una parte del sector salud con parte de otro sector, que se ha constituido para llevar a cabo acciones en un tema con el fin de conseguir resultados de salud de una forma más efectiva, eficiente y sostenible de lo que sería posible con la sola acción del sector salud⁵. No siempre las acciones intersectoriales son iniciadas por el sector salud, aunque éste suele ser uno de los actores clave en los equipos intersectoriales.

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) han promovido acciones intersectoriales para abordar el envejecimiento poblacional. Durante la II Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento Poblacional celebrada en Madrid en abril de 2002, la ONU y la OMS abogaron por un enfoque intersectorial para hacer frente a este nuevo fenómeno demográfico y social en el documento titulado *Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento*⁶.

El marco del envejecimiento activo propuesto por la OMS y adoptado por la ONU ha contribuido a formular políticas de envejecimiento en niveles regionales y nacionales, y ha orientado la investigación académica sobre el envejecimiento; también ha influido en la aplicación de políticas en el ámbito comunitario⁷.

Un ejemplo de estrategia global con aplicaciones nacionales y locales es la iniciativa «Ciudades Amigables de las Personas Mayores» de la OMS⁸, que se basa en el supuesto de que una ciudad amigable para los mayores promueve el envejecimiento activo. Se trabaja en una cultura de inclusión que permite a las personas mayores vivir con seguridad, disfrutar de una buena salud y continuar participando en la sociedad. La elección de las ciudades participantes en este movimiento ha estado ligada a la presencia de universidades que apoyan el proyecto en sus vertientes de investigación y evaluación. Este proyecto constituye una experiencia importante de acción intersectorial en el mundo, con una planificación global que se traduce en acciones locales y en evaluaciones locales, nacionales y globales. La iniciativa

recomienda la evaluación de fortalezas y deficiencias de la ciudad en los temas identificados en las consultas con personas mayores en 33 ciudades de 22 países. Estos temas son el medio ambiente físico (espacios al aire libre y edificios), el transporte, la vivienda, la participación social, el respeto y la inclusión social, la participación cívica y el empleo, la comunicación y la información, los servicios comunitarios y la salud. Cuando se decide poner en marcha un proyecto de ciudades amigables, las personas mayores del lugar deben implicarse en el proyecto como principales asociados. En España, la ciudad de San Sebastián se unió a la iniciativa «Ciudades Amigables de las Personas Mayores» en el año 2009⁸. Al final del quinto año del programa está prevista una evaluación de resultados según indicadores del progreso realizado en el alcance de los objetivos. Puesto que las primeras ciudades afiliadas al programa iniciaron su trabajo en el año 2006, todavía no se cuenta con evaluaciones de resultados.

Las condiciones de éxito para las acciones intersectoriales

La idea que subyace en la definición de acción intersectorial es atractiva. Se trata de unir esfuerzos para conseguir mejores resultados que los que se obtendrían trabajando de forma aislada. Sin embargo, podríamos preguntarnos si hay evidencia científica sobre los resultados de la acción intersectorial. ¿Hay ejemplos de acciones intersectoriales con éxito? ¿Cuáles son las condiciones que favorecen el éxito de las acciones intersectoriales?

La Agencia Canadiense de Salud Pública realizó una revisión sistemática de las experiencias que han utilizado un abordaje intersectorial en políticas públicas de salud, incluyendo experiencias en el nivel global, subregional, nacional y comunitario⁹. En ella se revisan más de 100 documentos procedentes de 15 países y se analizan los problemas que pueden ser tratados con acciones intersectoriales, las condiciones, los mecanismos y los enfoques que apoyan las acciones intersectoriales, y el papel que desempeñan el sector salud y otros sectores. Se citan experiencias de acción intersectorial en distintos niveles, en la Unión Europea, en Reino Unido¹⁰ y Suecia¹¹ contra las desigualdades sociales en salud, en Quebec con la evaluación del impacto en salud de las políticas públicas¹², y a nivel comunitario en Nueva Zelanda¹³. Algunas experiencias se dirigen a temas concretos como el alcohol o la dieta, otras a temas transversales como las desigualdades en salud, y aun otras a poblaciones vulnerables. Ninguna experiencia revisada está relacionada con el envejecimiento poblacional. En las conclusiones se insiste en la importancia del contexto: el grado de estabilidad política, el nivel económico del país, el estilo de toma de decisiones, el momento electoral y el compromiso de políticos y dirigentes sociales. Se afirma que las estrategias de acción intersectorial necesitan muchos recursos, y por último que la acción intersectorial es difícil en situaciones políticas complejas. A medida que aumenta el número de partes implicadas y de intereses, aumenta la dificultad en llevar a cabo las acciones intersectoriales. Por ello es más posible el éxito en una comunidad que en una región o en una nación, o globalmente⁹.

Situación en España

El envejecimiento poblacional en España ha sido muy acusado. En 2009, la esperanza de vida de las mujeres españolas era de 84,1 años, sólo superada por las francesas, y la esperanza de vida de los hombres alcanzaba los 77,8 años, sólo superada por Suecia, Italia, Chipre y Holanda. Estos datos nos sitúan entre los países más longevos del mundo¹⁴. La esperanza de vida sin discapacidad ha aumentado en los últimos años, aunque el aumento varía en las distintas comunidades autónomas. La esperanza de vida

libre de discapacidad después de los 65 años de edad es de más de 13 años para los hombres y las mujeres de la Comunidad de Madrid y de menos de 10 años para los hombres de Andalucía y Murcia. En Leganés (Madrid), durante el periodo de 1993-1999 se observó una disminución significativa de la discapacidad y de las limitaciones funcionales para cada grupo de edad entre los 65 y los 89 años, y un aumento de la discapacidad en los mayores de 89 años¹⁵. Si lo que ocurre en Leganés se puede extrapolar a otros lugares en el territorio español, como sugiere un estudio realizado en Cuenca¹⁶ y otro de ámbito nacional¹⁷, se puede afirmar que en España se ha producido un retraso en la edad de inicio de la discapacidad y que ha surgido una cuarta edad, a partir de los 89 años, con una alta frecuencia de discapacidad grave¹⁵.

En los párrafos siguientes analizaremos las condiciones favorables y los obstáculos para la acción intersectorial hacia un envejecimiento activo en España, apoyándonos en documentos oficiales e informes de investigación. Entre las condiciones favorables consideraremos la legislación y los pactos sociales sobre la protección social, el asociacionismo y la participación social; entre los obstáculos consideraremos las desigualdades económicas entre y dentro de las comunidades autónomas, la pobreza en la vejez, la desprotección de las zonas rurales, la debilidad de los servicios sociales y las barreras a la integración laboral de las personas mayores.

Legislación y pactos sociales

La sociedad española ha reconocido el fenómeno del envejecimiento poblacional y ha respondido con acciones organizadas para promover el bienestar en la última parte de la vida. En las últimas décadas del siglo xx se consolidó la democracia, se aprobaron leyes y se alcanzaron pactos sociales que aseguraron la seguridad económica de las personas mayores. Se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que otorgó el derecho a recibir servicios a las personas con dependencia por razones de enfermedad u otras causas de discapacidad. La implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal ofrece oportunidades para el desarrollo de políticas intersectoriales entre el sector salud y los servicios sociales.

Participación social

Las entidades de gobierno local, los ayuntamientos, han desarrollado planes, programas y servicios para promover la participación social de las personas mayores. Así, las personas mayores tienen importantes subsidios para el transporte público en el ayuntamiento de residencia y descuentos en los trayectos de larga duración en trenes y autobuses. Hay importantes descuentos para asistir a actos culturales, cines, teatros y museos. Se han iniciado universidades de la tercera edad para garantizar la educación continua¹⁸.

Asociacionismo

Se han federado algunas asociaciones de personas mayores, cuya misión principal es la defensa de sus derechos¹⁹. El asociacionismo es alto: el 47% de los mayores (56% de los hombres y 41% de las mujeres) dicen pertenecer a alguna asociación y un tercio de ellos pertenece a asociaciones de jubilados²⁰. El apoyo gubernamental a estos grupos puede considerarse en un marco de acciones intersectoriales en la medida en que la vida activa protege la salud de las personas que se involucran en ella. Aumenta también el número de adultos mayores que realizan voluntariado social en

múltiples áreas, aunque el voluntariado no está todavía integrado de forma mayoritaria en la vida de las personas mayores en España. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2004 un 8,5% de los mayores (9,3% de los hombres y 7,9% de las mujeres) declaraban haber realizado alguna actividad de voluntariado en las últimas cuatro semanas.

España continúa destinando una proporción baja de su producto interior bruto (PIB) al gasto social (21%) en comparación con los países de la Europa de los 15, que dedica un 27% de su PIB al gasto social¹⁴. Además, la respuesta a las necesidades no es homogénea y subsisten numerosas diferencias sociales y económicas entre las comunidades autónomas (indicadores de salud, hábitos de vida y utilización de servicios), que influyen sobre el modo de envejecer y en las oportunidades de un envejecimiento activo²¹. Como ilustración podemos citar las diferencias en la percepción de la salud: en toda España, el 55% de los hombres y el 67% de las mujeres mayores de 65 años refieren tener una salud regular o mala²¹, pero estas cifras varían ampliamente y son menores en Madrid y Aragón, mayores en Castilla-La Mancha y mucho más altas, llegando al 76%, en zonas rurales de Galicia²². También son evidentes las desigualdades en la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal²³. Mientras que en algunas comunidades autónomas la cobertura de los servicios es alta y el tiempo de resolución de las solicitudes de ayuda es corto, en otras la cobertura es muy baja y el tiempo de resolución es superior a los 18 meses la mayoría de las veces.

Aun cuando las pensiones han reducido la pobreza en las personas mayores, la concentración de la pobreza en la vejez continúa siendo un problema social. Según los datos del INE, el 31,8% de las mujeres y el 26,7% de los hombres mayores de 65 años en España se situaban bajo el umbral de la pobreza (6.280 euros al año)²⁴. Vivir solo aumenta el riesgo de pobreza: el 51,8% de las personas mayores que viven solas subsisten en condiciones de pobreza²⁴. Las necesidades no cubiertas en casos de dependencia son más frecuentes a medida que disminuye la posición socioeconómica²⁵. Además, la grave recesión económica que empezó en 2008 ha tenido un fuerte impacto en las poblaciones más vulnerables, aquellas que se situaban ligeramente por encima del nivel de pobreza. La Cruz Roja Española indica que la recesión actual ha tenido un impacto mayor de lo previsto debido a la debilidad de las transferencias sociales en la erradicación de la pobreza previas a la crisis²⁶. Las personas mayores son particularmente vulnerables por el empobrecimiento de sus familias o la muerte de la persona de quien dependen. El 44% de la población que acudió a los centros de la Cruz Roja en 2008-2009 eran personas mayores, y el 77% de ellas mujeres.

Las personas mayores que residen en zonas poco pobladas están en mayor riesgo de pobreza y tienen menor acceso a los servicios de salud y sociales²⁷. El envejecimiento rural comporta riesgos específicos. El éxodo de los jóvenes a las zonas urbanas ha aumentado el aislamiento de las zonas rurales y el riesgo de pobreza de sus habitantes. El transporte público en estas zonas cobra particular importancia como medio para asegurar el acceso a los servicios. Por ello, los servicios de proximidad ofrecen un complemento a la ayuda a domicilio, pero son muy escasos²⁸.

La red de servicios sociales dirigidos a las personas mayores con problemas de dependencia ha aumentado considerablemente, aunque aún es deficitaria. Subsisten los problemas de equidad, cobertura y continuidad, como explica el informe de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales de España para el año 2009²⁹. Sería necesario mejorar los criterios de distribución de la financiación estatal a las comunidades autónomas y los sistemas de información para permitir la gestión de los servicios, monitorizar la cobertura en cada zona geográfica, identificar y subsanar las desigualdades en el acceso y el volumen de utilización, asegurar la

continuidad en los planes de atención individual que marca la ley, y evaluar la calidad de los servicios tanto sanitarios como sociales, comunitarios y en instituciones (hospitales y residencias de larga duración). Un reciente informe de expertos solicitado por el gobierno también describe y analiza claramente la desigual implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y la falta de un sistema de información que permita evaluar el acceso y la calidad de los servicios²³. La implementación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal es un claro ejemplo de falta de intersectorialidad. La integración de servicios para las personas mayores frágiles es una prioridad para los gobiernos de los países de altos ingresos; se han llevado a cabo proyectos de demostración y se han evaluado de forma científica^{30,31}. El estado español, las comunidades autónomas y los gobiernos locales pueden inspirarse en estas experiencias para realizar proyectos locales.

La integración laboral es parte de la participación social. En el Plan de Acción de Madrid se reconoce el derecho de las personas mayores a trabajar hasta la edad que deseen y puedan hacerlo de forma satisfactoria y productiva. Sin embargo, la participación de las personas mayores de 55 años en el mercado de trabajo es relativamente baja, entre el 68% y el 18% en los países europeos, e inferior al 40% en España³². Sólo el 50% de los hombres entre 60 y 64 años de edad y el 24% de las mujeres entre 60 y 64 años de edad se encontraban en situación laboral activa según la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2008. Las personas mayores que buscan empleo encuentran muchas dificultades para conseguirlo^{32,33}. El Consejo de Europa aboga por facilitar la integración laboral de las personas mayores como parte de la acción intersectorial hacia el envejecimiento activo³. Una de las condiciones esenciales para esta integración laboral es el desarrollo de políticas de salud laboral adaptadas a la población mayor.

Condiciones de éxito y áreas para la acción intersectorial sobre el envejecimiento activo en España

Aplicando las conclusiones de las condiciones de éxito para la acción intersectorial de la revisión sistemática canadiense⁹ a la actual situación española podemos observar que el contexto es complicado debido a la crisis económica y al desempleo del 20% de la población activa, los presupuestos públicos para acciones sociales están restringidos y la situación política es compleja. Aun así, en el ámbito estatal la crisis puede actuar como un catalizador para un cambio, ya que precisamente como consecuencia de esta grave crisis económica se ha iniciado un fuerte debate sobre el futuro de las pensiones. Si el resultado del debate es mantener el poder adquisitivo de las pensiones y erradicar la pobreza en la vejez, la consecuencia será la mejora de la salud y la disminución de la dependencia. Sugerimos que las acciones locales tendrán más éxito que las realizadas en las comunidades autónomas y el estado en los próximos años preelectorales, con falta de acuerdo entre los partidos políticos y falta de claridad en las competencias. En el ámbito local, el antecedente de participación en el movimiento de ciudades saludables de la OMS puede facilitar de forma importante las acciones intersectoriales hacia un envejecimiento activo. Así ha ocurrido en Belfast, donde el movimiento «Ciudades Amigables con las Personas Mayores» se inició a partir del programa «Ciudades Saludables»³⁴, y así podría ocurrir en las ciudades españolas que se sumen a este movimiento.

Además de la seguridad económica en la vejez, identificaremos a continuación algunos determinantes de la salud de las personas mayores que dependen del medio social y que pueden modificarse mediante acciones intersectoriales. La conexión entre los determinantes sociales de la salud y las formas de envejecer se trata en profundidad en el informe de la OMS *Los determinantes sociales de la*

salud publicado en 2008³⁵. El informe presenta la evidencia sobre cómo el medio social y las condiciones económicas afectan la salud de las personas a lo largo de su trayectoria vital, cómo el marco social modela el comportamiento individual y cómo las condiciones de vida desde la infancia hasta la vejez en cada sociedad determinan la forma de envejecer de sus individuos. Las recomendaciones del informe incluyen acciones intersectoriales (acciones en sectores distintos del sector salud) para la mejora de la salud poblacional en las tres líneas de acción propuestas: mejorar las condiciones de vida, luchar contra las desigualdades y medir la magnitud de los problemas y la efectividad de las intervenciones³⁵.

En los debates actuales sobre los desafíos del envejecimiento poblacional los temas prioritarios son el coste de las pensiones y el aumento del gasto sanitario y de los servicios sociales. La lucha contra las desigualdades sociales y la mejora de las condiciones de vida pasan con frecuencia a un segundo término o están ausentes del debate. Nosotros sugerimos que un alineamiento según las recomendaciones del informe de la OMS, basándonos en la lucha contra las desigualdades y en la mejora de las condiciones de vida a lo largo de toda la trayectoria vital, sería justo y eficiente. Utilizando el marco político de los determinantes sociales que propone la OMS, sugerimos tres temas concretos que pueden ser abordados mediante acciones intersectoriales hacia un envejecimiento activo, que además tendrán el efecto adicional de disminuir las desigualdades sociales en salud y mejorar las condiciones de vida de todas las edades y no sólo de la población mayor. Estos tres temas están relacionados con los estilos de vida en los países del mediterráneo, y son la dieta, las relaciones familiares y sociales, y la marcha cotidiana.

La dieta

La dieta y sus determinantes (legislación y políticas, acceso y disponibilidad de alimentos, normas sociales y culturales) constituyen las principales causas de la salud de la población. La acción intersectorial sobre los determinantes de la dieta es posible. Tomemos como ejemplo la experiencia finlandesa en acción intersectorial para disminuir las conductas alimentarias nocivas para la salud. Finlandia llevó a cabo una acción intersectorial, dentro de su programa *Health in All Policies*, para reducir de forma radical la ingesta de grasas animales y promocionar el consumo de frutas y verduras, que ha tenido como resultado una disminución drástica de las enfermedades cardiovasculares³⁶.

Según el Observatorio de la Dieta Mediterránea, hay indicios de que los países mediterráneos se han alejado de esta dieta en los últimos 20 años^{37,38}. En el año 2004, la mortalidad por enfermedad isquémica de corazón en los menores de 65 años era el doble en Reino Unido que en España, pero en 1970 había sido cinco veces mayor³⁹. Aunque parte de esta disminución se debe al aumento de hábitos saludables en Reino Unido, este dato es preocupante y desde la salud pública se impone una intervención para conservar una de nuestras mayores reservas de salud, de calidad de vida y de longevidad. Una acción intersectorial para conservar los hábitos de alimentación de los españoles produciría sin duda grandes beneficios para la actual generación de personas mayores y para las generaciones futuras.

Las relaciones familiares y sociales

La evidencia sobre los beneficios de las redes sociales en la salud de la población, y en particular en las poblaciones mayores, es abrumadora^{40,41}. En el estudio *Envejecer en Leganés* hemos

publicado numerosos artículos que demuestran los beneficios de las redes sociales comunitarias y de las redes sociales familiares (en especial el contacto con los hijos y el mantenimiento del rol parental) en la longevidad, la función cognitiva, las discapacidades y la salud mental⁴²⁻⁴⁵. Según una reciente investigación cualitativa, entre los factores que influyen en el bienestar en la vejez, los elementos relacionales, tanto familiares como sociales, son los que tienen mayor peso⁴⁶. Han cambiado las formas de convivencia, reduciéndose el núcleo familiar y aumentando la proporción de personas mayores que viven solas, pero las familias continúan siendo la principal fuente de contacto social y de ayuda en caso de necesidad, y esto es particularmente cierto para las personas mayores viudas que viven solas⁴⁷. La interdependencia familiar y la solidaridad intergeneracional permiten una seguridad económica y afectiva más allá de los cambios económicos y sociales por los que ha atravesado el país, pero todavía las hijas siguen siendo la fuente de cuidados preferida en caso de discapacidad y tienen un sobrepeso excesivo de cuidados familiares^{47,48}. De nuevo aquí nos encontramos con la paradoja de que España es uno de los países de la Unión Europea que dedica menos financiación pública a ayudas a la familia. Una acción intersectorial que permita la integración de las actividades formales e informales mediante programas de capacitación y apoyo a los cuidadores familiares, hombres y mujeres de la familia, tendría beneficios para cuidadores y cuidados.

La marcha

La demostración de los beneficios del transporte activo (fundamentalmente la marcha y el ciclismo) ha sido la base científica de programas intersectoriales para promover el hábito de caminar en todos los sectores de la población⁴⁹. Todos los días las personas toman decisiones sobre cómo moverse para hacer las actividades diarias, y estas decisiones tienen un fuerte impacto en la salud. La costumbre de caminar todos los días es objeto de acciones intersectoriales en muchos países. En los del Mediterráneo, el hábito de caminar está integrado en la rutina diaria, incluso en las grandes ciudades. Entre las personas mayores de 50 años que residen en Barcelona, el 45% declaran caminar más de 7 h por semana y un 25% adicional entre 3 y 7 h semanales⁵⁰. En realidad, la práctica de deportes reglados en la población mayor es muy minoritaria, pero la costumbre de caminar al menos media hora al día está muy extendida. En Andalucía, el 48% de los hombres y el 28% de las mujeres mayores de 55 años declaran hacer alguna actividad, incluyendo caminar para hacer ejercicio. Este hábito tiene varios beneficios para la salud. En primer lugar, proporciona un mínimo de actividad física; en segundo lugar, promueve la interacción social puesto que con frecuencia el destino del paseo es compartir con los vecinos/familia o hacer recados en el vecindario; y por último, permite recibir las radiaciones solares que mantienen la producción de vitamina D, tan necesaria para la salud ósea. Menos del 4% de 1.104 personas cuyas muestras fueron seleccionadas del banco de sangre de un hospital de Zaragoza⁵¹ mostraban deficiencia (< 10,9 ng/ml) de vitamina D₃. En nuestro estudio de Leganés estimamos una prevalencia anual de caídas del 15% en la población mayor de 65 años⁵². En estudios prospectivos se podría comprobar si esta baja prevalencia de caídas en la población (que ya fue reportada en el estudio Nuestros Mayores realizado en Madrid en 1986) está asociada a comparativamente altos valores de vitamina D y a la costumbre de caminar a diario.

En las escasas experiencias de evaluación de intervenciones para promover un envejecimiento activo se observan cambios positivos y significativos en el área de nutrición y de actividad física⁵³. Estas experiencias sugieren que los cambios son posibles a edades avanzadas. También el éxito de las acciones intersectoriales contra el tabaquismo en España son prueba de

que la sociedad española tiene la capacidad de movilizarse de forma intersectorial en torno a temas importantes para la salud⁵⁴.

Conclusiones y recomendaciones

En conclusión, los mayores españoles participan en acciones intersectoriales sin que haya políticas activas para incentivarlos, y la sociedad española disfruta de ventajas para lograr un envejecimiento activo: las pensiones, el sistema de salud y la Ley de Promoción de la Autonomía, la dieta mediterránea, las fuertes redes sociales y familiares, y la costumbre de incluir la marcha en la actividad cotidiana.

Las acciones intersectoriales deberían desarrollarse teniendo en cuenta dos tipos de condiciones:

- 1) Las relativas al contexto:
 - Nuestro país ofrece muchos avances propios de los países de altos ingresos que permiten envejecer con seguridad económica y con acceso a los servicios de salud y sociales mediante cobertura universal.
 - Tres aspectos de la forma de vida mediterránea que son factores favorables a un envejecimiento activo podrían ser objeto de acciones intersectoriales: la dieta, las redes sociales y el hábito de caminar de forma cotidiana.
- 2) Las relativas a los recursos:
 - Persisten las desigualdades sociales y económicas entre y dentro de las comunidades autónomas.
 - Atravesamos una recesión económica con altas tasas de desempleo.
 - La falta de coordinación entre los sectores responsables de políticas públicas, y muy especialmente entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, lleva a situaciones de manejo ineficiente de los recursos existentes.

Nuestras recomendaciones para un abordaje intersectorial del envejecimiento activo en la sociedad española se resumen en las siguientes propuestas.

Propuestas de ámbito estatal y de colaboración entre comunidades autónomas

- 1) En la revisión de los pilares de la seguridad social, la edad de la jubilación y la cuantía de las pensiones, se debe considerar el marco del envejecimiento activo como campo de acción para las políticas intersectoriales. Las políticas que disminuyan los ingresos de las personas mayores aumentarán la pobreza, deteriorarán su salud, la calidad de su alimentación y su nivel de participación social y actividad física, con consecuencias negativas para su capacidad funcional y con un previsible aumento de la dependencia. Por el contrario, las políticas que tengan como objeto la erradicación de la pobreza en la vejez tendrán como consecuencia una disminución de la dependencia.
- 2) Se necesitará mejorar la eficiencia de los servicios de salud y sociales hacia la dependencia por medio de una mayor integración entre ambos sistemas de servicios. Es particularmente urgente la integración de los servicios sanitarios y sociales para las personas dependientes en el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía.
- 3) Las políticas de empleo deberán tener en cuenta los efectos de los puestos de trabajo en la salud de las personas mayores, y se deberá adaptar el medio laboral a las necesidades de los trabajadores mayores.
- 4) El gobierno central, las comunidades autónomas y las entidades locales deben coordinar acciones para proteger la

dieta mediterránea mediante aspectos legislativos, desarrollo de políticas, programas y campañas en medios de comunicación y asociaciones de la sociedad civil.

Propuesta para las entidades locales

Puesto que el ambiente físico, social y económico donde se envejece constituye un fuerte determinante de la salud y la capacidad funcional, las entidades locales deben favorecer las condiciones que permitan un envejecimiento activo. Recomendamos establecer departamentos o servicios de envejecimiento activo en cada ayuntamiento, desde los que se podrían promover y organizar acciones como las sugeridas por el programa «Ciudades Amigables con las Personas Mayores». Estas acciones tendrían un efecto directo en los grados de actividad física y de participación social de los mayores en la sociedad. Dos temas prioritarios serían la promoción de la marcha y otros medios de transporte activo como forma de integrar la actividad física en la vida cotidiana, y favorecer la participación de las personas mayores en los órganos de decisión de las entidades locales e impulsar las asociaciones comunitarias con participación de personas mayores.

Bibliografía

- World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37:74–105.
- Union Europea. Council conclusions on active ageing: 3019th Employment, social policy, health and consumer council meeting. Luxembourg; 2010. p. 7.
- Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. A review of the literature on active aging. University of Camberra; 2006.
- World Health Organization. Intersectoral action for health: a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century. Report to the International Conference, April 1997, Halifax, Nova Scotia. Geneva: WHO; 1997. p. 39.
- World Health Organization. International plan of action on ageing: report on implementation. 2005. [actualizado 14/4/2005; consultado 8/8/2010]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_19-en.pdf.
- World Health Organization. Global network of age-friendly cities. [consultado 8/8/2010]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/index.html.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Red mundial de ciudades amigables con las personas mayores. 2009. [consultado 8/8/2010]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/ciudades-amigables.html>.
- Public Health Agency of Canada. Crossing sectors. Experiences in intersectoral action, public policy and health. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2009. p. 45.
- Crawshaw P, Bunton R, Gillen K. Health action zones and the problem of continuity. *Health Soc Care Community.* 2003;11:36–44.
- Eklundh B, Pettersson B. Health promotion policy in Sweden: means and methods in intersectoral action. *Health Promotion.* 1987;2:177–94.
- Bernier NF. Quebec's approach to population health: an overview of policy content and organization. *J Public Health Policy.* 2006;27:22–37.
- Ministry of Health. Public health in New Zealand. Wellington; 2009.
- Union Europea. Country profile. Population and living conditions. 2010. [consultado 8/8/2010]. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>.
- Zunzunegui MV, Núñez O, Durban M, et al. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging Clin Exp Res.* 2006;18:352–8.
- Ceresuela López A, Rubio Rubio S, Rodríguez Rodríguez B, et al. Desigualdades sociales y cambios en la calidad de vida de los ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:221–8.
- Sagardui-Villamor J, Guallar-Castillón P, García-Ferruelo M, et al. Trends in disability and disability-free life expectancy among elderly people in Spain: 1986–1999. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60:1028–34.
- Association Internationale des Universités de Troisième Âge. [consultado 8/8/2010]. Disponible en: <http://www.aiuta.org/fr/universities2.asp>.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores. [consultado 8/8/2010]. Disponible en: <http://www.ceoma.org/modules.php?name=News&file=article&sid=2>.
- SimpleLógica. Asociacionismo y disposición al voluntariado del colectivo de mayores. Union Democrática de Pensionistas y Jubilados de España. 2008 [consultado 4/8/2010]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/udp-voluntariado-02.pdf>.
- Rodríguez Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993–2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006:175.
- Fernández-Merino MC, Gude F, Faraldo Valles MJ, et al. Autopercepción de la salud en ancianos y mortalidad a los cinco años. Estudio en una comunidad de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:311–5.
- Cervera Maciá M, Herce San Miguel JA, López Casanovas G, et al. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia. Madrid: IMSERSO; 2009. p. 154.
- Instituto Nacional de Estadística. Estudio descriptivo de la pobreza en España. Resultados basados en la Encuesta de Condiciones de Vida 2004. Madrid; 2005. p. 25.
- Otero A, De Yébenes MJ, Rodríguez-Laso A, et al. Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain. *Aging Clin Exp Res.* 2003;15:234–42.
- Fundación Cruz Roja Española. Informe sobre la vulnerabilidad social (2008–2009). 2010.
- Monreal P, Vilà A. Programa integral de atención a las personas mayores en una zona rural. *Anuario de Psicología.* 2008;39:351–70.
- Consumer Eroski. Atención a mayores en zonas rurales. 2010. [actualizado 23/2/2010; consultado 4/8/2010]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/consumer-atencionrural-01.pdf>.
- Barriga Martín LA, Brezmes Nieto MJ, García Herrero GA, et al. IV Dictamen Observatorio de la Dependencia. 2009.
- Béland F, Bergman H, Lebel P, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61:367–73.
- Ovretveit J, Hansson J, Brommels M. An integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy.* 2010.
- Lehr U, Polhamann S. Participación de las personas mayores en el mercado de trabajo y en la sociedad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:180–4.
- Ces García EM. Una sociedad inclusiva para la población que envejece: el desafío del empleo y la protección social. *Revista Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* 2003;42.
- Healthy Cities. Belfast. 2010. [consultado 8/8/2010]. Disponible en: <http://www.belfasthealthycities.com/phase-iv/healthy-ageing.html>.
- Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud. Ginebra. 2008. [consultado 8/8/2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.
- Puska P, Stahl T. Health in all policies – The Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:1–14.
- Da Silva R, Bach-Faig A, Raido Quintana B, et al. Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961–1965 and 2000–2003. *Public Health Nutr.* 2009;12:1676–84.
- Vareiro D, Bach-Faig A, Raido Quintana B, et al. Availability of Mediterranean and non-Mediterranean foods during the last four decades: comparison of several geographical areas. *Public Health Nutr.* 2009;12:1667–75.
- Chow CK, Lock K, Teo K, et al. Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors and disease at a population level: a review. *Int J Epidemiol.* 2009;38:1580–94.
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, et al. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000;51:843–57.
- Glass TA, De Leon CF, Bassuk SS, et al. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *J Aging Health.* 2006;18:604–28.
- Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1090–9.
- Zunzunegui MV, Béland F, Sánchez MT, et al. Longevity and relationships with children: the importance of the parental role. *BMC Public Health.* 2009;9:351.
- Béland F, Zunzunegui MV, Alvarado B, et al. Trajectories of cognitive decline and social relations. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60:P320–30.
- Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Otero A, et al. Social ties and disability: cross cultural comparisons in European elderly populations. *Eur J Ageing.* 2005;2:40–7.
- Molina Sena C, Meléndez Moral JC. Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:276–84.
- Meil G. Los efectos de la reducción del tamaño de las familias en las relaciones familiares de las personas viudas. *Panorama Social.* 2009;10:52–64.
- Llacer A, Zunzunegui MV, Gutiérrez-Cuadra P, et al. Correlates of wellbeing of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain. *Eur J Public Health.* 2002;12:3–9.
- Davis A. Active transport: a guide to the development of local initiatives to promote walking and cycling. London, United Kingdom: Health Education Authority; 1998. p. 39.
- Alzamora MT, Fores R, Baena-Díez JM, et al. The peripheral arterial disease study (PERART/ARTPER): prevalence and risk factors in the general population. *BMC Public Health.* 2010;10:38.
- Bernal Pérez M, Cortés Flores G, Giner Soria A, et al. Ha mejorado la dotación de la vitamina D3 en España? Actuales niveles en una muestra de la población. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45.
- Mendez JJ, Zunzunegui MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas de las personas mayores que viven en la comunidad. *Med Clin (Barc).* 1997;108:128–32.
- Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez J, et al. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:92–102.
- Villalbí JR. Valoración de la Ley Española 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:805–20.