

Mesa redonda

El envejecimiento con salud y la calidad de la vida

Ian Darnton-Hill

El tamaño de la población de edad avanzada, tanto en cifras absolutas como en porcentaje del total de la población, aumenta rápidamente en casi todas las partes del mundo. Esta tendencia, unida a otros cambios profundos que se han producido en la sociedad, ha hecho que las formas tradicionales de entender y adaptar el proceso de envejecimiento resulten insuficientes. Según las encuestas realizadas, la seguridad económica, el bienestar psicosocial y una sensación de gozar de una salud relativamente buena son los valores más importantes a los que se debe aspirar.

Nunca hasta ahora ha habido tanta gente que viva tantos años (1) Ya en 1992 el 18% de la población de Suecia y alrededor del 13% de la población del Japón y de los Estados Unidos tenía más de 65 años. En el Japón, donde la esperanza media de vida es de 79,1 años, se prevé que aproximadamente el 25% de la población tendrá más de 60 años hacia el año 2020. El envejecimiento, que antes se consideraba una tendencia incipiente, principalmente en los países industrializados, se considera ahora un fenómeno mundial. En 1990 más de la mitad (el 55% de 176 millones) de la pobla-

ción anciana del mundo vivía en el llamado mundo en desarrollo; hacia el año 2025 se espera que esta proporción sea del 65%. Además de ser cada vez más numerosas las personas que tienen más de 65 años, hay ahora muchas más que viven un número de años considerablemente mayor. En este momento en ciertos países como Australia y Nueva Zelandia más del 2% de la población tiene más de 80 años, y en el Japón y los países de Europa occidental este porcentaje es del 3%; y éste es el sector de la población que va a crecer más rápidamente en los próximos decenios.

Entre los países se ha registrado una diferencia muy grande en lo que respecta a la velocidad con que han pasado de tener una población relativamente joven a ser lo que se llama una «sociedad vieja». En Francia, por ejemplo, fueron necesarios 115 años para que la proporción de personas de edad se doblara pasando del 7% al 14%, y se predijo que en el Japón la población se doblaría sólo en 25 años, entre 1970 y 1995, pero de hecho ocurrió con mucha más rapidez, en unos 20 años.

El Dr. Darnton-Hill es director de proyectos de la Iniciativa de los Estados Unidos sobre Micronutrientes (OMNI), c/o JSI, 11th floor, 1616 North Forth Meyer Drive, Arlington VA 2209, EE.UU. Hasta este año fue Asesor Regional de nutrición y coordinador de actividades relativas a salud de las personas de edad en la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, Manila, Filipinas. Una versión anterior y más técnica de este documento, con todas las referencias, fue presentada en la Conferencia Internacional sobre la Calidad de la Vida de las Personas de Edad en el Centro Colaborador de la OMS para el Bienestar en el Envejecimiento, Facultad de Medicina de la Universidad de Tohoku, Sendai, Japón, 28-29 de junio de 1993, y puede obtenerse allí o en la Oficina Regional.

El hecho de que exista un número cada vez mayor de personas de edad significa que las cuestiones relativas a la calidad de la vida en esos años suplementarios continuarán siendo objeto de atención creciente y absorbiendo recursos en el futuro. Se ha llegado a la conclusión de que la calidad de la vida de las personas de edad depende principalmente de su seguridad socioeconómica, de su bienestar psicosocial y de su sensación de salud.

Aspectos económicos del envejecimiento

La seguridad socioeconómica parece ser un factor esencial tanto para los países como para los individuos. Se ha observado que los países con un producto nacional bruto de menos de US\$ 7000 por habitante (a principios del decenio de 1980) no pueden tener una esperanza media de vida de más de 70 años. Pero pasado cierto límite el aumento de la riqueza parece influir po-

Cuando los entornos exterior e interior de una persona son comprensibles, tienen un significado y pueden manejarse, existe una satisfacción por la vida. Cuando son inestables o se considera probable que lleguen a ser inestables, aumenta la insatisfacción.

co en la esperanza de vida si no se producen cambios sociales y de otra índole. Se ha demostrado también que una mayor disponibilidad de alimentos lleva aparejado un aumento de la esperanza de vida, pero hasta un cierto límite, rebasado el cual todo incremento de la ingesta de grasa en la alimentación puede ir acompañada de una reducción de la esperanza de vida debido al aumento de las enfermedades cardiovas-

culares y probablemente de algunos tipos de cáncer.

Se ha sostenido de forma convincente que allí donde es menor el desequilibrio entre los sectores más ricos y los más pobres de una sociedad la esperanza media de vida es mayor. Así pues, parece que es la amplitud de la diferencia en los ingresos y la consiguiente sensación de desventaja dentro de una sociedad lo que afecta a la esperanza media de vida más que la riqueza en sí misma. En efecto, en países como Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido el estado de salud de los grupos menos favorecidos ha empeorado a medida que ha aumentado el desequilibrio en los ingresos, y se teme que esa misma tendencia se manifieste pronto en China. En el Reino Unido se observó que el dinero y la clase social eran determinantes importantes de la calidad de la vida en el tiempo que precede a la muerte y de la duración de la vida. De ello se deduce que si bien las personas que pertenecen a la clase media viven más años que las personas que pertenecen a grupos socioeconómicos más bajos y, por lo tanto, podría preverse que tuvieran peor salud al final de su vida, de hecho tienen también en el año que precede a su fallecimiento una salud menos mala que la de las personas de los grupos más pobres. Se ha observado sistemáticamente que tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo alrededor de los dos tercios de la variación de las tasas de mortalidad guardan una relación con la distribución del ingreso entre la población de esa nación (2).

El nivel de los ingresos y el estado de salud son las dos variables que más a menudo se encuentran asociadas a la satisfacción por la vida entre las personas de edad. En un estudio sobre el papel que desempeñan las personas de edad en las fa-

milias filipinas se llegó a la conclusión de que las personas que gozaban de una sólida situación económica tenían más poder que otros miembros de la familia, cualesquiera que fueran su edad o estado de salud. En el estudio sobre el envejecimiento, realizado en cuatro países por encargo de la OMS, el sentimiento de soledad guardaba relación no sólo con el estado civil sino también con la situación económica y socioeconómica, la salud física y el funcionamiento físico y social de las personas, y estas asociaciones aparecían una y otra vez siempre que se examinaba la calidad de vida de las personas de edad (3).

Las personas de edad en la fuerza de trabajo

Uno de los efectos que producirá el envejecimiento de las poblaciones será un cambio drástico en la relación entre el número de personas que trabajan y el de las personas jubiladas; en el Japón esa relación pasará de 6:1 en 1990 a 3:1 en 2030, pero ese descenso será menos acentuado entre las poblaciones menos ricas. Ello conducirá presumiblemente a una escasez de asalariados, grupo que se nutrirá cada vez más de mujeres que antes permanecían en sus hogares y de personas de más edad, inclusive personas que ya hayan cumplido la edad actual de jubilación. Si esta proyección es correcta, el temor que se tiene actualmente de que muchos jóvenes no puedan acceder nunca a la fuerza del trabajo podría resultar a la larga sin fundamento. Pero a un plazo más corto ello podría dar lugar a conflictos entre los jóvenes desempleados que quieren trabajar y las personas de edad que quieren continuar trabajando, y se produciría una situación similar a la que tuvieron que afrontar las mujeres cuando empezaron a incorporarse a la fuerza del trabajo en grandes proporciones.

Parece ser que actualmente se observa en Europa una tendencia a jubilarse antes, si bien en países como el Japón el 40% de los hombres toman un segundo empleo después de su jubilación. Existen marcadas diferencias entre los hombres y las mujeres de edad, y entre los países desarrollados y en desarrollo en cuanto a las tasas de participación en la fuerza del trabajo. Por ejemplo, las tasas de participación de los hombres de edad en la fuerza del trabajo oscilan entre menos del 2% en Austria y el 85% en Malawi. Referidas a las mujeres, esas tasas oscilan entre el 1% en algunos países desarrollados y el 29% en las Filipinas (1). Así como las tasas de participación en el trabajo de los hombres de edad están disminuyendo, las de las mujeres de más edad de los países en desarrollo han ido aumentando o manteniéndose ininterrumpidamente.

Un estudio sobre el empleo, las conexiones sociales y la salud en los años de jubilación mostró que el hecho de continuar trabajando a una edad avanzada iba acompañado generalmente de una moral más alta, mayor felicidad, mejor adaptación, longevidad, mayores conexiones sociales y, en parte sin duda como consecuencia de todo ello, a una conciencia de mejor salud (4). Por ello, en el contexto de la promoción de la salud, se apoya el criterio de que la edad de jubilación debería ser flexible, y de que las posibilidades de cada individuo deben juzgarse teniendo en cuenta las exigencias específicas de su trabajo. En un examen de los estudios realizados en los Estados Unidos, Finlandia, el Japón, y el Reino Unido se citaba un testimonio en el que se decía que «los convencionalismos admitidos acerca del envejecimiento son extremadamente pesimistas y que los trabajadores de edad ofrecen muchas ventajas a los empleadores de las empresas por su experiencia, actitudes y dedica-

ción», y que las tasas de absentismo eran en realidad más bajas entre los trabajadores de más edad (5).

El bienestar y la familia

En el Canadá se observó que las personas que envejecieron bien eran las que al ser interrogadas 10 años antes se habían mostrado más satisfechas de la vida, y las que habían recurrido menos al sistema de atención sanitaria. Otras circunstancias que en este estudio hacían augurar un envejecimiento feliz eran no haber enviudado o no haber ingresado en un hogar de ancianos (6).

Se ha observado que la mortalidad es menor entre las personas de edad casadas, y mayor entre las personas solteras, divorciadas o viudas, lo cual da a entender tal vez la importancia que tiene no sólo la familia sino la interacción social de cada día. Los efectos positivos del apoyo social han quedado también demostrados mediante estudios de intervención, y al menos tres estudios epidemiológicos han mostrado que cuando se está rodeado de familia y amigos hay un riesgo menor de mortalidad. Se ha informado una y otra vez de que las tasas de mortalidad a una determinada edad son más elevadas entre las personas viudas que entre las personas casadas, aunque parece ser que esa mortalidad mayor entre los viudos alcanza su punto álgido durante los seis primeros meses de duelo y luego disminuye.

Al mismo tiempo hay ciertos indicios, aunque no tan claros como a menudo se dice, de que la ruptura de la unidad familiar tradicional ha hecho que las familias renuncien a cuidar a sus ancianos, si bien incluso en los países más «occidentalizados» de la Región del Pacífico Occidental de la OMS la familia sigue siendo el mayor y único apoyo y el principal centro de actividad

para las personas de edad. Muchos estudios sobre la modernización y el envejecimiento han sostenido la hipótesis de que el prestigio de las personas de edad disminuye a medida que se moderniza la sociedad. Esta tendencia se ha atribuido a muchos factores, como la moderna educación de masas, la disminución de la importancia de la tierra como fuente de poder, el aumento de la proporción de población que envejece, la aparición de la familia nuclear, la jubilación, la segregación residencial entre las generaciones, la diferenciación social y los rápidos cambios en la estructura social y en los valores culturales.

Sin embargo, en la República de Corea, donde a los valores tradicionales en relación con las personas de edad se añade la doctrina del Confucianismo, que destaca la piedad filial y la obediencia firme a los progenitores, los investigadores hallaron que las personas de edad menos ancianas que estaban casadas, que vivían en zonas rurales y que tenían actitudes modernas e hijos muy educados tenían más probabilidades que otros ancianos de influir en la adopción de decisiones familiares. En un estudio realizado en Filipinas las personas de edad menos ancianas influían más en las decisiones de la familia que las más ancianas. Aunque ello podía significar simplemente que la autoridad disminuye con la edad, se pensó que se debía más bien a otros factores que diferenciaban los dos grupos de edad. Si ello fuera cierto, estaría en contradicción con el argumento de que los efectos de la modernización en la situación social de las personas de edad es necesariamente negativo (7).

La preferencia que muestran las propias personas de edad por vivir separadas de sus hijos y tener un hogar independiente parece que va en aumento (7, 8). En un estudio sobre las personas de edad realizado

en Alemania, el Canadá, los Estados Unidos, el Japón y el Reino Unido se llegó a la conclusión de que si bien la mayoría de las personas de edad mantienen unos lazos familiares estrechos, desean permanecer independientes incluso cuando están gravemente enfermas. En esos países, con la excepción del Japón, irse a vivir con la familia del hijo o de la hija no es una solución que agrade a las personas, e incluso se prefiere recibir una asistencia en un establecimiento especializado. A diferencia de lo que sucede en los Estados Unidos, donde muchas personas de edad (41%) aceptan trasladarse a residencias privadas de ancianos, en el Japón sólo el 5% de las personas de edad quieren estar en esas residencias cuando son físicamente incapaces de ocuparse de ellos mismos. En la República de Corea el 61% de las personas interrogadas dijeron que lo ideal era o sería vivir con sus hijos y nietos (en Alemania ese porcentaje era del 15%). Con todo, ese porcentaje representa una disminución importante si se compara con la cifra del 83% dada en 1981. En Europa existen también grandes diferencias. Por ejemplo, el número de personas de más de 65 años que viven en establecimientos especializados oscila entre el 11% en los Países Bajos y el 1% en Grecia.

Percepciones y expectativas

La idea que se tiene de la función que debe cumplir la mujer también está cambiando. En la mayoría de los países las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de alcanzar edades avanzadas, de quedarse solas y de estar económicamente desfavorecidas. Incluso en las sociedades en que se considera que las mujeres tienen un alto grado de independencia la carga del cuidado de las personas de edad, en particular de las personas impedidas, sigue

recayendo principalmente en las mujeres de la familia. Esa tendencia está mucho más acentuada en muchas sociedades asiáticas. Los estudios realizados por el Ministerio de Salud y Bienestar Social japonés han mostrado hasta qué punto se espera que sean principalmente las mujeres, incluida la propia esposa anciana, las que carguen con el cuidado de los ancianos. Pero la situación está cambiando rápida-

Los trabajadores de edad ofrecen muchas ventajas a los empleadores de las empresas por su experiencia, aptitudes y dedicación.

mente y aun cuando todavía se crea que la responsabilidad corresponde principalmente a las hijas y a las nueras, puede suceder que esas mujeres no puedan asumirla si trabajan a tiempo completo, si la vivienda es demasiado reducida o si existe una distancia geográfica. En Singapur, por ejemplo, el número de mujeres que trabajan pasó del 44% al 50% en sólo un decenio. Esta circunstancia, junto con los cambios en la fuerza del trabajo anteriormente mencionados tendrán en un futuro próximo consecuencias considerables para los individuos, las familias y las finanzas relativas a la atención sanitaria de las personas de edad.

Las diversas expectativas afectan también considerablemente al bienestar psicosocial. En un estudio comparativo de las personas de edad en diferentes continentes se halló que en el Reino Unido sólo el 10% de las personas de edad viven con sus familias, pero sólo el 11% de ellas se sienten abandonadas por sus hijos, mientras que en la República de Corea el 41% se sienten abandonadas aunque el 61% todavía viven realmente con sus familias. En un estudio europeo de las personas de edad, el 1% de los daneses, el 7% de los británicos y el 9%

de los americanos interrogados dijeron que a menudo se sentían solos. Como era de esperar, los que estaban casados se encontraban menos solos que los que estaban viudos, divorciados o separados. Aun cuando no se pueden hacer comparaciones estrictas debido a las posibles diferencias metodológicas, se ha informado de que el 24% de la población de Fiji, el 22% de los coreanos, el 10% de los malasio y el 7% de los filipinos se sienten a menudo solos. Un estudio realizado en los Estados Unidos indicaba que hay numerosas variables, como la salud subjetiva y objetiva, la educación, la satisfacción financiera, el desempeñar una función a la hora de realizar planes y el sentirse integrado, que tienen una correlación importante con el hecho de estar satisfecho de la vida. Con todo, el efecto combinado de dos variables, a saber, los sentimientos de soledad y de aislamiento de la familia y los niveles de la aptitud sociocognoscitiva absorbía el 49% de la variabilidad en la satisfacción de la vida de las personas de edad (9).

Al igual que sucede con la salud física, las percepciones y los efectos psicosociales son el resultado de toda una vida de experiencia y desarrollo. Cuando se les pidió que hicieran una evaluación de su propia salud y de su satisfacción con la vida, muchas personas mayores dijeron que no sentían ni creían que hacerse viejo fuera meramente «ir cuesta abajo». Cuando los entornos exterior e interior de una persona son comprensibles, tienen un significado y pueden manejarse, existe una satisfacción por la vida. Cuando son inestables o se considera probable que lleguen a ser inestables, aumenta la insatisfacción.

Sentirse físicamente sano

Según parece, el único factor no biológico, y a la vez muy importante, que afecta a la

salud de una persona de edad es su situación económica; le sigue la nutrición, y después el nivel de educación (10). Al mismo tiempo se ha observado que lo que más influye en que las personas de edad estén satisfechas de la vida es la salud, seguida de la integración subjetiva y de la satisfacción financiera. Anteriormente se ha señalado que, en general, entre las personas de edad el estado de salud y el nivel de los ingresos eran las dos variables más frecuentemente asociadas a la satisfacción con la vida. Al menos en las personas de edad muy avanzada se ha observado que el estado de salud puede ser un mejor augurio de bienestar emocional en relación con esa satisfacción que las conexiones sociales.

Si bien un 80%, aproximadamente, de las personas de más edad son bastante capaces de realizar las actividades que son necesarias en la vida diaria, tienen estadísticamente más probabilidades de tener mala salud que las personas de 60 años. No sólo tendrán peor salud sino que muchas tendrán más de una dolencia que sea inhabilitante o que exija un tratamiento. Entre los problemas de salud que afectan mucho a las personas de más edad figuran la incontinencia, el dolor crónico, la artritis, la sordera, la periodontopatía, la osteoporosis y la hipertensión. Aun cuando las enfermedades a las que es propensa una persona de edad no son propias de esa etapa avanzada de la vida, en ella adquieren características específicas. En una persona de edad la enfermedad es un compuesto de una enfermedad particular y de los efectos del proceso de envejecimiento, a lo que se suma con demasiada frecuencia el hecho de tomar medicamentos que les han sido prescritos para diversos trastornos. En los países occidentales, por ejemplo, aproximadamente una tercera parte de las personas a partir de los 65 años y tres cuartas

partes de las personas a partir de los 75 años, toman medicamentos regularmente.

Los investigadores que se han centrado en el estudio de los «ancianos satisfechos» han llegado a la conclusión de que era menos probable que hubieran fumado alguna vez que en el caso de otras personas. Observaron también cierta evidencia de que era menos probable que hubieran abusado del alcohol o lo hubieran consumido alguna vez, y de que hubieran tenido un peso excesivo o insuficiente. Uno de esos estudios se realizó en un grupo de más de 5000 hombres de ascendencia japonesa que vivían en Hawái. Entre los que habían contraído una cardiopatía coronaria, una apoplejía, un cáncer u otras enfermedades era más probable que tuvieran la tensión más alta, que fueran obesos, que fumaran cigarrillos, que consumieran más alcohol que los demás y que tuvieran unos niveles séricos anormales de glucosa, ácido úrico y triglicéridos. El haber vivido durante años en el Japón era un factor positivamente asociado a la ausencia de enfermedades en el periodo de prueba, pero presumiblemente guardaba una relación con ciertos factores medioambientales y de modo de vida del Japón.

Un examen de los modos de vida de los japoneses llevó a la conclusión de que su gran longevidad se debe, al menos en parte, a los hábitos alimenticios imperantes: consumir una ración alimentaria, consistente aproximadamente en una proporción igual de proteínas animales y verduras, conservar el arroz como plato principal, tener una de las ingestas de pescado más altas del mundo y reducir la cantidad de sal en la alimentación. A ello habrá que añadir con una seguridad casi total el hecho de que el régimen alimenticio japonés contenga unos niveles todavía relativamente bajos de grasas saturadas. Incluso entre los

«occidentalizados» habitantes de Osaka se observó que la grasa alimentaria contribuía al aporte calórico únicamente en un 23%, frente al 42% del Reino Unido. La relación entre la grasa insaturada y la saturada es de 1,1:1, frente al 0,34:1 de Gran Bretaña. El hecho de que actualmente sea menor (aunque todavía relativamente alta) la ingesta de alimentos salados y se coman menos conservas probablemente ha sido

Aun cuando los filipinos mostraban unos niveles de satisfacción en relación con su estado de salud superiores a los de los habitantes de otros países, tenían también la prevalencia más alta de problemas de salud.

también la causa de la disminución en el Japón de los accidentes cerebrovasculares y del cáncer de estómago.

Pero, pese a todo ello, es posible que el hecho de tener una impresión subjetiva de salud influya más que la salud real en la opinión que tienen las personas de edad acerca de la calidad de su vida. En el precitado estudio de cuatro países (3), al menos la mitad de las personas en cada uno de esos países dijeron que se sentían bastante bien de salud (la proporción de personas oscilaba entre el 50% en Corea y el 84% en Filipinas). Con la excepción de los habitantes de Fiji, había más mujeres que hombres que no se sentían bien. Al ser interrogados acerca de los problemas de salud o las enfermedades que afectaban a su capacidad funcional, se observaron marcadas diferencias culturales: el 59% de los habitantes de Fiji, el 40% de los coreanos y el 25% de los malasios respondieron que tenían esos problemas. Aun cuando los filipinos mostraban unos niveles de satisfacción en relación con su estado de salud superiores a los de los habitantes de otros

países, tenían también la prevalencia más alta de problemas de salud, lo cual nos remite a la cuestión de las expectativas de los ancianos. En un estudio realizado sobre cuatro países europeos y el Japón se llegó al resultado de que en esos cinco países lo que más temían las personas de edad era ponerse enfermas.

Promoción de la salud

Un grupo científico de la OMS que trataba de llegar a una conclusión final para uso epidemiológico propuso que se mantuviera la autonomía de las personas de edad como meta fundamental para un envejecimiento sano, y la prevención de su pérdida como objetivo de los programas de intervención (11). Esas intervenciones exigirían un apoyo social, un cambio en la actitud del público y una manipulación del entorno, además de actividades destinadas a las personas.

Cabría decir incluso que el objetivo real del fomento de la salud es lograr que las personas «mueran sanas». Al menos en los estudios realizados en Occidente, la mayoría de las personas de más edad interpretan esta idea como permanecer lo más independiente que sea posible durante el mayor tiempo posible y tener el mayor control posible sobre sus vidas. Sería interesante saber si las sociedades en las que los ancianos esperan que los cuiden en el entorno familiar conceden la misma importancia a este factor de independencia. Tal vez resulte que se concede más valor a seguir siendo productivo dentro de la familia y respetado como persona cargada de experiencia y sabiduría. Pero muchos estudios han mostrado una convergencia notable. Como han señalado Rowe y Kahn, «la falta de control tiene consecuencias negativas en el estado emocional, en la actua-

ción, en el bienestar subjetivo y en otros indicadores fisiológicos» (12). Esos autores observaron asimismo que los acontecimientos no deseables sobre los que el individuo tenía pleno control no influían en el índice de tensión emocional, cosa que sí ocurría cuando se trataba de hechos no deseables sobre los que el individuo no tenía control alguno.

Las posibilidades de prevención primaria se reducen algo en edades avanzadas, y la distinción entre prevención primaria (evitar o retrasar la aparición de enfermedades), prevención secundaria (diagnóstico precoz para detener el progreso de la enfermedad) y prevención terciaria (tratamiento adecuado de las enfermedades ya existentes para disminuir la discapacidad) resulta cada vez menos clara.

Medawar ha sugerido que la mayoría de las enfermedades que nos afligen a partir de la edad madura podrían estar simplemente causadas por genes «desfavorables» que se han ido acumulando para manifestarse en la segunda mitad de nuestra vida (13). En esa etapa ya no están sujetos a la presión evolutiva, que sólo se ejerce en años anteriores, cuando se halla activa la función reproductiva, de forma que todos los tipos de deterioro fortuitamente acumulados pueden imponerse libremente. En esta argumentación, la civilización, que ha erradicado más o menos el hambre y la peste en la mayoría de las sociedades industrializadas, no es la causa de nuestras enfermedades crónicas; simplemente permite que nuestros genes se expresen y revelen lo que ha estado oculto en nosotros desde hace siglos. Es probable que la morbilidad crónica «occidental» ya existiera entre la escasa población relativamente próspera del pasado, que estaba algo mejor alimentada, y más exenta de infecciones y, por consiguiente, vivía más años. Si ello es

así, los cambios de modo de vida no servirían mucho como justificación.

Sin embargo, habida cuenta de los efectos que producen los cambios de modo de vida en las cifras de prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como la influencia que ejerce la clase social, las ventajas socioeconómicas y la educación, soy de la opinión de que los factores del modo de vida son importantes, en particular por lo que respecta al comportamiento individual en cuestiones tales como el tabaquismo, el régimen alimenticio y el ejercicio físico. Cada vez son más numerosas las pruebas que confirman la opinión de que una actividad física ininterrumpida y un buen estado nutricional son determinantes importantes del funcionamiento físico y mental. Según los estudios realizados, los programas de ejercicio moderado reducen la intolerancia a la glucosa y la resistencia a la insulina de las personas de edad, y si se evitan además los factores de riesgo conocidos, como fumar cigarrillos, ingerir bebidas alcohólicas fuertes y tomar cantidades insuficientes de calcio, se puede ayudar a prevenir la osteoporosis.

Como se ha visto, el hecho de que aumente continuamente la esperanza de vida hace que cobren importancia las cuestiones relativas a la calidad de esa vida más larga. El objetivo debe ser reducir el tiempo de discapacidad de forma que cada vez sea menor la proporción de nuestras vidas que pasemos discapacitados o enfermos. Hasta ahora no está claro que ello esté sucediendo, en parte debido a los problemas metodológicos que plantea examinar la variedad de factores que contribuyen a aumentar la esperanza de vida y a la discapacidad y mala salud. Por otro lado, es probable que estos factores difieran de un país a otro. Actualmente las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de

pasar más años en un estado de discapacidad, pero también de vivir más. Los estudios longitudinales nacionales que se realizan actualmente en un número cada vez mayor de países están empezando a examinar esta importante cuestión, con todas las implicaciones que ello tiene para la salud nacional y los sistemas asistenciales a largo plazo.

Se ha demostrado también que una mayor disponibilidad de alimentos lleva aparejado un aumento de la esperanza de vida, pero hasta un cierto límite, rebasado el cual todo incremento de la ingesta de grasa en la alimentación puede ir acompañado de una reducción de la esperanza de vida.

La experiencia del Japón le ha llevado a la conclusión de que los programas asistenciales fuertes y los reconocimientos generales a partir de la edad madura reducen la demanda de asistencia hospitalaria en una etapa posterior de la vida. Por lo demás, en ese país, las consideraciones de orden económico no constituyen actualmente una limitación, y es probable que ese planteamiento sólo esté al alcance de las posibilidades económicas de unos pocos. El costo que ello representa, con la excepción de unas pocas enfermedades concretas, no parece justificar en general ese planteamiento.

Un posible obstáculo para la promoción de la salud en esta esfera es saber lo que las personas mayores consideran un comportamiento apropiado. En Australia las personas mayores han manifestado que tienen la impresión de que participar en actividades fuertes no es apropiado y resulta menos aceptable socialmente a medida que se avanza en edad. Se ha llegado tam-

bién a la conclusión de que las aspiraciones y esperanza de las personas mayores respecto de su propia capacidad y realización suelen ser modestas, y estas impresiones se ven reforzadas por la opinión que tiene el resto de la sociedad. Cuando se reducen las oportunidades se reducen también los niveles de actividad de las personas mayores.

Necesidades y opciones

En resumen, puede decirse que los importantes cambios socioculturales que ha producido el rápido desarrollo económico han traído consigo muchos otros cambios, tanto positivos como negativos, que no han sido menores en las esferas de la salud y la vejez. La satisfacción con la vida y

Actualmente las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de pasar más años en un estado de discapacidad, pero también de vivir más.

la calidad de la vida están determinados por la seguridad socioeconómica, el bienestar psicosocial y la sensación de disfrutar de una salud satisfactoria. La salud, a su vez, está influida por la vida pasada, la estructura genética y el medio ambiente, así como por la satisfacción con la vida, el bienestar psicosocial y la seguridad socioeconómica. Todos estos factores están entrelazados y son necesarios, y su importancia relativa difiere de una cultura a otra y de una persona a otra, si bien los factores siguen siendo extraordinariamente similares.

Algunos han expresado su inquietud porque, si bien es necesario tratar de resolver los problemas que se están planteando a las personas de edad, al hacerlo se debilita

aún más la costumbre tradicional de mantenerlas y cuidarlas en el seno de la familia. Algunas veces se adopta este criterio pese a la evidencia de que lo que las personas de edad esperan y prefieren tal vez sea evolucionar hacia una mayor independencia. Los resultados del debate acerca del aumento de los costos de la atención sanitaria que se presta a las personas de edad dependerán principalmente del entorno cultural, político e ideológico en el que funcionan los diferentes sistemas asistenciales. Ello es sumamente importante pero rebasa el ámbito del presente artículo.

Con arreglo a las conclusiones que acabamos de examinar, los esfuerzos para atender las necesidades de las personas de edad deberían centrarse en tres factores: su seguridad socioeconómica, su bienestar psicosocial y su sensación de salud. El fomento de la salud, en su sentido más amplio de trabajar por lograr modos de vida sanos y entornos que contribuyan a la salud tiene, al parecer, mucho que ofrecer para lograr el bienestar en la vejez. La experiencia cada vez mayor que se tiene con poblaciones que envejecen contribuirán a que no se decida exactamente cuáles son los puntos más importantes en los que se debe intervenir para lograr que la calidad de la vida sea óptima a lo largo de toda la vida.

Sin embargo, conviene decir para terminar que parece ser que se está iniciando todo un nuevo debate acerca del peligro de que el fomento de la salud pueda alentar la dependencia de las personas de edad y reducir la calidad de vida por ellos percibida importunándolos con normas acerca de lo que deberían o no deberían hacer en materia de ejercicio, regímenes alimentarios prudentes, moderación en el beber, etc. Aun cuando se obtendría una recompensa en términos de vida más larga y mejor sa-

lud si todos hicieran «lo correcto», mi opinión es que, después de informarlo, se deje al anciano interesado realizar la elección. ■

Referencias

1. **Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, Viena.** *The world ageing situation 1991.* Nueva York, Naciones Unidas, 1991.
2. **Hurowitz, J. C.** Toward a social policy for health. *New England journal of medicine*, 1993, **329**: 130-133.
3. **Andrews, G. R. et al.** *Aging in the Western Pacific.* Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1986.
4. **Mor-barak, M. E. et al.** Employment, social networks, and health in the retirement years. *International journal of aging and human development*, 1992, **35**: 145-159.
5. Aging at work: consequences for industry and individual. *Lancet* (editorial), 1993, **341**: 87-88.
6. **Roos, N. P., Havens, B.** Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *American public health*, 1991, **81**: 63-68.
7. **Darnton-Hill, I.** Culture, aging and the quality of life. En: *Quality of life of the elderly.* Sendai, Facultad de Medicina de la Universidad de Tohoku, 1993 (Monografía WHO-CC Nº 2).
8. **Martin, L. A.** Changing intergenerational family relations in East Asia. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 1990, **510**: 102-114.
9. **Gray, G. R. et al.** Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *International journal of aging and human development*, 1992, **35**: 205-218.
10. **MacFayden, D.** Health and social policy issues in aging. En: Kane, RL et al., eds. *Improving the health of older people: a world view.* Oxford, Oxford University Press en nombre de la OMS, 1990: 617-620.
11. *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984 (OMS, Serie de Informes Técnicos, Nº 706).
12. **Rowe, J. W., Kahn, R. L.** Human aging: usual and successful. *Science*, 1987, **237**: 143-149.
13. Rise and fall of diseases. *Lancet* (editorial), 1993, **341**: 151-152.

El programa de la OMS sobre envejecimiento y salud

En abril de 1995 la OMS lanzó un nuevo programa sobre envejecimiento y salud que ha de abarcar las siguientes perspectivas:

- **Curso de la vida – enfocar la vejez como parte del ciclo vital más bien que como un sector particular de la atención sanitaria**
- **Promoción de la salud – orientada hacia un envejecimiento sano**
- **Entorno cultural, como determinante destacado del estado de salud en la edad avanzada**
- **Diferencias de género en la salud y los modos de vida**
- **Consideraciones de ética que requieren más atención a medida que la población envejece, como son la aceleración o el retraso indebido de la muerte, los derechos humanos, la atención prolongada y abuso.**

La OMS está llamada a marcar mundialmente la pauta en la dimensión sanitaria del envejecimiento, que pasará a ser una cuestión social de primera importancia en el siglo XXI. El programa sobre envejecimiento y salud será horizontal y catalizará la acción en otras divisiones de la OMS, en las oficinas regionales, en los Estados Miembros y en otras organizaciones. Se establecerá sobre una base firme la colaboración con instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales. Los componentes clave del programa serán el fortalecimiento de la base informativa, el establecimiento de una política, la promoción, los programas de base comunitaria, la formación y las investigaciones. Se implantará una estrategia mundial de información pública sobre envejecimiento sano.

- **Para información suplementaria sírvanse dirigirse al Dr. Alexandre Kalache, Programa sobre Envejecimiento y Salud, Organización Mundial de la salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.**

Debate

La atención sanitaria en Jamaica

Denise Eldemire

Un estudio realizado en Jamaica reveló que los principales problemas de salud que afectaban a las personas mayores de 60 años eran la hipertensión, la osteoartritis y la diabetes (1). Estas tres enfermedades crónicas están relacionadas con la nutrición y el modo de vida. Se observó que las mujeres corrían un mayor riesgo de padecerlas que los hombres, y que dos tercios del 34,2% de personas con sobrepeso eran mujeres. Esas conclusiones refuerzan la idea de que el fomento de la salud es importante para todos los grupos de edad, ya que los hábitos alimentarios se forman a una edad temprana y, por consiguiente, la salud depende en gran medida de cómo se mantienen o modifican esos hábitos.

El cuidado de los «ancianos de más edad»

Comparto la opinión del Dr. Darnton-Hill de que los cambios en el modo de vida, es-

En un país como Jamaica, donde el 60% de los ancianos viven en zonas rurales, es inevitable cierto grado de actividad física, ya que caminar es el único medio de transporte fiable.

pecialmente en la esfera de la actividad física y de los hábitos nutricionales, pueden reducir la discapacidad y mejorar la cali-

dad de vida, en particular en los «ancianos de más edad», es decir, los que tienen más de 75 años. En un país como Jamaica, donde el 60% de los ancianos viven en zonas rurales, es inevitable cierto grado de actividad física, ya que caminar es el único medio de transporte fiable. En nuestro estudio comunitario, el 78% de los entrevistados caminaban todos los días. Otro concepto muy importante para un envejecimiento satisfactorio es la autoasistencia, que abarca todo lo que pueden hacer las personas para prevenir, diagnosticar y tratar sus propias enfermedades y utilizar los sistemas de apoyo oficiales y extraoficiales, así como los servicios médicos disponibles.

Para evitar o superar los obstáculos con los que puede tropezar el fomento de la salud, debe prestarse especial atención a las prácticas culturales ordinarias de la población. En Jamaica, uno de esos obstáculos lo constituyen no los ancianos, sino sus allegados más jóvenes, que quieren «cuidarlos» y los inducen a ser menos activos de lo que les convendría. Ello pone de relieve la necesidad de fomentar la salud en todos los grupos de edad como medio para fortalecer las relaciones intergeneracionales, especialmente en países que dependen principalmente de sistemas de atención extraoficiales, en este caso, la familia.

En Jamaica, la familia extensa es aún cohesiva y a menudo está dirigida por una persona de edad. El cuidado de los miembros ancianos de la familia no suele considerar-

La Dra. Eldemire es Profesora del Departamento de Medicina Social y Preventiva, University of West Indies, Mona, Kingston 7, Jamaica.

se una carga y en muchos casos no recae en los jóvenes, sino en personas que sólo tienen unos 10 años menos que el paciente. Las mujeres, a pesar de ser más longevas y estar desfavorecidas económicamente, suelen vivir en la familia extensa y no se preocupan excesivamente por la soledad. Ello guarda relación con el papel tradicional de la mujer al frente del hogar y del cuidado de los niños.

Aunque en Jamaica el producto nacional bruto por habitante es inferior a US\$ 3000, el promedio de esperanza de vida sobrepasa los 75 años. Las personas de 75 años o más constituyen el grupo de edad que está creciendo con mayor rapidez y representan ya el 39% de la población de ancianos (personas de 60 años o más). Como se ha señalado con frecuencia, los «ancianos de más edad» necesitan de dos a cuatro veces más atención sanitaria que los «ancianos más jóvenes». Por lo tanto, es imperativo responder a esa necesidad creciente. Al mismo tiempo, reducirla al mínimo mediante programas de prevención precoz puede proporcionar grandes beneficios, entre los que cabe destacar la mayor capacidad de los ancianos para mantener su autosuficiencia física, su independencia económica y su actividad social.

La promoción de la salud por conducto del sistema de atención primaria

Al igual que muchos otros países en desarrollo, Jamaica cuenta ya con una estructura bien establecida para emprender programas de fomento sanitario en beneficio de los ancianos: el sistema de atención primaria de salud. Este nivel de atención sanitaria comprende todos los grupos de edad y, por lo tanto, favorece la adopción de un enfoque de ciclo vital en el fomento de la salud. En la mayoría de los casos, los cambios beneficiosos del modo de vida produ-

cen su principal efecto después de varios años. Por ejemplo, el control de la hipertensión en la madurez reduce el riesgo de enfermedades cerebrovasculares más tarde; del mismo modo, un control adecuado de la diabetes mellitus desde el principio reduce los problemas de salud y la discapacidad en la vejez. Así pues, una pequeña inversión ahora en el fomento de modos de vida sanos en los adultos producirá los máximos beneficios cuando éstos sean ancianos.

Todavía no se conocen bien las múltiples causas de las enfermedades crónicas, por lo que las investigaciones en curso son necesarias para hacer más numerosas y eficaces las actividades de prevención. Ya es posible reducir o prevenir muchos de los achaques de la vejez si se detectan a tiempo y se adoptan las medidas adecuadas. Ello requiere un sistema de atención culturalmente adecuado que haga posible no sólo el envío de casos, sino también la prestación de apoyo social y económico.

La promoción de la salud debe considerarse como parte de una estrategia global, más que como una actividad independiente. La OMS ha señalado que el mantenimiento de la autonomía debería ser el objetivo básico de la atención dispensada a los ancianos. Otros importantes aspectos estrechamente relacionados con el anterior consisten en preservar la dignidad y garantizar la atención de necesidades tales como servicios de rehabilitación, educativos, sociales, económicos y sanitarios. Así pues, los programas para prevenir la enfermedad y la discapacidad en la vejez han de ser multidisciplinarios y abarcar la cooperación intersectorial y la participación comunitaria. Se necesita apoyo público a todos los niveles, desde el gobierno nacional hasta la comunidad local, y ello significa que las actividades de fomento de

la salud deben comprender medidas para cambiar la opinión y las actitudes del público respecto al envejecimiento. ■

1. **Eldemire, D.** *An epidemiological survey of the Jamaica elderly.* Kingston, Universidad de las Indias Occidentales (tesis doctoral inédita), 1993.

La tradición y el futuro en la India

Bela Shah

El bienestar social y físico de la población de edad avanzada está pasando a ser un importante problema en la India. Actualmente hay en ese país 55,3 millones de personas con más de 60 años, lo que representa el 6,55% de la población total. Se prevé que esa cifra aumentará a 75,93 millones para el año 2001, lo que equivaldrá al 7,7% de la población total. El grupo de edad avanzada seguirá aumentando a causa de la actual baja de la fecundidad y de la mayor esperanza de vida. La proporción de ancianos a cargo de sus hijos era del 80,8% en 1971 y está previsto que baje al 50,9% para el año 2001.

Las diferencias entre zonas rurales y zonas urbanas

En la India existen notables diferencias socioeconómicas entre los ancianos del medio rural y los del medio urbano. Más del 80% de los que superan los 60 años viven en zonas rurales. Estos tienen más edad que los del medio urbano pero disponen de menos servicios de atención terciaria. En las zonas rurales, el 6% de las mujeres

son ancianas, y en las urbanas lo son el 5,1%. Mientras que el 78,2% de los varones ancianos están casados y cuentan, por tanto, con el apoyo de la esposa, el 64,3% de las ancianas son viudas y en su mayoría dependientes. En el sector rural no estructurado existe una abundante fuerza de trabajo: el 70% de los ancianos del medio rural trabajan, frente a sólo el 48% de los del medio urbano. Los servicios de atención sanitaria también difieren significativamente, con una mayor importancia de la atención primaria de salud en las zonas rurales y de la atención terciaria en las urbanas.

Los problemas de morbilidad entre las personas de edad avanzada consisten principalmente en afecciones crónicas. La cardiopatía coronaria es la principal causa de defunción. Se notifican numerosos casos de discapacidad visual y del aparato locomotor. En una encuesta comunitaria rural realizada por el Consejo Indio de Investigaciones Médicas, sólo el 20% de las personas entrevistadas declararon que no tenían problemas de salud. Los casos geriátricos presentaban cinco o seis síntomas a la vez y se les diagnosticaron dos o tres afecciones. Los trastornos eran de la vista (65% de la muestra), el aparato locomotor (36%), el sistema respiratorio (10%), la piel (8,5%), el sistema nervioso central (7,4%), el sistema cardiovascular (6,3%), y el oído (5,8%). El aspecto positivo es que sólo el 1,1% presentaba trastornos mentales.

Servicios sanitarios

El Consejo Indio de Investigaciones Médicas ha hecho un estudio demostrativo de que es posible establecer con éxito dispensarios geriátricos en los centros de atención primaria de las zonas rurales. Se puede formar al personal paramédico existente para que reconozca las enfermedades físicas importantes y determine la in-

La Dra. Shah es Directora General Adjunta de la División de Enfermedades no Transmisibles, Consejo Indio de Investigaciones Médicas, Nueva Delhi 119 029, India.

tervención médica, familiar o social apropiada. En el estudio los agentes de salud actuaron acertadamente contra el insomnio, el dolor corporal difuso y el dolor de espalda, mientras que sólo se obtuvo una mejoría relativa para otros síntomas como por ejemplo la minusvalía visual, el mareo y los dolores articulares.

También podían mejorarse los aspectos psicosociales de la integración familiar y social mediante intervenciones apropiadas. El 10% de los ancianos residentes en zonas rurales declararon que se sentían aislados de su familia, aunque el 11,6% de hecho vivían solos. La falta de integración también se producía entre los que vivían en familia pero, en cambio, los que vivían solos no se sentían aislados. En otro estudio se observó que los ancianos que acudían a departamentos psiquiátricos ambulatorios no estaban integrados en la familia ni en la sociedad. La depresión era el trastorno más frecuente y los pacientes reaccionaron bien a las intervenciones.

La exploración y el envío de casos a los niveles apropiados aliviaría mucho la carga de los servicios de atención geriátrica terciaria, que lamentablemente escasean en la India. Algunos hospitales cuentan con servicios ambulatorios pero muy pocos disponen de camas de geriatría. Ello puede deberse a que, de momento, la mayoría de los ancianos indios pertenecen al grupo más joven (60-75 años), en el que hay poca demanda de atención sanitaria prolongada. Un estudio sobre las personas atendidas en el dispensario geriátrico de un centro rural reveló que el 58% necesitaban atención médica, el 5,3% atención psiquiátrica y sólo el 2,3% atención hospitalaria. En una encuesta nacional de la *National Sample Survey Organization*, sólo el 5,4% de las personas mayores de 60 años declararon que carecían de movilidad.

Los hospitales generales y los departamentos de medicina siguen ocupándose de los enfermos terminales. En varios foros se ha debatido la necesidad de dar más importancia a la atención geriátrica en la India. El sistema de salud pública necesita más centros y especialistas de esa disciplina.

En la India no es fácil inducir a las personas de edad a solicitar atención hospitalaria; por término medio, desde que una persona cumple los requisitos de ingreso en una institución hasta que acepta hacerlo suelen transcurrir 9,8 años. Existe el seguro de enfermedad y otras medidas de apoyo para los casos terminales cuando han trabajado en el sector estructurado. La mayoría de los ancianos enfermos son atendidos por sus familiares. Incluso hoy, la generación joven de la India considera responsabilidad suya el cuidado de los ancianos y es objeto de presión social y cultural en ese sentido.

La tradición

En la cultura hindú, uno se prepara para la vejez conforme a la doctrina de la separación. Al llegar la etapa *vanaprastha* en la vida de un hombre, éste debe renunciar a su autoridad sobre la familia y sobre sus bienes, y dedicar su tiempo a la autorrealización. A ese tipo de tradiciones culturales se debe en gran parte el alto nivel de satisfacción con la vida que se observa entre los ancianos indios. Las normas sociales no sólo disponen que los allegados atiendan adecuadamente a los ancianos, sino que además indican la posición de éstos respecto a la mayoría de los asuntos familiares. Por ello, en la India clásica la vejez nunca constituye un problema social.

Sin embargo, en la sociedad india contemporánea, la condición y el rango de los ancianos, así como la atención y protección que tradicionalmente han recibido, han si-

do minadas por diversos factores. Cabe citar la urbanización, la migración, la desintegración del sistema familiar colectivo, el creciente individualismo, el cambio de la función de la mujer como dispensadora constante de cuidados y el mayor grado de dependencia de los ancianos. También existen la brecha generacional en cuanto a educación, aspiraciones y valores, así co-

Los ancianos que acudían a departamentos psiquiátricos ambulatorios no estaban integrados en la familia ni en la sociedad. La depresión era el trastorno más frecuente.

mo el reparto de los recursos entre los distintos miembros de la familia. A menudo, ésta no puede atender las necesidades económicas, sociales, psicológicas, médicas, recreativas y asistenciales de sus miembros de edad avanzada, por lo que necesita recurrir a servicios de apoyo.

No parece que las residencias de ancianos sean la solución óptima en la India. De los ancianos rurales entrevistados, el 33,4% señaló que esas residencias deberían establecerse en los pueblos, pero sólo para personas solas y en la miseria. Algunas instituciones, como los *ashrams*, pueden ser apropiadas en esos casos. Entre las sugerencias de los ancianos figuraban más actividades recreativas y pláticas espirituales.

La Constitución de la India recoge la responsabilidad del Estado por las personas de edad avanzada. También incluye sistemas de pensiones, pero éstos se aplican más bien a la fuerza de trabajo estructurada. Según el censo de 1981, el 65% de los ancianos del país y el 14% de las ancianas estaban registrados como trabajadores. Así pues, un gran porcentaje de ese grupo sigue económicamente activo. De los ancia-

nos que no trabajaban, sólo el 23% de los varones eran pensionistas y el 69,4% de los varones y el 52% de las mujeres eran dependientes.

Medidas recomendadas

En 1993, el Consejo Indio de Investigaciones Médicas organizó un taller sobre las repercusiones del envejecimiento en la salud pública nacional. Recomendó, entre otras cosas, introducir el concepto de atención geriátrica en los servicios hospitalarios, establecer servicios de rehabilitación para los ancianos discapacitados, incluir enseñanzas de geriatría en los planes de estudios de medicina y organizar la formación de posgrado en gerontología en algunas instituciones.

Los ancianos con una enfermedad terminal son atendidos generalmente por su familia. Se ha sugerido el traslado a residencias de los que se encuentren solos o sin recursos, pero lo que más se necesita es afecto y compasión, ya que sin ello no funcionará ninguna instalación o infraestructura. La modernización está minando la cultura tradicional de atención en la familia. Debe hacerse todo lo posible para evitar la segregación de los ancianos. El Estado debe respaldar económicamente el apoyo familiar a esas personas. La experiencia occidental ha demostrado que el apoyo familiar y comunitario no se pueden reemplazar con asilos u otras instituciones.

Tradicionalmente al anciano se le ha considerado como elemento útil y cabeza de familia al que podían pedir todos los miembros de ésta orientación, coordinación y asesoramiento. Esta tradición se debería perpetuar.

Las personas de edad son un importante recurso. Su experiencia, aptitudes y sabiduría deberían ser reconocidas y aprovechadas.

das plenamente por la comunidad en particular y por la sociedad en general. ■

Ideales y realidades en el Mediterráneo Oriental

Ghada Hafez

El artículo del Dr. Darnton-Hill nos da una excelente visión general de la transición mundial a la que a menudo se alude con el nombre de «envejecimiento» de las naciones. Todavía en el primer decenio de este siglo, una vida larga era un privilegio del que gozaban relativamente pocas personas. Hoy, con el siglo XXI cada vez más cerca, esa vida larga es una realidad para millones de individuos, incluso en el mundo en desarrollo. La tecnología médica, los medicamentos «milagrosos» y una mejor atención sanitaria en general han contribuido en gran medida a hacerlo posible. Sin embargo, este logro lleva aparejados unos retos formidables.

No existe aún mucha conciencia pública en los países en desarrollo respecto de esta transición demográfica y de sus consecuencias. En muchos casos, la posibilidad de llegar a centenario produce una sensación de euforia, y no se piensa demasiado en la salud ni en las consecuencias socio-económicas. En la mayoría de los países de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, los ancianos sólo representan del 3% al 5% de la población, y la transición, aunque ya se está produciendo, recibe poca atención por parte de los planificadores

y los administradores sanitarios nacionales. Por lo tanto, el primer paso de la OMS para responder a esta tendencia ha sido el de crear conciencia al respecto en los más altos niveles del sector sanitario.

Los ancianos necesitan apoyo para satisfacer, principalmente, sus necesidades económicas, sociales y sanitarias. La cuestión tal vez más inquietante es cómo proporcionar el respaldo económico que precisará una gran parte de la población de edad tan sólo para sobrevivir. Se tratará sobre todo de mujeres ancianas, en su mayoría viudas, grupo mucho más numeroso que el de los hombres y que tiene necesidades sociales y sanitarias especiales.

La familia y sus límites

No es fácil responder a quien pregunte dónde vivirá el creciente número de ancianos y quién se ocupará de ellos. Se dice frecuentemente que en muchos países de esta Región la norma cultural es cuidar en casa a los padres ancianos y a otros parientes de edad y que es inaceptable enviarlos a asilos de ancianos o a instituciones análogas. Sin embargo, las encuestas realizadas por la Oficina Regional han revelado que, debido a la migración de las zonas rurales a las ciudades y a otros países, los ancianos se quedan a menudo solos en la vivienda rural, aun cuando todos concuerden en que no debería ser así.

También hay una clara tendencia a la desaparición del sistema familiar extenso y a su sustitución por la familia «nuclear». Además, la situación económica apurada que viven hoy las familias de bajos ingresos y algunas con ingresos medianos restringe la asistencia que pueden prestar a sus ancianos. La independencia económica parece ser un requisito fundamental para ser feliz durante la vejez, pero para que dicha independencia sea posible se necesita urgente-

La Dra. Hafez es Directora de Protección y Fomento de la Salud en la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, P.O. Box 1517, Alejandría 21511, Egipto.

mente un diálogo entre el Estado, las organizaciones no gubernamentales y las familias.

La norma cultural de la solidaridad familiar que impera en esta parte del mundo necesita urgentemente el apoyo del Estado, de la sociedad, de las comunidades y de las personas que prestan los cuidados. Es alentador ver que varios gobiernos de la Región proporcionan apoyo económico a los ancianos por medios tales como los planes de pensiones, la subvención de alimentos y medicamentos y de transporte y alojamiento, y la provisión de ayuda financiera a las familias que mantienen a parientes ancianos. En muchos países, el sistema de asistencia social facilita audífonos, gafas, muletas y otros artículos para reducir la discapacidad.

Otras fuentes de ayuda

Las instituciones religiosas proporcionan también un apoyo significativo. En Chipre, las iglesias prestan gran parte de los cuidados que reciben los ancianos, y lo mismo ocurre con las mezquitas en el Irán. Algunas organizaciones no gubernamentales participan también en la creación de hoga-

Debido a la migración de las zonas rurales a las ciudades y a otros países, los ancianos se quedan a menudo solos en la vivienda rural, aun cuando todos concuerden en que no debería ser así.

res para los ancianos desvalidos, así como en el establecimiento de programas para proporcionarles alimentos y asistencia médica.

El apoyo sanitario también es indispensable. A menudo se olvida que el envejeci-

miento implica cambios biológicos que reducen la capacidad física y mental incluso de las personas más sanas. Aunque se envejezca con buena salud, se producirán cambios en el sistema nervioso, el aparato digestivo, los músculos, los huesos, los pulmones y los vasos sanguíneos. Una persona de edad puede ciertamente estar sana, pero este término es relativo.

Aunque acaben siendo inevitables, la mayoría de estos cambios biológicos pueden retrasarse adoptando varias medidas, muchas de las cuales suponen vivir de una manera determinada. Si se quiere gozar de la mejor salud posible en la vejez, debe adoptarse un modo de vida sano entre los 40 y los 60 años de edad, o preferiblemente incluso antes. El conocimiento de los procesos biológicos del envejecimiento ayudará a la gente a adoptar las medidas necesarias para retrasarlos. Este conocimiento puede fomentarse mediante el sistema de atención primaria de salud; la Oficina Regional está concentrando sus esfuerzos en la formación de agentes de atención primaria para esta tarea y para el cuidado de los ancianos en general. ■

Un privilegio relativo

John Fraser

Creo que mi padre, al menos hasta que se sintió cansado, disfrutó bastante de la fiesta que organizó mi esposa para celebrar su nonagésimo cumpleaños. Sin duda se salió de la rutina al estar rodeado de tantos hijos, nietos, bisnietos y otros parientes.

El Sr. Fraser es editor y escritor independiente; vive en el 5, route St Loup, 1290 Versoix, Suiza.

Supongo que fue un caso de envejecimiento «feliz», ya que seguía disfrutando de autonomía, haciendo su pequeña compra a pie y preparándose él mismo sus frugales comidas. Pero la «calidad» de su vida ya no era muy buena: lesiones en la retina debidas a una diabetes tardía, por lo demás bien controlada, lo habían obligado a abandonar el tenis cuando rondaba los 80 años y ahora le costaba mucho leer. Tras 10 años de luto, seguía echando muchísimo de menos a mi madre. Un día le robaron los trofeos de plata que había ganado al tenis, y los demás objetos de valor, menos los libros, que le eran ya de tan poca utilidad a él como a los ladrones; éstos lo amenazaron luego con una pistola, pero logró persuadirlos de que no tenía dinero en casa sin que, por fortuna, lo torturaran.

Le hubiésemos ayudado gustosamente a mudarse a un apartamento cómodo y adecuado, pero no quería ni oír hablar de abandonar su casa desahogada y el breñal que él aún llamaba su jardín. Ahora que soy septuagenario, le entiendo.

Envejecer sin morir

Después de cortar el pastel (con un poco de ayuda) y de recibir las debidas felicitaciones por su envidiable longevidad, me susurró: «soy un *Struldbruggs*».

En la sátira de Jonathan Swift «Los viajes de Gulliver» (¿quién la lee hoy? Todo el mundo debería hacerlo), los *Struldbruggs*, nacidos en el Reino de Luggnagg a una tasa de sólo dos o tres por generación y que «no eran privativos de ninguna familia sino resultado de la pura casualidad» (¿un gen recesivo, tal vez?), son personas reconocibles por una clara marca de nacimiento ya que están dotados, como Titón en el mito griego, de inmortalidad, pero no de eterna juventud.

En el breve pero gráfico relato que hace Swift del interminable declive de esos personajes, la parte más estremecedora tal vez es la que se refiere a la apariencia física: «Además de las deformidades habituales

El Príncipe Alberto, que sin duda estaba bien alimentado, murió de fiebre tifoidea transmitida casi con certeza por el agua que se usaba en palacio. Alejandro Magno murió a los 32 años, probablemente de paludismo, y Tirón, esclavo de Cicerón, vivió hasta los 100 años.

de la vejez extrema, adquieren una lividez cadavérica más o menos intensa según el incontable número de años que tienen; así, de entre media docena pronto distinguí cuál era el más viejo, aunque no se llevaban entre sí más que un siglo o dos».

Ese es un caso, si se quiere, de «envejecimiento con salud» llevado a su extremo lógico. Una perspectiva espeluznante, pero a la que la mayoría de nosotros se apuntaría si realmente, como dice Swift, todo el mundo desea aplazar la muerte al máximo, hacer que se retrase más y más. Afortunadamente, no se nos ofrecerá esa posibilidad, ya que los *Struldbruggs* pertenecen al mundo de la ficción. Mi padre falleció a los 93 años y nos apenó mucho, pero era algo que tenía que suceder.

El mito de envejecer más despacio

Sin embargo, como dice el Dr. Darnton-Hill, «nunca hasta ahora ha habido tanta gente que viva tantos años»; según los optimistas, ello se debe a que la gente envejece no sólo con más salud sino más despacio. Antiguamente, según cuentan incluso los historiadores, que deben saberlo mejor que nadie, la mayoría de la gente era vieja a los 35 años y moría hacia los 40.

La creencia de que nuestros antepasados padecían una senilidad galopante proviene quizá de una interpretación errónea del concepto de esperanza de vida. Las altas tasas de natalidad y de mortalidad infantil que fueron en su día universales apuntan, naturalmente, a una baja esperanza de vida al nacer. En el improbable caso de una sociedad en la que la mitad de los niños muriesen en la primera semana de vida y todos los supervivientes llegasen a los 80 años, la esperanza de vida media sería 40 años, aunque nadie sería «viejo» y, mucho menos, moriría a esa edad. Como miembros de una sociedad en la que las parejas tienen una media de 2,5 hijos, los ancianos de 35 años de otros tiempos cons-

En la historia de Swift observamos un «envejecimiento con salud» llevado a su extremo lógico. Una perspectiva espeluznante.

tituyen un «artefacto estadístico». Si se calculase la esperanza de vida, por ejemplo, a partir de los 5 años en lugar de al nacimiento, nuestra superioridad actual en longevidad parecería menos impresionante.

Cierto que nuestros antepasados tenían una mayor probabilidad que nosotros de morir en la edad madura, pero morían de enfermedad, hambruna y violencia, no de senilidad precoz. Si de verdad nosotros envejeciéramos más despacio que ellos, algunos estaríamos llegando a edades jamás alcanzadas, y eso no es así. Cada vez hay más personas que igualan los máximos comprobados, pero nadie los supera.

Los efectos de la riqueza y de la pobreza

De detalles puramente anecdóticos deduzco que la tendencia de nuestros antepasa-

dos a tener muchos hijos, de los que pocos sobrevivían, era igual entre los ricos, que dejaban a sus hijos a cargo de nodrizas, que entre los pobres, cuya fecundidad estaba regulada por el efecto anticonceptivo del amamantamiento. La Reina Ana, contemporánea de Swift, tuvo 17 hijos, de los cuales ninguno llegó a la adolescencia.

Tengo también la impresión de que antiguamente la longevidad estaba repartida, por lo menos, igual que hoy. Probablemente, como indica el Dr. Darnton-Hill, la población próspera «estaba algo mejor alimentada y más exenta de infecciones, por lo que vivía más años», pero, ¿era realmente grande la diferencia? Si en los países ricos hoy no abundan las infecciones intestinales, ello no se debe a que tenemos suficientes alimentos, sino a que tenemos agua potable. Hace poco más de un siglo, el consorte de la Reina Victoria, el Príncipe Alberto, que sin duda estaba bien alimentado, murió de fiebre tifoidea transmitida casi con certeza por el agua que se usaba en palacio. Alejandro Magno murió a los 32 años, probablemente de paludismo, y Tirón, esclavo de Cicerón, vivió hasta los 100 años. La peste que asoló Atenas en el año 430 a.d.C. causó la muerte a ricos y pobres sin distinción, incluido el gran estadista Pericles.

En tiempos más recientes, cuando todavía se ignoraban las causas de las infecciones y el tratamiento admitido para la diarrea deshidratante era la sangría, las personas que no podían pagar un médico estaban sin duda a mejor recaudo que quienes podían hacerlo. La homeopatía, independientemente de si «funciona» realmente, al menos respeta el principio *primum non nocere* y su aparición a fines del siglo XVIII debe de haber salvado muchas vidas al reemplazar a los tratamientos letales de aquella época.

En la actualidad, incluso en los países más pobres, con tasas de mortalidad medievales, los pocos que son ricos disponen de todo lo que necesitan para proteger su vida y su salud, desde agua embotellada y mosquiteros hasta complejas pruebas y operaciones. ¿Se repartirán más los beneficios de la ciencia o verá el futuro horrores como el que ya se vislumbra de utilización de los pobres como bancos vivientes de órganos a disposición de los ricos?

El fomento de la salud

Contrariamente a la opinión de Medawar de que las enfermedades que vamos a padecer en la vejez están determinadas genéticamente y son casi inevitables, el Dr. Darnton-Hill cree que los cambios del modo de vida en las edad avanzada pueden ser útiles «en particular por lo que respecta al comportamiento individual en cuestiones tales como el tabaquismo, el régimen alimenticio y el ejercicio físico». Tengo mis dudas: según un artículo publicado en 1995 por la revista *Investigación y Ciencia*, no es seguro que una persona que dedique su tiempo y dinero a reducir su nivel de colesterol consiga con ello prolongar su vida; algunos ejemplos entre mis conocidos muestran que dejar de fumar después de haber pasado 40 años tragando humo representa poco más que una victoria moral tardía.

La disminución del nivel de colesterol tiene al menos cierta base científica, pero ¿y los irracionales regímenes «alternativos» que al parecer siguen cada vez más personas con la esperanza de alargar sus vidas? Temo que mi comentario sobre la homeopatía pueda haber molestado ya a alguien, así que sólo diré que esos regímenes me sorprenden tanto como los «sistemas» aplicados por los jugadores de ruleta, cuya probabilidad de ganar, después de todas

sus cuentas y cálculos, sigue siendo la misma que la de los demás. Los jugadores que ganan lo atribuyen a su sistema y los longevos devotos de la salud a sus místicas dietas, posturas y contorsiones.

En cualquier caso, estoy muy de acuerdo con el Dr. Darnton-Hill en que no habría que sermonear a la gente sobre su modo de vida, especialmente cuando tiene una edad avanzada, momento de recolección y no de siembra, en el que nuestra calidad de vida depende más de nuestras opciones pasadas que de las presentes y aún más de la suerte, el destino o la Providencia llámese como se quiera.

Sin embargo, sería avieso rechazar una razón clínicamente válida para hacer algo que uno tiene la intención de hacer de todos modos. En un reciente informe publicado en el *British medical journal* (1995, Vol. 310, p. 1165) se señala que la ingesta diaria de cinco vasos de vino (por lo visto no de cerveza o licores) nos hará vivir más años y con más salud. Yo pienso brindar por ello, incluso si algún aguafiestas aísla el principio activo de la *Vitis vinifera* y lo ofrece en una píldora. ■

La calidad de vida, aún por definir

Carol Brayne

El Dr. Darnton-Hill destaca la permanente importancia que reviste la definición completa de salud de la OMS para las personas y las poblaciones de edad del mundo. En

La Dra. Brayne es Profesora de Epidemiología en el Departamento de Medicina Comunitaria, Universidad de Cambridge, Universidad de Forvie Site, Robinson Way, Cambridge CB2 2SR, Inglaterra.

su artículo menciona los resultados de muchos estudios interesantes, pero hay que mostrar prudencia a la hora de interpretarlos. En realidad, subsisten profundos interrogantes sobre la definición de la calidad de vida en los diferentes contextos culturales y sobre el alcance de los valores comunes. Los aspectos mencionados, como son la seguridad socioeconómica, el bienestar psicosocial y el concepto de salud, ¿tienen la misma importancia relativa en contextos diferentes? Otro factor a tener en cuenta es la evolución que se produce en las culturas con el tiempo, no sólo por lo que respecta a la salud de las cohortes supervivientes sino también, y de modo decisivo, a sus expectativas. La comparación de los resultados de dos estudios realizados en un mismo país puede ser bastante difícil, y el cotejo de los hallazgos obtenidos en países diferentes tiende a presentar errores debidos a interpretaciones falsas. Es preciso insistir en este peligro, y tales estudios requieren un conocimiento detallado de los países de que se trate y de los métodos utilizados.

Es difícil calibrar la validez y la importancia relativas de la información que presenta el Dr. Darnton-Hill. Gran parte de ella proviene de todo el mundo, pero parece haber comparativamente poca de Europa oriental y de Africa. Estas dos regiones tienen mucho que aportar en cuanto a diversidad de condiciones de vida, contexto cultural y cambios sociales masivos. En ambas existen países que se encuentran en un periodo de evolución profunda y de los que se podrían sacar fascinantes conclusiones sobre la influencia de los cambios en la percepción de la calidad de vida.

La calidad de vida y los ingresos

Un aspecto concreto que podría investigarse más aún y al que se hace referencia en

la sección económica del artículo del Dr. Darnton-Hill es la relación entre calidad de vida e ingresos por habitante en un contexto de culturas y niveles de ingresos diferentes. Hay aquí un gran campo de acción para integrar más estrechamente las investigaciones socioeconómicas y los conocimientos antropológicos a fin de aumentar nuestra comprensión de este tema. Los argumentos en el sentido de que una mejora económica conduce a una mayor supervivencia parecen menos convincentes si se tiene en cuenta que los profundos cambios demográficos que se producen en países como el Brasil no van acompañados de progresos significativos en las circunstancias materiales.

El efecto del envejecimiento de la población sobre la razón de dependencia tiene gran importancia e interés. Las discusiones en torno a este tema parecen dejar de lado los cambios experimentados por los modelos de trabajo en muchas sociedades. Se menciona con frecuencia el derecho a continuar trabajando después de la edad de jubilación y el deseo de hacerlo, pero el deseo de jubilarse anticipadamente y el mayor o menor arraigo de esa preferencia en una sociedad dada son factores que a menudo se pasa por alto. Los estudios que apuntan a una asociación entre el empleo permanente y la mejora en los indicadores de calidad de vida han de estar acotados cultural y económicamente. En una sociedad en la que no existen planes de pensiones es indispensable algún tipo de prolongación del empleo. En las sociedades en que éste no es el caso, las personas que se jubilan pueden hacerlo por tres motivos diferentes, como mínimo: por problemas de salud, por regulaciones de plantilla y por deseo de disfrutar de otro modo una tercera edad plena.

Paradójicamente, la tendencia de muchas sociedades a emplear preferentemente a

las personas jóvenes y no a las de más edad contrasta con la observación, citada en el artículo del Dr. Darnton-Hill, de que los trabajadores de mayor edad tienen una valiosa experiencia que compartir. Las sociedades cambian y progresan mediante la transferencia de conocimientos y sabiduría y cuando se rechaza a los trabajadores experimentados se interrumpe ese proceso. Comprender mejor cómo se transmite la experiencia laboral y diseñar mecanismos para sacar de ella el máximo beneficio podrían constituir una prioridad de investigación.

Los conceptos de tercera y cuarta edad

Diferenciar entre ancianos jóvenes y ancianos mayores tal vez sea menos importante en los debates sobre la calidad de vida que utilizar los conceptos de tercera y cuarta edad. El bienestar potencial de los individuos en la tercera edad dependerá de muchos de los aspectos ya mencionados, pero es probable que la importancia real de éstos para la calidad de vida esté supe- ditada a la situación concreta de cada persona. Dicho de otro modo, cuando un problema de salud se agrava y otros factores siguen igual, la salud cobra importancia para la calidad de vida. En la tercera edad, los factores de salud pueden situarse en un punto bajo de la escala de valores que contribuyen a la calidad de vida, y los factores sociales, en un punto alto. En la cuarta edad, en la que las enfermedades crónicas y el sufrimiento se vuelven mucho más comunes, los primeros pueden adquirir mayor importancia.

La función cognitiva y la autonomía

La función cognitiva es un aspecto clave de la calidad de vida, aunque su importancia dependerá de la lucidez y la personalidad de cada individuo. El deterioro de la

función cognitiva se produce en una gran proporción de las personas muy ancianas, en parte como resultado de cambios en el estado de salud, especialmente en las fun-

Las sociedades cambian y progresan mediante la transferencia de conocimientos y sabiduría, y cuando se rechaza a los trabajadores experimentados se interrumpe ese proceso.

ciones sensoriales. Ello puede menoscabar no sólo la calidad de vida de los afectados, sino también de todos los que se encuentran a su alrededor, incluidas las personas de edad que se ocupan de ellos. Un mayor conocimiento de estos cambios y del modo en que las distintas sociedades los afrontan mejoraría la planificación y la gestión respecto a la evolución previsible de la estructura demográfica. Es probable que el progreso terapéutico en sectores específicos de la demencia tenga a corto plazo repercusiones relativamente pequeñas en la población.

Es difícil ver cómo puede definirse un único criterio de envejecimiento sano a la vista de esa falta de conocimientos. Se ha propuesto que ese criterio sea el mantenimiento de la autonomía y, ciertamente, en él parece estar implícita la reducción de una costosa dependencia, pero su importancia varía mucho de una cultura a otra, por lo que no puede utilizarse para representar la calidad de vida.

Vale la pena replantear la cuestión sobre cuál sería la intervención adecuada, para quién y en qué etapa de la vida. La promoción de la salud y las actividades educativas para la población de edad deben ser

específicas, claras y estar dirigidas sólo a sus potenciales beneficiarios. Los mensajes de salud generales, bienintencionados

En realidad, subsisten profundos interrogantes sobre la definición de la calidad de vida en los diferentes contextos culturales y sobre el alcance de los valores comunes.

y destinados a todo el mundo, que recomiendan hacer ejercicio y cambiar el estilo de vida, podrían en realidad reducir la calidad de vida de muchas personas. ■

La discapacidad y la calidad de la vida

María Teresa Gil del Real

A medida que la población mundial envejece se nos plantean importantes interrogantes sobre cómo asegurar la mejor calidad de vida posible a nuestro creciente número de ancianos. Como tan correctamente señala el Dr. Darnton-Hill, ello implica bienestar económico y social y ausencia de enfermedades o, en lo que respecta a estas últimas, al menos la percepción subjetiva de un bienestar relativo.

El concepto de retrasar la morbilidad hasta los años más avanzados de la vejez se está difundiendo cada vez más y está dando buenos resultados gracias a los programas de prevención, a los reconocimientos pe-

riódicos y al fomento de modos de vida sanos para los ancianos. El éxito que estos esfuerzos han tenido principalmente en los países occidentales se refleja en un descenso de la incidencia y de las tasas de mortalidad correspondientes, por ejemplo, a las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Lamentablemente, no puede decirse lo mismo de todos los países, sobre todo de los de Europa oriental (incluidos Rusia y otros países de la antigua Unión Soviética), en los que se han registrado aumentos de hasta el 63% en las tasas de mortalidad por accidente cerebrovascular en los últimos 15 años. La razón de este impresionante aumento todavía no se conoce: puede ser que los cambios del modo de vida en esta parte del mundo estén empezando a mostrar sus efectos, pero también es posible que las notificaciones sobre la salud en estos países sean más eficientes ahora.

A principios de siglo se moría principalmente por enfermedades infecciosas, pero hacia mediados de siglo comenzaron a predominar en el mundo occidental las defunciones por enfermedades crónicas. En la actualidad, entre las personas de 65 años o más, ocho de las diez principales causas de mortalidad se relacionan con afecciones crónicas: enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, enfermedades cerebrovasculares, diabetes, arteriosclerosis, enfisema, cirrosis y nefritis. Las otras causas principales de defunción son la neumonía y los accidentes (1).

Como menciona el Dr. Darnton-Hill en su artículo, las personas de edad padecen muy a menudo más de una enfermedad a la vez. En un estudio realizado en los Estados Unidos, se observó que el 49% de los individuos de 60 años o más que vivían en su casa presentaban dos o más de las nueve enfermedades estudiadas; el 23% adole-

La Dra. Gil del Real es Profesora Adjunta de Epidemiología en el Centro Universitario de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid, General Orca 39, 28006 Madrid, España.

cía de tres o más, y el 24% de cuatro o más. La comorbilidad aumentaba con la edad (2).

Al aumentar el número de enfermedades crónicas que aquejan a un individuo, éste pierde capacidad funcional, con el consiguiente deterioro de la calidad no sólo de su propia vida sino también de la de las personas que se ocupan de él. El accidente cerebrovascular, que afecta con mayor frecuencia a personas de 65 años o más, puede ser una importante causa de discapacidad en individuos que aún estaban en plena posesión de sus facultades. La responsabilidad de atender a las personas de edad que han sufrido un accidente cerebrovascular y que tras un periodo de hospitalización regresan a casa discapacitadas suele recaer principalmente en una mujer (la esposa anciana, la hija o la nuera), y este hecho trastoca generalmente el modo de vida no sólo de esa persona y del paciente, sino, en realidad, de toda la familia. También está claro que la principal encargada de cuidar al enfermo se ve expuesta, a la larga, a sufrir depresión, estrés y mala salud. El menor bienestar de esa persona afecta, a su vez, a la persona atendida y, de hecho, parece ser causa de depresión en el paciente (3).

Dado que las mujeres figuran ahora regularmente en la fuerza de trabajo de la mayoría de los países, y puesto que mantener a los ancianos discapacitados en casa es el mejor modo de conservar la calidad de su vida, está claro que hace falta un programa de apoyo comunitario. Necesitamos estrategias para proteger la calidad de la vida tanto de las personas que dispensan los cuidados como de las que de ellas dependen. Si bien es cierto que el fomento de la salud de las personas de edad está dando buenos resultados y que podemos esperar tener una población anciana más sana en los próximos años en algunos países, si-

gue siendo un hecho, lamentablemente, que al aumentar la edad crece la probabilidad de una enfermedad discapacitante. El mantenimiento de la calidad de vida de los

En la actualidad, entre las personas de 65 años o más, ocho de las diez principales causas de mortalidad se relacionan con enfermedades crónicas.

ancianos discapacitados y de quienes se ocupan de ellos debería constituir una de las principales prioridades en los esfuerzos para satisfacer las necesidades de la creciente población de ancianos del mundo. ■

1. **Fried, L. P., Wallace, R. B.** The complexity of chronic illness in the elderly: from clinic to community. En: Wallace, R. B., Woolson, R. F., ed. *The epidemiologic study of the elderly*. Nueva York, Oxford University Press, 1991.
2. **Guralnik, J. M. et al.** Aging in the eighties. The prevalence of comorbidity and association with disability. En: *Advance data, vital and health statistics, No. 170*. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, 1989.
3. **Gil del Real, M. T., Belza, M. J., Kalache, A.** Disability in older age: the burden on the principal caregiver (de próxima publicación)

La determinación de las necesidades

George C. Myers

El Dr. Darnton-Hill ha prestado un extraordinario servicio al poner de relieve las numerosas características del envejecimiento de la población y sus repercusiones en el envejecimiento individual. Examina una gran variedad de relaciones psicosociales y de salud reveladas por estudios empíricos sobre los ancianos. Sin embargo, esos estudios adolecen a menudo de deficiencias metodológicas que dificultan la evaluación de su fiabilidad y validez. Según mi experiencia personal, sólo se puede generalizar de manera muy limitada a partir de muchas de las conclusiones a que llegan dichos estudios.

A mi juicio, las evaluaciones clínicas son fundamentales para determinar el estado relativo de salud y funcionamiento físico y cognitivo de los ancianos.

Lo que el examen deja claro es la necesidad apremiante de una investigación sistemática, transnacional y poblacional que pueda comenzar a responder al tipo de cuestiones planteadas por el Dr. Darnton-Hill. Es necesario llevar a cabo investigaciones tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, donde el ritmo de los cambios demográficos ha venido acelerándose.

Esa investigación debería tener ciertas características importantes. En primer lugar, debería basarse en el uso de muestras científicas suficientemente grandes y representativas para reflejar la considerable diversidad socioeconómica y ambiental que existe en la mayoría de los países. En segundo lugar, lo ideal sería que la investigación tuviese un diseño longitudinal a fin de evaluar las relaciones causales existentes en el proceso de envejecimiento. Muchas de las relaciones transversales observadas entre un envejecimiento satisfactorio y sus determinantes se confunden como consecuencia de haber eliminado a las personas débiles de la selección. Los estudios longitudinales permiten examinar las transiciones del estado de salud, así como la importante función de las intervenciones. En tercer lugar, se necesita una investigación multidimensional para captar los numerosos factores psicosociales, sanitarios y ambientales que intervienen en el proceso de envejecimiento. Como señala el Dr. Darnton-Hill, sería adecuado incluir como parámetros la autonomía, la calidad de la vida y la integración social. Es cierto que esos conceptos son muy difíciles de definir y aplicar, y tampoco es fácil medir su fiabilidad, ya que tienen una relación causal con la morbilidad y con las limitaciones funcionales. A mi juicio, las evaluaciones clínicas son fundamentales para determinar el estado relativo de salud y funcionamiento físico y cognitivo de los ancianos. Por último, los análisis con variantes múltiples son cruciales para evaluar la importancia relativa de las variables a la hora de establecer modelos estructurales de ecuación para las distintas relaciones.

Muchos de esos métodos constituyen la base del proyecto emprendido por la OMS sobre los determinantes de un envejecimiento con salud. En el marco de ese proyecto coordinado, que cuenta con el apoyo del

El profesor Myers es Profesor de Sociología y Director del Centro de Estudios Demográficos en la Universidad Duke, 2117 Campus Drive, Box 90408, Durham, Carolina del Norte 27708-0408, EE.UU.

Instituto Nacional Estadounidense sobre el Envejecimiento, ha concluido hace poco una serie de encuestas piloto en Costa Rica, Jamaica y Tailandia. Ese trabajo puede proporcionar una base adecuada para la investigación multinacional prevista como parte del programa de la OMS sobre envejecimiento y salud.

Muchos de los extremos importantes del examen realizado se refieren a la medida en que el aumento de la esperanza de vida ha ido acompañado de otro aumento paralelo del número de años de vida activa. El concepto de esperanza de vida activa – determinada de diversas maneras como esperanza de vida sin discapacidad o, de modo más subjetivo, como años de vida sana percibida – ha centrado la atención de la *International Healthy Life Expectancy Network*; los miembros de esa red vienen reuniéndose periódicamente desde 1989 para unificar conceptos, esquemas de investigación, instrumentos operativos y medidas analíticas, con vistas a coordinar las series cronológicas de evaluación nacionales y las evaluaciones transnacionales. Los resultados hasta la fecha son sorprendentemente positivos e indican que en muchos países la esperanza de vida activa ha ido a la par del aumento de la esperanza de vida. Además, en países como los Estados Unidos, esos aumentos parecen deberse a cambios en el nivel de educación y en los recursos económicos, así como a la introducción de dispositivos y modificaciones en las viviendas para mitigar los efectos negativos de la discapacidad.

Se está analizando de nuevo la utilidad de esos hallazgos en los EE.UU. basándose en los resultados de una reciente investigación longitudinal pero, entretanto, el método utilizado es importante para vigilar los avances en materia de salud y promoción sanitaria. Se ha sugerido ya el uso de deter-

minaciones conjuntas resumidas de la esperanza de vida activa, cuantificada al nacimiento y a edades específicas, como un medio para establecer objetivos en el programa *Healthy People 2000* de los Estados Unidos y en la iniciativa de Salud para Todos en el Año 2000 de la OMS. También se han utilizado en el análisis de sistemas de salud realizado por la OCDE en 1993.

Se exponen algunas ideas interesantes sobre las estrategias de fomento de la salud de las personas de edad. Aunque estoy de acuerdo con muchas de las observaciones del Dr. Darnton-Hill sobre la prevención primaria (individual) hemos de reconocer que los sistemas sanitarios han de adaptarse al inevitable aumento de la demanda de servicios geriátricos y de atención prolongada. La prestación de esos servicios también influye en la calidad de vida de los ancianos.

El Dr. Darnton-Hill ha planteado, acertadamente, diversas cuestiones importantes en relación con el estado actual de los conocimientos sobre la ancianidad y sobre los factores que afectan a la calidad de vida de los ancianos. En mi opinión, es importante destacar la importancia crucial de una investigación adecuada para la mejora de la salud y el bienestar de esas personas. Afortunadamente ya se ha establecido una base sólida para esa investigación gracias a la reciente labor de la OMS y de sus oficinas regionales, la *International Healthy Life Expectancy Network* y las actividades internacionales del Instituto Nacional Estadounidense sobre el Envejecimiento. ■

Aspectos económicos del envejecimiento en Africa

Nana Apt

Según señala el Dr. Darnton-Hill, en Filipinas se observó que la principal fuente de poder en las familias era una posición económica sólida, independientemente de la edad o del estado de salud, lo cual confirma la idea de que el poder gerontocrático, allí donde se ejerce en el mundo moderno, se basa actualmente en factores económicos. Al fin y al cabo, ¿en qué consiste la modernización si no en la obtención de riqueza? Ese es precisamente el marco en que deben evaluarse los problemas del envejecimiento en los países en desarrollo.

Un cambio de poder debilitador

¿Quién goza hoy día de una posición económica más sólida en Africa? Yo diría que en general la gente joven, instruida, politizada y urbana. El cambio más importante que se ha producido en las sociedades en vías de modernización es el experimentado por los fundamentos del poder y por los conceptos de poder en general. En los países en desarrollo, la ciudad suele convertirse en el centro del poder, y los jóvenes se trasladan allí para acceder a éste mediante su educación y su adiestramiento en técnicas modernas, con efectos desvastadores (1). En Africa, los ibos jóvenes que tienen un empleo remunerado como fuente de ingresos ya no dependen de sus padres para enriquecerse con la dote de la prometida (2). Una de las consecuencias de este factor de modernización es el declive del prestigio paterno y la aparición de

casos frecuentes de «psicosenilidad» entre los ancianos.

Los ancianos que se ven privados de su función social pierden también costumbres y estímulos que les ayudan a mantenerse activos y con buena salud mental. Se sienten desorientados y trastornados, lo que genera un problema de asistencia social que aumentará al mismo ritmo que la importancia numérica de este grupo si no se encuentran cometidos apropiados para sus miembros. La nueva situación demográfica exige un replanteamiento radical de las relaciones entre generaciones. Cuando había muy pocos ancianos la estima hacia ellos era la norma, pero ahora que son mucho más numerosos esa estima ha disminuido en muchos sentidos. Tanto el aumento de su número como la pérdida de sus funciones sociales y económicas son el resultado del proceso de modernización.

Apoyo intergeneracional: algunas medidas prácticas

Creo que pueden tomarse medidas de apoyo intergeneracional para preservar la estima de que disfrutaban los ancianos, y de este modo prolongar su vida activa y reducir la presión que suponen para la asistencia institucional en los países industrializados o el abandono que sufren en los países en desarrollo. En sociedades tradicionales como la de Ghana, los individuos tenían que tomar medidas por su cuenta en previsión de la vejez, aunque rara vez se veían forzados a tratar el tema explícitamente. El modelo consuetudinario de funciones y obligaciones les permitía asegurarse de que contarían con los alimentos, el alojamiento y el entorno social necesarios. Vale la pena examinar, en particular, tres formas de ayuda intergeneracional, utilizadas por las mujeres de Ghana (3):

El Dr. Apt es Jefe de la sección de Administración Social en el Departamento de Sociología de la Universidad de Ghana, Legon, Accra, Ghana.

- la donación de una casa o de un negocio a una hija a cambio de asistencia en el futuro;
- el arrendamiento de una parte de la casa a parientes para garantizar una fuente de ingresos y de apoyo social en la vejez;
- la prestación de servicios como padres adoptivos o como cuidadores de niños.

Ese tipo de medidas relativamente autónomas permite a los ancianos hacer más llevadera su jubilación gracias a una serie de cambios de ocupación que respetan sus necesidades y capacidades cambiantes. A nivel social, medidas de este tipo minimizan la sensación de rechazo social y la consiguiente desorientación mental. A nivel económico, prolongar la vida activa lo más posible minimiza también la dependencia mental y física que experimentan los ancianos con respecto a los jóvenes. Las sociedades capaces de ofrecer a sus ancianos funciones adecuadas para satisfacer sus necesidades sociales y económicas aliviarán en gran medida la carga de la asistencia social. Por el contrario, si se priva a los ancianos de una actividad económica, no sólo se reducen los ingresos nacionales sino que se incrementan las necesidades de asistencia social.

El aumento de la edad de jubilación es un tema de actualidad en los países industriales, pero en los países en desarrollo la falta de un sistema asistencial significa que la gente ha de seguir trabajando todo el tiempo que pueda para sobrevivir. El resultado es una vida laboral que permite reducir gradualmente la actividad. Esto presenta algunas ventajas respecto al modelo habitual en Occidente, consistente en trabajar más y más hasta los 60 ó 65 años para luego quedar relegado bruscamente por una jubilación formal. El enfoque más flexible y gradual del asunto es una característica

de los países en desarrollo que habría que preservar, y tal vez habría que promoverla incluso en el mundo occidental.

Una segunda lección deducible de las prácticas de transmisión de ocupaciones de las comerciantes de Ghana es que los ahorros

Las sociedades capaces de ofrecer a sus ancianos funciones adecuadas para satisfacer sus necesidades sociales y económicas reducirán en gran medida la carga de la asistencia social.

de los ancianos no se conservan necesariamente en los bancos. En los países donde instituciones tales como las bancarias distan de ser estables, la gente comienza a prevenirse para la vejez con antelación acumulando deudas visibles que la nueva generación se verá obligada a reembolsar en años posteriores. La transmisión de un negocio a la siguiente generación, por ejemplo, se hace con la expectativa, reconocida por ambas partes, de obtener a cambio apoyo en el futuro.

Por último, la práctica tradicional de compartir el espacio según un modelo de convivencia intergeneracional tiene algunas ventajas importantes. En particular, los ancianos pueden hacer una contribución considerable tanto a la economía familiar como a la organización práctica del hogar en el marco de un sistema de asistencia bidireccional. ■

1. **Press, I., McCool, M.** Social structure and status of the aged: towards some valid crosscultural generalisations. *Aging and human development*, 1972, **3**: 297-306.
2. **Arth, M.** Ideals and behavior: a comment on Ibo respect patterns. *Gerontologist*, 1968, **8**: 242-244.

3. **Apt, N. A., Katila, S.** Gender and inter-generational support: the case of Ghanaian women. *Southern African journal of gerontology*, 1994, **3**: 23-29.

Amenazas para la salud y el bienestar en África

Joe Hampson

El artículo del Dr. Darnton-Hill es un excelente recordatorio de los retos que plantea el envejecimiento a nivel mundial y de la interdependencia que existe entre la satisfacción con la vida, la salud, el bienestar psicosocial y la seguridad económica para un envejecimiento satisfactorio. En África, estos factores revisten la misma importan-

En muchos casos, cuando mueren los hijos e hijas que desempeñaban una actividad económica, los abuelos no sólo quedan con escasos recursos financieros, sino que se ven obligados además a hacer lo posible para sustituir cabalmente a los padres en el cuidado de sus nietos huérfanos.

cia que en el resto del mundo, pero se encuentran eclipsados por la fragilidad socioeconómica del continente. Se prevé que África experimentará uno de los mayores aumentos del mundo en este grupo de edad: según las proyecciones actuales en el año 2025 su población anciana será 4,4 veces mayor que ahora. Los planificadores suelen pasar este hecho por alto abruma-

El Padre Hampson es el Provincial de la Provincia jesuítica de Zimbabwe, 52 Mount Pleasant Drive, Mount Pleasant, Harare, Zimbabwe.

dos como están por los grandes incrementos de la población más joven; en muchos países, las personas menores de 17 años representan más de la mitad de la población.

El efecto del SIDA

En el África al sur del Sahara la esperanza media de vida es de 52 años y los esfuerzos para aumentarla y lograr un envejecimiento más sano se ven comprometidos por la pandemia de SIDA. La familia extensa ha constituido hasta ahora un poderoso factor de apoyo a los ancianos, y los estudios muestran que en las zonas rurales la mayoría de las personas de edad desempeñan tareas tradicionales, como cuidar a los niños, que redundan en beneficio mutuo. Los miembros de las familias extensas, principalmente las mujeres, suelen ocuparse de los ancianos. Sin embargo, el SIDA está amenazando la viabilidad de este sistema.

En muchos casos, cuando mueren los hijos e hijas que desempeñaban una actividad económica, los abuelos no sólo quedan con escasos recursos financieros, sino que se ven obligados además a hacer lo posible para sustituir cabalmente a los padres en el cuidado de sus nietos huérfanos. En lugar de llegarles el esperado momento de ser atendidos por sus hijos, se ven enfrentados nuevamente a la ardua tarea de criar niños y de conseguir dinero para ropa y comida y para los gastos escolares y de salud.

Las encuestas realizadas en África austral revelan que más de la mitad de los ancianos, a veces hasta el 80%, reciben remesas de dinero de los hijos e hijas que trabajan; pero éste es precisamente el grupo más afectado por la pandemia de SIDA. Ninguna economía africana, salvo la de Sudáfrica, cuenta con un plan de pensiones del Estado, y los ancianos saben que deben mantenerse activos y autosuficientes el máximo de tiempo posible. Por lo general, re-

curren a la agricultura de subsistencia, pero ésta es una frágil forma de protección, especialmente en los periodos de sequía. En muchas sociedades rurales africanas, se presta ayuda mutua mediante actividades agrícolas tradicionales en las que los ancianos pueden participar activamente (por ejemplo, la fabricación de cerveza), a cambio de mano de obra.

Las repercusiones del ajuste estructural

En toda Africa se han puesto en marcha programas de ajuste estructural, y si bien sus repercusiones sobre la salud aún no han sido evaluadas, los datos disponibles hasta ahora son poco reconfortantes. Las cifras sobre la mortalidad infantil, las carencias nutricionales y la incidencia de la tuberculosis y el paludismo, por ejemplo, se mantienen constantes o van en aumento. Se acopian pocos datos sobre la calidad de vida de los ancianos en Africa, pero es bien sabido que las tareas de la vida cotidiana (tales como lavar, caminar y acarrear agua y combustible) son fatigosas. Ello significa que una vez que se restringe la movilidad, disminuye rápidamente la viabilidad. Además, los servicios sanitarios, especialmente a nivel local y de distrito, no responden adecuadamente a las necesidades de las personas de edad.

Un estudio realizado en Africa occidental reveló carencias nutricionales graves en los ancianos de las zonas rurales, especialmente entre las mujeres. También se observó que las mujeres de edad refugiadas en el Sudán y en Zimbabwe presentaban un estado nutricional peor que el de los hombres. Sin embargo, en esta época en que los sistemas sanitarios nacionales se están desmoronando por falta de fondos y la mortalidad infantil y la incidencia de las enfermedades van en aumento, no se considera prioritario establecer programas en-

caminados a determinar y satisfacer las necesidades de los ancianos.

Aspectos del bienestar

Las encuestas indican que en Africa, las mujeres sufren más la soledad que los hombres y en general tienen menos amistades fuera de la familia extensa. Un estudio reveló que el 47% de las mujeres encuestadas se sentían solas «siempre o a menudo», en comparación con sólo el 29% de los

En esta época en que los sistemas sanitarios nacionales se están desmoronando por falta de fondos y la mortalidad infantil y la incidencia de las enfermedades van en aumento, no se considera prioritario establecer programas encaminados a determinar y satisfacer las necesidades de los ancianos.

hombres. Quizás como compensación, más mujeres que hombres señalan que encuentran consuelo en creencias y prácticas religiosas. Las mujeres de edad que viven solas son particularmente vulnerables, ya que no es probable que se ocupen de ellas ni la familia ni el Estado. A veces, la ley les otorga cierta protección, pero rara vez la utilizan. La mayoría de las personas mayores viven con su familia, pero en casi todas las sociedades africanas un número significativo de mujeres viven solas, aisladas y en la pobreza.

A menudo se observa que los africanos son reverentes y respetuosos con los ancianos. Como estos últimos están más próximos de los antepasados (en algunos idiomas se utiliza la misma palabra para ambos) se les ve como depositarios de la sabiduría y la autoridad del pasado. Sin embargo, el nuevo orden que hoy día fo-

menta la instrucción y favorece a la juventud pone en entredicho esa función y, paulatinamente, hace que el papel del anciano, el cacique o el caudillo vaya perdiendo importancia.

La planificación nacional debe intentar contrarrestar esta tendencia a marginar a los ancianos en Africa y debe encontrar formas de satisfacer sus nuevas necesidades. Un ejemplo de una iniciativa posible es el plan establecido en Zimbabwe para integrar a mujeres de edad en el programa de partería, combinando así las tradiciones con prácticas higiénicas modernas. Tanto las parteras ancianas como las madres a las que éstas atienden señalan estar muy satisfechas con este sistema.

Las encuestas revelan que un mayor número de mujeres que de hombres de edad se sienten excluidas de las decisiones familiares, y que se excluye más a las personas de edad muy avanzada que a las que son algo más jóvenes. Sin embargo, la mayoría de los ancianos goza aún de un prestigio y una participación considerables en la familia, y todavía desempeñan importantes funciones religiosas y rituales en los funerales, en las negociaciones y ceremonias matrimoniales, y en otros acontecimientos similares.

En resumen, el Dr. Darnton-Hill nos presenta una perspectiva interesante, pero en Africa los problemas del «envejecimiento satisfactorio» se ven exacerbados por el SIDA y por los programas del ajuste estructural. Las abundantes tradiciones culturales de Africa ofrecen posibilidades sin par para aumentar la sensación de participación y de bienestar de los ancianos. Sin embargo, al mismo tiempo hay que guardarse de suponer que todos los ancianos pueden recibir el trato idealista que estipu-

la la tradición. Será necesario centrarse en quienes más necesiten apoyo social. ■

No es cuestión de cantidad

Julia Alvarez

Todo debate sobre el envejecimiento de la población mundial debe combinar lo cualitativo y lo cuantitativo. No podemos hablar de esperanza de vida sin tener también en cuenta lo que cabe esperar de la vida. Concentrarse en el envejecimiento sólo en términos de prolongación de la vida no sería más que una aritmética huera. Ahora bien, las cifras tampoco son irrelevantes. La calidad de la vida tiene un costo. Por desgracia, existe una estrecha dependencia entre el sentido que todos queremos encontrar a la vida a cualquier edad y nuestra capacidad para costear la infraestructura social que requiere una vida con sentido.

El Dr. Darnton-Hill trata brevemente muchos de los temas que se plantean a medida que las tendencias demográficas nos conducen hacia un nuevo tipo de sociedad. Sin embargo, sus excelentes argumentos adolecen del defecto de pasar prácticamente por alto el tema del desarrollo. En el primer párrafo el autor señala que: «El envejecimiento, que antes se consideraba una tendencia incipiente, principalmente en los países industrializados, se considera, ahora, un problema mundial. En 1990 más de la mitad (el 55% de 176 millones) de la población anciana del mundo vivía

La Dra. Alvarez es Embajadora, Representante Permanente Suplente de la Misión de la República Dominicana ante las Naciones Unidas, 144 East 44th Street, Nueva York, NY 10017, EE.UU.

en el llamado mundo en desarrollo; hacia el año 2025 se espera que esta proporción sea del 65%. Pero las consecuencias que se desprenden de cifra tan significativa se abandonan a la imaginación del lector, y en el resto del artículo se examinan ejemplos y problemas tomados casi en exclusiva de países industrializados.

Aspectos económicos del envejecimiento en los países en desarrollo

No hay una solución única que sirva para todos los casos: no basta con extender a las naciones en desarrollo lo que hemos aprendido sobre el envejecimiento y su contexto social y económico en el mundo industrializado. En nuestros países del Tercer Mundo, a medida que las poblaciones envejecen, las cosas son y seguirán siendo diferentes, por razones económicas principalmente. En particular, la incapacidad fiscal para proporcionar algo parecido a una seguridad social adecuada obligará a muchos sexagenarios y septuagenarios a prolongar su vida activa. Los problemas causados por la pobreza, la necesidad de desarrollo económico y el creciente número de ancianos son aspectos inextricablemente ligados.

El envejecimiento de nuestras poblaciones del Tercer Mundo creará una enorme demanda de nuevos servicios sociales, y costearlos será aún más difícil que ahora. Si consideramos que la razón potencial de trabajadores/beneficiarios de los sistemas de seguridad social occidentales augura una crisis, en los países en desarrollo esa misma circunstancia podría calificarse de catástrofe. El hecho es que en gran parte del mundo en desarrollo las personas ancianas son en primer lugar pobres, y sólo en segundo lugar ancianas. Cualquier análisis que ignore ese hecho puede resultar irrelevante. Los gobiernos del Tercer Mun-

do no tienen, y probablemente no conseguirán, los fondos necesarios para cambiar esa situación. Cada vez más numerosos, los ancianos corren un riesgo creciente de ser considerados no como componentes del activo social, sino como un lastre para el desarrollo.

¿Qué vamos a hacer al respecto? Ante todo, hay que cambiar de signo el deterioro de la situación de los ancianos en nuestras sociedades. Está claro que no debe consi-

No podemos hablar de esperanza de vida sin tener también en cuenta lo que cabe esperar de la vida.

derarse a las personas de entre sesenta y ochenta años, elementos pasivos y enemigos de la sociedad, sino elementos activos y aliados del desarrollo. La planificación social y económica debe tener en cuenta a las personas de edad como un recurso, como brazos útiles para la sociedad, y no como simples brazos tendidos a la espera de ayuda. Así pues, la función de los ancianos en la sociedad y la necesidad de mantener y aumentar el desarrollo económico deben considerarse aspectos del mismo fenómeno.

Estrategias

¿Qué estrategias podríamos utilizar para abrirnos camino en esta difícil situación? No pretendo tener respuestas para todo, pero sí puedo mencionar unos cuantos pasos que ya se han dado, especialmente en mi país, y que espero que acaben siendo las zancadas de gigante que necesitaremos dentro de unos años para encarar las nuevas realidades demográficas.

En la República Dominicana hemos iniciado con éxito un proyecto en el que los profesores jubilados regresan a las aulas, poniendo a disposición de la sociedad las aptitudes y sabiduría que desarrollaron durante años. De este modo, nuestra nación puede obtener mayores dividendos de su capital humano, y los profesores, en su mayoría mujeres, disponen de una fuente tanto de ingresos como de respeto. Hay algunas formas de cultivo aptas incluso para ancianos discapacitados. En proyectos piloto realizados en la República Dominicana se han adaptado cultivos hidropónicos (sin suelo como sustrato) para personas necesitadas de silla de ruedas; los recipientes de cultivo están a cierta altura, que puede modificarse según convenga.

Otra opción que se ha revelado prometedora es la creación de pequeñas empresas con la participación de ancianos. En la República Dominicana y en otros países hay muchos proyectos de este tipo, que van desde establecimientos públicos de lavadoras automáticas hasta talleres de reparación de bicicletas y servicios de tratamiento de textos. Se requiere relativamente poco dinero para ponerlos en marcha, y el capital no ha de ser necesariamente de origen estatal; así brindan a las sociedades mixtas una oportunidad ideal para sacar un gran partido de pequeñas sumas de dinero.

En la República Dominicana, además, hemos propuesto recientemente una política nacional para la vejez basada en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, con miras a integrar a los ancianos en los planes de desarrollo de nuestro país. Animamos a otros grupos de los países del Tercer Mundo a que conciben planes similares y trabajen con ahínco para lograr que

se apliquen. Como señala el Dr. Darnton-Hill, la evolución demográfica, «unida a otros cambios profundos que se han producido en la sociedad, ha hecho que las formas tradicionales de entender y adaptar el proceso de envejecimiento resulten insuficientes». Luchemos para que nuestra respuesta a esos cambios sea la adecuada a nivel sociológico y geográfico. ■

Apoyo a los ancianos de Sri Lanka

Dulitha N. Fernando

El Dr. Darnton-Hill ha subrayado la importancia del envejecimiento como problema sanitario mundial. Su insistencia en la calidad de vida y los factores que determinan un envejecimiento sano tendrá particular interés para los países industrializados que ya intentan atender las necesidades de este grupo de edad. Sin embargo, la prioridad inmediata para muchos países en desarrollo es lograr que se preste atención a este fenómeno y a las nuevas demandas que planteará al sistema de atención sanitaria. Sólo después podrá diseñarse un programa que satisfaga esas demandas con los escasos recursos disponibles.

El producto nacional bruto por habitante de Sri Lanka es de US\$ 510. Según las estimaciones, en 1993 la esperanza media de vida para los hombres era de 69,5 años y para las mujeres de 74,2. La proporción de habitantes mayores de 60 años era del 6,6% en 1993, y se prevé que llegue al 15,8% en 2025. Una reciente encuesta co-

El profesor Fernando es Jefe del Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Medicina, Kynsey Road, P.O. Box 271, Colombo, Sri Lanka.

munitaria sobre el estado de salud de los ancianos realizada en la Provincia Occidental de Sri Lanka aportó la siguiente información (1):

- sólo el 49% de los hombres y el 37% de las mujeres entrevistadas consideraron que su estado era «sano». Los problemas de salud mencionados se referían a:
 - la vista (59%);
 - el oído (22%);
 - la masticación (30%);
 - la movilidad (7%).
- el 43% había recurrido a algún servicio de atención sanitaria durante el mes anterior;
- el 32% pensaba que necesitaban más atención médica de la que tenían a su disposición.

Además, se mencionó con frecuencia la necesidad de asistencia para obtener diversas ayudas. También cabe señalar que la Provincia Occidental, a la que pertenece la capital, Colombo, está mejor equipada con servicios de salud y otros que el resto del país.

En Sri Lanka, el Gobierno es el principal dispensador de atención de salud, y en 1993 el gasto sanitario por habitante fue de sólo US\$ 8 (2). Al igual que en otros muchos países en desarrollo, la prioridad básica de los programas sanitarios es la salud materno-infantil. Sólo recientemente se ha reconocido que la población creciente de ancianos constituye un problema sanitario y requiere un programa adecuado que se ajuste a las necesidades psicológicas y sociales de ese grupo.

Como en muchas otras sociedades, la familia es la principal fuente de apoyo para los ancianos en Sri Lanka. Los cambios económicos y sociales que se están produciendo

en muchas familias afectarán probablemente a esa base de apoyo en los próximos años. Dado que el respaldo de que disponen los ancianos fuera del núcleo familiar es muy limitado, debe estudiarse esa tendencia detenidamente cuando se elaboren planes para el futuro. A este respecto, el Dr. Darnton-Hill resalta acertadamente la importancia de los factores que influyen positivamente en la salud en una fase avanzada de la vida. Los datos disponibles sobre Sri Lanka muestran que un mayor con-

Al igual que en otros muchos países en desarrollo, la prioridad básica de los programas sanitarios es la salud materno-infantil.

tacto con la familia, una mejor situación financiera, la posesión de un empleo y la satisfacción con el entorno físico influyen positivamente en el estado de salud.

En muchos países sometidos a cambios rápidos para alcanzar «el desarrollo», la atención de los ancianos se está convirtiendo en un gran desafío que no se puede soslayar. Es preciso planificar y poner en marcha programas que tengan en cuenta los múltiples y distintos tipos de recursos necesarios «para mantenerlos sanos». ■

1. **Andrews, G. R.**, ed. *Aging in South East Asia: a five country study*. Nueva Delhi, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental, 1993.
2. *Annual health bulletin*. Colombo, Ministry of Health, 1993.

Cuestión de derechos humanos

Irene Hoskins

No es sorprendente que el Dr. Darnton-Hill cite la situación socioeconómica y el estado de salud como los dos principales determinantes de la calidad de vida de las personas de edad. Este tema se encuentra ampliamente documentado en las publicaciones sobre el envejecimiento. Pero también convierte sutilmente los paradigmas de política pública de «prestación de cuidados a los ancianos» en un fomento más activo de la salud y en intervenciones para mejorar la seguridad económica de las personas de edad y su bienestar psicosocial. Hay que felicitarle por ello, ya que en la mayoría de los países suelen ser los estereotipos de las personas ancianas discapacitadas y vulnerables los que inspiran las políticas sobre el envejecimiento. Sin embargo, no llega a decir que al ser cada vez más numerosas las personas que viven más tiempo, la protección y el fomento de la salud de los ancianos y de su seguridad socioeconómica no es sólo una cuestión de política pública sino también de derechos humanos básicos.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud confirma este punto de vista. Define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». A continuación dice explícitamente que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano». Esa opinión de que la salud es

un derecho humano básico se ve reforzada aún más por la legislación internacional de derechos humanos que, mediante convenios internacionales, protege específicamente a grupos de población como las mujeres y los niños, a los que se considera especialmente expuestos a injusticias. En cambio, hasta ahora no se ha considerado necesario extender la protección de esos derechos humanos a las personas ancianas.

Eso plantea varios interrogantes. Por ejemplo, ¿no hay consenso internacional sobre unas normas mínimas de protección en materia de derechos humanos para las personas de edad? ¿O acaso no necesitan ese tipo de protección? ¿Están ya protegidas por los tratados existentes sobre derechos humanos? De ser así, ¿cuáles son los instrumentos internacionales relativos explícita o implícitamente a los aspectos de derechos humanos que conciernen a las personas ancianas? ¿Son esos instrumentos satisfactorios? Y, por último, ¿es necesario elaborar un instrumento internacional que proteja específicamente los derechos humanos de las personas de edad?

Empleo

Un análisis detenido de esos temas rebasaría obviamente el ámbito de una breve respuesta al artículo del Dr. Darnton-Hill, pero algunos de los factores que menciona merecen un breve examen por sus repercusiones en los derechos humanos. Así, cita un estudio indicativo de que el empleo hasta una edad avanzada suele asociarse a mejor estado de ánimo, felicidad, mejor adaptación, relaciones sociales más amplias y mejor estado de salud aparente. Es cierto que no todo el mundo puede o quiere trabajar hasta una edad avanzada. Pero, ¿cuánta gente hay que realmente se sentiría muy feliz de seguir trabajando, quizá

La autora es Representante Internacional de la American Association of Retired Persons ante las Naciones Unidas en Ginebra. Su dirección es: 20, chemin de Valérie, 1292 Chambésy, Suiza.

en un régimen flexible, pero no puede hacerlo porque las políticas de empleo son discriminatorias? El hecho de que la jubilación se base muy a menudo en un límite de edad arbitrario puede considerarse una forma de discriminación por motivos de edad. Sin embargo, a ojos de los legisladores, la eliminación o la liberalización de la edad de jubilación obligatoria suele evocar el espectro de legiones de jóvenes desempleados declarando airadamente una guerra intergeneracional por ocupar los puestos de trabajo que los ancianos se resisten a abandonar. De hecho, la realidad es bastante diferente: la mayoría de las personas de edad desean jubilarse y, de hecho, lo hacen a la edad de jubilación si sus pensiones les permiten mantener su calidad de vida, mientras que algunas tal vez deseen seguir trabajando y otras, en particular las mujeres, quizá se vean obligadas a hacerlo porque su pensión de jubilación es insuficiente.

Además, la discriminación por edad no se limita a quienes desean seguir trabajando pasada la edad de jubilación obligatoria. Afecta principalmente a los trabajadores de entre 50 y 60 años que a veces son desplazados por los más jóvenes, quedando con pocas perspectivas de reemplazo en un mercado laboral restringido. En ese sentido las mujeres de edad, en particular, corren a menudo un doble peligro: la discriminación por razones de edad y de sexo. En los países en desarrollo, la mayoría de las personas de edad han de trabajar mientras puedan, simplemente para sobrevivir, pero también son objeto de discriminación por lo que se refiere a su inclusión en los proyectos de desarrollo, disponibilidad de crédito, formación y nueva tecnología.

El instrumento jurídico pertinente es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artícu-

lo 6 pide a los Estados Partes que tomen las medidas adecuadas para garantizar el derecho de toda persona de tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado. El comité de las Naciones Unidas que supervisa la aplicación de ese pacto ha evitado reiteradamente puntualizar si el término «toda persona» incluye a las personas de edad y de momento es incapaz de pronunciarse al respecto. Del mismo modo, aunque la Organización Internacional del Trabajo

El hecho de que la jubilación se base muy a menudo en un límite de edad arbitrario puede considerarse una forma de discriminación por motivos de edad.

aprobó en 1980 una Recomendación sobre los trabajadores de edad, en los últimos años no ha sido una defensora a ultranza de los derechos de ese grupo. Así, la mayoría de los observadores sacan inevitablemente la conclusión de que los debates sobre ese tema están más influidos por consideraciones políticas e ideológicas que por los principios de derechos humanos.

Las condiciones de vida

Como señala el Dr. Darnton-Hill, las condiciones de vida son un aspecto importante de la calidad de vida y el bienestar de las personas de edad. Comenta que en los países occidentales son cada vez más las personas de ese grupo que prefieren vivir independientes y no con sus hijos. En muchos otros países la familia amplia sigue teniendo preferencia. Sin embargo, en todos los países habrá un predominio gradual de la familia urbana «nuclear», que producirá cambios profundos en las estructuras sociales. En 1991, la Asamblea Gene-

ral de las Naciones Unidas aprobó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, que reafirman muchas de las políticas expresadas en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado en Viena en 1982. El objeto de esos principios es ofrecer metas y puntos de referencia para evaluar las políticas vigentes sobre el envejecimiento. No se trata de una declaración o un convenio que se pueda supervisar o que deban cumplir los Estados Miembros. En el aspecto asistencial, los Principios señalan simplemente que las personas de edad deberían poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad conforme al sistema de valores culturales de cada sociedad. Para aplicar esa política es preciso conocer mucho mejor los valores y aspiraciones culturales, lo que necesitan las familias para dispensar cuidados, la percepción de la soledad por los ancianos y la repercusión de esas percepciones en su calidad de vida y su bienestar.

Las necesidades de la mujer

En relación con este tema, el Dr. Darnton-Hill también se refiere brevemente a las necesidades y el cambio de función de las mujeres con la edad. Estas son quienes suelen ocuparse de sus cónyuges y también a veces de sus progenitores, especialmente de las madres. Se debe reconocer y reglamentar su derecho a descanso, empleo remunerado, realización personal y seguridad económica cuando lleguen a una edad avanzada. Los defensores de los derechos de la mujer han prestado relativamente poca atención a ese caso. Aunque es de prever un pequeño progreso, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Peín) no ha hecho mucho en ese sentido.

Por otra parte, la mujer tiende a vivir más que el hombre y a presentar más enferme-

dades crónicas, y, sin embargo, las diferencias de morbilidad y envejecimiento entre ambos grupos no han sido objeto de las debidas investigaciones. Se han hecho progresos considerables en la mejora de la salud reproductiva y materna, pero debe ampliarse conceptualmente el derecho de las mujeres a la salud para que se reconozcan las necesidades sanitarias de ese grupo en cualquier edad.

¿Morir con salud?

Por último, queda por considerar el tema de los derechos éticos y humanos que se refieren a la enfermedad y al tratamiento médico hacia el final de la vida. No existe consenso internacional sobre las líneas generales o las normas que rigen este tema, y en muchos países tampoco parece haber mucho consenso a nivel nacional. En los Principios de las Naciones Unidas se afirma que «las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida». La Declaración sobre los Derechos y las Responsabilidades de las Personas de Edad de la Federación Internacional sobre el Envejecimiento, en la que se basan esos Principios, va más lejos al declarar que las personas de edad tienen derecho a morir con dignidad aceptando o rechazando tratamientos cuyo único fin es prolongarles la vida. Cuando se aprobaron los Principios, algunos Estados Miembros de las Naciones Unidas se mostraron en contra de esa declaración. Sin embargo, el Dr. Darnton-Hill presenta la idea de que el objetivo fundamental del fomento de la salud es «morir con salud», lo que significa que los ancianos deberían

ser independientes el máximo tiempo posible y controlar su vida. Merece la pena estudiar más detenidamente este concepto y, además, debe prestarse más atención a todas las repercusiones de un envejecimiento con salud en el campo de los derechos humanos. ■

Las mujeres de edad y la salud

Ruth Bonita

El continuo envejecimiento de la población constituirá uno de los cambios más significativos del panorama social en lo que queda de siglo y en los primeros decenios del próximo. Cada vez se presta más atención a las repercusiones de este fenómeno en los servicios sanitarios y comunitarios y en las familias. Como señala el Dr. Darnton-Hill, la calidad de vida de las personas ancianas merece un mayor interés. Las encuestas muestran una y otra vez que por calidad de vida se entiende, ante todo, bienestar económico, psicosocial y físico. Aunque existen importantes diferencias entre mujeres y hombres en estos tres aspectos de la vida, los debates sobre «los ancianos» suelen pasarlas por alto y desatender los problemas particulares de las mujeres. Hay al menos cuatro buenas razones para contrarrestar esta tendencia y tener debidamente en cuenta la situación de las ancianas en el examen de las políticas.

La permanente desventaja de las mujeres

Los inconvenientes y problemas de salud que experimentan las mujeres de edad se

deben tanto a factores económicos, sociales, culturales y políticos como biológicos. Se discrimina a las mujeres por razones de edad antes que a los hombres y se las tiene habitualmente por débiles, dependientes, vulnerables y carentes de feminidad y sexualidad. Esta negativa imagen contribuye a que se las desatienda y se haga caso omiso de su gran diversidad y capacidad.

El entorno cultural determina profundamente la forma en que las mujeres viven el envejecimiento y sus repercusiones para la salud. Con demasiada frecuencia, las actitudes convencionales hacia las mujeres de edad y hacia la menopausia influyen negativamente en sus esperanzas para años posteriores y es sobradamente conocido que la autoestima tiene una capital importancia para la salud. El bienestar mental y físico que se deriva de las actitudes positivas permite asimismo que el desarrollo personal y la participación en la sociedad continúen.

Un número creciente de mujeres

Aunque el envejecimiento es motivo frecuente de preocupación política en los países industrializados, en muchos países en desarrollo todavía no se percibe como problema. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres del mundo con 60 años o edades superiores viven en regiones en desarrollo, lo que equivale a 148 millones frente a los 121 de las regiones industrializadas. Las mujeres de 70 años o más predominan aún numéricamente en las regiones industrializadas, pero por muy poca diferencia: las cifras son de 60 y 58 millones, respectivamente. Es posible conocer la distribución futura de las ancianas a partir del número de mujeres que actualmente tienen entre 45 y 59 años: en total, hay 311 millones de mujeres en ese grupo, de

La Dra. Bonita es Investigadora Superior en la Sección de Geriátrica, Hospital North Shore, Shakespeare Road, Private Bag 93-503, Takapuna, Auckland 9, Nueva Zelanda.

las cuales, más de dos tercios (213 millones) viven en los países en desarrollo.

Diferencias en la esperanza de vida

En los países industrializados, las mujeres viven como promedio unos seis años más que los hombres (1). Asimismo, las mujeres de esos países viven unos 15 años más que las de los países en desarrollo de in-

En los países industrializados las mujeres viven unos 15 años más que en los países en desarrollo de ingresos medianos, y unos 30 años más que en los países con menos recursos.

gresos medianos, y unos 30 años más que las de los países con menos recursos, donde la esperanza de vida es de 50 años (2). La diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres en los países ricos y en los pobres apenas ha disminuido durante los últimos 20 años, y constituye una desigualdad que requiere atención urgente. También se observan tasas de mortalidad desiguales dentro de los países, asociadas en gran medida a diferencias de clase.

Gran parte de la disparidad en la esperanza de vida de los hombres y de las mujeres se debe a diferencias en el consumo de alcohol y tabaco, así como a accidentes, suicidios y enfermedades crónicas. En la actualidad, el aumento del número de fumadoras se refleja en un incremento de las tasas de mortalidad entre las mujeres maduras.

La necesidad de información

Las notables diferencias de salud apreciadas en las mujeres de grupos poblacionales y países distintos muestran que los datos globales sobre la población anciana en

su conjunto son inadecuados para vigilar las tendencias de la situación sanitaria. Los datos pertinentes deben presentarse en función del sexo y de la situación económica, así como de la edad. Es sumamente necesario mejorar los datos demográficos tanto para vigilar el estado de salud de las mujeres de edad como para establecer indicadores adicionales, por ejemplo la esperanza de una vida sana. Sin embargo, existen varios problemas técnicos al elaborar dichos indicadores, y es necesario tener en cuenta los diversos significados sociales y culturales de la discapacidad y de otros aspectos clave.

La calidad de vida de las mujeres de edad debería evaluarse en función de su capacidad para mantener el bienestar físico, social y mental a pesar de los diversos niveles de enfermedad y discapacidad. Esto es tan importante como la duración de la vida y el número de años vividos sin discapacidad, pero resulta más difícil de medir, ya que depende en gran parte de la opinión de las interesadas respecto a lo que es aceptable. Algunos nuevos indicadores, como los «años de vida ajustados en función de la discapacidad» (AVAD) y los «años de vida ajustados en función de la calidad» (AVAC), no tienen eso en cuenta (3,4). De hecho, se corre el riesgo de que esa forma de medir la carga de morbilidad dé una idea excesivamente negativa de la salud de las ancianas, a menos que se compense con otros indicadores más adecuados.

En cuanto al futuro, la meta básica mundial de salud para las mujeres de edad debe consistir en reducir las desigualdades entre las que viven en países industrializados y las que lo hacen en países en desarrollo. Estas desigualdades deben medirse no sólo en años de vida, sino también atendiendo a los factores fundamentales de salud y a la calidad de vida.

Un objetivo sencillo consiste en aumentar el número de años de vida sin discapacidad de las mujeres. Ello tendría ventajas económicas obvias para las mujeres beneficiadas, sus familias y las sociedades en que viven. Al mismo tiempo, ampliaría las funciones que las mujeres pueden desempeñar y propiciaría una imagen más positiva de su envejecimiento como ciudadanas activas. Hasta ahora, no hay pruebas claras de que la mayor esperanza de vida femenina represente una ventaja en lo que respecta a años sin discapacidad.

Si se quiere que la vida sea además de más larga más sana, las políticas han de velar especialmente por la calidad de la vida de las mujeres a medida que envejecen. Para ello, es necesario vigilar la capacidad funcional y el bienestar de las ancianas. La OMS tiene una importante función que cumplir en la recopilación de datos al respecto y en la ampliación de la gama de indicadores disponibles. ■

1. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.** *Informe sobre Desarrollo Humano 1994.* Nueva York, Oxford University Press, 1994.
2. **Kinsella, K., Taeuber, C. M.** An aging world II. En: *International population reports*, Washington DC, United States Government Printing Office, 1992.
3. **Murray, C. J. L.** Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization – Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, **72**: 429-445.
4. **Nord, E.** Methods for quality adjustment of life years. *Social science and medicine*, 1992, **34**: 559-569.

Un envejecimiento sin equidad en Sudáfrica

Monica Ferreira y Karen Charlton

Sudáfrica es un país desarrollado y en desarrollo a la vez. Su población de 65 años o más es de 1,7 millones, lo que constituye el 4,3% del total. Esto es similar al modelo demográfico de los países en desarrollo. A efectos de análisis, se distinguen cuatro grupos de población en Sudáfrica: africanos, blancos, mestizos (personas de ascendencia mixta) y asiáticos. Estos grupos se encuentran en etapas diferentes de la transición demográfica: el 9,3% de la población blanca tiene 65 años o más de edad, en comparación con el 3,3% de los africanos y el 3,4% de las poblaciones mestiza y asiática. La esperanza de vida promedio de los blancos es de ocho a diez años mayor que la de los africanos o los mestizos y cinco años mayor que la de los asiáticos. Aunque ya se puede calificar de vieja a la población blanca, se calcula que la africana continuará siendo joven hasta mediados del próximo siglo debido a la alta tasa de fecundidad.

Tendencias demográficas y calidad de vida

Se calcula que hacia el año 2035 la población de 65 años o más alcanzará los 7,4 millones, lo que representará el 6,4% del total. La población anciana está compuesta en la actualidad por un 55% de africanos, un 35% de blancos, un 8% de mestizos y un 2% de asiáticos. Para el año 2035, estas proporciones serán, probablemente, 73%, 15%, 9% y 3% respectivamente.

La Dra. Ferreira es Directora del Centro de Gerontología del Consejo de Investigación en Ciencias Humanas, Escuela de Medicina, Universidad de Ciudad de El Cabo, Observatory 7925, Sudáfrica. La Sra. Charlton es Investigadora Principal en dicho Centro.

El acceso desigual a los recursos del país ha sido uno de los rasgos dominantes de la historia de Sudáfrica. Los africanos, los asiáticos y los mestizos de más edad han vivido los 40 años del régimen de *apartheid* y se encuentran hoy desfavorecidos en la mayoría de los aspectos de su vida, en comparación con sus homólogos blancos. Esta desventaja, especialmente en el

La mayoría de los africanos (93%) vivían en familias multigeneracionales, al igual que el 90% de los asiáticos y el 87% de los mestizos, en comparación con sólo el 17% de los blancos.

caso de los africanos, es particularmente manifiesta en materia de educación, ingresos y salud.

Entre 1990 y 1991 se encuestó a 4400 africanos, asiáticos, mestizos y blancos, igualmente representados, de 60 años o más (1). Se comprobó que el 80% de los africanos residentes en zonas rurales y el 50% de los que residían en zonas urbanas no habían recibido una enseñanza institucionalizada. Más del 80% de los africanos y mestizos y el 70% de los asiáticos, frente a sólo el 26% de los blancos, cobraban la pensión de vejez ajustada a los medios de vida (plan por el que se paga el equivalente de aproximadamente US\$ 120 al mes a los ancianos).

De acuerdo con todos los indicadores del estado de salud según, autoevaluación, los africanos residentes en medio urbano sufrían trastornos de salud y discapacidades en mayor grado que los asiáticos, los mestizos y los blancos. Los problemas más mencionados y que afectaban a todos los grupos fueron la hipertensión (45% del to-

tal de la muestra), dolores de espalda (42%), artritis (36%) y enfermedades cardiovasculares (29%). Aunque en las zonas urbanas se dispone ampliamente de servicios de salud, con frecuencia los ancianos africanos o mestizos de las zonas rurales carecen de dichos servicios o no tienen acceso a ellos debido a una combinación de dificultades de transporte y de barreras profesionales.

En todos los grupos, un número significativo de personas señalaron angustia emocional, síntomas de estrés y sensación de ansiedad. Los africanos, especialmente los de zonas urbanas, manifestaron los mayores niveles, con gran diferencia de síntomas depresivos. En todos los grupos, estos síntomas fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, especialmente entre los africanos en las zonas urbanas, donde la proporción fue del 16% frente al 6%. Los blancos señalaron un alto nivel de soledad. La mayoría de los africanos (93%) vivían en familias multigeneracionales, al igual que el 90% de los asiáticos y el 87% de los mestizos, en comparación con sólo el 17% de los blancos.

La familia sigue siendo la fuente más importante de apoyo social para la mayoría de los sudafricanos ancianos que no son de raza blanca. Sin embargo, la pensión de vejez influye en este aspecto, ya que los africanos que la reciben y comparten con su familia disfrutan de una posición especial en el hogar. Nueve de cada diez ancianos sudafricanos sienten que sus familias les respetan, pero esta cifra es inferior a cuatro de cada cinco africanos que viven en medio urbano.

Dos tercios de los blancos y, en las ciudades, la mitad de los africanos, los asiáticos y los mestizos de la encuesta eran propietarios de sus viviendas. Aunque el 91% de

los africanos en las zonas rurales eran dueños de sus viviendas, dos tercios de éstas eran cabañas tradicionales. Los africanos de las ciudades eran los que menos satisfechos estaban con su alojamiento o vivienda, citando el coste de ésta y su estrechez como las dos razones principales de su descontento.

El grado de satisfacción con la vida en general se ajustaba a un modelo similar, siendo los africanos los menos satisfechos. Había una estrecha correlación entre un grado más bajo de satisfacción, el aumento de la edad y las desventajas socioeconómicas. Las condiciones de vida desfavorables y la salud deficiente también contribuían a reducir ese nivel de satisfacción. La mayoría de los factores que, según se consideraba, contribuían positivamente a la calidad de la vida estaban relacionados con necesidades básicas: salud satisfactoria, condiciones de vivienda favorables, seguridad económica y bienestar psicosocial, en particular por lo que se refiere a la sensación de que se controla la propia vida y al disfrute de cierto grado de independencia personal. Las necesidades básicas ocupaban un lugar muy destacado para los africanos. Para los asiáticos, los mestizos y los blancos, la integración social y el bienestar psicosocial eran más importantes.

En suma, los factores que según todos los sudafricanos de edad afectaban a la calidad de su vida eran, por orden de importancia, la salud, la vivienda y las condiciones de ésta, unos ingresos seguros y el bienestar psicosocial. Esto refleja las tendencias mundiales señaladas en las publicaciones especializadas y en el artículo del Dr. Darnton-Hill.

Nutrición

Otro factor que puede contribuir directa o indirectamente a la calidad de la vida de

los ancianos es la nutrición. En la encuesta multidimensional no se incluían preguntas sobre el estado nutricional, pero el 7% de los africanos mencionaron en respuesta a otras preguntas que la falta de alimentos era un serio problema para los ancianos. Los datos disponibles sobre nutrición indican diferentes tendencias en los cuatro grupos poblacionales. Los estudios sobre los

Los ancianos de los grupos africano, asiático y mestizo han vivido los 40 años del régimen de apartheid y se encuentran hoy desfavorecidos en la mayoría de los aspectos de su vida en comparación con sus homólogos blancos.

ancianos residentes en zonas urbanas muestran que la ingesta de grasas en los africanos aportaban una baja proporción de energía (27%), mientras que en el caso de los blancos esa proporción era alta (37%). La proporción en los mestizos se situaba entre las dos, con un 32,4%. Se observó que los ancianos africanos consumían al día casi el doble de fibras alimentarias que los ancianos blancos.

Al parecer, la sobrealimentación constituye un mayor problema para el estado de salud de los sudafricanos ancianos que la desnutrición. En las ciudades parece existir una tendencia entre los africanos, los asiáticos y los mestizos de todas las edades a adoptar una alimentación de tipo occidental. Los hábitos alimentarios occidentales entre los africanos de más edad en las ciudades parecen ir acompañados de un mayor número de enfermedades crónicas relacionadas con el modo de vida, mientras que las enfermedades debidas a la pobreza siguen predominando entre sus homólogos en las zonas rurales. La obesidad es común entre los ancianos africanos

y mestizos tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Sin embargo, se ha observado en esta comunidad una afección denominada «obesidad sana», ya que, al parecer, este tipo de obesidad no siempre va acompañada de mayores niveles de hipertensión, de hiperglucemia y de hiperlipemia (2).

La prevalencia de la diabetes mellitus entre los africanos rurales de 60 años o más aumentó del 1% en 1965 al 7% en 1990. En una reciente encuesta sobre salud y nutrición efectuada con una muestra de 200 mestizos de 65 años o más en la península de El Cabo, una zona urbana, se observó que la prevalencia de la diabetes era del 29%, una de las más altas tasas conocidas para ese grupo en el mundo (3). Ese mismo estudio reveló que la prevalencia de la hipertensión era del 72%. Un cuarto del total de los casos de diabetes y más de un tercio de los de hipertensión no habían sido diagnosticados o tratados antes de la encuesta.

Aunque todavía no está claro si los hábitos alimentarios afectan a la calidad de la vida de los sudafricanos ancianos, ni de qué modo la afectan, las enfermedades y discapacidades relacionadas con la nutrición reducirán ciertamente su disfrute de la vida y su capacidad para salir adelante por sí mismos. La prevención y el tratamiento de esas enfermedades serán un importante reto para el reestructurado sistema sanitario sudafricano.

Sudáfrica ha estado en la vanguardia del desarrollo de la ultramoderna medicina terciaria, pero su nuevo Plan Nacional de Salud atribuye ya menos importancia a la atención curativa y más al enfoque basado en la atención primaria de salud. Ello debería beneficiar a los ancianos, pero el Programa de Reconstrucción y Desarrollo no

considera que la salud de los ancianos sea una clara prioridad. ■

1. **Ferreira, M. et al.** *Multidimensional survey of elderly South Africans, 1990-91: key findings.* Ciudad de El Cabo, Universidad de Ciudad de El Cabo, 1992.
2. **Walker, A. R. P. et al.** Obesity in black women in Soweto, South Africa. *Journal of the Royal Society of Health*, 1990, **110**: 101-103.
3. **Charlton, K. E. y Levitt, N. S.** The prevalence of diabetes mellitus. En: Charlton KE et al., eds. *Food habits, dietary intake and health of older coloured South Africans.* Ciudad de El Cabo, Universidad de Ciudad de El Cabo, 1995.

Otras cuestiones de equidad

Margot Jefferys

El artículo del Dr. Darnton-Hill ofrece un análisis convincente del «encanecimiento» de la población que ha tenido lugar durante este siglo tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Destaca con acierto que, en los primeros, la transición demográfica tuvo lugar a lo largo de muchos años y se debió más a mejoras constantes de la nutrición, la higiene pública y el nivel de vida que a la atención médica. En cambio, en los países en desarrollo, la transición ha comenzado hace poco, llevará sólo unos pocos decenios y se habrá debido mucho más a medidas de salud pública que evitan los estragos de las enfermedades infecciosas y a métodos farmacéuticos y clínicos curativos y asistenciales.

Sin embargo, como socióloga interesada en la salud y el bienestar de los ancianos y

La Dra. Jefferys es Profesora invitada en el Centro de Ética y Derecho Médico, King's College, Londres WC2R 2LS, Inglaterra.

en las relaciones intergeneracionales, he apreciado especialmente la importancia que da el Dr. Darnton-Hill a las repercusiones sociales de la transición demográfica y a los factores culturales que, unidos a los recursos económicos y a las estructuras de poder político, influyen en la capacidad y la voluntad de las sociedades para dotar de lo necesario al creciente número de ancianos que forman parte de ellas. Naturalmente, no podía mencionar en un breve artículo todo lo que las personas que se preocupan por la salud y el bienestar de los ancianos deben tener presente. Así pues, con la intención de colaborar, más que de criticar, me gustaría añadir tres puntos principales que son pertinentes.

La noción de «carga»

El primer punto se refiere a la denominada «carga» que a menudo se supone representa la supervivencia de un creciente número de ancianos para una proporción cada vez menor de gente joven. Quienes tienen esa visión, esencialmente sombría, del envejecimiento son a menudo los economistas. Se alega que las personas de edad no contribuyen a la economía productiva y consumen más recursos sanitarios y de apoyo social que otros grupos.

Aunque hay cierta verdad en ello, el cuadro es unilateral. No refleja el costo ineludible e insostenible de la población que envejece sino las normas sociales vigentes, que no son inmutables. La excesiva importancia que se da al concepto de «índice de dependencia» pasa por alto el hecho de que en las sociedades industriales a menudo se excluye a las personas ancianas de la fuerza de trabajo no por elección propia, sino para favorecer a personas más jóvenes que buscan un empleo, o bien por problemas de salud. Muchos ancianos podrían continuar en la fuerza de trabajo y

deseñarían hacerlo. Su exclusión no es una opción personal. Además, ese razonamiento da por sentado que los niveles de morbilidad en los ancianos son inalterables. Más aún, presupone que la productividad humana es estática mientras que la demanda de recursos crece. Hay que poner en tela de juicio ambos supuestos.

Los argumentos en torno al «índice de dependencia» suponen que en la economía estructurada todos los bienes y servicios se producen y se consumen. Se pasa por alto que la mayor parte de la labor asistencial pertenece a la economía doméstica no monetaria. En ella, las personas de edad, en sus mayoría mujeres, que son excluidas, voluntariamente o no, del trabajo remunerado, son productores y consumidores significativos. Dispensan una parte considerable de los cuidados que reciben otros ancianos, sus allegados más jóvenes, los

En las sociedades donde culturalmente corresponde a los hijos varones la obligación de hacerse cargo del padre o la madre que en viuda, la prestación de cuidados suele recaer en las nueras.

enfermos y los discapacitados. También pueden ser contribuyentes netos, en lugar de receptores, a los servicios «afectivos» que mantienen a la familia unida y le proporcionan apoyo psíquico y emocional en los buenos y en los malos momentos. Eso es cierto en todas partes por lo que respecta a las ancianas pero rara vez se reconoce porque no es fácil expresarlo en valor monetario.

Hijas y nueras

El segundo punto atañe a las funciones del hombre y de la mujer en los sistemas de

apoyo social no estructurados. En las sociedades donde los vínculos afectivos tradicionales entre madre e hija son fuertes, es probable que las ancianas débiles reciban atención no estructurada de sus propias hijas, vivan o no en la misma casa. En las sociedades donde culturalmente corresponde a los hijos varones la obligación de hacerse cargo del padre o la madre que enviuda, la prestación de cuidados suele recaer en las nueras. Aunque las generalizaciones pueden inducir a error, hay cada vez más indicios de que las tensiones familiares (posiblemente conducentes al maltrato de los ancianos) son más probables en las familias donde las ancianas están atendidas por las nueras y no por las hijas. Eso puede sobre todo ocurrir en las sociedades que han experimentado hace poco un espectacular aumento en la esperanza media de vida (como China y el Japón) o que están a punto de experimentarlo (como la India).

La valorización de la mujer

Hasta ahora la mayoría de las sociedades han valorado más a los varones que a las hembras. Normalmente la veneración de los mayores se ha reservado a los cabezas de familia varones y, por extensión, a sus esposas. Cuanto más eficaces y poderosos son, es decir, cuando administran los recursos, más veneración reciben. Sin embargo, debido a las actuales tendencias de la mortalidad, son cada vez más las mujeres, incluso las que tienen pocos recursos o privilegios, quienes viven hasta edades muy avanzadas, con un alto grado de dependencia. Es necesario un cambio de los supuestos culturales para que se valore a la mujer como tal y no meramente como progenitora y educadora de las generaciones futuras de varones, ni como sirvienta suya, si se quiere que alcance la vejez sana a la que tiene derecho. ■