

Marco político de envejecimiento activo para México. Las mejores prácticas

Political framework of active aging for Mexico. Best practices

Luis Roberto Torres López* / Elva Cristina Diarte Vázquez**

Resumen

El texto analiza las mejores prácticas internacionales del Modelo de Envejecimiento Activo (MEAC) y estructura un marco referencial para la orientación de la política. Realiza una revisión teórica de la literatura científica sobre los paradigmas del envejecimiento; las mejores estrategias incluyen: participación y acción social; formación y aprendizaje; promoción de estilos saludables; servicios sociales y salud; cuidar y cuidarse; seguridad económica, social y laboral; ciudades y pueblos accesibles, activos y seguros; viviendas seguras; información/comunicación social; innovación y desarrollo regional.

Palabras clave: México, envejecimiento activo, mejores prácticas, políticas públicas, servicios sociales.

Abstract

The text analyzes the best international practices of the Active Aging Model (MEAC) and structures a reference framework for the orientation of the policy. A theoretical review of the scientific literature on the paradigms of aging is carried out; the best strategies include: participation and social action; training and learning; promotion of healthy styles; social services and health; take care and take care of yourself; economic, social and labor security; accessible, active and safe cities and towns; safe homes; information / social communication; innovation and regional development

Keywords: Mexico, active aging, best practices, public policies, social care.

Introducción

El cambio demográfico derivado del envejecimiento supone un reto para la sociedad, que exige solidaridad entre las generaciones y al interior de las familias, así como fortalecer el modelo social adaptando las políticas del Estado de bienestar integral. Asimismo, el envejecimiento es un proceso lento que comprende el último tercio de la vida y debe garantizar a

Recibido: 7 de septiembre, 2020. Aceptado: 29 de marzo, 2022.

* Doctor en Gobiernos Locales y Desarrollo Regional por la Universidad Autónoma de Occidente. Miembro de la Red Gobernanza, Políticas Públicas y Seguridad Humana de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS) y la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG). Líneas de investigación: Políticas Públicas, Gobiernos Locales, Gobernanza, Sistema de pensiones, Seguridad Pública y Ciudadana.

** Licenciada en Informática por el Instituto Tecnológico de Culiacán. Maestra en Gestión y Políticas Públicas por la Universidad Autónoma de Occidente.

las Personas Adultas Mayores (PAM) el derecho a gozar de oportunidades de formación, voluntariado, aprendizaje constante, expresión cultural y deporte (Vicente, 2011).

El envejecimiento, a nivel individual, representa un proceso natural acompañado de cambios fisiológicos, psicológicos, afectivos y sociales diversos. El envejecimiento implica transformaciones positivas, negativas o neutras, ocasionadas por el paso del tiempo, provenientes del propio organismo, medio social y cultural (Lamas, 2004). En este sentido, el adulto mayor necesita asimilar los cambios que le ocurren para adaptarse y reproducir las implicaciones sociales valorativas de dicha categoría, reestructurando su posición y forma de participación en la sociedad (Laforest, 1991).

Asimismo, los cambios a nivel social y cultural son evidentes al modificarse los roles familiares, trabajo, estructura familiar, recursos de poder, posición, estatus y la categoría social; situaciones que transforman el cómo las PAM se relacionan con el medio social e impactan en el bienestar integral de los individuos (Piña, 2004).

La adaptación del individuo a su nueva condición de vida, a diferencia de las etapas anteriores, radica en que los cambios a nivel físico se relacionan con el deterioro fisiológico gradual del organismo; la disminución orgánica limita el ajuste, reorientación y adaptación del individuo a circunstancias cambiantes de la vida (Kalish, 1996). No obstante, a pesar de existir pérdida de autonomía y adaptabilidad, incrementándose la posibilidad de fragilidad en la salud, no se consideran situaciones que influyan en el bienestar del adulto mayor.

En este contexto, la teoría de la actividad (Cavan *et al.*, 1949; Havighurst y Albrecht, 1953) toma relevancia al sostener que cuanto más activas sean las personas ancianas, mayor satisfacción obtendrán en la vida. Una mayor actividad, como trabajo, estudio, nutrición, sueño, actividades físicas, recreativas, sexuales y religiosas, favorecen la salud, el bienestar integral, la longevidad y la felicidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) reconoce tres modelos de envejecimiento: el activo (Reyes, 2011), el exitoso (Rowe, 1987; Matías, 2012; Vaillant y Mukamal, 2001) y el saludable (OMS, 1998; Bowling, 2005). Más adelante, se explican estos modelos, aunque la investigación aborda sólo el activo.

En el marco del paradigma del Modelo de Envejecimiento Activo (MEAC), el objetivo es presentar las mejores prácticas en el contexto internacional para ofrecer una respuesta política a la interrogante: ¿cuáles son las mejores prácticas, estrategias y líneas de acción del MEAC? (Hernández, 1999; Dulcey-Ruiz y Quintero, 1996) y también estructurar un marco referencial

para la orientación de la política. Para ello se realiza una revisión teórica de la literatura científica sobre el MEAC.

El trabajo inicia con un análisis estadístico del envejecimiento en el mundo y México. Luego, un debate sobre envejecimiento: los modelos del envejecimiento, determinantes y la respuesta política encontrada en la literatura. Posteriormente, se razona sobre las políticas públicas y se profundiza en los determinantes del envejecimiento, para exponer de manera puntual las mejores prácticas y líneas de acción aplicadas para lograr una vida de calidad durante el envejecimiento.

El envejecimiento en el mundo

El envejecimiento de la población es inevitable. Por lo tanto, no debe considerarse un problema en sí mismo. De igual manera, se reconocen una serie de problemas relacionados con la vejez, los cuales no se vinculan obligatoriamente con un deterioro físico, psicológico o social, por lo que la población mayor no debe estereotiparse.

Sin embargo, los efectos del envejecimiento ocasionan un problema de salud pública a nivel mundial, ya que la pirámide poblacional se ha invertido y provocado el aumento de las PAM, debido a que los gobiernos locales no están preparados para enfrentar los efectos físicos, mentales, sociales y sanitarios que esto implica, por lo cual se necesita profundizar en el estudio de la problemática desde múltiples perspectivas (Alvarado y Salazar, 2014).

En el mundo, diversas organizaciones se han ocupado del tema del envejecimiento progresivo de la población y han tratado de estimular intervenciones dirigidas a promover formas de envejecimiento activo y saludable. En Europa, la OMS (2002) ha abordado esta cuestión desde los años noventa, a través de la promoción de medidas dirigidas a difundirlo, reiterando a los países miembros que no se trata de una elección residual, sino una opción necesaria para promover la salud y mitigar las consecuencias sociosanitarias.

La proporción de PAM con más de 60 años crece con más rapidez que ningún otro grupo de edad a nivel mundial. Entre 1970 y 2025 se prevé que la población con más edad aumente en unos 870 millones (un 380%). En 2025, habrá un total de 1,2 billones de PAM con más de 60 años. Las cifras continuarán aumentando a mayor velocidad en países subdesarrollados. Se calcula que en 2025 cerca de 840 millones de personas con más de 60 años vivirán en los países en vías de desarrollo, lo cual supondrá un 70% del total de las PAM en todo el mundo, según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2001).

El envejecimiento en México

Para Zúñiga (2004):

El envejecimiento de la población al que se enfrentará la sociedad mexicana durante la primera mitad de este siglo, se traducirá en una serie de desafíos de distinta índole, entre los que destacan: el monto de los recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas; el incremento en las presiones hacia las instituciones públicas de seguridad social (tanto en el ámbito de las pensiones como en atención de salud) y las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, en el que descansa principalmente el sostenimiento de la población en edades avanzadas (p. 31).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004):

Durante las últimas cuatro décadas, México experimentó un acelerado cambio en los ámbitos demográfico y epidemiológico, consolidando así su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica: la disminución de la mortalidad aumentó los años de sobrevivencia y, por consiguiente, un mayor número de personas logran vivir hasta edades avanzadas; la disminución de la fecundidad, por su parte, se traduce en una reducción de la población en edades tempranas y un aumento gradual en la cantidad relativa de las personas de mayor edad (p. 2).

En México, entre 1990 y 2010, la población se incrementó a una tasa promedio anual de 1.61%, mientras que la de personas de 60 años y más aumentó 3.52%. El número de adultos mayores pasó de 5 a 10.1 millones en dicha década y la proporción respecto a la población total creció de 6.2% a 9%. Conforme al Censo de Población y Vivienda 2020, de los 126,014,024 de personas que habitan en México, 15,121,682 son adultos mayores; y de éstas, 8,064,897 son mujeres (INEGI, 2020). De ahí que “el envejecimiento demográfico presiona a las finanzas de los regímenes ante un número creciente de pensionados por cada trabajador activo” (Kato, 2008: 159).

En los próximos años, la población de más de 60 años tendrá un crecimiento demográfico importante. Según el CONAPO (2004), se estima que para el año 2030 este grupo etario sea de 14 millones, es decir, 12.1% de la población total (INEGI, 2010; INEGI, 2011). Por su parte, la población de 65 años crecerá de 7.1 millones en 2013 a 24.4 millones en 2050 (CONAPO, 2004). Según datos de CONSAR, la esperanza de vida a nivel mundial es el siguiente: el envejecimiento poblacional en hombres es más común en Japón con 79.6 años y en España con 79.1 años; le sigue Reino Unido con 78.6 años y Estados Unidos con 76.2 años. México se ubica en 73.1 años.

Por el contrario, la mujer a nivel mundial presenta una tasa de esperanza de vida más alta. Algunos ejemplos son: Japón con 86.4 años, España con 85.3 años, Reino Unido con 82.6 años, Estados Unidos con 81.1 años y México con 77.8 años (CONSAR, 2015).

Debate sobre el envejecimiento

Según Vicente (2011), el envejecimiento activo debe diagnosticar la situación real de las personas mayores, avanzar en las ideas y posibilidades para enfrentar este fenómeno con éxito. En este sentido, se podrán diseñar, implementar y evaluar políticas públicas y dirigir los esfuerzos para mejorar los espacios político, social, económico y cultural.

De acuerdo con IMSERSO (2001):

El envejecimiento de la población preocupa y plantea muchas interrogantes a los tomadores de decisiones. Por ejemplo, ¿Podrá un número menor de adultos trabajadores proporcionar a las personas mayores el apoyo que necesitan? ¿Hará quebrar una cantidad tal de personas mayores nuestros sistemas sanitarios y sociales? ¿Cómo podemos ayudar a nuestros mayores a seguir siendo independientes y activos? ¿Cómo repartir de forma equilibrada el cuidado de las personas mayores que necesitan asistencia entre la familia y el Estado? ¿Cómo aprovechar mejor la sabiduría, la experiencia y el talento de los mayores? Ahora que vivimos más, ¿cómo podemos mejorar la calidad de vida en la edad avanzada?

La Conferencia Europea sobre envejecimiento activo y saludable de abril de 2010 señaló que el debate debe centrarse en los siguientes objetivos prioritarios: destacar la importancia de la salud como base para desarrollar un MEAC; identificar las claves para conseguir que las PAM disfruten de un envejecimiento activo y una vida independiente; presentar buenas prácticas sobre el MEAC a nivel europeo; y elaborar propuestas sobre actuaciones para avanzar en materia del MEAC y saludable en los países miembros.

La discusión advierte la importancia de un impulso político más firme y una mayor visibilidad a las políticas sobre el MEAC, donde los tomadores de decisiones políticas adopten iniciativas ambiciosas. El objetivo fundamental es movilizar a las instancias gubernamentales correspondientes a nivel local (Vicente, 2011).

Los determinantes del envejecimiento activo

El marco político de la OMS (2002) reconoce seis tipos de determinantes del MEAC: económicos, conductuales, personales, sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios, sociales y los afines con el entorno físico. Estos determinantes deben guiar el diseño de las políticas públicas en beneficio de las PAM.

Factores interrelacionados con el género y la cultura

El IMSERSO (2001) explica que

El género y la cultura son determinantes interrelacionados del envejecimiento activo, ya que influyen sobre todos los demás determinantes. El género puede tener un efecto decisivo sobre factores como la condición social, el modo en que tienen acceso las personas mayores a la atención sanitaria, un trabajo gratificante y una alimentación nutritiva. Los valores y las tradiciones culturales determinan, en gran medida, la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y si compartir el mismo techo con generaciones más jóvenes es la norma preferida o no lo es. Los factores culturales pueden influir también en las conductas personales y en la salud. Hay políticas acertadas que utilizan el género y la cultura como lentes a través de los cuales considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas y estimar cómo afectarán al bienestar de los distintos subgrupos de población (p. 17).

Sistemas sanitarios y servicios sociales

De acuerdo con IMSERSO (2001), para fomentar el envejecimiento activo es menester que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración. En este sentido, la promoción de la salud es un proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud.

Las actividades de prevención de enfermedades incluyen actividades para evitar y tratar enfermedades no contagiosas y lesiones (prevención primaria) y para detectar de manera precoz las enfermedades crónicas (prevención secundaria). Estas actividades reducen el riesgo de discapacidades dolorosas y costosas.

Factores económicos

Según IMSERSO (2001), son perspectivas de ciclo de vida enfocadas en los sistemas sanitarios y servicios sociales; requieren de tres factores económicos que tienen un efecto significativo sobre el MEAC: los ingresos, el trabajo y la protección social.

1. Los ingresos. Muchas PAM (mujeres que viven solas y personas mayores que viven en zonas rurales) carecen de ingresos garantizados. Esto incide negativamente sobre su salud e independencia. Los más vulnerables son los que no tienen bienes, cuentan con ahorros escasos o inexistentes, privados de pensión o subsidios de la seguridad social, o pertenecen a familias con ingresos bajos o no garantizados. Quienes no tienen hijos, ni familiares corren el riesgo de quedarse sin hogar y conocer la indigencia. Por tanto, las políticas para el MEAC tienen que entrecruzarse con esquemas más amplios para reducir la pobreza y buscar la implicación de las PAM en actividades que generen ingresos.

2. El trabajo. Reconocer que es necesario apoyar la contribución activa y productiva de las PAM en la realización de trabajos remunerados, sin remunerar y voluntarios. En los países desarrollados no se toma conciencia del provecho que conlleva animar a las PAM a trabajar más años. En países menos desarrollados, es más probable que las PAM estén obligadas a seguir económicamente activas en la vejez.

3. La protección social. Las familias prestan casi toda la ayuda a las PAM que necesitan apoyo en todos los países del mundo. Pero a medida que las sociedades se desarrollan y el hecho de que varias generaciones compartan el mismo techo deja de ser una práctica habitual, se exige a los países que protejan más a las PAM que no puedan ganarse la vida, vivan solas o sean vulnerables. En los países en vías de desarrollo, las PAM que necesitan asistencia tienden a confiar en el apoyo familiar, asistencia de servicios informales y sus ahorros personales. Los programas de seguros sociales son muy escasos y, en algunos casos, distribuyen los ingresos a un sector de población que cuenta con menos necesidades.

Factores del entorno físico

El medio físico debe tener en cuenta a las PAM para que ellas sean independientes. Por ejemplo, es más probable que una persona mayor esté física y socialmente activa si camina con seguridad a casa de los vecinos, accede al transporte local y al parque. Las PAM que viven en zonas inseguras tienen

más problemas de movilidad y, por tanto, son más propensas al aislamiento, la depresión y a tener un peor estado físico (IMSERSO, 2001).

Factores personales

La biología, genética y capacidad de adaptación son tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan de forma gradual y las diferencias individuales son significativas. Algunas capacidades intelectuales (tales como el tiempo de reacción, velocidad de aprendizaje y memoria) disminuyen de forma natural. Sin embargo, estas pérdidas pueden compensarse por un incremento de sabiduría, conocimientos y experiencia.

Factores conductuales

Un mito sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. No obstante, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez, desmienten esta idea y pueden evitar las enfermedades y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida (IMSERSO, 2001).

La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas en las PAM. Además, mejora la salud mental y favorece el contacto social. El hecho de mantenerse activo ayuda a las PAM a continuar con las actividades de la vida diaria de la forma independiente y durante mayor tiempo. También existen ventajas económicas cuando las PAM están físicamente activas. Los gastos médicos se reducen cuando las PAM se mantienen activas (OMS, 1998).

La nutrición incorrecta a veces es causada por el acceso limitado a los alimentos, pérdida de los dientes, penurias socioeconómicas, situaciones de emergencia, falta de conocimientos e información sobre nutrición, elegir mal los alimentos (por ejemplo, comer comidas ricas en grasas), enfermedades y uso de medicamentos, aislamiento social y discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, y una falta de actividad física.

Factores del entorno social

El apoyo social, oportunidades de educación, aprendizaje y protección frente a la violencia y abuso, son factores del entorno social que mejoran la salud, independencia y productividad en la vejez. La soledad, aislamiento social, analfabetismo y falta de educación, abuso de los mayores y la exposición a situaciones de conflicto, aumentan los riesgos de discapacidad y muerte prematura de las PAM (IMSERSO, 2001).

La comunicación con miembros de la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y grupos comunitarios, es fundamental para la salud en todas las edades. En la vejez es importante, ya que es más probable que las PAM pierdan a sus seres queridos o amigos y sean más vulnerables a la soledad, aislamiento social y la disponibilidad de un grupo social más reducido. En este sentido, el aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas, mentales y conductuales.

Por otra parte, los niveles bajos de educación y alfabetización correlacionan con un mayor riesgo de discapacidad y muerte en las PAM, así como con mayores índices de desempleo. La educación en los primeros años de la vida, junto con oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede proporcionar a las PAM las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse y ser independientes.

Modelos de envejecimiento

Alvarado y Salazar (2014) exponen que en los últimos 50 años se han propuesto varios modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva al término de envejecimiento. Según la literatura científica existen tres modelos principales:

- Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe (1987), el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (Matías, 2012; Vaillant, 2001).
- Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades Bowling (2005).

- Envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (Reyes y Castillo, 2011).

La respuesta política a la discusión del envejecimiento activo

Según la OMS (2015), el MEAC como acercamiento para el desarrollo de políticas y programas ofrece la posibilidad de afrontar todos los retos de las poblaciones que están envejeciendo. Además, permite a las PAM mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, a la vez que les proporciona protección y cuidados adecuados cuando necesiten ayuda. Sólo cuando la salud, mercado de trabajo, empleo, políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, será posible que:

- Menos adultos mueran prematuramente en las etapas más productivas de la vida.
- Menos adultos sufran discapacidades y dolores relacionados con enfermedades crónicas.
- Más personas mayores sean independientes y con mejor calidad de vida.
- Más personas mayores sigan colaborando productivamente en la economía y ámbitos sociales, culturales y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar, y finalmente en la vida doméstica y familiar.
- Menos personas mayores necesiten tratamientos médicos costosos y atención sanitaria.

El envejecimiento es un fenómeno global que requiere medidas internacionales, nacionales, regionales y locales, por parte de los gobiernos. Por ello, en un mundo cada vez más intercomunicado, no afrontar de manera racional los imperativos demográficos y las enfermedades con rapidez, tendrá consecuencias socioeconómicas y políticas globales. Por lo tanto, un enfoque colectivo del envejecimiento y de las PAM condicionará la forma en que la sociedad experimentará la vida en los años posteriores.

A continuación, la Tabla 1 presenta una revisión de proyectos realizada en la Unión Europea y Canadá, los cuales contribuyeron a la salud y bienestar de las PAM, así como a gente desfavorecida socialmente. Las áreas temáticas son seis y están relacionadas con la promoción de la salud y el envejecimiento activo. Estas áreas son: *a)* empleo en la transición a la jubilación; *b)* participación/inclusión social, incluida la participación en el trabajo voluntario

y salud mental; c) aprendizaje permanente e inclusión electrónica; d) actividad física y nutrición; e) uso de servicios de salud e ingesta de medicamentos; f) y, finalmente, los cuidadores.

TABLA 1
Proyectos de mejores prácticas internacionales implementados en la Unión Europea y Canadá para los adultos mayores

Nombre /Proyecto	A. Empleo en la transición a la jubilación
01. Capital social intergeneracional <i>senior</i> .	Este proyecto fue cofinanciado por el programa de aprendizaje <i>EC Life-Long</i> y se desarrolló desde octubre 2008 a agosto 2009. Tenía por objeto que los trabajadores próximos a jubilarse transmitan sus conocimientos a las nuevas generaciones, promoviendo así el aprendizaje intergeneracional.
02. Proyecto "50plussanté".	Promoción de la salud en el lugar de trabajo. En Suiza fue un programa regional apoyado por el Instituto de promoción de la salud. El proyecto incluyó doce proyectos dirigidos a personas mayores de 50 años, con el fin de explorar medidas para apoyar la promoción de la salud en las áreas de condiciones de trabajo, desempleo y jubilación.
03. KESTREL.	Un proyecto de tres años (2010-2013) centrado en el grupo de empleados de 50+ del norte de Irlanda. Adoptó un enfoque de tres vertientes. Primero, a desempleados mayores de 50 se les brindó oportunidades para desarrollar nuevos aprendizajes y habilidades para aumentar su empleabilidad. En segundo lugar, se establecieron compromisos con empleadores para que facilitaran entornos de trabajo propicios a los empleados mayores. Por último, se investigó cómo incentivar a las personas que abandonan la fuerza laboral para que sigan activas y comprometidas a través de oportunidades para el aprendizaje permanente, así como el mejoramiento de la salud y el bienestar.
04. MATURE@eu	El objetivo de este proyecto de la UE era cambiar la idea preconcebida de que los trabajadores mayores son menos valiosos que los más jóvenes. Con este fin se compiló una base de evidencia para apoyar a los líderes del sector privado, representantes de la edad y formuladores de políticas en la integración de un ambiente amigable en las prácticas y políticas de contratación.
05. Base de datos suiza sobre edad y empleo.	En 2008, el Instituto Suizo de Promoción de la Salud recomienda en su informe sobre la edad y el empleo, un análisis de la estructura por edades, una lista de verificación para detectar necesidades de acción, un índice de capacidad laboral y un concepto de taller probado, que aborda el vínculo entre calidad del trabajo y salud en la jubilación. Este proyecto se basó en experiencias de proyectos de la vida real, y se introdujo en una extensa base de datos.

06. Planes de jubilación de Reino Unido.	<p>Reino Unido cuenta con cinco opciones de jubilación flexible para empleados mayores de 50 años:</p> <p><i>Reducción.</i> Disminución de horas y días de trabajo. Tiempo parcial y acumulación de beneficios para jubilaciones posteriores.</p> <p><i>Renuncia.</i> Oportunidad de renunciar a un puesto actual para obtener otro de menor exigencia de acuerdo a sus competencias.</p> <p><i>Jubilación y regreso.</i> Posibilidad de jubilarse, hacer uso de la pensión, abandonarla y volver a trabajar.</p> <p><i>Retiro.</i> Sólo para miembros del Plan de pensiones de 2008 del Sistema de Salud. Pueden continuar trabajando, pero también reciben parte de su pensión.</p> <p><i>Mejora de jubilación tardía.</i> Los empleados que decidan jubilarse después de los 65 años reciben una pensión más elevada.</p>
07. Pedagogía que ayuda a las transiciones de la fuerza laboral.	<p>Desarrollar un marco integral para abordar las necesidades de habilidades (TIC) de trabajadores mayores, posibilitando su inclusión en la fuerza laboral en la UE.</p>
	<p><i>B. Participación/inclusión social, incluida la participación en el trabajo voluntario y salud mental</i></p>
08. Internet-community '50plusnet.	<p>Es creado en Holanda por el Instituto para la promoción y prevención de la salud y financiado a través de organizaciones públicas y privadas. El propósito es proporcionar un foro en línea para el compromiso social y el intercambio entre personas de 50 años y más.</p>
09. Envejecimiento exitoso. Rotterdam, Holanda.	<p>Proporcionar herramientas para un envejecimiento activo y saludable a través de cursos personalizados. El contenido de los cursos aborda el proceso de envejecimiento y los desafíos relacionados con éste. Por tanto, el objetivo principal era potenciar y permitir que los adultos mayores envejecieran con éxito, participaran en la sociedad y promovieran su bienestar.</p>
10. Softline Buses en Estocolmo.	<p>Mejora la inclusión social proporcionando servicios de transporte convenientes para personas vulnerables. Se introdujo un servicio de autobús especial llamado <i>Softline</i>, que transitaba por áreas residenciales con muchos ciudadanos mayores y discapacitados, llevándolos a puntos como farmacias, supermercados, bancos, entre otros lugares.</p>
11. El Festival de Gwanwyn (Gales).	<p>El proyecto Gwanwyn fomentó la participación social y las actividades a través del arte, desarrollando oportunidades para que las personas mayores participen en las artes durante todo el año, culminando con un festival nacional de un mes de duración en Gales en mayo en el cual se celebra la creatividad en la vejez.</p>
12. El programa <i>Big Lottery AdvantAgE</i> .	<p>Programa financiado por <i>The Big Lottery Fund</i> para brindar apoyo y contacto social a las personas mayores que se encuentran en riesgo de aislamiento y soledad. Mediante servicios de apoyo y amistad.</p>
13. Directorio de información para personas mayores de Belfast. (Irlanda).	<p>Es un recurso que proporciona a las personas mayores información sobre sus derechos y los servicios municipales a su disposición. También es una herramienta para empoderar y permitir que las personas mayores participen y permanezcan incluidos y comprometidos con la comunidad.</p>

14. Programa de voluntariado jubilado y <i>senior</i> .	Este programa del Reino Unido anima a las personas de 50 años o más a involucrarse en asuntos locales en Inglaterra, Escocia y Gales. Se aprovecha la amplia gama de habilidades y experiencia de las personas maduras en beneficio de las personas de la comunidad.
15. Aprender a través del voluntariado en la tercera edad.	Este proyecto de intercambio de voluntarios de alto nivel entre asociaciones en Eslovaquia y Hungría es cofinanciado bajo la corriente Grundtvig del Programa de aprendizaje permanente. Se centra en mejorar el aprendizaje permanente y el diálogo intergeneracional. Además, brinda experiencias enriquecedoras a los participantes, para superar y romper los prejuicios por razón de edad o nacionalidad.
16. Proyecto CALL-ME.	Proyecto con sede en Manchester, Inglaterra, creado en el marco de la investigación <i>New Dynamics of Aging</i> , el cual promueve la independencia y el compromiso social entre las personas mayores. Centra la atención en la forma de conducirse en la comunidad, para contribuir al envejecimiento activo en barrios urbanos desfavorecidos.
C. Aprendizaje permanente e inclusión electrónica	
17. Mejorar las capacidades de aprendizaje y mentales de las personas mayores.	El proyecto cofinanciado por la CE en 2008 elaboró un manual que sirve como guía y base teórica sobre entrenamiento cerebral para profesionales que trabajan con personas mayores. Con el objetivo de ayudarlas a mantener su aptitud mental conservando sus capacidades y habilidades cognitivas.
18. GRUNDTVIG Programa de aprendizaje permanente.	GRUNDTVIG es un subprograma del Programa de Aprendizaje Permanente (LLP) financiado por la UE que se ejecuta de 2007 a 2013. El objetivo principal es actualizar los conocimientos y habilidades de los adultos mayores y proporcionar formas de mejorar las competencias para adaptarse a los cambios laborales, estructuras de mercado y demandas.
19. Música para toda la vida.	Proyecto de investigación que proporciona conocimientos sobre la influencia del aprendizaje de la música en la calidad de vida de las personas mayores en Reino Unido.
20. El Centro Comunitario Judío de Cummings (CJC) para personas mayores.	Ofrece un espacio social a personas de 50+. Proporciona diversos cursos y actividades para educar, estimular y desafiar. Incluye cursos de lectura, habilidades de TI, bellas artes, conferencias y grupos sociales y clubes. También patrocina programas centrados en la educación, recreación y bienestar general, con sede en Montreal, Canadá, y un centro en Florida, Estados Unidos.
21. El Programa Plata.	El objetivo del programa es proporcionar formación musical y de canto dirigida a personas mayores. El <i>Sage Center</i> en Gateshead, Reino Unido, ofrece una amplia gama de programas musicales, como: <i>Silver Blues</i> : lecciones sobre cómo cantar <i>blues</i> y <i>jazz</i> . <i>Silver Sounds Guitars</i> : lecciones de guitarra para principiantes y avanzados. <i>Going Platinum</i> : un grupo con audiciones que se presenta regularmente en eventos y conferencias en nombre del Programa Plata.

22. Doing2learn. En la Comunidad Europea	Este proyecto tenía como objetivo llevar a cabo una investigación-acción con personas de 50 años o más para identificar y comprender más claramente las barreras a su compromiso con el aprendizaje, e identificar oportunidades para superar tales barreras, en especial con el uso TIC y tecnologías digitales.
23. Computera. (Unión Europea).	El proyecto reúne a personas mayores y jóvenes socialmente desfavorecidas para desarrollarse mutuamente. Los jóvenes actúan como formadores personales de TIC, enseñando a las personas mayores las habilidades que necesitan para participar plenamente en la vida moderna. Las personas mayores actúan como mentores, transmitiendo su experiencia a los jóvenes que luchan por comenzar sus carreras.
24. Seguridad.	El objetivo de este proyecto austriaco es capacitar a las personas mayores para que utilicen Internet, así como otras tecnologías de la información y comunicación, de forma segura y eficaz.
D. Actividad física y nutrición	
25. Juegos senior.	En Horsens (ciudad saludable), Dinamarca, la OMS, organizó los juegos para personas mayores en 2008, invitando a las personas mayores de varias ciudades de la red de Ciudades Saludables, para participar en tres días de juegos que implican actividad física.
26. Envejecer bien.	Este programa en Escocia está dirigido por personas mayores para mejora de los niveles de actividad física. Las actividades incluyen: más de 20 sesiones de ejercicio sentado; cinco programas de caminata; programas de dos ciclos; un proyecto de jardinería y huerto; programas de baile; un programa de compañeros de natación; y un programa de <i>curling</i> nueva era.
27. Guía de actividad física para adultos mayores de la Agencia de Salud Pública de Canadá.	A través de un sitio <i>web</i> y folletos se proporciona a las personas mayores información con el fin de sensibilizar y proveer herramientas para participar en actividades físicas. Incluye ejemplos de personas con las que el grupo objetivo puede relacionarse. También proporciona sugerencias para el apoyo de la comunidad, información sobre caminatas locales, organizaciones, entre otros.
28. Mejores prácticas de promoción de la salud en la vejez.	Junto con varias regiones suizas, el Instituto de Promoción de la Salud de Suiza participa en un proyecto denominado mejores prácticas de promoción de la salud en la vejez. Con el objetivo de promover las actividades físicas, la prevención de accidentes (incluidas las caídas), mejorar la salud mental y aumentar el apoyo social para las personas mayores.
29. Nutrición saludable en la vejez.	El principal objetivo de este proyecto esloveno a partir de 2002 es mejorar la educación de las personas mayores sobre nutrición saludable y animarlos a cocinar comidas saludables. Los participantes aprenden sobre las asociaciones entre nutrición y envejecimiento saludable. Además, se preparan diferentes comidas y menús junto con expertos.
30. Club de jubilación activo.	El club fue fundado en 1964 por la Federación Europea de Personas Mayores (EURAG) y ofrece actividades sociales y recreativas para las personas mayores en Graz en Austria. El objetivo del club es prevenir el aislamiento, promover el intercambio cultural y social, así como apoyar a las personas mayores en comportamientos saludables.

31. Club de caminatas para un envejecimiento más saludable.	El Instituto Nacional Húngaro para el Desarrollo de la Salud (OEFI) ha organizado un club de caminatas en Budapest que se reúne semanalmente durante el año, para los jubilados mayores de 60 años. Los integrantes participan en conferencias sobre salud, envejecimiento, cultura y otros temas. El club promueve la mejora de la condición física de los miembros. También busca el fortalecimiento de las comunidades y la mejora de la salud mental y el bienestar integral.
32. Vida deliciosa.	El objetivo de este proyecto checo (2003-2005) era mejorar el conocimiento y las habilidades culinarias de las personas mayores para fomentar una dieta más saludable, mejorar su actividad física y aumentar su motivación para mantener un estilo de vida saludable. Se llevaron a cabo miércoles deliciosos, que incluyeron un breve calentamiento físico, charlas educativas sobre dietas saludables de cocinas de todo el mundo (griega, italiana y asiática, entre otras) y lecciones prácticas sobre su elaboración con catas.
E. Uso de servicios de salud e ingesta de medicamentos	
33. Impacto de las transiciones de la vida en los usuarios mayores de 50 años de servicios de salud mental.	Esta investigación de Reino Unido da voz a usuarios de servicios de salud mental mayores de 50 años y tiene como objetivo comprender cómo las transiciones de la vida impactan directamente en los aspectos prácticos de mantener el uso del servicio junto con la gestión de una identidad personal positiva.
34. TIC para la salud.	Este proyecto busca promover el uso de tecnologías de autocontrol para pacientes con enfermedades crónicas para brindar mejor prevención de la pérdida de independencia y buena salud.
35. Artículo sobre la adherencia a los medicamentos entre pacientes analfabetos y migrantes.	Este proyecto italiano para migrantes mayores, cuya información se publicó en el <i>Journal of Diabetology</i> en octubre de 2010, utilizó consejos pictóricos como complemento de las instrucciones escritas junto con una hoja informativa de educación sanitaria para pacientes diabéticos. Y ayudó a simplificar el asesoramiento dietético y farmacológico, a acelerar el tiempo de consulta y mejorar el cumplimiento de la medicación.
F. Los cuidadores	
36. <i>Ley de Salud y Servicios Sociales</i> de Dinamarca.	La <i>Ley de Salud</i> garantiza que la persona después de una hospitalización reciba los servicios de rehabilitación necesarios y gratuitos. La <i>Ley de Servicios Sociales</i> exige que los municipios ofrezcan ayuda a los cuidadores de una persona con discapacidad física o mental, y que ofrezcan rehabilitación a las personas para ayudarles a afrontar las deficiencias físicas causadas por enfermedades que no se tratan en relación con una hospitalización: todos los servicios son gratuitos y permiten al individuo recuperar capacidades para participar y contribuir a la sociedad, así como relevar al cuidador.

37. Iniciativa <i>Baluchon</i> .	Este proyecto francés brinda apoyo a los cuidadores de pacientes con Alzheimer, brindándoles la capacidad de tomarse un descanso a largo plazo del cuidado, sin necesidad de tener que sacar a su familiar de su hogar. Por tanto, un voluntario capacitado llega al hogar para cuidar al paciente mientras la familia está fuera. La iniciativa se originó en Canadá y se ha extendido a Europa.
38. Promoción de la salud para cuidadores informales (Austria).	Este proyecto apoyado por la Cruz Roja Austriaca proporcionó a 39 personas de diferentes profesiones, 160 horas de formación para servir como consultores de promoción de la salud para cuidadores informales. El servicio se instaló en 24 distritos de Austria, y fue impartido a través de charlas públicas, teléfono, grupos de autoayuda, consultas individuales y grupales y también consultas a domicilio.
39. Plan de apoyo al Cuidador en el Servicio Andaluz de Salud.	Fue implementado en 2005 por el Servicio Andaluz de Salud, y es principalmente dirigido a mujeres de entre 55 y 65 años. Incluye una evaluación de las necesidades del grupo destinatario, y adopción de servicios de salud más adaptados para aliviar la carga de los cuidadores informales. También incluyen talleres, donde intercambian historias, reciben apoyo emocional y construyen una red social con personas en situaciones similares, así como la provisión de materiales de apoyo para ser utilizados en el hogar.
40. AGNES	El AGNES desarrolló innovaciones en TIC para mejorar el bienestar mental y físico de las personas mayores, alentándolas a responder activamente a la estimulación física, social y cognitiva. Apoyando a los cuidadores formales e informales, amigos y familiares. Al brindar un mayor acceso a la información sobre la persona, incluso a distancia, permitía a los cuidadores informales saber cuándo responder a las necesidades de una persona mayor y gestionar mejor su carga de trabajo.
41. <i>Life After Care</i>	La asociación <i>Life After Care</i> reúne a organizaciones involucradas en capacitación, apoyo y promoción de los cuidadores familiares para abordar los problemas que enfrentan después de que hayan cesado en sus funciones de cuidado, con el objetivo de ayudarlos a reintegrarse a la sociedad.

Fuente: Elaboración propia con información de EuroHealthNet (2012).

Propuesta de marco político de envejecimiento activo

Una estrategia se define como el conjunto de principios que señalan la dirección, acción y organización de los recursos, instrumentos y organismos que participan para llevar a cabo los propósitos derivados de una política. Con base en lo que se desea obtener, la estrategia señala la manera cómo se enfrentará la acción; planteará lo que se hará o se dejará de hacer; y se adecuará la utilización de aquellos instrumentos y políticas que serán necesarios para llevar adelante los objetivos determinados en el análisis.

Las estrategias están en armonía con el marco promovido por la OMS (2002), que se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las PAM y en los Principios de la ONU de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos, así como la equidad, igualdad

de oportunidades y de trato, en todos los aspectos de la vida. La Tabla 2 expone las estrategias y líneas de acción del marco político del MEAC según el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN, 2017).

TABLA 2
Mejores prácticas internacionales de envejecimiento activo

<i>Estrategia</i>	<i>Líneas de acción</i>
1. Participación y acción social.	<p>A. Fomento de actividades comunitarias participativas sociales, deportivas, culturales y ambientales, realizadas por las personas mayores, teniendo en cuenta las características de los distintos grupos sociales.</p> <p>B. Apoyo al movimiento asociativo de mayores, adecuación y potenciación de los órganos colegiados en los que participan entidades representativas de las personas mayores.</p> <p>C. Apoyo económico y técnico para iniciativas ciudadanas relacionadas con el envejecimiento activo, incluyendo la perspectiva de género.</p> <p>D. Creación de oportunidades y espacios de comunicación para el desarrollo de actividades intergeneracionales.</p> <p>E. Fomento de programas de voluntariado de ayuda y acompañamiento a personas mayores.</p> <p>F. Promoción del debate social en torno a los derechos de las personas mayores, incluidas las cuestiones relativas al proceso del final de la vida.</p> <p>G. Creación de los mecanismos de participación en torno al desarrollo de la estrategia.</p>
2. Educación, formación y aprendizaje.	<p>A. Revisión y adecuación de la oferta cultural, deportiva y educativa a las necesidades y demandas de las personas mayores (centros de adultos, universidades, casas de cultura, centros cívicos...), incluyendo la formación en tecnologías de la información y teniendo en cuenta las diferencias socioeconómicas, territoriales y de género.</p> <p>B. Creación de oportunidades para la inclusión de personas mayores como formadores en distintas actividades de centros escolares, turismo, cultura, ecología, salud y otros.</p> <p>C. Formación de profesionales (salud, deporte, servicios sociales, técnicos de empleo, cuidadores/as, etcétera) en todas las áreas del envejecimiento activo.</p>
3. Promoción de estilos de vida saludables.	<p>A. Integración de la promoción de estilos de vida saludables para las personas mayores mediante la elaboración de actividades y otras herramientas de apoyo.</p> <p>B. Coordinación interinstitucional para la promoción de actividad física a las personas mayores, servicios deportivos, servicios sociales y educativos.</p> <p>C. Promoción de actividades de estimulación, mejora de la capacidad cognitiva y del cuidado emocional</p>

<p>4. Servicios sociales, de salud y comunitarios.</p>	<p>A. Desarrollo de la estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluri-patológicos</p> <p>B. Diseño de un programa de fragilidad y prevención de caídas en las personas mayores.</p> <p>C. Adecuación de las instalaciones para adultos mayores que asistan a alguna institución de salud.</p> <p>D. Incorporación de soluciones tecnológicas para facilitar la atención, seguimiento y autogestión de la enfermedad.</p> <p>E. Promover la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.</p> <p>F. Detección de situaciones de soledad y diseño de servicios para personas con escasa o nula red de apoyo.</p> <p>G. Adecuación de los servicios de atención en el final de la vida y de los instrumentos de planificación anticipada de cuidados y decisiones por parte de las personas mayores.</p>
<p>5. Cuidar y cuidarse.</p>	<p>A. Reconocimiento y valoración de la labor de cuidado en la sociedad, así como el reparto equitativo de la responsabilidad de los cuidadores.</p> <p>B. Servicio de apoyo próximo, flexible y asequible para el cuidado de las PAM que posibilite el envejecimiento en el hogar.</p> <p>C. Apoyo logístico y económico a personas cuidadoras en el proceso de cuidado, teniendo en cuenta las diferencias sociales en cuanto a posibilidades y necesidades.</p> <p>D. Educación y formación en cuidados para personas cuidadoras.</p> <p>E. Promoción de voluntariado de apoyo a las personas que cuidan.</p>
<p>6. Seguridad económica, social y laboral.</p>	<p>A. Implementación de las ayudas de emergencia social, destinadas a cubrir de manera urgente las necesidades básicas (alojamiento, energía, nutrición, salud y educación) para las personas mayores de 65 años.</p> <p>B. Difundir programas sociales ofrecidos por el gobierno local y federal para personas mayores.</p> <p>C. Desarrollo e implementación de programas para potenciar el buen trato y prevenir el maltrato a las personas mayores frente a la violencia.</p> <p>D. Desarrollo e implementación de programas para la formación de profesionales en diferentes servicios implicados.</p> <p>E. Elaboración de medidas específicas para las mujeres mayores en los Protocolos Locales de Violencia contra las mujeres.</p> <p>F. Promoción de la mejora de las condiciones de trabajo de las personas trabajadoras mayores de 50 años.</p>

<p>7. Ciudades, pueblos y barrios accesibles, activos y seguros.</p>	<p>A. Incorporación de la perspectiva del envejecimiento en todas las escalas del modelo territorial y urbanístico, tanto en entornos urbanos como rurales.</p> <p>B. Coordinación de las políticas ambientales y de salud para que las personas mayores disfruten, con seguridad, de entornos naturales de calidad ambiental.</p> <p>C. Fomento de la accesibilidad en los planes e instrumentos urbanísticos con diseños que incidan en entornos amigables, el transporte público, espacios al aire libre, equipamientos y edificios accesibles, seguros, libres de barreras y próximos.</p> <p>D. Colaboración con redes y alianzas e incorporación de planteamientos: Red Mundial de la OMS de Ciudades Globales Amigables con los mayores (<i>Age Friendly Cities / AFC</i>).</p>
<p>8. Viviendas y residencias activas y seguras.</p>	<p>A. Apoyo al acceso a vivienda protegida para personas mayores.</p> <p>B. Apoyo económico a las personas mayores para la rehabilitación de viviendas, eliminación de barreras arquitectónicas, fomento de la seguridad y soluciones de domótica en los hogares.</p> <p>C. Diseño de vivienda nueva y rehabilitada adaptada a personas mayores atendiendo a criterios de coste asequible, eficiencia energética, accesibilidad arquitectónica, social y de servicios.</p> <p>D. Apoyo a iniciativas innovadoras de alojamiento: viviendas colaborativas, covivienda, residencias-viviendas con servicios.</p> <p>E. Revisión y adecuación de la oferta residencial para reorientarla a una Atención Centrada en la Persona.</p> <p>F. Fomento de residencias activas y saludables.</p>
<p>9. Información y comunicación social. Imagen social positiva.</p>	<p>A. Imagen social positivo. Información y sensibilización social para una imagen de la vejez positiva, saludable y activa.</p> <p>B. Diseño y elaboración de un plan de comunicación en torno la estrategia que contemple distintos tipos de acciones: publicidad, <i>web</i>, notas de prensa, presentaciones, redes sociales, vídeo, acciones de calle.</p> <p>C. Promoción de foros de debate sobre cuestiones de interés social relacionadas con el envejecimiento.</p> <p>D. Fomento de la presencia de mujeres y hombres mayores en medios de comunicación y eliminación de mensajes con valores que fomenten estereotipos de género.</p>

<p>10. Investigación, innovación y desarrollo regional.</p>	<p>A. Análisis de la situación e investigación sobre el envejecimiento con una perspectiva de género y de equidad.</p> <p>B. Inclusión del envejecimiento como área prioritaria de investigación en las convocatorias de subvenciones a proyectos del gobierno, incluyendo la perspectiva de género.</p> <p>C. Estímulos al desarrollo y oferta de nuevos productos y servicios que den respuesta a las necesidades y preferencias de las personas mayores, tanto en lo relativo al cuidado y rehabilitación, como a mejoras en la vida cotidiana y en la oferta de turismo y de ocio.</p> <p>D. Fomento de proyectos de biomedicina y de desarrollo e implementación de nuevas tecnologías que ayuden a la sostenibilidad de la sanidad.</p> <p>E. Innovación tecnológica. Implementar dispositivos y sistemas para compensar el deterioro sensorial, perceptivo, motriz o cognitivo en entornos y edificios.</p> <p>F. Estímulos a la contratación y a la creación de empleo en servicios de proximidad para personas que necesitan apoyos.</p>
---	---

Fuente: Elaboración propia con información de ISPLN (2017).

Un punto relevante de la investigación es que el marco político requiere la acción en tres temas principales: salud, participación y seguridad. Estos tres aspectos sientan las bases para futuras líneas de investigación que ayuden a diseñar, implementar y evaluar políticas de envejecimiento activo que incrementen las capacidades del adulto mayor llevando una vida productiva en sociedad. Asimismo, proveer las herramientas necesarias a los actores políticos en la toma de decisiones públicas de los gobiernos locales.

La salud abarca factores de riesgo (ambientales y conductuales) de las enfermedades crónicas, si el declive funcional se mantiene en niveles bajos, y los factores protectores son elevados. Así, las PAM disfrutarán de calidad de vida y podrán manejar sus vidas cuando envejezcan. Asimismo, habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios. Las personas que necesitan asistencia deben tener acceso a toda la gama de servicios sociales y de salud que abordan las necesidades y los derechos de las mujeres y hombres a medida que envejecen.

La participación abarca cuando las PAM contribuyen a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar; cuando las políticas y programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten total participación de este grupo etario de la población en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias.

La seguridad social implica políticas y programas que aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las PAM. En este sentido, éstas verán garantizadas la dignidad y asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas, a través del apoyo a las familias y comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.

Conclusiones

Los desafíos del envejecimiento de la población abarcan el ámbito internacional, nacional y local, además implican responder con una planificación innovadora y políticas públicas sustantivas en los países desarrollados, emergentes y en transición. Los países en vías de desarrollo, la mayoría de los cuales carecen aún de políticas integrales sobre el MEAC, se enfrentan a los mayores retos.

La literatura científica sobre los paradigmas del envejecimiento en el contexto internacional se encuentra en su mayoría en Europa, y es un ámbito poco estudiado en las ciencias sociales en Latinoamérica. El artículo presentó un análisis de las mejores prácticas del MEAC para la orientación de la política pública en los gobiernos locales.

Por su parte, los proyectos de mejores prácticas internacionales implementados en la Unión Europea y Canadá para las PAM (EuroHealthNet, 2012) abordan temas de empleo en la transición a la jubilación; participación/inclusión social, incluida la participación en el trabajo voluntario y salud mental; aprendizaje permanente e inclusión electrónica; actividad física y nutrición; uso de servicios de salud e ingesta de medicamentos; y finalmente los cuidadores (ver Tabla 1).

Las mejores estrategias en el ámbito internacional del MEAC según el ISPLN (2017) incluyen: participación y acción social; formación y aprendizaje; promoción de estilos saludables; servicios sociales y salud; cuidar y cuidarse; seguridad económica, social y laboral; ciudades y pueblos accesibles, activos y seguros; viviendas seguras; información y comunicación social; innovación y desarrollo regional (ver Tabla 2).

La aportación de la investigación consiste en presentar un marco político de las mejores prácticas internacionales en función del MEAC para fortalecer las capacidades institucionales de los gobiernos locales. Estas prácticas y estrategias han sido implementadas con éxito en la Unión Europea y Canadá. Esto significa que algunas pueden implementarse en el contexto latinoamericano con ajustes mínimos.

Entre los hallazgos teóricos y empíricos sobre los desafíos del MEAC se encontró: la doble carga de la enfermedad; un mayor riesgo de discapacidad; proporcionar asistencia a las poblaciones que envejecen; la feminización del envejecimiento; la ética y las desigualdades; la economía de una población que envejece; y la construcción de un nuevo paradigma sobre el envejecimiento ante la sociedad.

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de 2002 lanzado por la ONU marca un punto de cambio en la toma de conciencia de los desafíos y la celebración de los triunfos. Por ello, a medida que se aplica el plan será esencial el avance en el campo de la investigación y las políticas. En ese sentido, los estados miembros, ONG, instituciones académicas, centros de investigación y sector privado, deben encontrar alternativas que tengan en cuenta el envejecimiento frente a los desafíos de un mundo que envejece.

El MEAC debe difundirse como un movimiento; es decir, todas las partes interesadas tendrán que clarificar y popularizar el término a través del diálogo, discusión y debate en la arena política, sector de la educación, foros públicos y medios de comunicación como la radio y programas de televisión.

Las PAM y medios de comunicación deben tomar la iniciativa para forjar una imagen nueva y positiva del envejecimiento. El reconocimiento político y social de las contribuciones que hacen las PAM y la inclusión de hombres y mujeres de edad en los papeles directivos, apoyarán esta nueva imagen ayudando a deshacer los estereotipos negativos. También los jóvenes educados con respecto al envejecimiento y los derechos de las PAM ayudarán a reducir la discriminación y el abuso.

Los hallazgos del MEAC deben compartirse en un lenguaje claro, formatos accesibles y prácticos con los responsables de la política, ONG's que representan a las PAM, sector privado y sociedad. El marco político proporciona líneas de acción a los actores políticos, el cual provee una base para diseñar políticas multisectoriales sobre el MEAC que mejorarían la salud y participación de poblaciones que están envejeciendo, garantizando que las PAM tengan seguridad, protección y cuidado cuando requieran asistencia.

En este sentido, dependerá de los actores principales desarrollar metas y objetivos culturalmente sensibles, específicos para cada género y realistas para aplicar políticas y programas adaptados a las circunstancias. Cabe señalar que la política implementada después de un tiempo debe tener reglas de operación para ser evaluada para la mejora continua.

Las líneas de investigación futuras para el análisis implicarían mejorar la política pública en el ámbito de los gobiernos locales, que beneficien a este grupo de la población en el corto plazo. Otra línea de investigación sería el diseño de un instrumento metodológico que mida la calidad de las políticas del MEAC en el ámbito local.

En consecuencia, el MEAC constituye una forma de estrategia política que coadyuva a una vida activa, sana autoestima y capacidades físicas suficientes para la independencia en las PAM. Finalmente, el marco político facilita al análisis del MEAC en los gobiernos locales, en función de recomendaciones de los expertos, principios de la OMS, mejores prácticas de la EuroHealthNet, líneas de acción del ISPLN y directrices del IMSERSO.

Referencias

- Alvarado, A. & A. Salazar (2014), "Análisis del concepto del envejecimiento", *Revista GeroKomos*, 25 (2), pp. 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko-v25n2/revision1.pdf>
- Bowling, A. (2005), "What is Successful aging and Who Should Define it?", *British Medical Journal* (331), pp. 1548-1551. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Cavan, R.; E. Burgess, R. Havighurst & H. Goldhamer (1949), *Personal Adjustment in Old Age*, Chicago, Science Research Associates.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (2015), *El contexto demográfico de las pensiones*, México, CONSAR. Recuperado de <http://www.consar.gob.mx/BLOG/ContextoEvolucion.aspx>
- Consejo Nacional de Población (2004), *La población de adultos mayores se multiplicará por cinco hacia el año 2050*, México, CONAPO. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/742004.pdf>
- Dulcey-Ruiz, E. & G. Quintero (1996), "Calidad de vida y envejecimiento", en *Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica*, La Habana, Editorial Academia. Recuperado de <http://www.inti.govha.ar/prodiseno/pdf/calidad.PDF>
- Havighurst, R. & R. Albrech (1953), *Older People*, New York, Longmans Green.
- Hernández, M. (1999), "Las redes sociales en la vejez", en M. Medina & M. Ruiz (eds.), *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo*, España, Editorial de la Universidad de Murcia.
- EuroHealthNet (2012), *Healthy and Active Ageing*. Recuperado de <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011), *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, Madrid, IMSERSO. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (2017), *Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022*, ISPLN. Recuperado de https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/estrategia_de_envejecimiento_activo_y_saludable_de_navarra_2.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*, Aguascalientes, INEGI. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/edad10.asp?s=inegi>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011), *Censo de Población y Vivienda 2010*, Base de datos, México, INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71/related_materials?idPro=
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021), *Censo de Población y Vivienda 2020*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/estructural/>
- Kalish, R. (1996), *La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano*, Madrid, España, Editorial Pirámide.
- Kato, E. (2008), “Desempeño del sistema de ahorro para el retiro en México”, en *Análisis Económico*, xxiii (54), 159. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41311483008>
- Laforest, J. (1991), *Introducción a la gerontología: El arte de envejecer*, Barcelona, España, Editorial Herder.
- Matías, L. (2012), *La vejez en las Américas*. Recuperado de <http://www.eclac.org/celade/noticias/noticias/4/19454/La%20vejez%20en%20las%20Americas.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1998), *Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life*, Prepared by R. L. Heikinen, Ginebra. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65230/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002), “Envejecimiento activo: un marco político”, en *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 37(2), pp. 74-105. Recuperado de https://observatoriodelasfamilias.mimp.gob.pe/modulo/UNIDAD%203/UNIDAD%203_SESI%C3%93N%202/MARCO%20POL%C3%8DTICO%20SOBRE%20ENVEJECIMIENTO%20ACTIVO.pdf
- OMS (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=338D377C555800FE539DF00CF1BC6792?sequence=1
- Piña, M. (2004), *Gerontología social aplicada: visiones estratégicas para el trabajo social*, España, Editorial Espacio.
- Reyes, I. & J. Castillo (2011), “El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad”, en *Revista Cubana Invest Bioméd* 30 (3), pp. 354-359. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006

- Rowe, J. (1987), "Human Aging: Usual and Successful", en *Science* (273), pp. 143-149. DOI: 10.1126/science.3299702
- Vaillant, G. & K. Mukamal (2001), "Successful Aging", en *Am J Psychiatry*, 158(6), pp. 839-847, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
- Vicente, J. (2011), *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, Madrid, España, Editorial Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado de https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Zúñiga, E. (2004), "Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México", *La situación demográfica de México*, CONAPO (ed.). Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233104/SDM_2004.pdf