



Las Personas Mayores en la Región Andina:
**Hacia el logro del Envejecimiento
Saludable para la Década
2021-2030**





Las Personas Mayores en la Región Andina:
**Hacia el logro del Envejecimiento
Saludable para la Década
2021-2030**

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Las Personas Mayores en la Región Andina: Hacia el logro del Envejecimiento Saludable para la Década 2021-2030. ORGANISMO ANDINO DE SALUD-CONVENIO HIPÓLITO UNANUE. ORAS-CONHU; 2024.

119 p.; ilus.tab

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE/ SALUD/ REGIÓN ANDINA / Determinantes sociales/Políticas públicas/ Derechos

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-09231

Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva.

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta.

Dra. Magda Hinojosa Campos, Coordinadora del Grupo de Trabajo Andino de Salud del Adulto Mayor.

Dr. José Francisco Parodi García PhD, MPH, Médico Geriatra, Consultor del Estudio.

Coordinadora de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz. Responsable del Área de Comunicaciones.

Diseño: Katherine Sosa / design.sosa.kl@gmail.com

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD –CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2024

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfono: (00-51-1) 611 3700 <http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe

Primera edición digital, agosto 2024

ISBN:



Atribución-No Comercial-Compartir Igual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.

Participaron en la elaboración del estudio: GRUPO DE TRABAJO ANDINO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR Y COLABORADORES

BOLIVIA

- Lidia Amalia Méndez Sáenz – Médico de la Unidad de Promoción de la Salud y Gestión Social del Ministerio de Salud y Deportes
- Amelia Jesusa López Flores - Médico Directora General de Promoción y Prevención en Salud del Ministerio de Salud y Deportes

CHILE

- Alejandro Gallegos Cárdenas – Psicólogo de la Oficina de Salud Integral de Personas Mayores de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile
- Rene Guzmán Loayza – Enfermero encargado de la Oficina Nacional de Personas Mayores del Ministerio de Salud de Chile
- Luis Sarmiento – Trabajador Social de la Oficina de Salud Integral de Personas Mayores del Ministerio de Salud de Chile

COLOMBIA

- Magda Camelo – Psicóloga, coordinadora del Grupo de Gestión Integral de Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
- Julio Cubillos – Psicólogo, asesor de la Oficina de Apoyo Promoción Social del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
- Luz Helena Montenegro – Profesional especializada del Equipo de Envejecimiento y Vejez del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

ECUADOR

- Anderson Orlando Narváz Zambrano - Psicólogo, especialista en Promoción de la Salud Mental, Dirección Nacional de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador
- Pablo Francisco Analuisa Aguilar - Psicólogo, especialista en Promoción de la Salud Mental, Dirección Nacional de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Ecuador
- Paulina Lucía Muñoz Shuguli – Médico Geriatra, especialista del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor del Ecuador
- Carlos Alfredo Yáñez Pilco - Médico, especialista de Organización e Implementación de Políticas y Normativas de los Servicios del Primer Nivel, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

PERÚ

- Juan Del Canto y Dorador – médico responsable de la Etapa de Vida del Adulto Mayor del Ministerio de Salud del Perú
- Virginia Solís – Enfermera del equipo técnico de la Etapa de Vida del Adulto Mayor del Ministerio de Salud del Perú
- Ana Carpio – Médico del equipo técnico de la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú
- Nérida Doris Cáceres – Asistente Social del equipo técnico de la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú
- Tania Tello Rodríguez – Médico Geriatra Directora del Instituto de Gerontología de la Universidad Cayetano Heredia del Perú

VENEZUELA

- Yuliana Ramos – Médico, Viceministra de Salud Integral. Especialista en Medicina Familiar y Forense del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela
- Anggy Rodríguez - Doctora en Ciencias Gerenciales, Directora General de Articulación del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Contenido

1. Introducción	16
2. Objetivos	18
2.1. Generales y específicos	
3. Metodología	20
4. Factores demográficos y epidemiológicos: ¿Cómo modulan el envejecimiento de la Región Andina?	23
4.1. Envejecimiento poblacional en la Región Andina: características y oportunidades. Global y por países	
4.1.1. La Región Andina aún tiene una oportunidad demográfica, pero no puede demorar las acciones	
4.1.2. En la Región Andina hay una disminución progresiva del número de niños y adultos jóvenes, mientras que el grupo de personas de 80 y más años es el de más rápido crecimiento	
4.1.3. La Región Andina ha “ganado años para la vida, pero menos salud para los años”	
4.2. La transición epidemiológica en la Región Andina: cambio hacia enfermedades crónicas y degenerativas, pero aún con doble carga de enfermedad	
5. Ámbitos de desarrollo para La Década del Envejecimiento Saludable: ¿cómo están los países andinos?	45
5.1. Cambiar la forma de pensar, sentir y actuar hacia la edad y el envejecimiento: avances y desafíos en la Región Andina. Los Derechos no se pierden con los años	
5.2. Las políticas, leyes y marcos normativos sostienen el avance en la Década del Envejecimiento Saludable: existen, pero necesitan actualizarse y alinearse	
5.3. Entornos amigables a todas las personas mayores en la Región Andina: ¿dónde estamos y hacia dónde debemos ir?	
5.4. Sistemas de salud y su adecuación con las necesidades y expectativas de las personas mayores: ¿Qué nos falta para tener servicios de salud con atención centrada en la persona?	
5.4.1. El fin de la era de la enfermedad en la atención de salud: Los servicios de salud de la Región Andina deben migrar a una atención centrada en la persona	
5.4.2. Alineando la atención con lo que le importa a la persona	
5.4.3. Respuesta de los servicios a las necesidades y expectativas de las Personas Mayores: aún nos falta saber cómo es	

5.4.4. Capacitación de los Recursos Humanos: una gran oportunidad para el Cambio Organizacional	
5.4.5. Sistemas de salud fragmentados y con dificultades múltiples de acceso	
5.5. Sistemas de prestación de atención a largo plazo en la Región Andina: hay avances, pero aún hay un reto urgente	
5.5.1. Las Personas Mayores con Dependencia de Cuidados: han perdido la habilidad funcional, pero no los derechos ni la dignidad	
6. Los determinantes sociales de la salud: oportunidades, clave de coordinación intersectorial para lograr un envejecimiento saludable	57
6.1. Pobreza Monetaria: un determinante del envejecimiento clave en los países de la Región Andina	
6.2. Educación de calidad: una de las principales oportunidades para lograr un envejecimiento saludable en la Región Andina	
6.3. Vivienda digna y otros servicios básicos: condiciones para un envejecimiento saludable, aún por mejorar en los países de la Región Andina	
6.4. Pensiones dignas en la Región Andina: un gran reto para afrontar, una gran oportunidad para vivir mejor, para los ciudadanos mayores de 60 años y sus familias	
7. La Pandemia por COVID-19: un ejercicio real sobre qué tan preparados están los países de la Región Andina para el cuidado de las personas mayores	71
7.1. Las personas mayores han sido el grupo de ciudadanos de la comunidad andina más afectados durante la pandemia por COVID-19	
7.2. La pandemia por COVID-19 ha develado la “fragilidad de los sistemas de salud” para manejar crisis sanitarias donde los principales afectados son las personas mayores	
7.3. El impacto económico de la pandemia modulará el envejecimiento y las acciones políticas para afrontar este proceso a nivel poblacional	
7.4. La persona mayor luego de sobrevivir al COVID-19 agudo	
7.5. La pandemia por COVID-19 y su impacto en el desarrollo de los Cuidados de Largo Plazo (CLP)	
7.6. La pandemia develó la estigmatización, discriminación y maltrato relacionado con la edad	
7.7. Vacunación contra COVID-19 en las personas mayores	

8. Capacidad de medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento en la Región Andina	78
8.1. Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para la ejecución y la evaluación de las actividades que optimicen el envejecimiento saludable: hoy más necesario que nunca para la Región Andina	
8.2. La investigación y la creación de conocimiento: si queremos más intervenciones basadas en evidencia, necesitamos más evidencia de nuestras intervenciones	
9. Conclusiones	87
10. Recomendaciones	89
11. Referencias	91

Índice de gráficos

Pág. 25 Gráfico 1. Nivel y tendencias del envejecimiento de la población en las Américas de 1950 a 2100 - OPS
Pág. 27 Gráfico 2. Tendencia de envejecimiento Chile, 2019
Pág. 28 Gráfico 3. Tendencia de envejecimiento Colombia, 2019
Pág. 28 Gráfico 4. Tendencia de envejecimiento Perú, 2019.
Pág. 29 Gráfico 5. Tendencia de envejecimiento Venezuela, 2019
Pág. 29 Gráfico 6. Tendencia de envejecimiento Ecuador, 2019. Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.
Pág. 30 Gráfico 7. Tendencia de envejecimiento Bolivia, 2019
Pág. 31 Gráfico 8. Esperanza de vida en la Región Andina 1990 – 2019
Pág. 32 Gráfico 9. Años de vida ajustados por discapacidad en Región Andina, 2019
Pág. 33 Gráfico 10. Tendencia en esperanza de vida y esperanza de vida saludable en Bolivia 1990 - 2019
Pág. 33 Gráfico 11. Tendencias en esperanza de vida y esperanza de vida saludable en las edades de 60 a 64 años en Bolivia
Pág. 34 Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, Chile 2019
Pág. 35 Gráfico 13. Esperanza de vida a los 60 años en Chile, 2019
Pág. 36 Gráfico 14. Esperanza de vida al nacer en Colombia, 2019
Pág. 37 Gráfico 15. Esperanza de vida a los 60 años en Colombia, 2019
Pág. 37 Gráfico 16. Esperanza de vida al nacer en Ecuador, 2019

- Pág. 38 | Gráfico 17. Esperanza de vida a los 60 años en Ecuador, 2019
- Pág. 38 | Gráfico 18. Esperanza de vida al nacer en Perú, 2019
- Pág. 39 | Gráfico 19. Esperanza de vida a los 60 años en Perú, 2019
- Pág. 39 | Gráfico 20. Esperanza de vida al nacer en Venezuela, 2019
- Pág. 40 | Gráfico 21. Esperanza de vida a los 60 años en Venezuela, 2019
- Pág. 41 | Gráfico 22. Transición demográfica en la Región Andina por grupos de edades, 2019
- Pág. 42 | Gráfico 23. Causas de muerte en la Región Andina, 2019
- Pág. 45 | Gráfico 24. Derechos protegidos de las personas adultas mayores
- Pág. 50 | Gráfico 25. Áreas que más le importan a la persona mayor
- Pág. 51 | Gráfico 26. El desempeño del sistema de salud con respecto a las necesidades de las personas mayores
- Pág. 53 | Gráfico 27. Porcentaje de personas mayores (65+) que necesitan ayuda para realizar las Actividades Básicas (BADL), Instrumentales (IADL) de vida diaria y ambas (ADL) por país
- Pág. 57 | Gráfico 28. Condiciones necesarias para lograr un envejecimiento saludable
- Pág. 63 | Gráfico 29. Nivel de instrucción y nivel de instrucción en pobreza en Ecuador, 2017
- Pág. 69 | Gráfico 30. Organización de los sistemas de pensiones: cobertura institucional, esquemas y administración
- Pág. 69 | Gráfico 31. Cobertura de los sistemas de pensiones para personas mayores de 65 años por países, 2017
- Pág. 76 | Gráfico 32. Vacunación completa contra COVID-19 en Países Andinos
- Pág. 80 | Gráfico 33. Publicaciones sobre envejecimiento en países andinos hasta agosto 2022, según años
- Pág. 80 | Gráfico 34. Publicaciones sobre envejecimiento en países andinos hasta agosto 2022 según país
- Pág. 81 | Gráfico 35. Publicaciones sobre geriatría y gerontología en países andinos según país al 2022
- Pág. 82 | Gráfico 36. Publicaciones sobre geriatría y gerontología en países andinos según año
- Pág. 82 | Gráfico 37. Publicaciones sobre geriatría y gerontología en países andinos según país
- Pág. 83 | Gráfico 38. Publicaciones sobre fragilidad en países andinos según año
- Pág. 83 | Gráfico 39. Publicaciones sobre fragilidad en países andinos según país
- Pág. 84 | Gráfico 40. Publicaciones sobre personas mayores y capacidad intrínseca en países andinos según país, 2022
- Pág. 84 | Gráfico 41. Publicaciones sobre discapacidad en países andinos según año
- Pág. 85 | Gráfico 42. Publicaciones sobre discapacidad en países andinos según país
- Pág.104 | Gráfico 43. Buenas prácticas de ciudades amigables con las personas mayores, Colombia 2022
- Pág.105 | Gráfico 44. Buenas prácticas de ciudades amigables con las personas mayores en Chile, 2022

Índice de tablas

- Pág. 26 | Tabla 1. Índice de envejecimiento por países – 2021
- Pág. 43 | Tabla 2. Causas de muertes en personas mayores y su comportamiento en un año
- Pág. 46 | Tabla 3. Estado de marcos legales y normativos sobre envejecimiento en la Región Andina, 2022
- Pág. 50 | Tabla 4. Diferencias entre atención convencional y la atención integrada y centrada en las personas mayores
- Pág. 54 | Tabla 5. Estimación de dependencia funcional en personas mayores (+65), 2020, 2035, 2050
- Pág. 58 | Tabla 6. Porcentaje de personas mayores en situación de pobreza en Chile, por sexo y por edad, 2017
- Pág. 59 | Tabla 7. Personas e incidencia de pobreza monetaria, según grupos de edad, 2019-2020
- Pág. 61 | Tabla 8. Nivel educativo en Bolivia según sexo, 2001
- Pág. 62 | Tabla 9. Población que sabe leer y escribir, según grupo de edad a nivel nacional, 2020
- Pág. 64 | Tabla 10. Nivel educativo de las personas mayores en Perú, 2022
- Pág. 66 | Tabla 11. Población Adulta Mayor con sceso a agua potable y utilización de instalaciones de saneamiento mejoradas en Bolivia, 2021
- Pág. 71 | Tabla 12. Mortalidad general y letalidad en personas mayores en la Región Andina
- Pág.106 | Tabla 13. Conceptos clave y términos de búsqueda
- Pág.109 | Tabla 14. Bases de datos revisadas
- Pág.109 | Tabla 15. Estrategias de búsqueda y número de resultados al 2022
- Pág.118 | Tabla 16. Información relevante de Bolivia al 2022



Resumen ejecutivo

Los países de la Región Andina (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) están envejeciendo rápidamente. Aunque aún tienen un bono demográfico es imprescindible tomar medidas que garanticen envejecer y vivir saludablemente. Ante la transición demográfica y epidemiológica existente se debe responder con un cambio en los objetivos y estrategias del cuidado.

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 representa una oportunidad para actuar concertadamente. Los países andinos han avanzado, pero aún tienen muchas brechas y retos por afrontar para desarrollarse en los ámbitos propuestos para esta década.

Los avances en los ámbitos propuestos para optimizar el envejecimiento saludable son heterogéneos en cada uno de los países. Todos los estados tienen documentos de políticas públicas que permiten abordar y priorizar la manera de ver y sentir a las personas mayores, adecuar los servicios de salud a las particularidades de las personas mayores, optimizar los ambientes y ciudades, y desarrollar sistemas de cuidados de largo plazo. Los documentos normativos y protocolos de atención utilizan un lenguaje heterogéneo. Términos como atención centrada en la persona, fragilidad, capacidad intrínseca o habilidad funcional son aún poco visibles.

Existe una gran necesidad de capacitación de recursos humanos a través de programas homogéneos y acreditados para la Región Andina. Estos programas deben ser dirigidos a profesionales de la salud, gestores de los servicios cuidadores, ciudadanos y evaluados integralmente a corto, mediano y largo plazo. La pandemia por COVID-19 ha revelado la fragilidad en la capacidad de cuidado a las personas mayores en los países andinos. Los determinantes sociales de la salud se presentan como una línea de trabajo primordial para la optimización del envejecimiento saludable.

Si bien existe información e investigaciones en los países andinos sobre envejecimiento y salud, es necesaria que esta sea mejor sistematizada y de mejor acceso para que sea usada en la toma de decisiones de política pública.



Presentación

El El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) es un organismo de integración subregional y el referente en salud de la subregión andina, que viene trabajando arduamente por impulsar y posicionar en los países andinos de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela un trabajo técnico y sostenido en las prioridades regionales en salud.

Es así que ante la proclamación y lanzamiento el primero de octubre del 2021 de la Década del Envejecimiento Saludable aprobado por las Naciones Unidas, y que abarcará el periodo de 2021 hasta 2030, el ORAS-CONHU vio por necesario identificar, en la situación actual del adulto mayor en los países andinos, los principales indicadores que nos permita medir los factores determinantes de su desarrollo, indicadores de salud como la morbimortalidad actual, las intervenciones que se vienen desarrollando en este grupo poblacional, así como de las intervenciones que se vienen ejecutando en los últimos años que aportan hacia el logro del envejecimiento saludable, con miras a cumplir las metas de la Agenda 2030 de los ODS.

En la actualidad, la cifra de la población adulta mayor en los países andinos está en aumento. La mayoría de las personas vive hasta la vejez, por lo que para tener un desarrollo sostenible se tendrá que tener en cuenta esta transición demográfica. Debemos ocuparnos del número inaceptable de personas mayores que viven en la pobreza, que carecen de la adecuada seguridad de los ingresos, sufren amenazas a la seguridad personal y tienen acceso limitado a la atención sanitaria y la asistencia social.

La atención de la prestación de servicios de salud no se desarrolla con equidad en las poblaciones de mayor edad en comparación con otros rangos etarios, para asegurar este objetivo, la política de salud pública tendrá que tener en cuenta el profundo replanteo actual acerca de lo que es la vejez y lo que podría ser.

Para definir políticas que fomenten el envejecimiento saludable, es preciso esforzarse por comprender mejor las necesidades diversas de las poblaciones de edad avanzada. Se podría comenzar por recoger más datos desglosados y detallados para ayudar a reconocer las necesidades y las carencias de las personas mayores en materia de servicios, con el fin de describir mejor el proceso del envejecimiento saludable y entender mejor los diversos mecanismos de los determinantes de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. Otro concepto que se utiliza cada vez más es el enfoque de servicios de salud integrados y centrados en la persona.

Se necesitan sistemas de salud que compartan los objetivos del envejecimiento saludable de fomentar y mantener la capacidad funcional de estas personas; y las capacidades físicas y mentales de las personas mayores deben constituir los objetivos y puntos de partida de las intervenciones de salud.



En ese sentido, el ORAS-CONHU ha priorizado en su Plan Operativo Anual la elaboración del presente estudio, que permitirá plantear intervenciones concretas y sostenibles que contribuirán a alcanzar los objetivos planteados en la Década del Envejecimiento Saludable y con ello, las metas de la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países andinos.

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria Ejecutiva
ORAS-CONHU





I. Introducción

Los países andinos, al igual que toda la región, están envejeciendo rápidamente. Esto trae consigo una serie de retos que afrontar. La transición demográfica y epidemiológica requiere también una tercera transición, la clínica. Esta “transición clínica” significa que cuidar y optimizar la habilidad funcional es más importante que curar.

El Informe Mundial del Envejecimiento del 2015 define envejecimiento saludable en relación directa con la habilidad funcional (ser y hacer lo que una persona considera valioso). Esta habilidad funcional es el resultado de la capacidad intrínseca (suma de capacidades físicas y mentales), el entorno y la interacción entre estos.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020 declara La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 como una estrategia para lograr y apoyar acciones para construir una sociedad para todas las edades. Se basa en documentos anteriores, como la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS, el Plan de Acción Internacional de Madrid de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. (1–3) Esta iniciativa mundial consiste “en diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida. Las personas mayores son el centro del plan, que aúna los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades”. (4)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la agenda concertada de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 en las Américas. La OPS ha adaptado la marca universal de la Década del Envejecimiento Saludable para su implementación regional. (5)

El presente trabajo es fruto de la labor conjunta de representantes de los ministerios de salud de seis países de la Región Andina, que busca responder a la pregunta ¿Cómo están afrontando los países andinos la oportunidad de la Década del Envejecimiento Saludable para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven?





II. OBJETIVOS

II.1 Objetivo principal

- Estudiar la situación del envejecimiento de los países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) para plantear intervenciones concretas que permitan aprovechar al máximo la Década del Envejecimiento Saludable para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

II.2 Objetivos Secundarios

- Describir e identificar la situación y tendencias de los indicadores clave relacionados a envejecimiento de la Región Andina.
- Analizar la situación del desarrollo de acciones en el marco de los ámbitos de trabajo planteados para la Década del Envejecimiento Saludable.
- Identificar oportunidades de colaboración y coordinación a nivel nacional e internacional.





III. METODOLOGÍA

Definición del equipo de trabajo

Se solicitó a los ministerios de salud la participación de los puntos focales o equipos encargados del tema. Con ellos se estableció un plan y un cronograma de trabajo.

Elaboración consensuada de una matriz de datos por cada país

Se elaboró una matriz de datos que fue enviada a los ministerios de salud de los países participantes con el fin de obtener la información necesaria para el presente informe.

Búsqueda de información en bases de datos y páginas web

Con el fin de ampliar y contrastar la información recibida se realizó una búsqueda de datos en bases de datos y repositorios de las instituciones de salud o envejecimiento nacionales e internacionales.

Asimismo, se realizó una búsqueda sistemática de información publicada en revistas indizadas para responder a otras preguntas de investigación planteadas. Las estrategias de búsqueda independientes fueron realizadas utilizando términos clave y combinando los según la variable a investigar. Esto fue mejorado mediante el uso combinado de los términos “medical subject titles (MeSH)”, comenzando con “older adult” OR “elderly people” AND “Andes”, combinándolo con los términos clave correspondientes a cada variable.

Dentro del material anexo, pueden encontrarse los términos claves en la Tabla 13, las bases de datos usadas en la Tabla 14 y las estrategias de búsqueda independientes en la Tabla 15. También se realizó una revisión narrativa imitando el proceso de búsqueda de “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses statement (PRISMA)” para reportar los resultados de la búsqueda. Sin embargo, el amplio enfoque temático no permite realizar una revisión sistemática *per se*.

El protocolo de esta revisión narrativa no ha sido registrado en ninguna base de datos oficial hasta el momento. Las búsquedas manuales fueron realizadas en múltiples bases de datos: MEDLINE, CINAHL, PubMed, Web of Science, Biblioteca Virtual en Salud y Scielo, con índice de citación en español hasta Julio 2022.

La cesta de búsqueda fue aplicada individualmente a cada base de datos. Todos los registros fueron guardados en una carpeta local. La revisión por título y resumen,



así como la revisión por texto completo fue realizada por un investigador (FATE). No se utilizaron restricciones de idioma en la mayoría de las bases de datos, sólo se restringió por cita en español en Scielo. Sólo se consideró datos de estudios clínicos y/o epidemiológicos en población andina.

Entrevistas a profundidad con los equipos designados de los ministerios de salud

Se realizaron entrevistas a profundidad a cada uno de los equipos de los países. En ellas se hicieron preguntas específicas sobre el acceso a la información solicitada, la prioridad del tema en sus gobiernos, las necesidades y brechas para desarrollar los ámbitos de la década y sobre las expectativas sobre los resultados de este trabajo.

Reuniones de trabajo grupales

Se programaron y realizaron reuniones con la participación de todos los equipos de los países de la región andina para organizar el trabajo y discutir avances, conclusiones y recomendaciones.





IV. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS: ¿CÓMO MODULAN EL ENVEJECIMIENTO DE LA REGIÓN ANDINA?

IV.1 Envejecimiento poblacional en la Región Andina: características y oportunidades. Global y por países

IV.1.1 La Región Andina aún tiene una oportunidad demográfica, pero no puede demorar las acciones(6)

El índice de envejecimiento expresa la relación entre la cantidad de personas mayores y la cantidad de personas menores de 15 años que viven en un país. Este valor se multiplica por 100. Cuando el valor de este índice es superior a 100, el país tiene una población envejecida.

Los países de la Región Andina aún están clasificados como país con población joven, esto nos da más oportunidades de manejo de la gestión de las políticas públicas en torno al envejecimiento, a los cuidados de largo plazo, a las políticas de salud y bienestar social, entre otras. Sin embargo, el rápido proceso de transición demográfica exige la toma de medidas inmediatas para estar preparados con el fin de garantizar las condiciones para vivir con salud a los ciudadanos de las edades más avanzadas.

IV.1.2 En la Región Andina hay una disminución progresiva del número de niños y adultos jóvenes, mientras que el grupo de personas de 80 y más años es el de más rápido crecimiento(6)

En la Región Andina se evidencia cambios graduales del tamaño de población según los diferentes grupos etarios. En el grupo de 0-14 años, el tamaño de la población que creció lentamente del año 1950 al año 2003, tiene ahora una tendencia decreciente y no se advierte cambio en la tendencia proyectada al 2100. Esto significa una disminución continua del número de niños y niñas a nivel regional.



En el grupo de 15-59 años, el tamaño de la población tiene una tendencia creciente desde año 1950 al año 2045. A partir de esta fecha la trayectoria de crecimiento presenta una tendencia decreciente, lo cual significa una disminución continua del número de adolescentes, adultos jóvenes y adultos a nivel regional.

En el grupo de 60-79 años, el tamaño de la población tiene una tendencia creciente en todo el período observado y proyectado (1950-2100); teniendo en cuenta que alrededor del año 2067, el crecimiento se estabilizará.

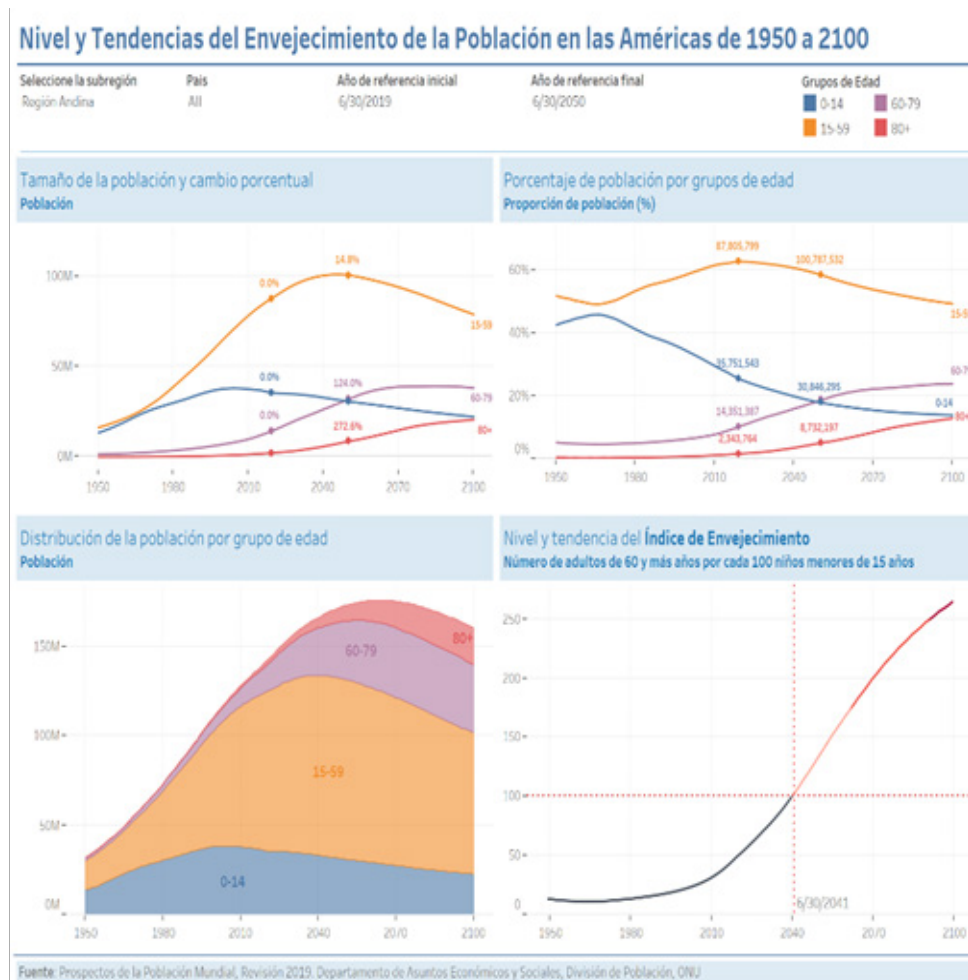
En el grupo de 80 y más años, el tamaño de la población tiene una tendencia creciente en toda la trayectoria observada y proyectada (1950-2100), lo cual se reflejará en un aumento gradual del número de personas en este grupo etario.

Se ha producido una notable disminución del porcentaje relativo de personas de 0-14 años y un aumento en los grupos de 60-79 años y de 80 y más años. Esto se refleja directamente con el cambio del comportamiento de la curva que contiene al índice de envejecimiento.

Este fenómeno se ha descrito como el envejecimiento del envejecimiento, y se caracteriza por que, dentro de las personas mayores de 60 años, la población mayor de 80 años es la que más rápido aumenta (Ver Gráfico 1).



Gráfico 1. Nivel y tendencias del envejecimiento de la población en las Américas de 1950 a 2100 - OPS



Fuente: Panamerican Health Organization. Observatorio de Salud y Envejecimiento, 2019.

Chile es el país más envejecido de la Región Andina, seguido por Colombia, Perú, Venezuela, Ecuador y Bolivia (Ver Tabla 1). En los Gráficos 2 al 7 se puede apreciar las tendencias de envejecimiento de los países de la Región Andina.

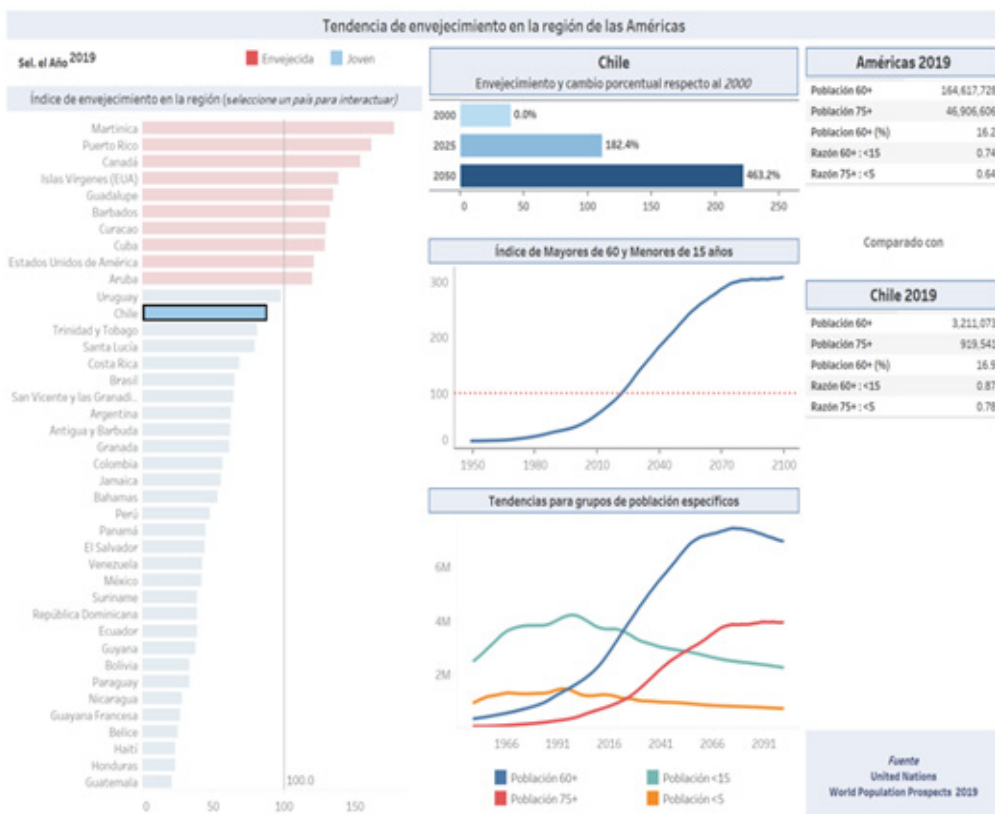


Tabla 1. Índice de envejecimiento por países, 2021

País	Índice de Envejecimiento
Chile	86.9
Colombia	56.4
Perú	47.8
Venezuela	42.3
Ecuador	38.8
Bolivia	33.3

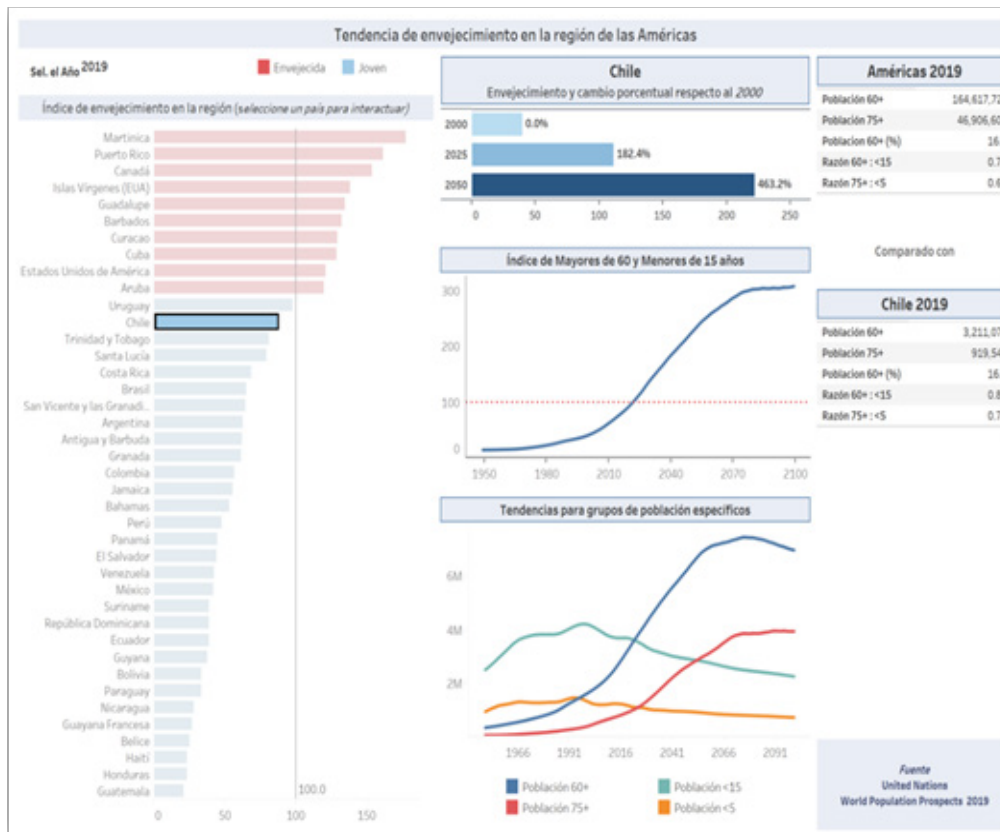
Fuente: Adaptado de United Nations World Population Prospects, 2019.

Gráfico 1. Nivel y tendencias del envejecimiento de la población en las Américas de 1950 a 2100 - OPS



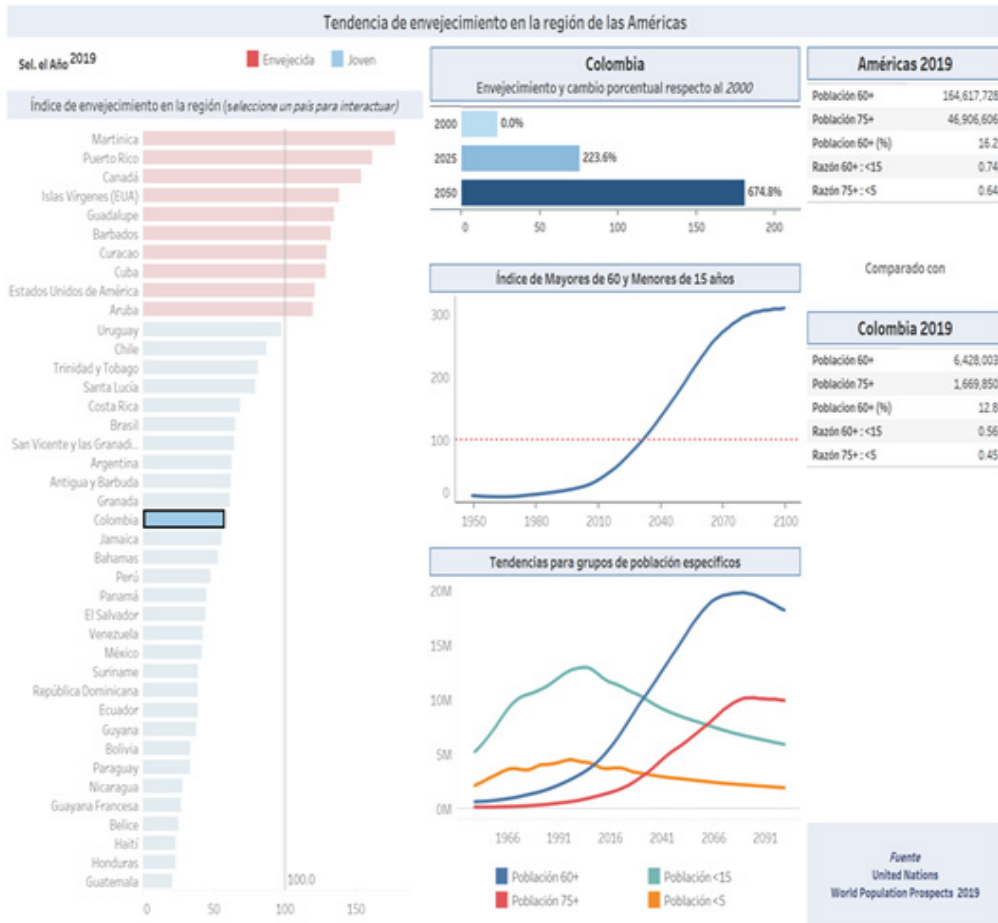
Fuente: Panamerican Health Organization. Observatorio de Salud y Envejecimiento, 2019.

Gráfico 2. Tendencia de envejecimiento Chile, 2019



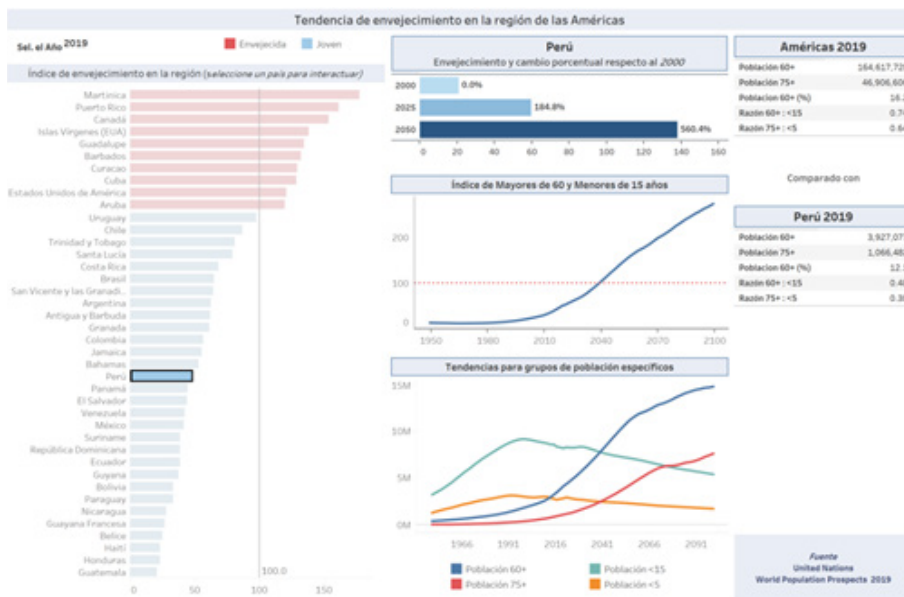
Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.

Gráfico 3. Tendencia de Envejecimiento Colombia, 2019



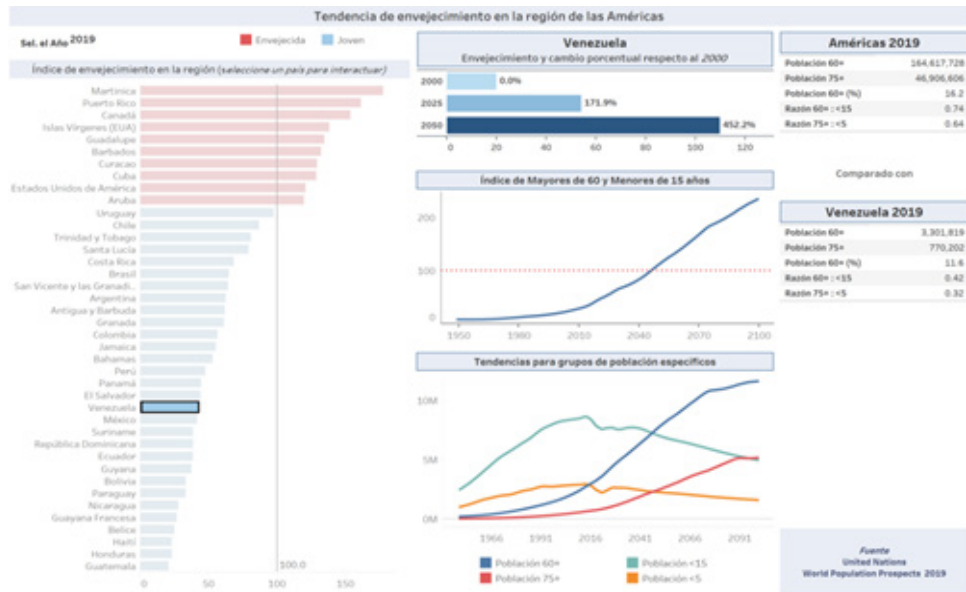
Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.

Gráfico 4. Tendencia de envejecimiento Perú, 2019



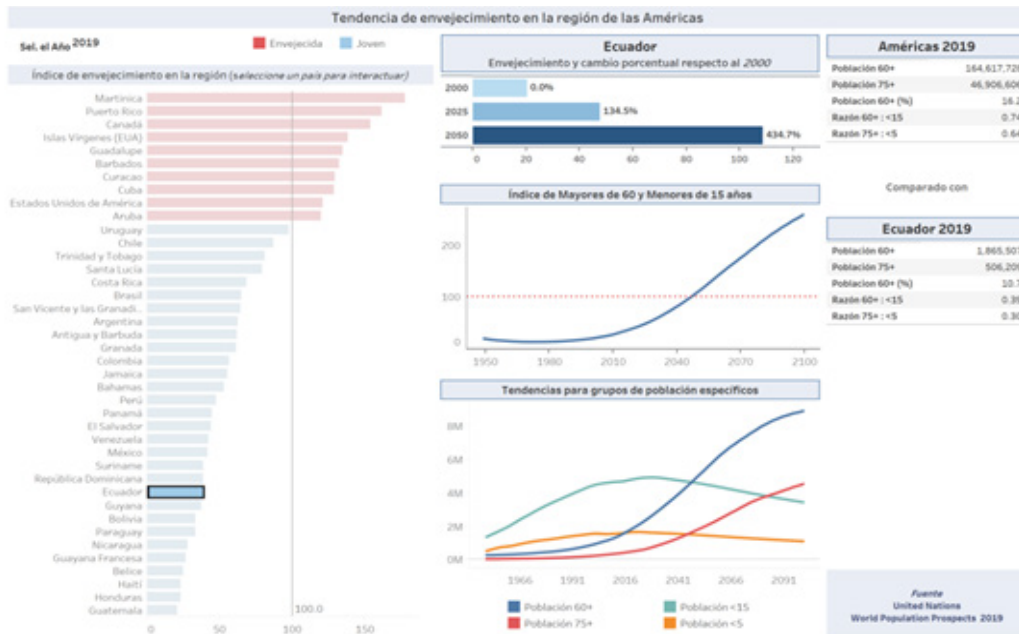
Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.

Gráfico 5. Tendencia de envejecimiento Venezuela, 2019



Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.

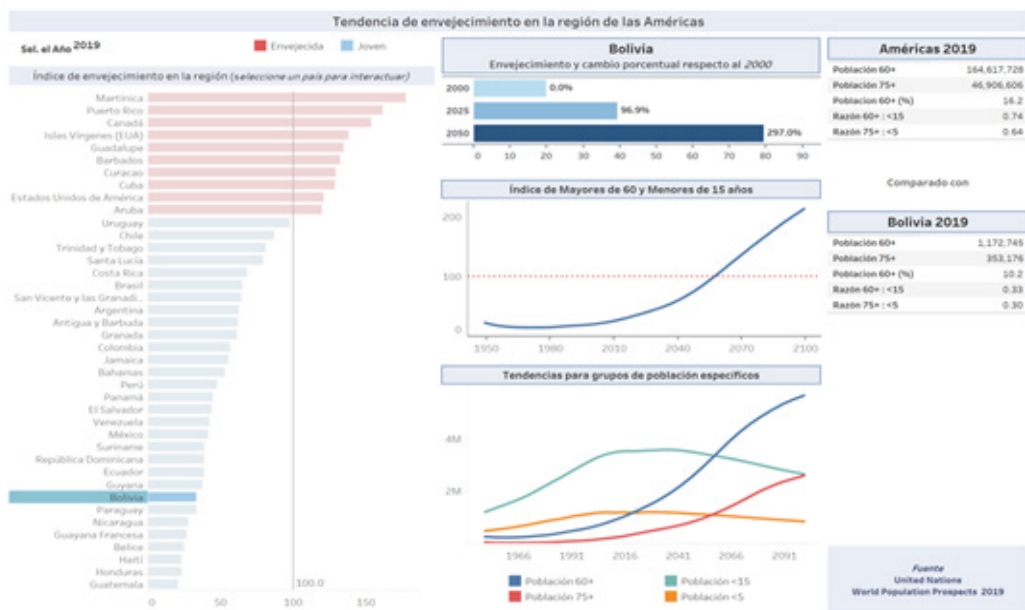
Gráfico 6. Tendencia de envejecimiento Ecuador, 2019



Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.



Gráfico 7. Tendencia de envejecimiento Bolivia, 2019



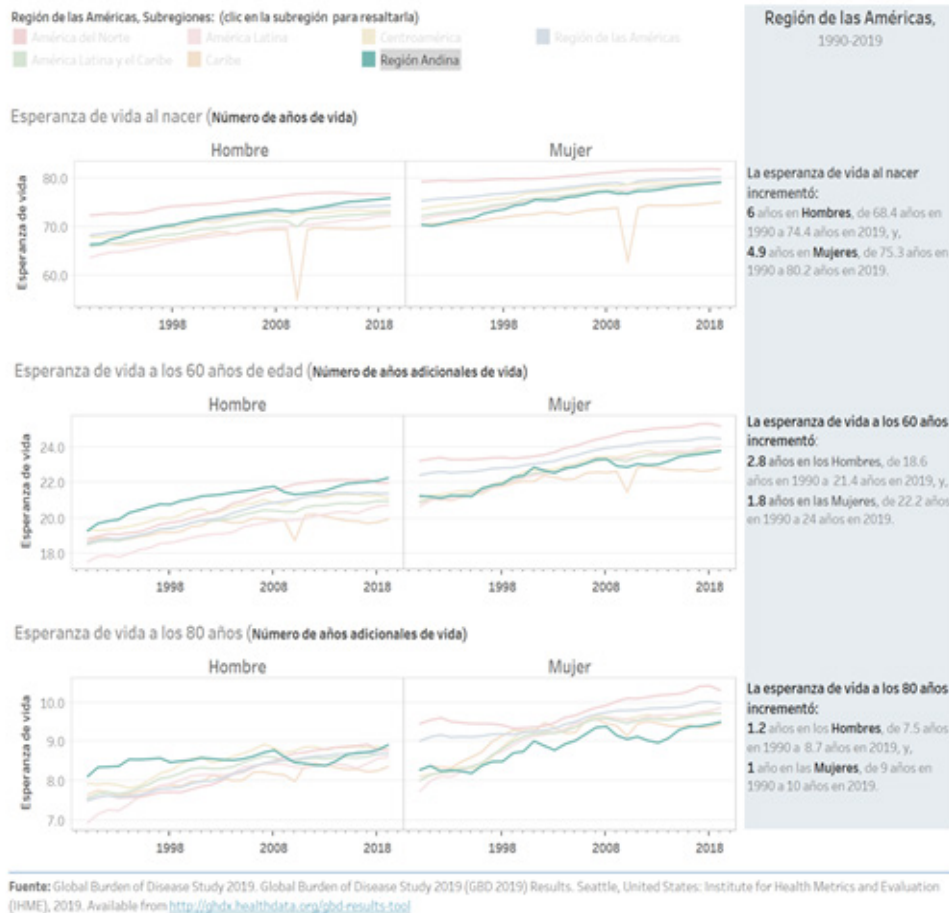
Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.

En la Región Andina está aumentando la esperanza de vida al nacer. La esperanza de vida a los 60 años también ha tenido una trayectoria creciente. Sin embargo, en la Región Andina la esperanza de vida a los 80 años ha tenido una trayectoria fluctuante debido a varios factores.

A pesar de lo descrito la esperanza de vida a los 80 años se incrementó, desde 1990 al 2019, 1.2 años en hombres y en 1 año en las mujeres.(6) (Ver Gráfico 8)

Gráfico 8. Esperanza de vida en la Región Andina 1990 – 2019

Esperanza de Vida: un conductor clave del envejecimiento, Américas 1990-2019



Fuente: Prospectos de la Población Mundial, 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, ONU.

IV.1.3 La Región Andina ha “ganado años para la vida, pero menos salud para los años”

Los ciudadanos de esta región van a vivir más, pero los años ganados no son necesariamente con salud. En los gráficos siguientes se ve cómo se mantiene y aumenta la significativa brecha entre esperanza de vida y esperanza de vida saludable.

Cabe resaltar que aún existe una marcada diferencia entre géneros en cuanto a la trayectoria de las curvas de esperanza de vida y esperanza de vida saludable. Las mujeres han tenido una mayor esperanza de vida y

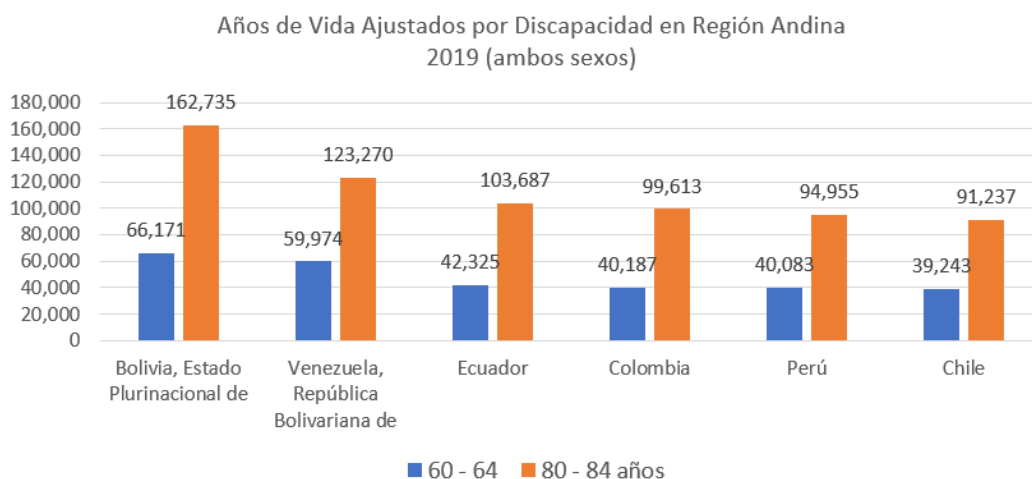
esperanza de vida saludable que los hombres en todo el período analizado. Sin embargo, la brecha entre la esperanza de vida y esperanza de vida saludable de las mujeres no sólo es más amplia, sino que se ha ampliado más que en los hombres.(7)

Los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD/DALYs), son una medida que permite representar la pérdida equivalente a un año de vida saludable. Esta medida es considerada como un indicador sintético de la salud, ya que se calculan como la sumatoria de los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVMP) más los Años Vividos con Discapacidad (AVD).

A medida en que crece la tasa de DALYs por país, mayor será la pérdida de años de vida saludable del grupo poblacional al cual se esté analizando. Por tanto, un mayor DALY significa una peor condición de salud. (8)

En el Gráfico 9 se aprecia que, en la Región Andina (2019), los países con mayor DALYs son Bolivia y Venezuela. Mientras, Chile ostenta el menor DALY, lo cual significa que en este país es donde menos años de vida saludable se pierden por muerte prematura o por discapacidad en la Región Andina. (8)

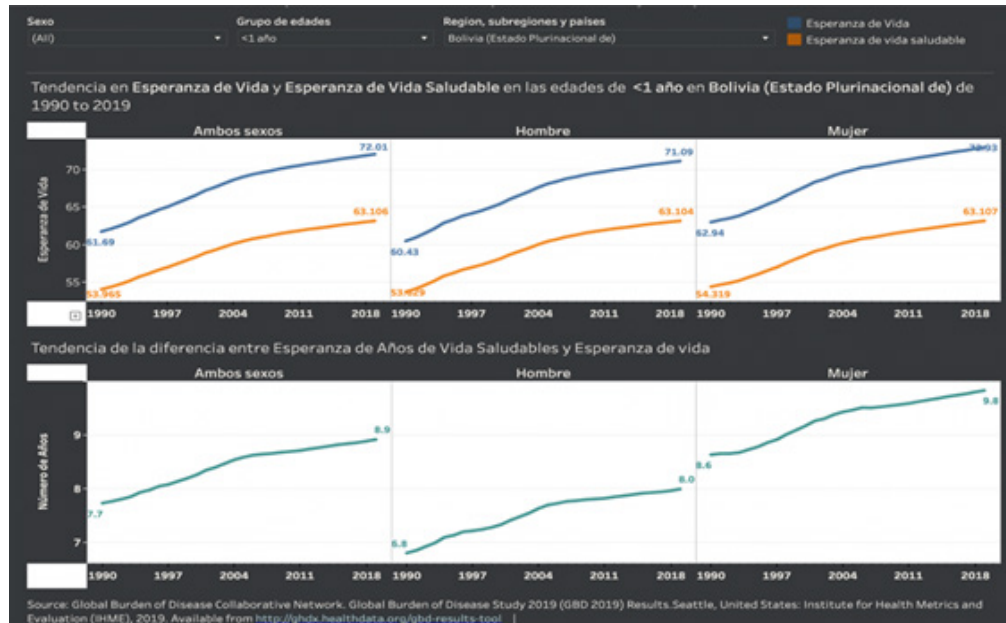
Gráfico 9. Años de Vida Ajustados por Discapacidad en Región Andina, 2019



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019. Datos y Visualizaciones.

En Bolivia la esperanza de vida al nacer al 2019 era de 72 años, mientras que la esperanza de vida saludable era de 63 años para ambos sexos. Se puede observar una tendencia al aumento de la brecha entre años de vida ganados y años de vida saludables.

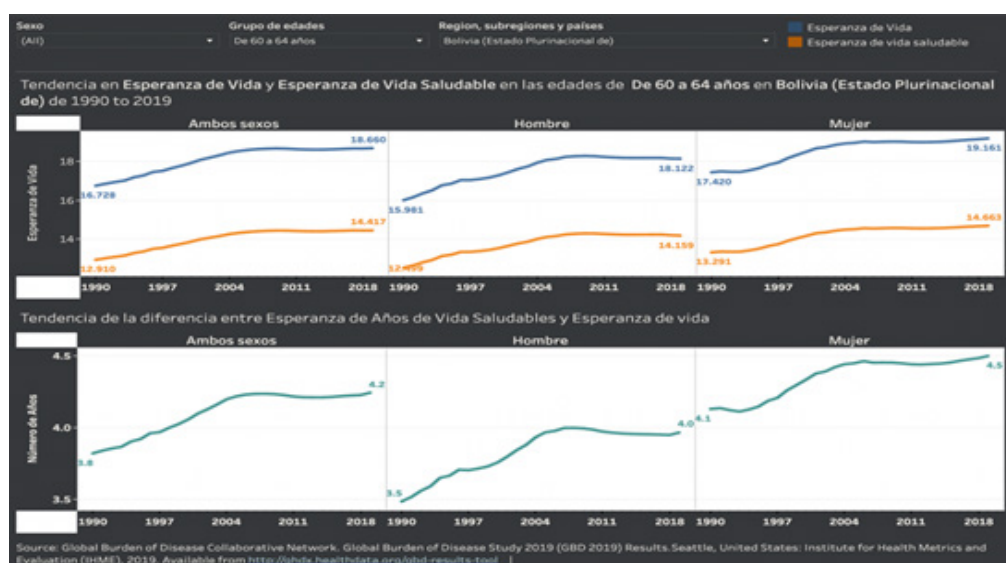
Gráfico 10. Tendencia en esperanza de vida y esperanza de vida saludable en Bolivia 1990 - 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

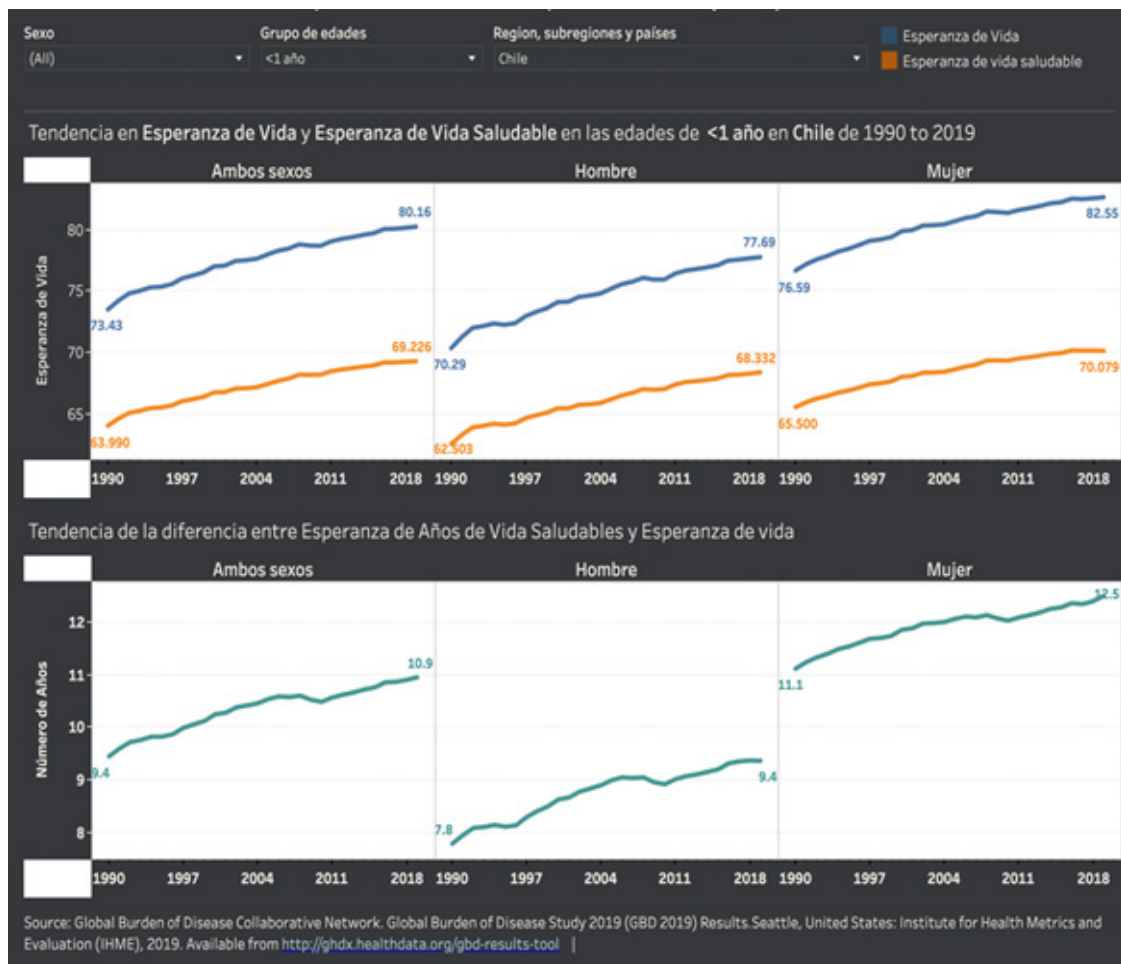
Los bolivianos que cumplían 60 años tenían por vivir 18.7 años en promedio, de los cuales cuatro iban a ser de mala salud y la tendencia a aumentar los años de mala salud según los años que se ganen era mayor. (Ver Gráfico 11)

Gráfico 11. Tendencias en esperanza de vida y esperanza de vida saludable en las edades de 60 a 64 años en Bolivia



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

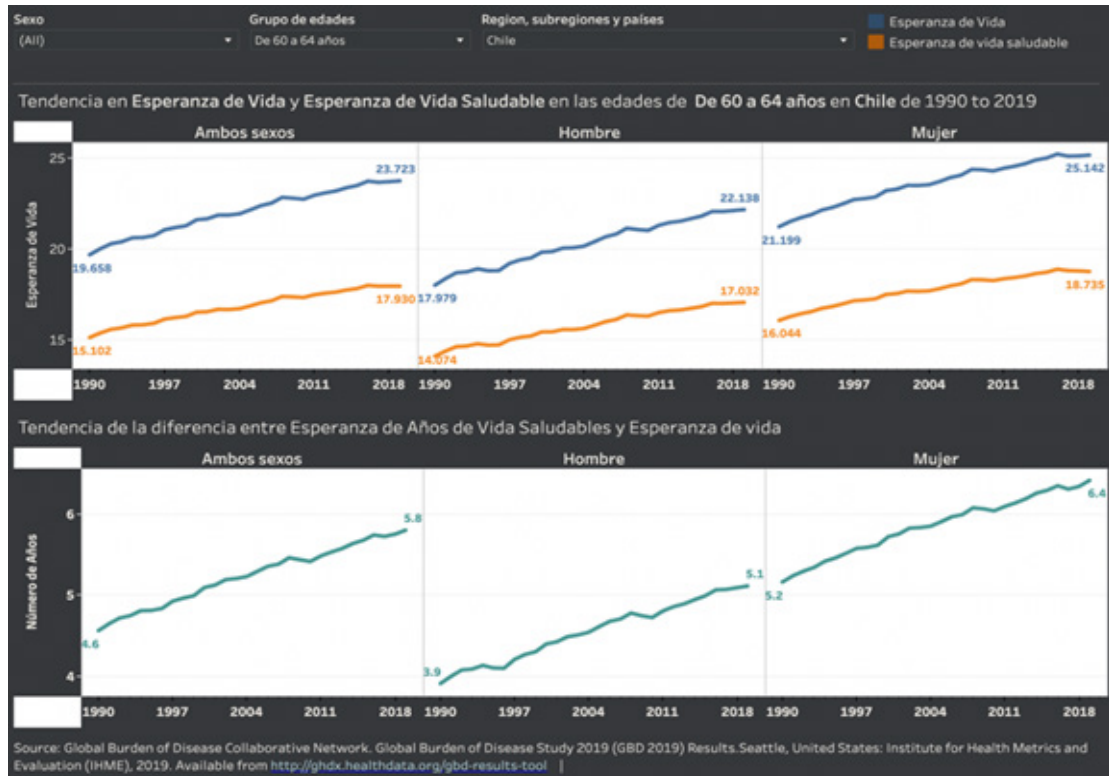
Gráfico 12. Esperanza de vida al nacer, Chile 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

Los chilenos que cumplían 60 años tenían por vivir 23.7 años en promedio, de los cuales 5.77 iban a ser de mala salud y la tendencia a aumentar los años de mala salud según los años que se ganen era mayor. (Ver Gráfico 13)

Gráfico 13. Esperanza de vida a los 60 años en Chile, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

En Colombia la esperanza de vida al nacer al 2019 era de 80.1 años, mientras que la esperanza de vida saludable era de 69.5 años para ambos sexos. Se puede observar una tendencia al aumento de la brecha entre años de vida ganados y años de vida saludables. (Ver Gráfico 14)



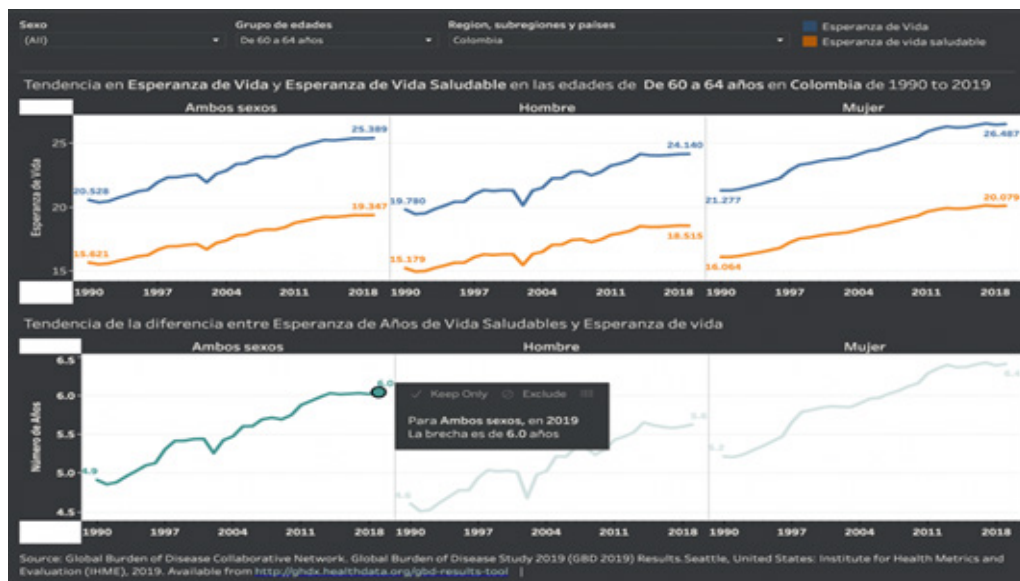
Gráfico 14. Esperanza de vida al nacer en Colombia, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

Los colombianos que cumplían 60 años tenían por vivir 25.3 años en promedio, de los cuales 6.05 iban a ser de mala salud y la tendencia a aumentar los años de mala salud según los años que se ganen era mayor. (Ver Gráfico 15)

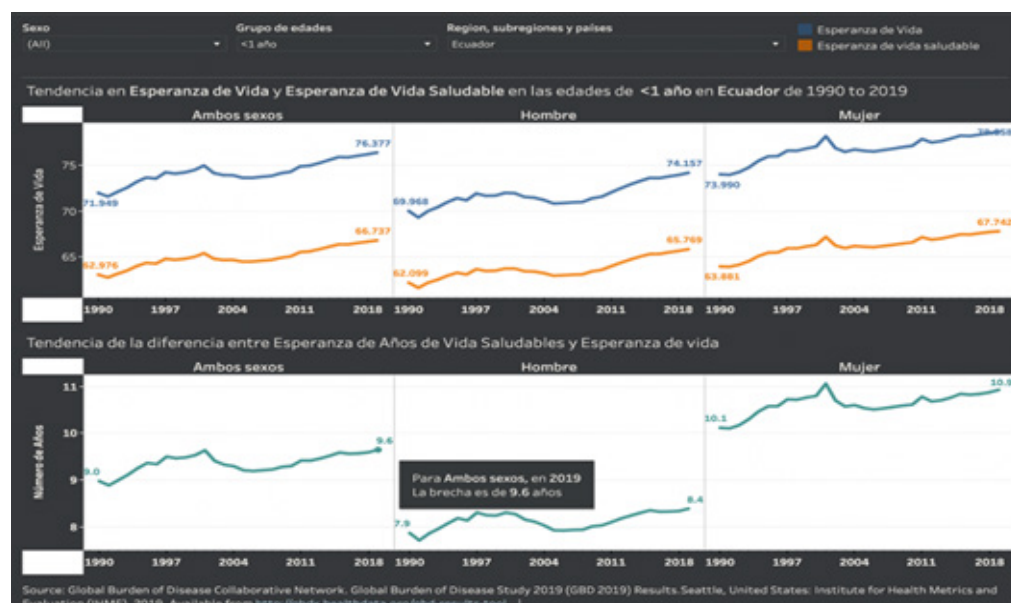
Gráfico 15. Esperanza de vida a los 60 años en Colombia, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

En Ecuador la esperanza de vida al nacer al 2019 era de 76.37 años, mientras que la esperanza de vida saludable era de 66.73 años para ambos sexos. Se puede observar una tendencia al aumento de la brecha entre años de vida ganados y años de vida saludables. (Ver Gráfico 16)

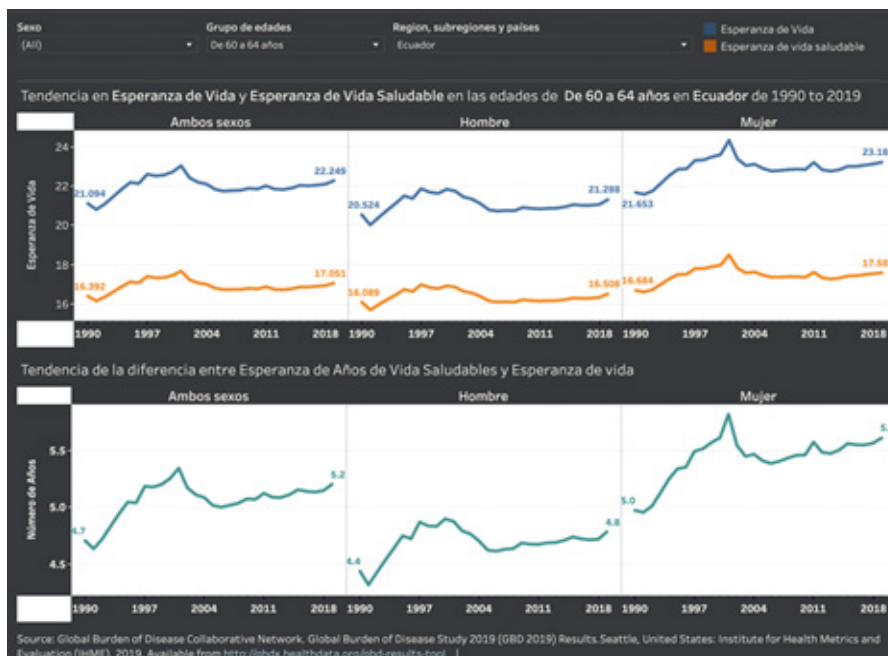
Gráfico 16. Esperanza de vida al nacer en Ecuador, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

Los ecuatorianos que cumplían 60 años tenían por vivir 22.2 años en promedio, de los cuales 5.2 iban a ser de mala salud y la tendencia a aumentar los años de mala salud según los años que se ganen era mayor. (Ver Gráfico 15)

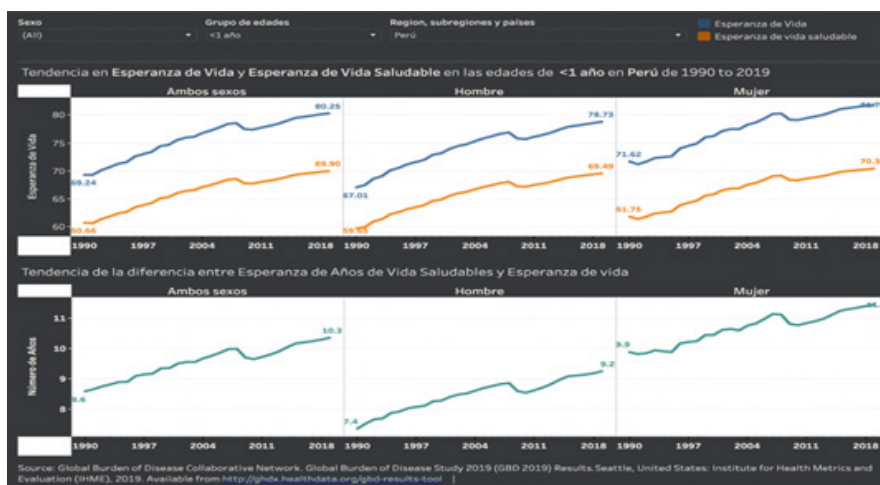
Gráfico 17. Esperanza de vida a los 60 años en Ecuador, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

En Perú, la esperanza de vida al nacer al 2019 era de 80.25 años, mientras que la esperanza de vida saludable era de 69.9 años para ambos sexos. Se puede observar una tendencia al aumento de la brecha entre años de vida ganados y años de vida saludables. (Ver Gráfico 18)

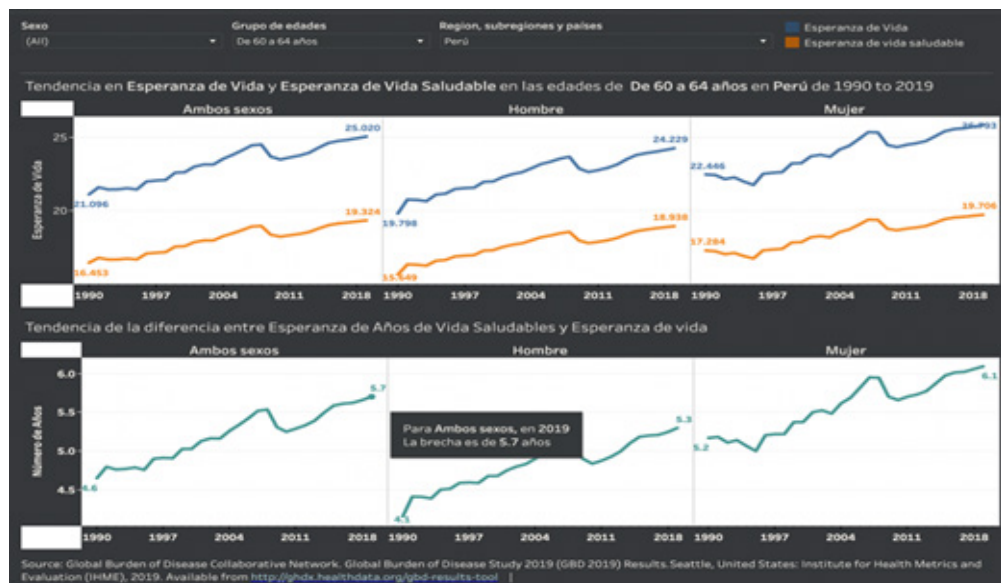
Gráfico 18. Esperanza de vida al nacer en Perú, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

Los peruanos que cumplían 60 años tenían por vivir 22.2 años en promedio, de los cuales 5.2 iban a ser de mala salud y la tendencia a aumentar los años de mala salud según los años que se ganen era mayor. Gráfico 19

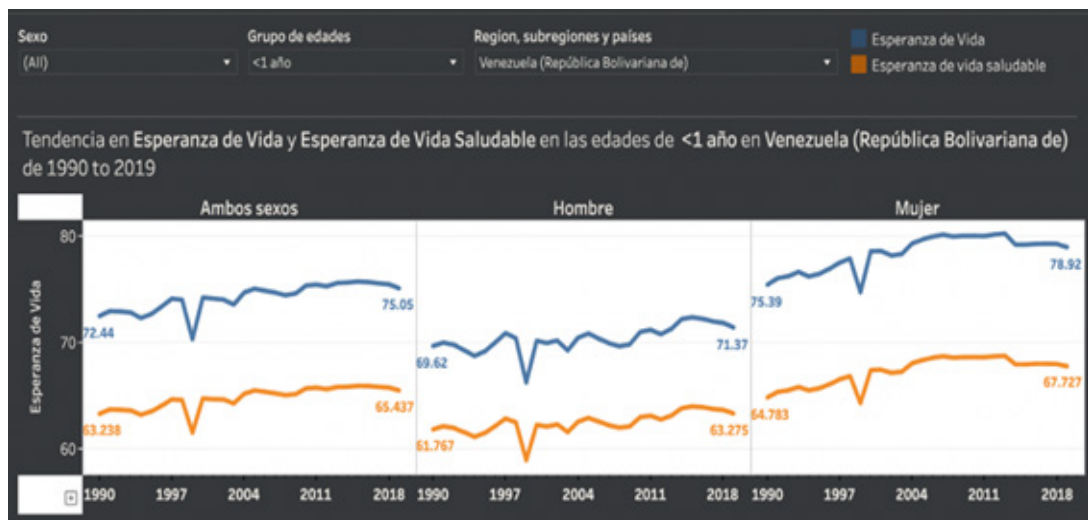
Gráfico 19. Esperanza de vida a los 60 años en Perú, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

En Venezuela la esperanza de vida al nacer al 2019 era de 75.05 años, mientras que la esperanza de vida saludable era de 65.43 años para ambos sexos. Se puede observar una tendencia al aumento de la brecha entre años de vida ganados y años de vida saludables. (Ver Gráfico 20)

Gráfico 20. Esperanza de vida al nacer en Venezuela, 2019

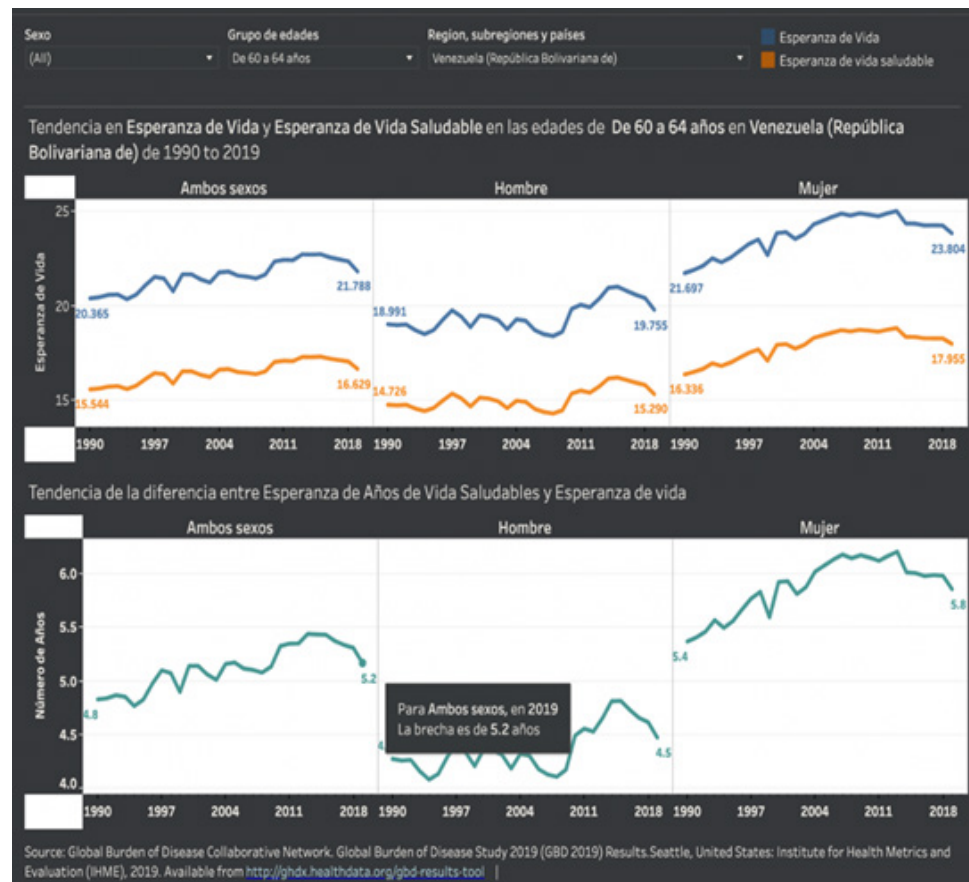




Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

Los venezolanos que cumplían 60 años tenían por vivir 21.7 años en promedio, de los cuales 5.2 iban a ser de mala salud y la tendencia a aumentar los años de mala salud según los años que se ganen era mayor. (Ver Gráfico 21)

Gráfico 21. Esperanza de vida a los 60 años en Venezuela, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

Es importante resaltar que, si bien hay diferencias entre las esperanzas de vida al nacer de los diferentes países, la brecha entre años de vida ganados y años de vida saludable es muy similar. **Podríamos concluir que, de los años que le quedan por vivir a las personas de países andinos que cumplen 60 años, un cuarto de ellos será de mala salud.**

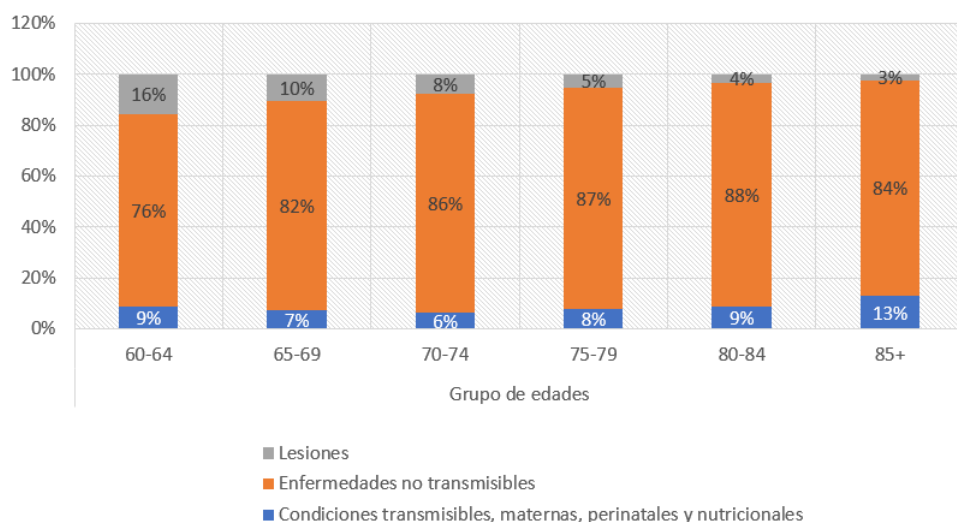
Por lo tanto, frente a un aumento rápido y sostenido de la esperanza de vida, lo que se está produciendo es un aumento del tiempo en el que se vive con mala salud y discapacidad. Si se desea que estos años de vida ganados vayan de la mano con una comprensión de la morbilidad y discapacidad, los países deben incorporar a la salud como eje prioritario y transversal de las políticas públicas.

IV.2 La Transición epidemiológica en la Región Andina: Cambio hacia enfermedades crónicas y degenerativas, pero aún con doble carga de enfermedad

En la Región Andina se ha producido un fenómeno de transición epidemiológica, por el cual las enfermedades crónicas no transmisibles han desplazado a las enfermedades transmisibles (condiciones transmisibles, maternas, perinatales 12-2%) convirtiéndose en la principal causa de muerte (más del 79%) de las personas mayores, independientemente del grupo etario, país, o sexo.(8)

Sin embargo, en muchos países aún coexisten las tradicionales enfermedades transmisibles con las no transmisibles (doble carga de la enfermedad), interactuando entre ellas y modificando tanto sus perfiles clínicos como sus consecuencias sobre la salud de las poblaciones, así como sobre los sistemas sanitarios de estos países. (9) (Ver Gráfico 22)

Gráfico 22. Transición demográfica en la Región Andina por grupos de edades, 2019



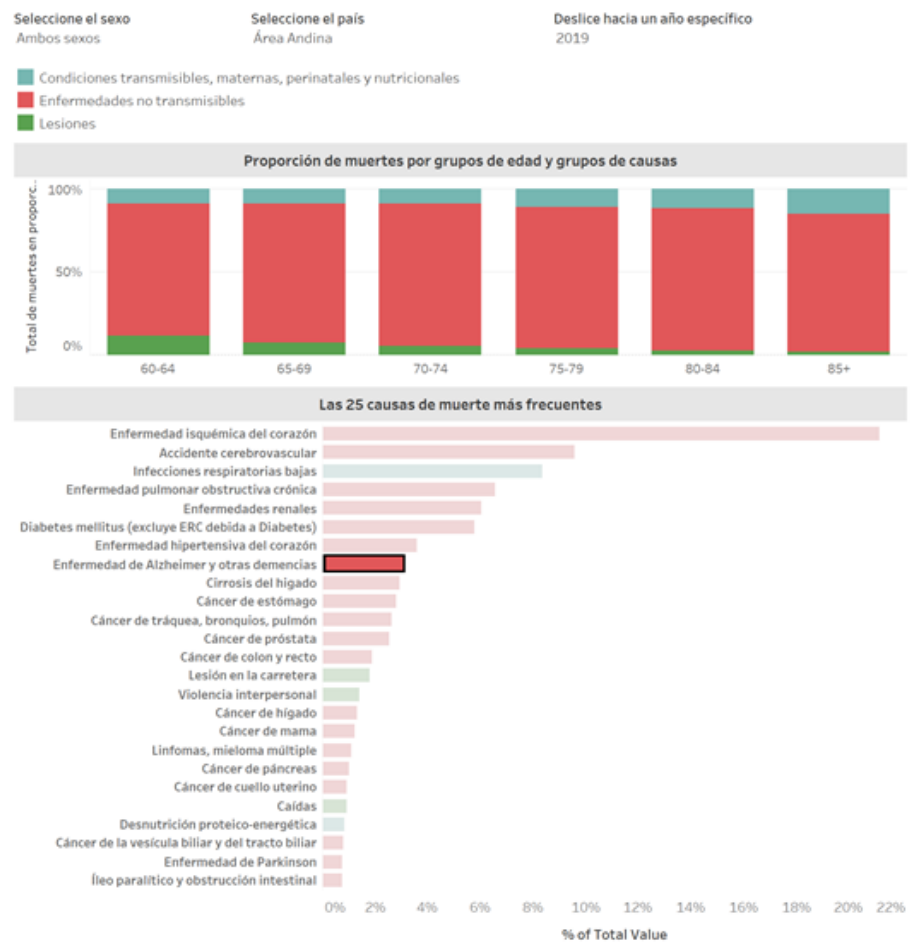
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos y Visualizaciones - OPS/OMS, 2019.

Entre las primeras veinticinco causas de muerte en las personas mayores de ambos sexos, en el año 2000 en la región andina, se encontraban: la enfermedad isquémica del corazón con un 21.55% del total, accidente cerebro vascular en un 11.86%, infecciones respiratorias bajas con 8.34%, enfermedades renales con 6.24% y diabetes mellitus en 5.4%.

Para el 2019, las primeras cinco causas cambiaron un poco. La enfermedad isquémica del corazón pasó al 21.16%, accidente cerebro vascular en 9.56%, infecciones respiratorias bajas al 6.48%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en un 6.04% y diabetes mellitus subió a un 5.77%.

La enfermedad de Alzheimer merece una mención especial, ya que en diez años pasan de ser la decimotercera causa de muerte a la octava, esto sin contar a otras demencias. El cáncer al hígado duplica su proporción como causa de muerte en personas mayores entre el 2000 y el 2019. (Ver Gráfico 23)

Gráfico 23. Causas de muerte en la Región Andina, 2019



Source: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019. Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Fuente: Global Burden of Disease Study 2019. United States: Institute for Health Metrics and Evaluations.

Tabla 2. Causas de muerte en personas mayores y su comportamiento en un año
Comparación años 2000 - 2019

Causa de Muerte en Personas Mayores	2019	2000	Diferencia	Prop de cambio
Enfermedad isquémica del corazón	21.16	21.55	-0.39	1.0
Accidente Cerebro Vascular	9.56	11.86	-2.3	0.8
Infección Respiratoria Baja	8.34	6.48	1.86	1.3
Diabetes Mellitus	5.77	5.4	0.37	1.1
Hipertensión Arterial	5.58	3.64	1.94	1.5
Cáncer estomago	3.84	3.84	0	1.0
Enfermedad de Alzheimer	3.06	1.87	1.19	1.6
Cáncer de hígado	2.92	1.42	1.5	2.1
Lesión en carretera	1.77	1.53	0.24	1.2
Desnutrición calórico proteica	1.26	0.85	0.41	1.5
Tuberculosis	1.9	1.9	0	1.0
Caídas	0.9	0.85	0.05	1.1

Fuente: Elaboración propia para el estudio del ORAS-CONHU, 2022.

En el área andina, la lesión en la carretera constituyó un 46.87% de las causas de muerte entre las personas de 70 y 79 años, porcentaje que va aumentando con la edad. Mientras que las caídas fueron de un 19.90% (32.36 en 80 a 84 años) y la violencia interpersonal un 20.93% (45.89 en población de 60 a 64 años).





V. Ámbitos de desarrollo para la Década del Envejecimiento Saludable: ¿Cómo están los países andinos?

V.1 Cambiar la forma pensar, sentir y actuar hacia la edad y el envejecimiento: avances y desafíos en la Región Andina. Los derechos no se pierden con los años

A pesar de todas las contribuciones y acciones que las personas mayores han hecho a sus comunidades y familiares, todavía hay muchos estereotipos (cómo pensamos), prejuicios (cómo nos sentimos) y discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad.

La discriminación contra la edad (edadismo) tiene consecuencias graves y de gran alcance para la salud, el bienestar y los derechos humanos de las personas.(10)

Con el apoyo de la OPS/OMS, la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas de Edad fue adoptada en la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en junio de 2015.(11) En el Gráfico 24 se muestran algunos de los derechos relacionados íntimamente con la salud que están protegidos por esta convención.

Gráfico 24. Derechos protegidos de las Personas Adultas Mayores

Derechos protegidos para las Personas Mayores en la Convención Interamericana relacionados íntimamente con la salud



Adaptado por Parodi J.F. de <https://www.paho.org/es/documentos/poster-derechos-humanos-personas-mayores>

Fuente: José Parodi para el estudio del ORAS-CONHU, 2022.

En la Región Andina, todos de los países han ratificado esta Convención(12) (Ver Anexos).

La Convención aboga específicamente por la importancia de garantizar que personas mayores reciban:

- Independencia y autonomía
- Consentimiento informado en la materia de salud
- Reconocimiento igualitario ante la ley
- Seguridad social, accesibilidad y movilidad personal, entre muchos otros derechos humanos fundamentales

Recientemente se ha presentado el Informe Mundial sobre el edadismo. (10) Este documento contiene conceptos y estrategias claves que deben ser consideradas por los países para mejorar la salud y bienestar de sus ciudadanos.

V.2 Las políticas, leyes y marcos normativos sostienen el avance en la década del envejecimiento saludable: existen, pero necesitan actualizarse y alinearse

Para diseñar e implementar estrategias coherentes, sostenibles y ajustadas a la evidencia y recomendaciones globales relacionadas con envejecimiento y salud es muy necesario un marco legal y normativo que lo permita. En ese sentido, según el informe de los ministerios de salud entrevistados, se evidencia que en la Región Andina hay varios niveles de avance. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Estado de marcos legales y normativos sobre envejecimiento en la Región Andina, 2022

País	Ley específica envejecimiento o Personas Mayores	Documento de políticas envejecimiento o Personas Mayores	Plan Nacional envejecimiento o Personas Mayores	Ley sobre Cuidados Paliativos	Ley sobre Personas con Alzheimer/ Demencia	Normativa sobre funcionamiento y/o calidad de las instituciones de largo plazo
Bolivia	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Colombia	Sí	Sí	En proceso	En proceso	No	En proceso
Ecuador	Sí	En proceso	En proceso	No	No	Sí
Perú	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Venezuela	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí

Fuente: Elaborado por José Parodi García para el estudio del ORAS-CONHU en base a los datos proporcionados por los países.



Chile en el 2021 lanzó un documento con la actualización de políticas. En la primera parte se hace un resumen completo sobre la situación de las personas mayores en ese país. Las estrategias e indicadores son adecuadas y alineadas con los objetivos de la década.(13)

Entornos amigables a todas las personas mayores en la Región Andina: ¿dónde estamos y hacia dónde debemos ir?

Los entornos adaptados a las personas mayores son mejores lugares para crecer, vivir, trabajar, jugar y envejecer.

Para crearlos hay que eliminar los obstáculos físicos y sociales e introducir políticas, sistemas, servicios, productos y tecnologías:

- Que promuevan la salud y fortalezcan y mantengan la capacidad física y mental a lo largo de todo el curso de la vida, y
- Que permitan a las personas seguir haciendo las cosas que valoran, incluso cuando empiecen a perder capacidades.

Para lograr esos objetivos es imprescindible abordar los determinantes sociales del envejecimiento saludable (que aportan también al crecimiento económico), como son

- La mejora del acceso al aprendizaje a lo largo de la vida
- La eliminación de los obstáculos para mantener y contratar a trabajadores de edad y la limitación de las repercusiones de la pérdida del empleo y la pobreza
- La provisión de pensiones y prestaciones sociales adecuadas y financieramente sostenibles
- La reducción de la desigualdad en el acceso a la atención mejorando el apoyo que reciben los cuidadores informales.(4)

Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un lugar que adapta los servicios y estructuras físicas para ser más inclusivo y se ajusta activamente a las necesidades de su población, para mejorar la calidad de vida de esta cuando envejece. Una ciudad amigable fomenta el envejecimiento saludable al optimizar los recursos para mejorar la salud, la seguridad y la inclusión de las personas mayores a la comunidad.(14)

En la Región Andina el avance sobre las Ciudades Amigables con las Personas Mayores es diverso. El mayor avance lo tienen Chile, con 203 ciudades, seguido por Colombia, con 3 ciudades. Estos países tienen varios programas y servicios comunitarios dirigidos a este grupo etario. Chile tiene varios programas que ya han



sido evaluados (Ver Anexo). Con un municipio en la red están Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) y Perú (municipio de Miraflores).

Se requiere más información de ciudades rurales y remotas donde, por la migración joven, se ha producido un envejecimiento acelerado. En los países de la Región Andina, existen muchas ciudades rurales de los Andes y la Amazonía en las que aún los determinantes sociales y el acceso a servicios socio sanitarios requiere mucho trabajo.(15–19)

Sistemas de salud y su adecuación con las necesidades y expectativas de las personas mayores: ¿qué nos falta para tener servicios de salud con atención centrada en la persona?

El fin de la era de la enfermedad en la atención de salud: Los servicios de salud de la Región Andina deben migrar a una atención centrada en la persona

El abordaje centrado en enfermedad en la medicina clínica puede causar un cuidado fragmentado y pobremente coordinado. Además, crea planes de tratamiento que son ineficientes, inefectivos o incluso dañinos para las personas con multimorbilidad.(20,21)

En las entrevistas a profundidad realizadas a los representantes de los ministerios de salud de los países andinos encontramos que los servicios de salud, sobre todo los del primer nivel de atención, siguen centrando su atención en la enfermedad. Los indicadores que se refirieron como más usados fueron: número de hipertensos o número de diabéticos atendidos, entre otros.

El concepto moderno de salud está cada vez alejado del tener o no enfermedad. Desde luego esto no implica no prevenir o manejar la enfermedad, pero un doctor en la actualidad debe saber que para lograr que una persona se sienta saludable debe prevenir la enfermedad, modularla fisiopatológicamente y en su expresión sintomática, así como reconocer los factores dependientes del entorno (sociales y físicos) que determinan la habilidad de funcionar.

Centrar la medicina en la persona significa trabajar con ella para su desarrollo, para generar y optimizar su capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales), y sobre todo para contribuir a alcanzar sus prioridades de salud.(3)

Usando el enfoque de curso de vida nos podemos guiar a construir salud a lo largo de este.(22) Además, el considerar en la atención a los dominios de la capacidad intrínseca (cognitivo, vitalidad, sentidos, movilidad y psicológico) nos alertan a las oportunidades para optimizar las capacidades trazadoras de habilidad funcional. (23,24)



Los conceptos de capacidad intrínseca y habilidad funcional están aún ausentes en la mayoría de los países, tanto en los marcos normativos, como en la práctica clínica y en los indicadores.

Chile, Colombia y Perú refirieron que en sus nuevos reglamentos se estaba resaltando el tema de la optimización de la función y prevención y manejo de la discapacidad. En la Tabla 4 se muestran las diferencias entre la atención centrada en la enfermedad y la atención centrada en la persona.

La atención de salud centrada en la persona requiere una acción transdisciplinaria donde la persona activada y “autoeficaz” en su autocuidado sea parte del equipo de salud. Este planteamiento implica tener presente que el sentirse enfermo no es sólo una etiqueta, sino una condición con la que una persona vive.

Esto es particularmente importante en las condiciones crónicas de salud, con las cuales las personas pueden vivir sintiéndose saludables a pesar de tenerlas. Los programas de promoción de la salud basados en evidencia son una estrategia de base comunitaria que han demostrado servir para que la persona se active en el cuidado de su salud, y esto les permite de manera efectiva formar parte de los equipos de cuidado.(25) Programas como Tomando Control de Tu Salud y Vivifrail se vienen implementando en Chile, Colombia y Perú.

Alineando la atención con lo que le importa a la persona

El enfoque de “cuidado centrado en las prioridades del paciente” interpreta las opciones de tratamiento a través de la lente de “lo que más le importa a cada persona”(26). Saber cómo obtener lo que más les importa a los usuarios de los servicios y cómo traducirlo en una atención médica que tenga sentido podría mejorar la vida de estos y disminuir la complejidad y la frustración que a menudo surge al tratar de cuidar a pacientes con múltiples afecciones.(27)

Cuanto más sepan usted y su equipo de salud sobre lo que más le importa al paciente, mejor podrán trabajar juntos para alinear sus decisiones de atención médica con las prioridades de salud del usuario. ¿Cómo ayuda el médico a los pacientes a identificar sus resultados de salud y preferencias de atención médica específicos, procesables y confiables? ¿Cómo el médico cambia el cuidado de una persona para alinearse mejor con sus prioridades? Responder estas preguntas es clave para orientar el proceso de diseño curricular profesional de los profesionales de la salud.(28)



Tabla 4. Diferencias entre atención convencional y la atención integrada y centrada en las personas mayores

ATENCIÓN CONVENCIONAL	ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LAS PERSONAS MAYORES
Se centra en una (o más de una) enfermedad.	Se centra en las personas y sus objetivos.
La meta es el tratamiento o la cura de la enfermedad.	La meta es potenciar la capacidad intrínseca.
La persona mayor es vista como un receptor pasivo de la atención.	La persona mayor es un participante activo en la planificación de la atención y el autocuidado
La atención se divide por enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.	La atención integra enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.
Los vínculos con la atención de salud y la atención a largo plazo son limitados o inexistentes.	Los vínculos con la atención de salud y la atención a largo plazo existen y son sólidos.
El envejecimiento se considera un estado patológico.	El envejecimiento se considera una parte normal y valiosa de la vida.

Adaptado por Parodi JF de: WHO. Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud [Internet]. Ginebra; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?ip=pubmed/15003161%5Chttp://www.scielo.cl/pdf/u

Fuente: Adaptado por Parodi, F. del Informe Mundial sobre Envejecimiento y salud, 2015. OMS.

Las prioridades de salud de una persona incluyen las metas o actividades de salud y vida en las que desea que su atención médica lo ayude, apoyado en lo que está dispuesto y puede hacer.

Las prioridades de salud de una persona pueden estar relacionadas con cuatro áreas: conexiones significativas con otras personas (familiares, amigos o parejas, comunidad y espiritualidad); disfrutar de la vida (productividad, crecimiento/aprendizaje personal y recreación); gestión de la salud (molestias, síntomas y calidad de vida); y funcionamiento (dignidad, independencia para actividades de vida diaria). (29) (Ver Gráfico 25)

Gráfico 25. Áreas que más le importan a la persona mayor

*No se encontró información en los países sobre este tema específicamente.

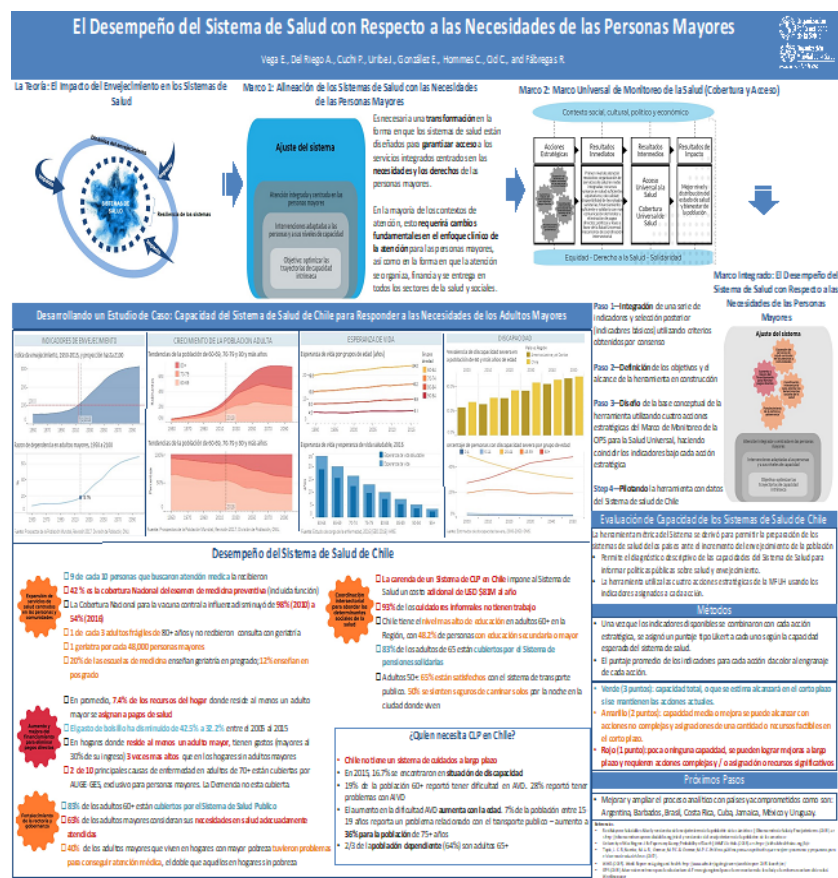
Respuesta de los servicios a las necesidades y expectativas de las personas mayores: aún nos falta saber cómo es

En el contexto de países de la Región Andina, con una población altamente heterogénea, el desempeño actual de los sistemas de salud tiene brechas entre las necesidades de las personas mayores y la utilización de los servicios de atención médica.

Se requiere que los sistemas de salud se vuelvan más dinámicos, maleables y centrados en las personas para fomentar una atención integrada que pueda responder mejor a las necesidades de la población de mayor edad. (30)

Al respecto, en las conversaciones con los representantes de los países, encontramos diferentes niveles de desarrollo. Sin embargo, sólo encontramos una publicación donde se plantea una metodología que propone indicadores elegidos por juicio de expertos para evaluar este reto.(30) La evaluación tiene varios niveles de profundidad y según indicadores disponibles. Un ejemplo de caso aplicado a Chile se muestra en el Gráfico 26.

Gráfico 26. El Desempeño del sistema de salud con respecto a las necesidades de las personas mayores



Fuente: Vega, E., Del Riego, A., Cuchi, P., Uribe, J., González, E., Hommes, C., Cid, C., y Fábregas, R.

Capacitación de los Recursos Humanos: una gran oportunidad para el cambio organizacional

Si bien se ha registrado avances en relación con la gestión del talento humano, aún se necesita mayor número y capacitación en profesionales de la salud y gestores sobre el tema de envejecimiento y salud. El número de geriatras de cada país es aún insuficiente y el acceso a la acreditación para serlo no es homogénea. La presencia de cátedras de Geriátrica en los programas de pregrado de los profesionales de salud es insuficiente y cuando está presente su carga de créditos es muy inferior a la de otras como Pediatría o Ginecología.

En los países trabajados, solamente uno de los responsables del tema de envejecimiento había recibido una capacitación específica en gestión de servicios y programas de salud para personas mayores. El resto eran profesionales que habían tenido formación en otras etapas de vida o habían recibido formación clínica y fueron destacados a gestión de servicios para personas mayores.(31,32)

Cabe destacar el esfuerzo realizado por la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) que, en acción coordinada con la Organización Panamericana de la Salud, ha organizado, desde hace 20 años, estrategias de capacitación dirigidas a docentes universitarios de geriatría, gerentes y directivos de programas de salud, tomadores de decisión y profesionales de salud del primer nivel de atención.(33,34)

Hay una falta general de trabajadores de instituciones de largo plazo capacitados, y los equipos de salud a menudo no están equipados para manejar las necesidades de atención con capacidad intrínseca y funcional disminuida. Los cuidadores son generalmente familiares o cuidadores informales cuya preparación para el cuidado de la persona mayor y su propio autocuidado es insuficiente. En los cuidadores formales la capacitación es heterogénea y con acreditación dudosa.(35–37)

Sistemas de salud fragmentados y con dificultades múltiples de acceso

Según la información revisada y recibida por los representantes de los ministerios de salud de los países andinos, los sistemas de salud son fragmentados y con limitaciones de acceso a los servicios múltiples. La coordinación intrasectorial e intersectorial en los ministerios de salud tiene mucho por mejorar.

Sistemas de prestación de atención a largo plazo en la Región Andina: hay avances, pero aún hay un reto urgente

En América Latina y el Caribe para el 2050 el porcentaje de personas con dependencia de cuidados se va sextuplicar.(38) Con esto, muchos países van a aumentar el porcentaje de personas con dependencia de cuidados y esto va a necesitar mayores recursos financieros y humanos.



Las personas mayores con dependencia de cuidados: han perdido la habilidad funcional, pero no los derechos ni la dignidad

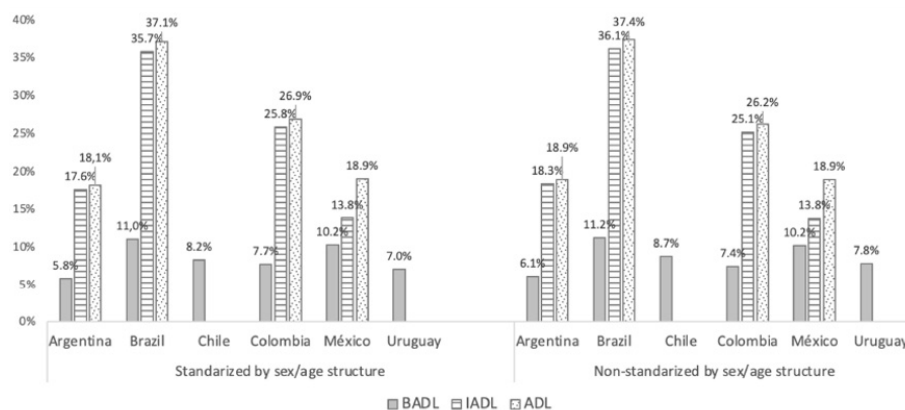
Como ya hemos mencionado, los cambios demográficos, epidemiológicos y clínicos plantearán enormes desafíos a los países de la Región Andina en términos de los sistemas de seguridad social, incluidas las pensiones y la salud. Un tema que normalmente se pasa por alto en este debate es el cuidado a largo plazo (LTC). (39)

Sin embargo, el acceso a una atención a largo plazo de calidad es esencial para que personas mayores que han perdido la capacidad intrínseca de manera irreversible (no pueden cuidarse a sí mismas sin apoyo y asistencia), conserven su capacidad funcional, disfruten de los derechos humanos básicos y lleven una vida digna.(4)

Un reciente estudio calcula y compara los porcentajes de personas mayores con necesidades de cuidados en seis países de América Latina, entre los que se encuentran Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. Respecto al porcentaje de personas mayores que requieren ayuda para actividades básicas de vida diaria, Colombia y Chile tienen valores intermedios (desde 7.1 a 9.9%).

En actividades instrumentales de la vida diaria el porcentaje de personas de Colombia que necesita ayuda con ellas va entre 23.9 y 26.6%. En el análisis global, Brasil tiene los indicadores más altos de personas mayores que requieren ayuda para actividades de la vida diaria, y es seguido por Colombia. (Ver Gráfico 27) Los resultados alertan sobre la vulnerable condición física de las personas mayores y la alta demanda potencial de servicios de atención a largo plazo. La información proporcionada podría ser útil para futuras investigación y planificación de las necesidades de atención a largo plazo en América Latina y países de ingresos medios. (40)

Gráfico 27. Porcentaje de personas mayores (65+) que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas (BADL), instrumentales (IADL) de vida diaria y ambas (ADL) por país



Fuente: Matus-Lopez M, Chaverri-Carvajal A. Population with long-term care needs in six latin american countries: Estimation of older adults who need help performing adls. Int J Environ Res Public Health, 2021.

Usando una aproximación estadística, debido a la falta de datos sobre encuestas, se ha publicado la prevalencia para dependencia de cuidados en mayores de 65 años en los otros países andinos como Perú (14.1%), Bolivia (14.3%), Ecuador (15.4%), y Venezuela (16.7%) para el 2050. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Estimación de dependencia funcional en personas mayores (+65), 2020, 2035, 2050

Country	Prevalence			Number of persons (thousands)			Change in the number of care dependent persons 2020-2050
	2020	2035	2050	2020	2035	2050	
ARG*	7.8%	8.3%	8.5%	398.81	563.67	806.60	102.3%
BRA*	10.5%	11.2%	12.4%	2,131.50	3,994.22	6,434.34	201.9%
CHL*	12.1%	12.8%	15.2%	282.59	493.82	770.64	172.7%
COL*	13.6%	14.5%	16.9%	625.31	1,198.33	1,981.69	216.9%
CRI*	16.4%	17.0%	18.7%	85.45	165.17	255.57	199.1%
DOM*	11.1%	11.4%	12.6%	90.27	161.26	259.29	187.2%
MEX*	25.2%	25.4%	27.5%	2,471.38	4,386.30	7,276.87	194.4%
PRY*	5.9%	6.4%	6.4%	28.64	49.01	74.50	160.1%
SLV*	5.3%	5.6%	6.1%	29.73	45.95	69.13	132.5%
URY*	9.5%	9.5%	9.8%	50.04	61.54	77.28	54.4%
BHS	15.1%	15.0%	16.8%	4.61	9.05	13.77	198.9%
BLZ	16.2%	15.6%	16.8%	3.22	6.51	12.24	280.2%
BOL	14.3%	15.1%	15.1%	125.16	201.21	303.94	142.8%
BRB	17.4%	17.7%	19.8%	8.36	12.31	15.20	81.8%
ECU	15.4%	15.9%	17.0%	206.33	382.91	641.85	211.1%
GTM	16.2%	16.5%	16.5%	146.13	257.02	485.88	232.5%
GUY	15.1%	15.4%	17.2%	8.33	15.29	20.98	151.9%
HND	16.5%	16.4%	16.9%	81.27	156.00	299.81	268.9%
HTI	14.2%	14.1%	14.0%	83.65	129.97	210.50	151.6%
JAM	16.7%	16.1%	17.4%	44.91	67.73	94.87	111.2%
NIC	15.5%	15.5%	16.2%	58.11	110.36	206.40	255.2%
PAN	17.0%	17.4%	18.6%	62.69	116.86	193.57	208.8%
PER	14.1%	14.7%	15.6%	404.41	719.22	1,193.37	195.1%
SUR	18.1%	17.5%	19.0%	7.56	12.85	18.59	146.0%
TTO	17.0%	17.8%	18.6%	27.41	43.36	57.51	109.8%
VEN	16.7%	17.0%	18.0%	379.00	676.62	1,023.72	170.1%
LAC**	14.3%	14.6%	15.7%	7,844.85	14,036.54	22,798.10	190.6%

Note: countries with available data from household surveys are marked with *; ** LAC average is unweighted. Source: author's elaboration based on survey data and results from equations [1], [2] and [6] in Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Paraguay, El Salvador, Mexico, and Uruguay (see Table 1 for details), results of calculations from equations [4], [5], [7], and [8] in Bahamas, Belize, Bolivia, Barbados, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Haiti, Jamaica, Nicaragua, Panama, Peru, Suriname, Trinidad and Tobago and Venezuela.

Fuente: Aranco N, Stampini M. Prevalence of Care Dependence Among Older Persons in 26 Latin American and Caribbean Countries, 2022.

Las personas con demencia están aumentando rápidamente en los países de la Región Andina. En América Latina la prevalencia de demencia es de 11%, siendo incluso mayor que en otros continentes.(42) Esto genera una serie de retos y cargas para los servicios de cuidado estatales y para la familia.



En Chile, el promedio mensual por persona mayor con demencia se estima en USD 1.463. Los costos médicos directos representan el 20%, los costos sociales directos un 5% y costos indirectos por 75 % del costo total.

Se ha encontrado que el costo mensual está inversamente relacionado con el estado socioeconómico. El costo mensual para el estrato socioeconómico alto es de USD 1.083 y para el estrato socioeconómico bajo es de USD 1.588. Se propone que la gravedad de la demencia y la carga del cuidador se asocia el 49 y el 70% de la diferencia en el costo indirecto a través de los estratos socioeconómicos. En los grupos de bajo nivel socioeconómico, las mujeres cuidadoras, por lo general los miembros de la familia que se encuentran inactivos en el mercado laboral, en su mayoría son las que brindan cuidados informales.

El costo promedio anual de la demencia en Chile (USD 17.559) es menor en comparación con los de países con ingresos altos (USD 39.595), y la proporción del costo relacionado con el costo informal es mayor (74% frente a 40%). El estado socioeconómico es un determinante clave en el costo de la demencia.(43)

La región puede soportar una mayor dependencia del cuidado en el corto plazo, pero en el largo plazo se espera que disminuyan las capacidades demográficas relacionadas con el cuidado informal tradicional, lo que agregará presión y carga tanto a las familias como a los sistemas de salud. Los cambios demográficos y epidemiológicos regionales plantean muchos desafíos que exigen soluciones a largo plazo.

Además, LTC se ha basado principalmente en el cuidado familiar y, debido a los cambios en la sociedad y la estructura familiar, la capacidad familiar será muy limitada en las próximas décadas, con problemas como la falta de remuneración, falta de apoyo financiero, la necesidad de renunciar al trabajo y la falta de formación específica.

Investigaciones latinoamericanas muestran que los porcentajes de personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria (AVD) son más altos que en los países de ingresos altos de Europa o Asia. Las estimaciones reportadas, además de arrojar luz sobre los desafíos sociales, económicos y políticos asociados al envejecimiento, revelan la demanda regional de ayuda e indican la magnitud del desafío.(33,40)

Si bien en los países de la Región Andina hay algunas acciones relacionadas a LTC, encontramos que en ninguno de ellos existen un Sistema de Atención de Cuidados de Largo Plazo. Los avances en cada país son heterogéneos, poco estructurados y las acciones intersectoriales requieren mejorar mucho su coordinación y presupuesto. (39,44).





VI. Los determinantes sociales de salud: oportunidades clave de coordinación intersectorial para lograr un envejecimiento saludable

Si en algo es homogéneo la Región Andina es la oportunidad de trabajo para mejorar los factores de un envejecimiento saludable a través del trabajo en los determinantes sociales de la salud. (Ver Gráfico 28)

Gráfico 28. Condiciones necesarias para lograr un envejecimiento saludable

HABILIDAD FUNCIONAL: Ser y hacer lo que la persona mayor considera valioso



Fuente: José Parodi para el estudio del ORAS-CONHU, 2022.

6.1 Pobreza Monetaria: Un determinante del envejecimiento clave en los países de la Región Andina

Si bien los datos de los países de la Región Andina son heterogéneos sobre la pobreza monetaria, en varios de ellos se produce un fenómeno de concentración de inequidades y vulnerabilidad en ciudadanos con ciertas características: pobreza + edadismo + racismo + feminismo + vivir en zonas rurales + pobre educación + menor soporte social. Esto explica en parte cómo, pese a hacer más actividad física, la esperanza de vida y la esperanza de vida activa en las zonas rurales sea menor que en las zonas urbanas. (17,45–47)

En Chile, en base a los datos de la última Encuesta de CASEN del año 2017, se observa que el total de personas en situación de pobreza por ingresos corresponde a 1.528.284. De estas, 1.115.445 personas (el 73%) son pobres no extremos y 412.839 personas (el 27%) son pobres extremos. De las cifras anteriormente mencionadas, un 4% del total corresponde a personas mayores en situación de pobreza, cifra ligeramente superior en el grupo de los hombres.(13) En la Tabla 6 se muestra el comportamiento de la pobreza en Chile, a medida que aumenta la edad.

Tabla 6. Porcentaje de personas Mayores en situación de pobreza en Chile, por sexo y por edad, 2017

	POBREZA			POBREZA MULTIDIMENSIONAL		
	Total de personas (todas las edades) bajo situación de pobreza por ingresos: 937.670			Total de personas (todas las edades) bajo situación de pobreza multidimensional: 2.940.275		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65 a 69 años	5.6%	4.1%	4.8%	24.8%	19.8%	22.05%
70 a 74 años	3.6%	3.4%	3.5%	20.1%	16.5%	18.10%
75 a 79 años	3.8%	3.9%	3.9%	19.7%	13.8%	16.29%
80 años y más	3.9%	3.5%	3.7%	18.1%	15.8%	16.62%
Total de Personas Mayores	4,4%	3,8%	4,0%	22,2%	17,6%	19,6%

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional De Salud Integral Para Personas Mayores y su Plan De Acción 2020-2030; 2021.

En Bolivia en el año 2001, un 63% de la población de la tercera edad se encontraba en situación de pobreza, cifra superior en un 8% a 58.7% de incidencia de pobreza que presentaba el total de la población.(48)

En Colombia, más de la mitad de las personas mayores de 60 años son pobres. Sin embargo, se ha visto cómo los hogares que tienen adultos mayores están relativamente mejor que los que no los tienen.

En 1997, una de cada dos personas mayores viviendo en zona rural era pobre, principalmente las mujeres, a diferencia de la zona urbana donde la pobreza afectaba por igual a los dos géneros. Entre 2016 y 2017, la menor incidencia de pobreza de tiempo se ubica entre las personas mayores (10.7%). Adicionalmente, se observa que en los hombres de 60 años a más la incidencia de la pobreza de tiempo es 5.3 puntos porcentuales superior que la de las mujeres en el mismo grupo de edad.(49) (Ver Tabla 7)



Tabla 7. Personas e incidencia de pobreza monetaria, según grupos de edad, 2019-2020

Grupo de edad	2019		2020	
	Personas en situación de pobreza	Incidencia de pobreza	Personas en situación de pobreza	Incidencia de pobreza
10 a 28 años	6.235.328	39,8	7.398.948	47,1
29 a 45 años	3.676.593	32,1	4.662.953	40,1
46 a 59 años	1.863.671	25,5	2.440.572	33,2
60 años y más	1.503.057	24,1	1.836.931	28,4
Total nacional	17.470.042	35,7	21.021.564	42,5

Nota año 2020: cruce GEIH - Registros Administrativos de ayudas institucionales (Más Familias en Acción, Jóvenes en Acción, Colombia Mayor, Compensación de IVA, Ingreso Solidario, Bogotá Solidaria, Bono Vital de Bucaramanga, Programa de transferencias de Medellín) y PILA (MinSalud).

Fuente: DANE, GEIH

Fuente: DANE y Fundación Saldarriaga Concha. Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación, 2021.

Las personas mayores pueden enfrentar ciertas barreras en la inclusión laboral, en especial las mujeres: 20.2% de las mujeres mayores y 48.7% de los hombres mayores participaron en el mercado laboral en el 2020. Sin embargo, sus tasas de desempleo son menores que el promedio total.(49,50)

En Ecuador, el porcentaje de personas mayores en situación de pobreza varía de acuerdo al criterio de medición utilizado. El 64.6% de la población de adultos mayores de 65 años y más del país es pobre de acuerdo al criterio de necesidades básicas insatisfechas (NBI), según los datos del Censo 2001. El 31.2% de las personas mayores de 65 años es pobre por ingresos, según los datos arrojados por la Encuesta de Hogares 2005.(48)

La Encuesta Nacional de Hogares del 2005 registró que un 29.6% de las personas mayores de 65 años que no recibe ningún ingreso propio. Debido a ello, se encuentran en una situación totalmente dependiente de sus familias, de instituciones de beneficencia o bien de la caridad pública como es el caso de aquellos que viven en situación de calle.(48)

En el Perú la pobreza monetaria en la población adulta mayor es inferior a la del resto de la población, estimada en 22.7% al año 2014. El 15% de la población de 60 a 64 años vive en condiciones de pobreza, al igual que el 20% de la población de 65 a 69 años, y el 20% de la población de 70 a más años. El 13% de los hogares integrados



por al menos una persona adulta mayor han recibido ayuda de algún programa alimentario. Uno de cada cuatro hogares rurales con al menos una persona adulta mayor ha sido beneficiario de algún programa alimentario, mientras que en el área urbana son 9 de cada 10.(51)

En Venezuela, el 86% de adultos mayores está en situación de pobreza:(52–54)

El adulto mayor venezolano ha de enfrentar otros desafíos como la responsabilidad de un núcleo familiar incompleto, donde en muchos casos debe reasumir la jefatura del hogar, en un momento en el cual ya estaba iniciando preparativos para su retiro de las responsabilidades de sostenimiento del hogar; siendo este rol motivo de preocupación debido a la necesidad de un ingreso mínimo para cubrir los altos costos de vida en los hogares venezolanos.

La ENCOVI, 2020 señala que 8 de cada 10 hogares venezolanos tienen dificultades para adquirir la canasta alimentaria, pues sus integrantes son pobres extremos.

La pobreza total alcanza a 9 de cada 10 hogares venezolanos, donde los ingresos son escasos, el empleo formal o informal es inexistente o precario. Por otro lado, 4 de cada 10 hogares han estado viviendo en medio de la pobreza estructural y 5 de cada 10 hogares se han empobrecido recientemente, siendo su ingreso inferior a 1,9 USD al/día. Los cálculos de este estudio sugieren que se necesitan al menos 2,07 USD al día para que 6,5 MM de hogares puedan salir de la pobreza extrema.

La situación anteriormente descrita es aún más dramática para el adulto mayor pensionado o no, que tampoco cuente con apoyo de otros integrantes de la familia, considerando que el ingreso mensual proveniente de la pensión venía representando unos escasos 2-3 USD/mes, prácticamente el monto diario estimado por los organismos internacionales para no ser considerado pobre. Aun recibiendo transferencias no laborales (de entre 1 y 5 USD/mes) públicas o privadas, o remesas, que, por ejemplo, entre 2017 y 2019 pasaron de 11% a 29% de los abuelos beneficiarios, el impacto de cualquiera de estas transferencias monetarias sólo ha servido para reducir en 1.5% la pobreza extrema en los hogares”. (55)

6.2 Educación de calidad: una de las principales oportunidades para lograr un envejecimiento saludable en la Región Andina

En Bolivia, en el 2001 se reportó que más de 75% de la población adulto mayor en Bolivia no ha logrado pasar del ciclo básico. Esta cifra ha llegado a 95% en el área rural y a 60% en el área urbana. En la población adulto mayor la proporción de analfabetos es del 47,8%, lo que supone que de las 579.259 personas de 60 y más años de edad censadas, 275.000 no saben leer ni escribir.(48) El 61% de la población adulta mayor tiene como idioma materno un idioma originario.



Tabla 8. Nivel educativo en Bolivia según sexo, 2001

INDICADORES BOLIVIA		UNIDAD	AÑO			
			2018	2019	2020	2021
1	Porcentaje de personas adultas mayores analfabetas	%	27.4	20.6	21.8	21.5
	a) Mujeres	%	41.2	30.9	33.1	30.4
	b) Hombres	%	13.2	8.8	9.5	11.8
2	Porcentaje de adultos mayores con educación primaria o básica	%	43.2	43.5	39.8	43.7
	a) Mujeres	%	37.7	41.8	34.8	41.3
	b) Hombres	%	48.8	45.4	45.2	46.4
3	Porcentaje de adultos mayores con educación secundaria	%	18.8	19.2	17.9	18.9
	a) Mujeres	%	13.5	15.6	14.1	16.2
	b) Hombres	%	24.3	23.2	22.1	21.8
4	Porcentaje de adultos mayores con educación técnica o superior	%	13.3	17.7	18.2	16.5
	a) Mujeres	%	11.0	13.4	15.5	12.5
	b) Hombres	%	15.7	22.7	21.0	20.9

Nota: El Ministerio de Educación, a través del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP), reporta al INE el porcentaje del gasto público sólo en primaria y secundaria, y se tiene disponible hasta la gestión 2018.

Fuente: Los datos del 1 al 4 corresponde al Instituto Nacional de Estadística- Encuesta de Hogares, 2018.

Los diferenciales por área en cuanto se refieren a esta variable son sustanciales. Mientras en el área urbana la mayoría de la población adulta mayor aprendió a hablar en castellano, en el área rural el porcentaje mayoritario es el quechua.(48) En Colombia, aún existen diferencias importantes en cuanto a alfabetismo entre los grupos de edades.(49) (Ver Tabla 9)



Tabla 9. Población que sabe leer y escribir, según grupo de edad a nivel nacional, 2020

Personas de 15 años y más*					Personas de 60 años y más que saben leer y escribir				
Hombres		Mujeres			Hombres		Mujeres		
	Sabe leer y escribir	No sabe leer y escribir	Sabe leer y escribir	No sabe leer y escribir		Sabe leer y escribir	No sabe leer y escribir	Sabe leer y escribir	No sabe leer y escribir
Número de personas	17.696.370	803.058	19.301.180	842.525	Número de personas	2.729.836	392.172	3.296.339	498.296
Porcentaje (%)	95,7	4,3	95,8	4,2	Porcentaje (%)	87,4	12,6	86,9	13,1

Nota: *La población de 15 años y más incluye a las personas mayores.
Fuente: DANE, Encuesta de Calidad de Vida- ECV 2020.

Fuente: DANE y Fundación Saldarriaga Concha. Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación, 2021.

En Ecuador, el Gráfico N 4 del Gráfico 29 muestra que en el 2017 la mayor cantidad de población adulta mayor presenta un nivel de instrucción secundario incompleto con 35%, seguido de primaria incompleta y ningún nivel de educación con 27.2% y 20% respectivamente. Es decir, como máximo la mayoría de esta población reúne once años de educación. Esto refleja un claro problema, pues al presentar predominantemente niveles de educación nula o inconclusa la población adulta mayor se vuelve aún más vulnerable.

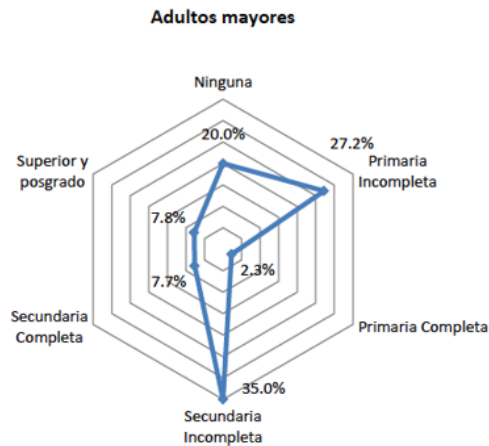
En cuanto a educación secundaria completa y superior se registran 2.3% y 7.7% respectivamente.

En el Gráfico “No. 5” del Gráfico 29 se muestra el nivel de instrucción en adultos mayores en situación de pobreza, y se observa un comportamiento distinto respecto a la población total, pues prevalece la categoría de Ninguna, lo cual podría explicar en parte su condición de pobreza.

Para nivel de instrucción nula y primaria inconclusa se registran 73%, mientras que la secundaria incompleta representa un 22.1%. En cuanto a educación secundaria completa y superior el número de casos es inferior con 1.2% del total de la población en pobreza.(56)

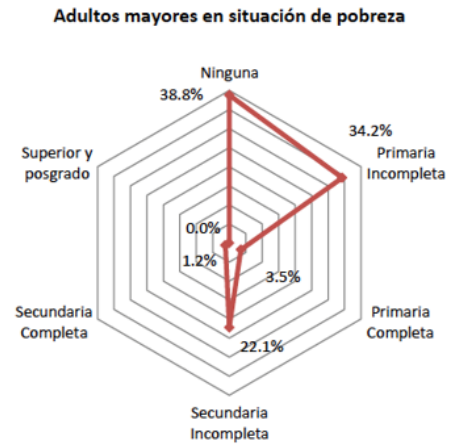
Gráfico 29. Nivel de instrucción y Nivel de instrucción en pobreza en Ecuador, 2017

Gráfico No 4.- Nivel de instrucción



Fuente: ENEMDU septiembre 2017
Elaboración: DGID/CGIDI

Gráfico No 5.- Nivel de instrucción en pobreza



Fuente: ENEMDU septiembre 2017
Elaboración: DGID/CGIDI

Fuente: ENEMDU, 2017.

En Perú, El 13.9% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o sólo tiene nivel inicial; el 39.1% alcanzó estudiar primaria; el 27.9%, secundaria y el 20.2%, nivel superior (12.4% superior universitaria y 7.8% superior no universitaria).

Existe una gran brecha entre hombres y mujeres adultos/as mayores en el nivel educativo sin nivel/ inicial, donde el 21% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación y los hombres en la misma situación representan el 4.2%, con 16.8 puntos porcentuales en desmedro de las mujeres. Las menores brechas entre hombres y mujeres se observan en el nivel educativo superior no universitaria y en primaria con 0.3 y 2.3 puntos porcentuales, respectivamente.(57) (Ver Tabla 10)

Tabla 10. Nivel educativo de las personas mayores en Perú, 2022

NIVEL EDUCATIVO – PERU		UNIDAD	AÑO			
			2019	2020	2021	2022
1	Porcentaje de personas adultas mayores analfabetas	%	17.3	14.9	13.9	17.4
	a) Mujeres	%	25.9	22.2	21.4	26.5
	b) Hombres	%	7.7	6.7	5.6	7.2
2	Porcentaje de adultos mayores con educación primaria o básica	%	37.9	37.3	39.1	38.0
	a) Mujeres	%	36.7	37.2	38.9	37.2
	b) Hombres	%	39.1	37.3	39.2	38.9
3	Porcentaje de adultos mayores con educación secundaria	%	24.9	26.5	27.9	26.9
	a) Mujeres	%	20.6	22.6	23.2	23.6
	b) Hombres	%	29.6	30.9	33.3	30.6
4	Porcentaje de adultos mayores con educación técnica no universitaria	%	7.6	9.0	7.4	7.9
	a) Mujeres	%	8.4	9.9	7.7	6.8
	b) Hombres	%	6.6	8.1	7.1	9.2
4	Porcentaje de adultos mayores con educación superior universitaria	%	14.9	14.0	13.0	12.9
	a) Mujeres	%	11.2	10.4	10.4	10.2
	b) Hombres	%	19.1	18.2	16.0	15.9

Fuente: INEI. Informe de Situación de Adulto Mayor, 2022.



En el Censo del 2014 de Venezuela, la población mayor de 54 años presentó una tasa de alfabetismo de 86.4%. No se hace una mención específica a las personas mayores de 60 años, ni se desagrega el nivel educativo en los diferentes grupos de edades mayores a 60 años.(58)

6.3 Vivienda digna y otros servicios básicos: condiciones para un envejecimiento saludable aún por mejorar en los países de la Región Andina

“En Bolivia, de acuerdo con el Censo de 2001, la mayoría de las personas de 60 y más años de edad viven en viviendas cuyo material de construcción en las paredes es el adobe o tapial (62.3%), seguido en menor proporción por la población adulta mayor que reside en viviendas con paredes de ladrillo, bloque o cemento (27.3%). La mayoría de la población adulta mayor reside en viviendas cuyo techo es de calamina o plancha (43%). Un porcentaje también importante los hace en viviendas cuyo techo es de paja o caña (27%) o en viviendas con techo de tejas (26%). En el área rural 5 de cada 10 personas de 60 y más años de edad residen en viviendas con techo de paja o caña y sólo 3 de cada 10 reside en viviendas con techo de calamina o plancha. Los datos del Censo 2001 revelan que aproximadamente 43% de la población adulta mayor no cuenta con agua por cañería de red, esta situación empeora en el área rural donde 71% de esta población no cuenta con este servicio”. (48) (Datos más recientes se muestran en la Tabla 11)



Tabla 11. Población adulta mayor con acceso a agua potable y utilización de Instalaciones de Saneamiento Mejoradas en Bolivia, 2021

INDICADORES BOLIVIA		UNIDAD	AÑO			
			2018	2019	2020	2021
1	Proporción de la población adulta mayor que cuenta con acceso a agua potable	%	78.2	84.7	79.7	84.2
	a) Urbana	%	91.8	90.9	89.5	91.4
	b) Rural	%	60.4	74.9	66.4	72.8
2	Proporción de la población adulta que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas	%	61.4	68.9	67.6	72.1
	a) Urbana	%	87.5	86.9	88.2	86.8
	b) Rural	%	27.1	40.6	39.7	49.1
<p>(1) Para la definición del indicador se toma en cuenta el área geográfica: en área urbana, se considera a los hogares con población de 60 años o más de edad que tiene acceso a agua por cañería de red dentro de la vivienda. Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno. Pileta pública pozo entubado/perforado, cosecha de agua de lluvia; en área rural el acceso a agua por cañería de red dentro de la vivienda, cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno, pileta pública, pozo entubado/perforado, cosecha de agua de lluvia, pozo excavado protegido y vertiente protegida, respecto al total de hogares con población de 60 años o más que reside en viviendas particulares con personas presentes.</p>						
<p>(2) Para la definición del indicador se toma en cuenta el área geográfica: en área urbana se considera a los hogares con población de 60 años o más de edad que tiene acceso a servicio de alcantarillado, cámara séptica y baño ecológico (baño de compostaje) y en área rural el acceso a servicio de alcantarillado, cámara séptica, pozo de absorción y letrina de pozo con loza, y baño ecológico (baño de compostaje), respecto del total de hogares con población de 60 años o más que reside en viviendas particulares con personas presentes.</p>						

Fuente: Encuesta de Hogares. Instituto Nacional de Estadística, 2021.

En Colombia, según el Censo de Población y Vivienda 2005, “el 68.7% de las personas adultas mayores habitan en casas, el 24.8% vive en apartamentos y el 5.2% reside en habitaciones o cuartos.(48) En términos de cobertura de servicios públicos domiciliarios, las viviendas habitadas por personas adultas mayores disponen en un 71.75% del servicio de acueducto, en un 56.48% del servicio de alcantarillado y de un 86.69% del servicio de energía eléctrica”.(48)

En Ecuador, “en las zonas urbanas, el 85.9% ha declarado residir en casas o villas y departamentos. El 7.7% restante o vive en cuartos (3.3%) o en viviendas francamente precarias tales como mediaguas, ranchos, covachas y chozas (10.6%). En las zonas rurales, el porcentaje de casas y departamentos es algo menor (83.3%). La existencia de viviendas precarias se ve incrementado (15.7%). Sólo el 0.8% habita en viviendas colectivas”.(48)



Con respecto a las características de las viviendas, el Censo 2001 provee la siguiente información:

- El 20% de los adultos mayores sobre el total del país reside en viviendas que pueden considerarse precarias, tales como mediaguas, ranchos, covachas, chozas y otras similares.
- Un tercio de ellos (7%) está ubicado en las zonas urbanas y los restantes dos tercios (13%) en las rurales.
- Los demás tipos de vivienda también presentan altos porcentajes con graves carencias en su estructura y disponibilidad de servicios, valores que son especialmente elevados en las áreas rurales, lo que puede interpretarse como un contexto desfavorable para la salud de las personas mayores.
- Las viviendas que acogen a los adultos mayores en las zonas rurales son las que ofrecen las peores condiciones de habitabilidad, con serias deficiencias tanto estructurales como de servicios: no tienen una estructura estable, deficiencias en el sistema de abastecimiento de agua, poseen medios deficientes de abastecimiento de agua, soportan deficiencias en el sistema de eliminación de aguas servidas, no cuentan con un adecuado sistema de eliminación de basuras y no disponen de acceso a electricidad. (48)

[En el Perú existen] 633,590 adultos mayores de 70 años y más que viven solos. Ellos representan el 38.4% del total de población de ese grupo de edad. El 92.3% del total de hogares con jefe/a adulto/a mayor a nivel nacional habita en una vivienda que tiene agua por red pública. En el área urbana es el 97.8% de hogares con jefe/a adulto/a mayor, mientras que en el área rural el porcentaje es menor con el 76.2%. el 75.2% de los hogares que tienen como jefe o jefa a una persona adulta mayor residen en viviendas que tienen sistema de eliminación de excretas mediante red pública de alcantarillado dentro de la vivienda o fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación. En el área urbana es el 92.5%, y en el rural el 24.6%. Otra forma de eliminar las excretas es mediante pozo séptico principalmente en el área rural donde el 23.5% de los hogares con jefe/a adulto/a mayor tienen esta forma de eliminar las excretas. También en este ámbito, el 18.8% de los hogares eliminan las excretas mediante pozo ciego o negro, entre otras formas. De los hogares que tienen como jefe/a de hogar a un/a adulto/a mayor, el 94.8% reside en una vivienda que cuenta con energía eléctrica. En el área urbana es el 98.7% de hogares; mientras que en el área rural es el 83.6% de estos, lo que muestra una diferencia de 15.1 puntos porcentuales de hogares con jefe/a adulto mayor que cuenta con energía eléctrica entre las dos áreas.(57)

En Venezuela, la edad del jefe del hogar ha ido aumentando hasta que un futuro no muy lejano seguramente descansará en las personas mayores. En 2020, las personas de 60 años y más residen en 2 de cada 5 hogares, independientemente de que al frente de la jefatura del hogar se encuentre una mujer o un hombre. (55, 59)



6.4 Pensiones dignas en la Región Andina: un gran reto para afrontar, una gran oportunidad para vivir mejor para los ciudadanos mayores de 60 años y sus familias

En América Latina, el bienestar de millones de personas de edad avanzada de la Región Andina depende también del adecuado funcionamiento de los sistemas de pensiones. Así, la sostenibilidad de los sistemas de pensiones corresponde a uno de los desafíos más importantes para optimizar el envejecimiento saludable.

Por ello, debería prestarse especial atención a los debates de política fiscal, los que están cada vez más vinculados con la sostenibilidad financiera de la protección social, la salud y desarrollo.

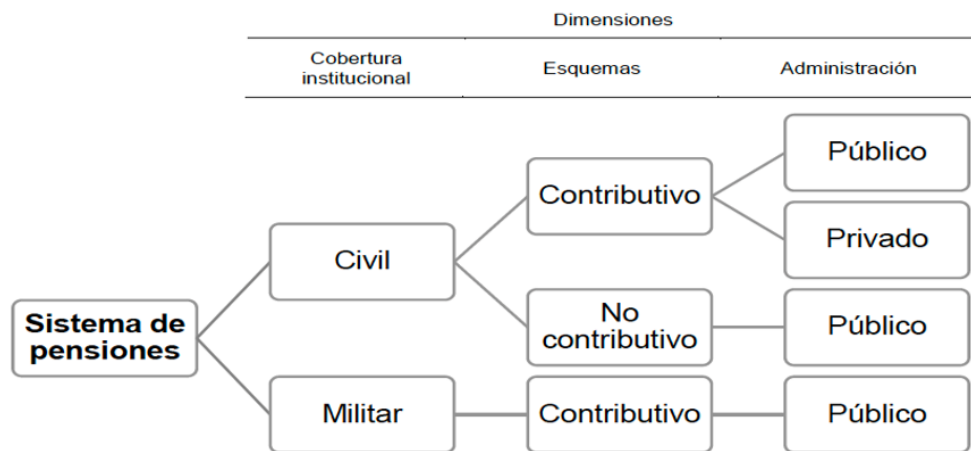
“Considerando la información de un grupo de países (Chile, Colombia, Perú), el gasto público en los sistemas de pensiones aumentó de 4.8% a 5.5% del PIB entre 2000 y 2017. Las proyecciones de los compromisos financieros para los países de la región indican que el gasto público en pensiones crecería de 4.2% a 5.7% del PIB entre 2017 y 2030 en América Latina, considerando el acelerado envejecimiento regional y los potenciales avances en los esquemas no contributivos, como una cobertura de 40% de la población de 65 años y más, y un nivel de prestaciones equivalentes a una línea de pobreza.

En este contexto, llama la atención que no existan estadísticas oficiales sistematizadas respecto del gasto público de los sistemas de pensiones en la región. La creación de bases de datos debería ser una prioridad para los países y para los organismos internacionales, con el objeto de apoyar tanto el diseño de políticas públicas, como de futuras reformas previsionales y fiscales que permitan consolidar la sostenibilidad de los sistemas de pensiones en América Latina”.(60)

En un informe de la CEPAL (61) se muestra que los sistemas de protección para los adultos mayores de la Región son fragmentados y con importantes brechas con respecto a los estándares del mundo desarrollado. Hay mucha heterogeneidad dentro de la región, todos los países enfrentarán retos importantes para conseguir que sus sistemas de pensiones y salud brinden más y mejor cobertura de una manera fiscalmente sostenible. En el Gráfico 30 se muestra la institucionalidad de los sistemas de pensiones de la Comunidad Andina.



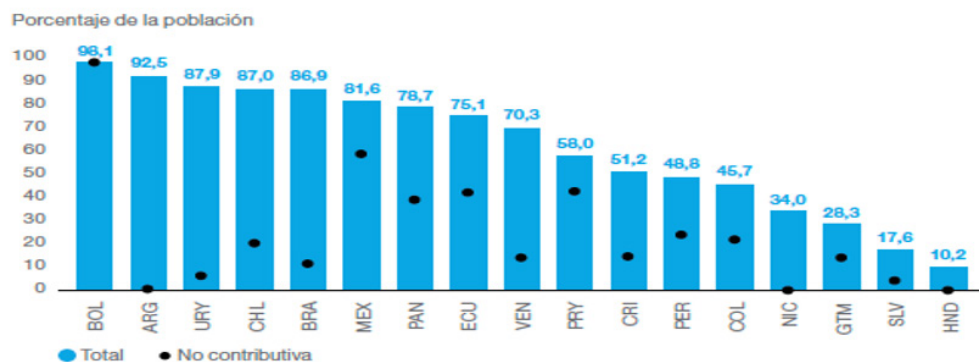
Gráfico 30. Organización de los Sistemas de Pensiones: cobertura institucional, esquemas y administración



Fuente: Arenas de Mesa A. Los sistemas en América Latina: Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera en tiempos del COVID-19. Santiago de Chile; 2019.

“A pesar de las mejoras de cobertura de las pensiones ocurridas en las últimas dos décadas, que estuvieron apoyadas en el crecimiento del pilar no contributivo, en la región 4 de cada 10 adultos mayores aún no tienen acceso a ningún tipo de pensiones. Por otra parte, en muchos países, los montos de las pensiones no contributivas son insuficientes para alejar de la pobreza a este grupo demográfico. Cerrar estas brechas es una primera tarea pendiente en los países de la comunidad andina.”(61) En el Gráfico 31 se muestra la cobertura de los sistemas de pensiones para personas mayores de 65 años por países.

Gráfico 31. Cobertura de los sistemas de pensiones para personas mayores de 65 años por países, 2017



Notas: En el panel A se muestra el promedio simple de América Latina. Los países incluidos son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Las moratorias previsionales de Argentina están presentadas como contributivas.

Fuente: Álvarez F, Brassiolo P, Toledo M, Allub L, Alves G, de la Mata D, et al. RED 2020: Los sistemas de pensiones y salud en América Latina. Los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad, 2020.



VII. La Pandemia por COVID-19: un ejercicio real sobre qué tan preparados están los países de la Región Andina para el cuidado de las personas mayores

7.1 Las Personas Mayores han sido el grupo de ciudadanos de la Comunidad Andina más afectados durante la Pandemia por COVID-19

Este problema sanitario ha sido un golpe duro en el trayecto hacia el envejecimiento saludable de las personas.(62) Se ha reportado que durante la pandemia ha aumentado la pérdida de la capacidad intrínseca (63), la incidencia de fragilidad (64,65), sarcopenia (66,67), sedentarismo (68), discapacidad, (69) malnutrición (70), demencia (71,72), ansiedad (71), depresión (73,74), insomnio, duelo patológico, aislamiento social, soledad, maltrato, pérdida del trabajo.(75–77)

Se han recomendado estrategias basadas en evidencia para afrontar el impacto social y el aislamiento en las personas mayores en las que se describen los impactos físicos y mentales. (65,78) Perú registra la mayor tasa de mortalidad del mundo por COVID-19. El país andino contabiliza más de 180.000 muertes por la crisis del coronavirus. En Colombia, en el 2020, los adultos mayores representaban el 49% de las muertes por COVID-19 (79). La letalidad en adultos mayores en el Perú fue 7.6 veces la de los adultos jóvenes (80,81). En la Tabla 12 algunas cifras sobre la mortalidad y la letalidad en personas mayores en la Región Andina.

Tabla 12. Mortalidad General y Letalidad en Personas Mayores en la Región Andina

País	Muertos COVID-19 por millón ^(a)	Muertos COVID-19 por millón (a)
Colombia	1.319,77	13.2
Chile	3.210,28	11.2
Perú	6.505,06	17.66
Bolivia	1.879,42	14.2
Ecuador	2.008,00	22.55
Venezuela	202,75	14.5

Nota: (a)30 de Oct 2022 (b)Tomada de estadísticas en diferentes momentos de pandemia y con intervalos de edades diferentes.

Fuente: Ministerio de Sanidad | Datosmacro.com | CSSE (JHU) | Our World in Data.



7.2 La Pandemia por COVID-19 ha develado la “fragilidad de los sistemas de salud” para manejar crisis sanitarias donde los principales afectados son las PM (82)

Se ha reportado que los servicios del primer nivel de atención y de visitas domiciliarias programadas de varios de los países estuvieron mucho tiempo interrumpidas. El personal del primer nivel de atención, al inicio de la pandemia, fue trasladado a los hospitales, dejando a este nivel aún más frágil. Producto de estas circunstancias las personas mayores interrumpieron sus controles periódicos de salud, lo cual aumentó la automedicación, las reacciones adversas a medicamento, el aumento del gasto de bolsillo y/o la interrupción de los tratamientos habituales.(83) Al respecto la Organización Panamericana de la Salud publicó recomendaciones para la OPS, con el fin de sostener los servicios esenciales para las PM en el primer nivel de atención durante la Pandemia por COVID-19.(84)

7.3 El impacto económico de la pandemia modulará el envejecimiento y las acciones políticas para afrontar el este proceso a nivel poblacional

La pandemia ha repercutido en las economías de América Latina y el Caribe a través de factores externos e internos, cuyo efecto conjunto conducirá a la peor contracción sufrida por la región desde que se iniciaron los registros en 1900. En consecuencia, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) prevé una disminución del 9.1% del Producto Interno Bruto (PIB) al cierre de 2020 para el promedio de la región.

La contracción económica permite pronosticar una situación dramática en la región; se estima que el número de personas en situación de pobreza se incrementará en 45,4 millones en 2020, de modo que el total de personas en situación de pobreza pasará de 185,5 millones en 2019 a 230,9 millones en 2020, esto es, el 37.3% de la población regional.(85) Se deben tomar medidas para que esta coyuntura económica no suponga postergaciones y limitantes considerables en el diseño e implementación de las políticas públicas y las estrategias encaminadas a optimizar el envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe.

7.4 La Persona Mayor después de sobrevivir al COVID-19 agudo (62)

Debido a que la finalidad principal es la optimización de la habilidad funcional y no solamente compensar biomarcadores o funciones vitales, las PM suelen tener un largo camino hacia la recuperación luego de tener COVID-19. Para lograr este objetivo la respuesta de los servicios debe ser continua, integrada, flexible, eficiente y centrada en la persona.(86)



Se ha descrito que, en la población general, el 27% de los supervivientes de la hospitalización por COVID-19 fueron readmitidos o murieron sesenta días después del alta. Esto es particularmente alto en los primeros diez días después del alta hospitalaria. De los sobrevivientes que fueron readmitidos o fallecidos a los sesenta días del alta, el 89.2% fueron mayores de 64 años.(87)

La duración de la infección aguda suele ser de días a semanas y los hallazgos de laboratorio (marcadores inflamatorios y seroconversión de anticuerpos), de la mano con la evolución clínica, puede ayudar a determinar el estado. Sin embargo, se ha descrito que más del 85% de personas seguían con síntomas (que incluían fatiga, disnea, dolor en las articulaciones y dolor en el pecho) hasta sesenta días después de la fecha de aparición inicial de los síntomas del COVID-19. (88)

Se ha descrito un cuadro de COVID prolongado o persistente con sintomatología que permanece más allá de los tres meses y que no se explica por otro diagnóstico. Los síntomas pueden ser fluctuantes, variables y diversos, predominando la fatiga y los síntomas neurocognitivos, afectando de manera importante el desarrollo de la vida diaria de las personas.(88)

Cabe señalar que el primer año de pandemia, pese a que los mayores de ochenta años eran los más afectados por el coronavirus, los reportes de casos de este grupo poblacional a nivel global en las revistas científicas eran escasos.(89)

El largo camino hacia la recuperación está matizado por el afrontar una serie de síntomas, condiciones y secuelas de la hospitalización: sarcopenia/caquexia, dolor de cabeza, tos, disnea, dolor de pecho, fatiga, mialgias, dolor articular, disgeusia, anorexia, anosmia, hipotensión ortostática, arritmias cardíacas, neuropatías autonómicas, insuficiencia renal, ojos rojos, estrés postraumático, ansiedad, depresión y confusión mental.(86) La coordinación con el primer nivel de atención, los recursos y prestaciones sociales son claves.

Los servicios del primer nivel de atención deberán optimizar sus esfuerzos de coordinación intra y extrasectorial para detectar y gestionar los planes de cuidado de las personas que persistan con síntomas por más de tres semanas. La valoración de los casos de COVID persistente en el primer nivel requieren de una evaluación clínica completa, pruebas de laboratorio, el manejo de las comorbilidades, soporte social, económico y cultural, manejo adecuado de la salud mental, mejorar las capacidades de autoeficacia para el manejo de la salud y la definición clara de criterios de referencia y contrarreferencia a otro nivel de atención.



7.5 La Pandemia por COVID-19 y su impacto en el desarrollo de los Cuidados de Largo Plazo (CLP)

Uno de los principales retos de los países de la Región Andina es el desarrollo de un sistema de cuidados de largo plazo. Estos cuidados están dirigidos a las personas con poca capacidad funcional y poca capacidad intrínseca que requieren de la figura de un cuidador para su subsistencia. Como veremos más adelante, la Región Andina tiene programa aislados, pero no cuenta con un sistema de CLP. Estos se desarrollan básicamente en dos escenarios: en los domicilios y en las instituciones residenciales.

Durante la pandemia se ha reportado que muchos de los cuidadores formales contratados de PM dejaron de trabajar por miedo al contagio. Esto aumentó la carga de los cuidadores familiares. Se ha reportado un grado de estrés elevado en los cuidadores durante la pandemia.

Asimismo, se describió una baja percepción de autoeficacia para el cuidado y casi nula capacitación de destrezas básicas para el cuidado (como lavarse las manos), en cuidadores de PM.(35) Se ha descrito que durante la pandemia empeoraron los síntomas neuro-psiquiátricos en pacientes con demencia.(72) Esto aumenta los riesgos de daño para los pacientes y el riesgo de estrés en sus cuidadores.

También se ha descrito que durante la pandemia la unidad cuidador-cuidado suspendió en gran medida los controles médicos periódicos ambulatorios. En muchos casos se siguió la misma prescripción autofinanciada sin supervisión médica por dos años.(90) En este marco se propusieron, a nivel mundial, una serie de orientaciones particulares para los cuidadores de PM durante la pandemia.(91) Sin embargo, su implementación no fue homogénea en los países de la Región Andina.

La mayoría de las muertes por COVID-19 en países desarrollados ocurrieron en instituciones de cuidado de largo plazo (ICLP), llegando a constituir entre el 50 al 90% de las muertes por COVID. Las ICLP se convirtieron en el talón de Aquiles del control epidemiológico de la pandemia, ya que las Personas Mayores con COVID-19 que viven en este tipo de instituciones concentraron la mortalidad y pudieron ser una pieza clave en la estrategia para mitigar la pandemia.

Hay que considerar que en las ICLP es muy alto el contacto físico cuidador-residente, lo que hace imprescindible una dotación y uso correcto de Equipos de Protección Individual (EPI) para evitar el contagio entre ellos. En la ICLP se prohibieron las visitas de familiares, por lo que los residentes que no tenían acceso a medios de comunicación virtual quedaron aislados.(92–94)



Uno de los problemas principales en las ICLP, al inicio de la pandemia fue basar el tamizaje de COVID-19 en los síntomas. Es sabido que las PM que viven en ICLP hacen cuadros oligo-sintomáticos y presentaciones atípicas. A esto se suma que algunos síntomas claves como tos, disnea o alteraciones de conducta son frecuentes en esta población. Por este motivo, se propuso el tamizaje periódico a todos los residentes y el personal.(95) La OMS y otras instituciones han publicado documentos con recomendaciones administrativas, de prevención y protección y de manejo clínico para este escenario.(96–100)

7.6 La Pandemia develó la estigmatización, discriminación y maltrato relacionado con la edad

La vejez no es una enfermedad, es una etapa de vida de personas con características, riesgos, necesidades y expectativas heterogéneas. (101)

La sobrecarga de los sistemas de salud enfrentó a los profesionales sanitarios a dilemas éticos relacionados con uso de ventiladores mecánicos, camas UCI o el uso de otros recursos sanitarios. Se ha reportado que en muchos casos se tomaron decisiones basadas únicamente en la edad en lugar de la capacidad funcional, fragilidad o expectativa de vida activa.(102)

Se dictaron normas que, buscando proteger, limitaron de los derechos básicos a las PM. Muchas de ellas se vieron obligadas a desobedecer la indicación de no salir a la calle por que vivían solos o dependían de un ingreso monetario diario para sobrevivir.(75,77,103) Cabe señalar que muchas PM se contagiaron sin salir de casa, a través de los familiares más jóvenes o sus cuidadores, que entraban y salían de la casa.

Se ha demostrado que la capacitación en temas de envejecimiento y salud a los profesionales relacionados con el cuidado de PM mejora la percepción y actitudes hacia el envejecimiento.(104)

7.7 Vacunación contra COVID-19 en las personas mayores

Se han publicado resultados sobre eficacia y efectividad de las vacunas disponibles en PM. Si bien los beneficios son un poco menores que en las personas jóvenes, la vacunación sigue siendo una intervención poblacional fundamental y costo efectiva.

Esto sigue siendo válido en las ICLP, donde se ha descrito que los beneficios de las vacunas son menores por las características inmunológicas de los residentes. (105–108) En el Gráfico 32 se presenta la población vacunada hasta el 2022 en los países andinos.

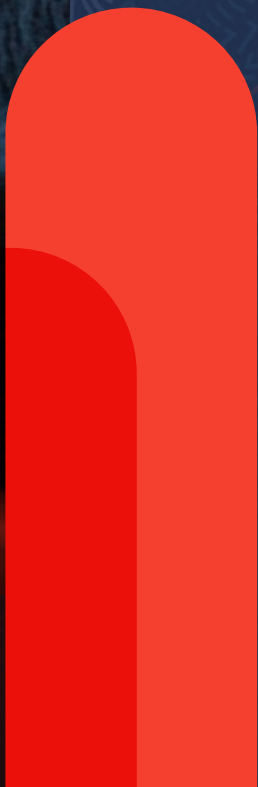


Gráfico 32. Vacunación completa Contra COVID-19 en países andinos

País	% de Vacunación completa
Colombia	51.3
Chile	71
Perú	91.7
Bolivia	78.6
Ecuador	83.6
Venezuela	49.8

Fuente: Elaborado por José Parodi García para el estudio del ORAS-CONHU en base a los datos proporcionados por los países.





VIII. Capacidad de medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento en la Región Andina

8.1 Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para la ejecución y la evaluación de las actividades que optimicen el envejecimiento saludable: hoy más necesario que nunca para la Región Andina

Las personas mayores que viven en los países andinos requieren eficiencia, eficacia y calidad en los sistemas y servicios de salud. Para abordar esto es necesario que las instituciones académicas y de investigación asuman un papel activo en la producción de nuevos conocimientos y pruebas científicas para fundamentar la toma de decisiones relacionadas con los envejecimiento y salud. Mecanismos adecuados de gestión de información de los gobiernos y sus productos permitirán el seguimiento, la evaluación y la supervisión, así como la adaptación de los planes y estrategias. Con los sistemas de información adecuados se podrá demostrar que las acciones son eficientes y seguras para la población, y si no lo son, corregir a tiempo.(109)

En el trabajo realizado se pudo evidenciar que la información sobre envejecimiento se encuentra fraccionada en los países de la Región Andina. Los representantes de los ministerios de salud manifestaron que hay información clave en otros ministerios e instituciones, y que el acceso a esta no es fluido. Cabe resaltar que al preguntar **¿cuál es el indicador clave que se usa para evaluar la gestión de los programas de salud de personas mayores?**, la respuesta fue: **Número de pacientes atendidos o casos de enfermedades atendidas.**

Colombia acaba de implementar un Observatorio sobre Envejecimiento con el que se espera tener mejor información para soportar las decisiones en políticas públicas. Este podría ser un punto de partida para sistematizar el trabajo entre los países andinos y aportar a la información de América Latina y el Caribe.



8.2 La investigación y la creación de conocimiento: Si queremos más intervenciones basadas en evidencia, necesitamos más evidencia de nuestras intervenciones

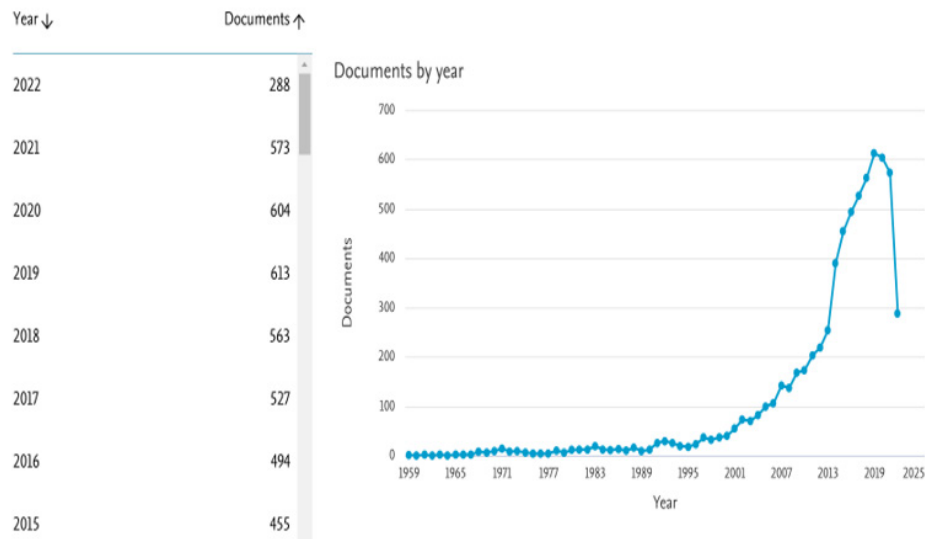
La gestión de la investigación sobre envejecimiento y salud en la Región Andina es heterogénea. Colombia, Chile y Perú tienen institutos universitarios de investigación sobre el tema. Para tener una visión real de cómo estaba la investigación relacionada a temas sobre envejecimiento y salud, se diseñaron varias estrategias de búsqueda.

Existen publicaciones heterogéneas en los países de la Región Andina en las revistas científicas sobre envejecimiento, personas mayores, fragilidad y geriatría y gerontología. Sin embargo, las publicaciones sobre capacidad intrínseca son muy escasas.

Se realizó una búsqueda sobre las publicaciones sobre envejecimiento hasta Agosto del 2022 usando los términos TITLE-ABS-KEY (aging) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Chile”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Colombia”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Venezuela”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Peru”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Ecuador”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Bolivia”)). Se encontró una curva ascendente en los países andinos, siendo Chile y Colombia los que lideraban el número de publicaciones. (Ver Gráfico 33 y 34)



Gráfico 33. Publicaciones sobre envejecimiento en países andinos hasta agosto 2022, según años

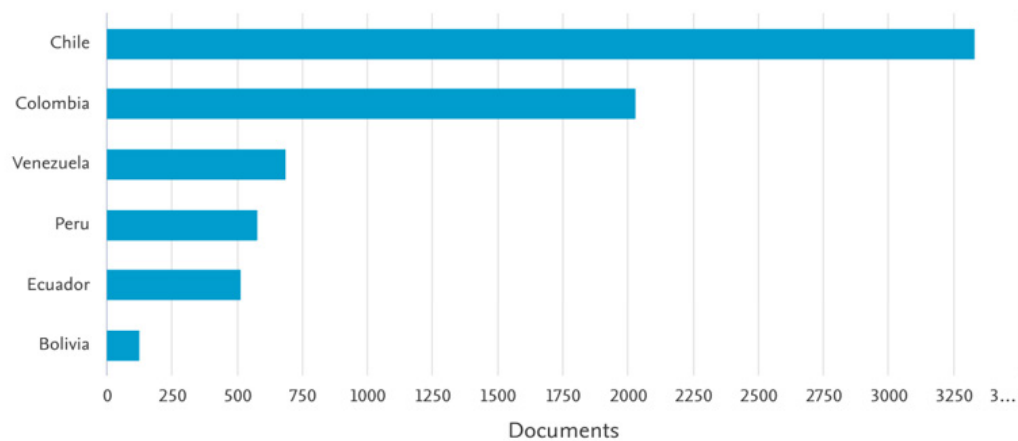


Fuente: OMS, 2022.

Gráfico 34. Publicaciones sobre envejecimiento en países andinos hasta agosto 2022 según país

Documents by country or territory

Compare the document counts for up to 15 countries/territories.



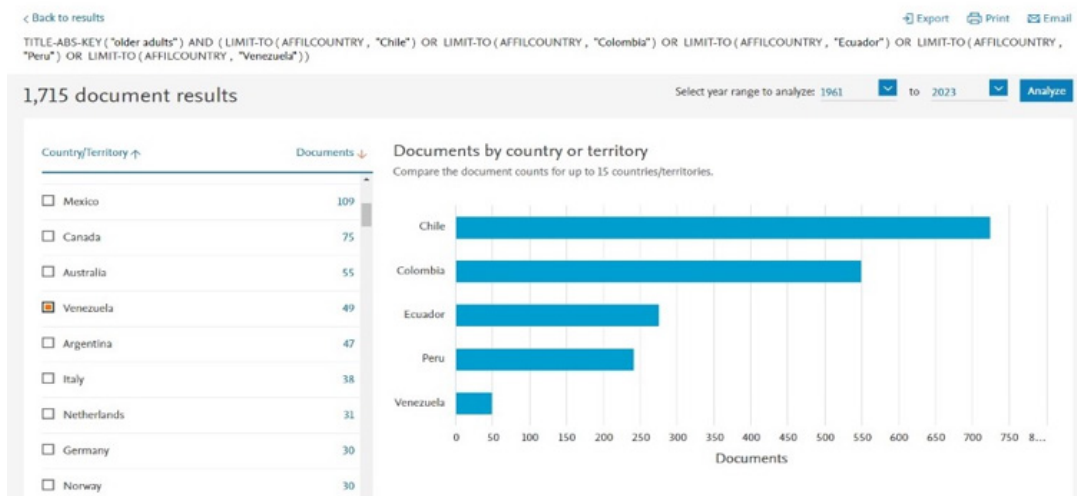
Fuente: OMS, 2022.

Al realizar la búsqueda usando como término clave persona mayor “older adults”, se encontraron más de 700 publicaciones, siendo Chile y Colombia los países que más publicaron con este término Mesh.

Se realizó una búsqueda sobre las publicaciones sobre gerontología y geriatría hasta Agosto del 2022 usando los términos (TITLE-ABS-KEY (geriatrics) OR TITLE-ABS-KEY (gerontology)) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Chile”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Colombia”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Peru”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Venezuela”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Ecuador”)). Se evidencia que hay un aumento de las publicaciones relacionadas al tema. (Ver Gráfico 35 y Gráfico 36)

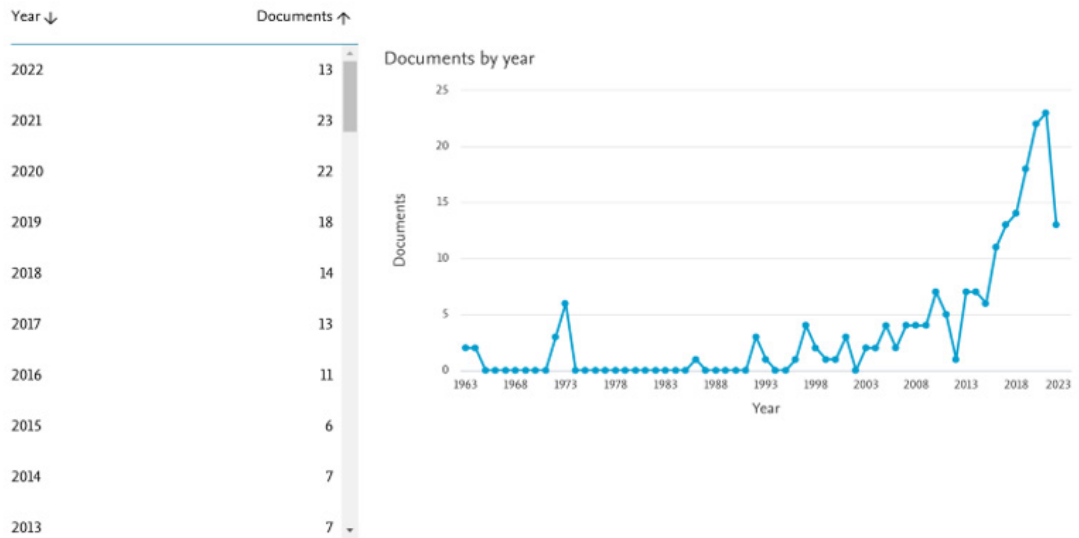
Gráfico 35. Publicaciones sobre geriatría y gerontología en países andinos según país al 2022

Analyze search results



Fuente: OMS, 2022.

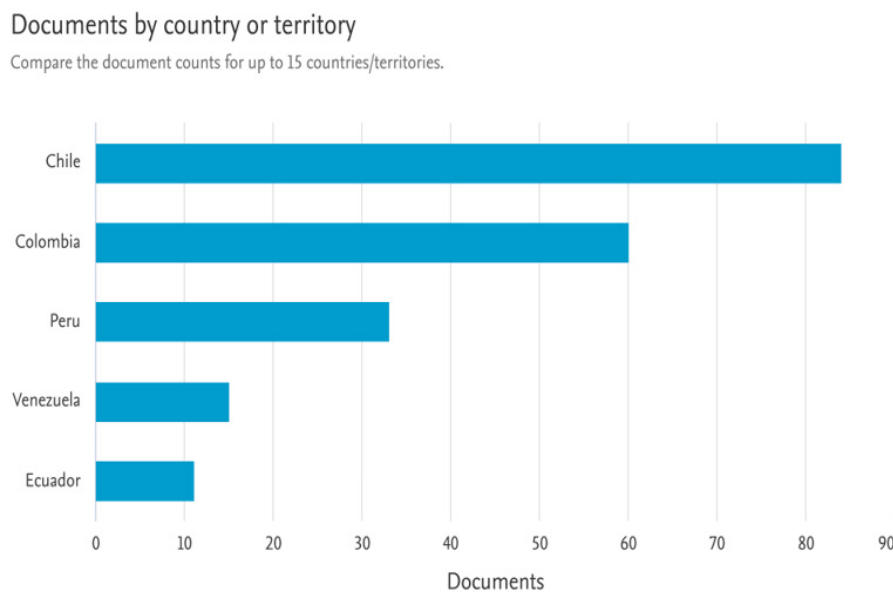
Gráfico 36. Publicaciones sobre geriatría y gerontología en países andinos según año



Fuente: OMS, 2022.

Además, se encontró que Chile y Colombia son los países que lideran las publicaciones con esta clave de búsqueda. (Ver Gráfico 37)

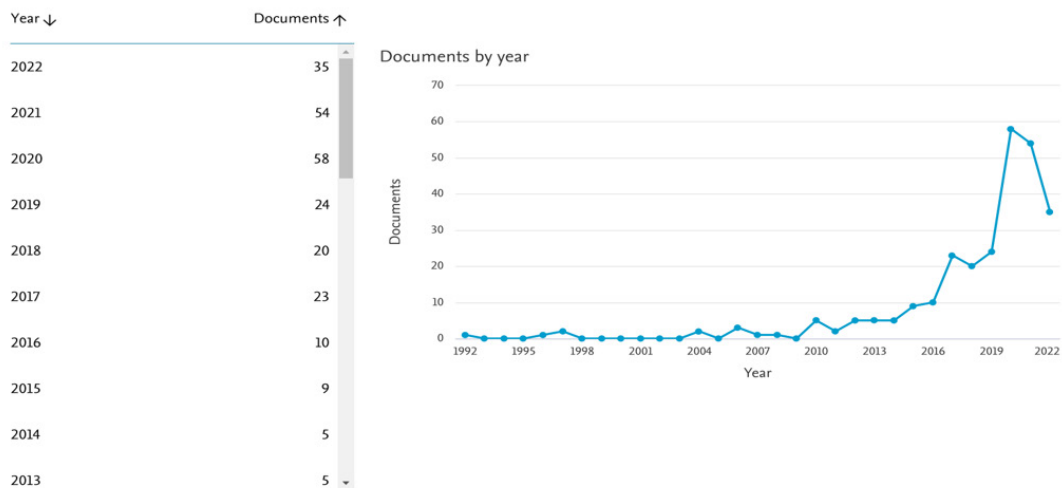
Gráfico 37. Publicaciones sobre geriatría y gerontología en países andinos según país



Fuente: OMS, 2022.

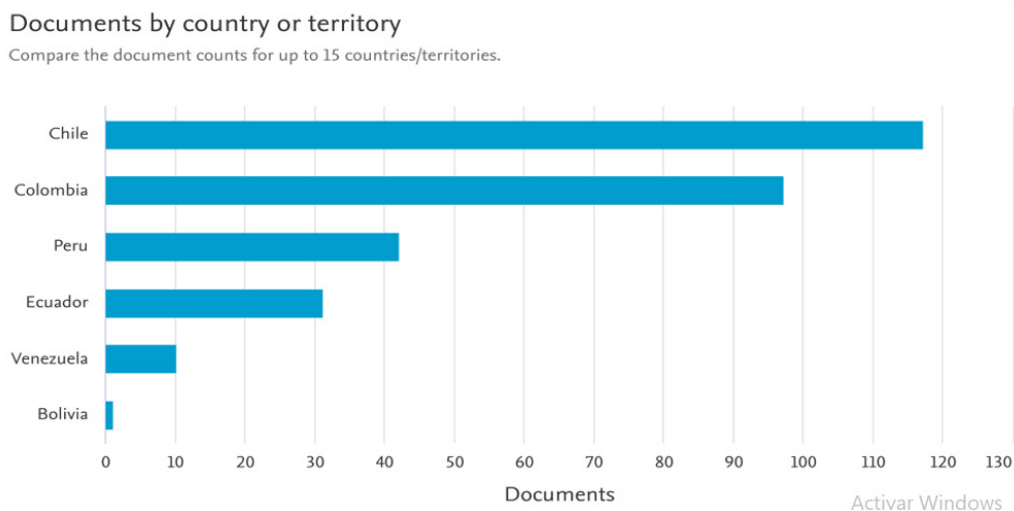
Se realizó una búsqueda sobre las publicaciones sobre fragilidad hasta Agosto del 2022 usando los términos TITLE-ABS-KEY (frailty) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Chile”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Colombia”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Peru”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Ecuador”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Venezuela”) OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , “Bolivia”). Se encontró que Chile y Colombia son los países que lideran las publicaciones con esta clave de búsqueda y hay una tendencia al aumento de publicaciones en los últimos años. (Ver Gráfico 38 y 39)

Gráfico 38. Publicaciones sobre fragilidad en países andinos según año



Fuente: OMS, 2022.

Gráfico 39. Publicaciones sobre fragilidad en países andinos según país

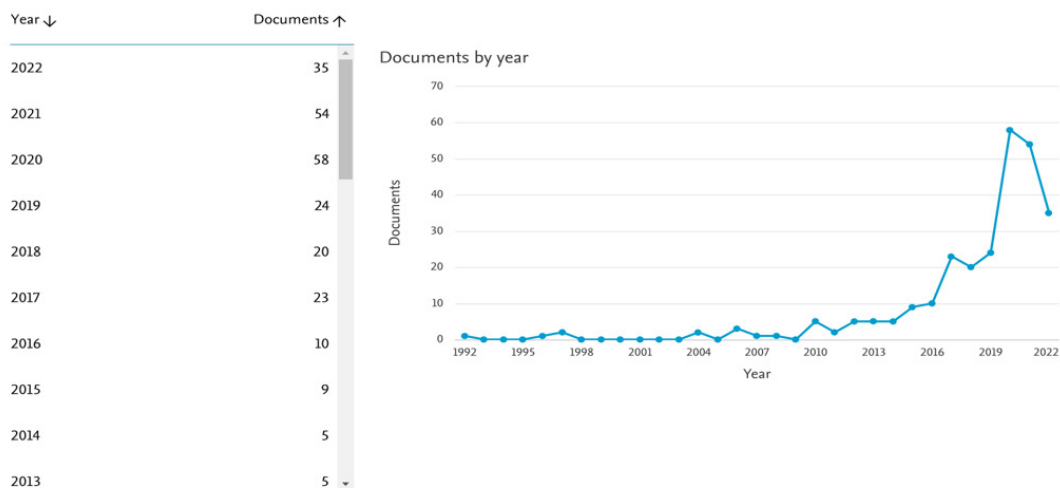


Fuente: OMS, 2022.



Al realizar una búsqueda sobre publicaciones sobre capacidad intrínseca y personas mayores se obtuvo sólo cinco hasta el 2022. Cabe señalar que el término capacidad intrínseca tampoco estaba hasta el momento de este informe en los documentos normativos de los países. (Ver Gráfico 40)

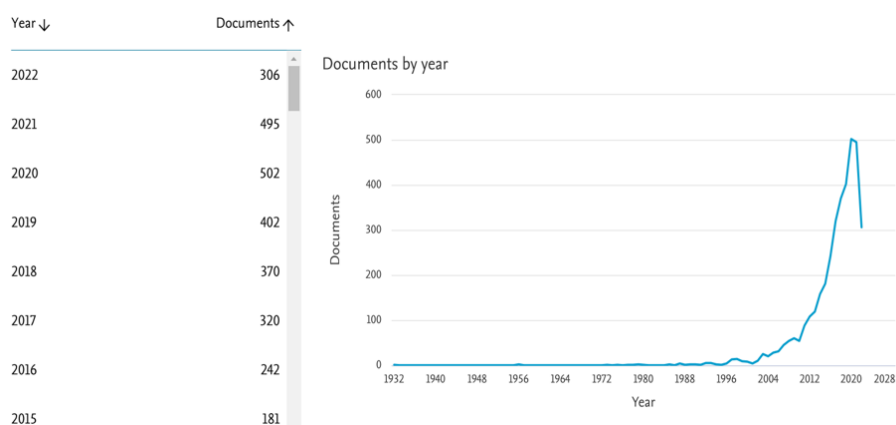
Gráfico 40. Publicaciones sobre personas mayores y capacidad intrínseca en países andinos según país, 2022



Fuente: OMS, 2022.

Se realizó una búsqueda sobre las publicaciones sobre discapacidad hasta Agosto del 2022 usando los términos TITLE-ABS-KEY (disability) AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Colombia") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Chile") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Ecuador") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Peru") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Venezuela") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY , "Bolivia")). Se encontró que Colombia y Chile son los países que lideran las publicaciones con esta clave de búsqueda y hay una tendencia al aumento de publicaciones en los últimos años. (Ver Gráficos 41 y 42)

Gráfico 41. Publicaciones sobre discapacidad en países andinos según año

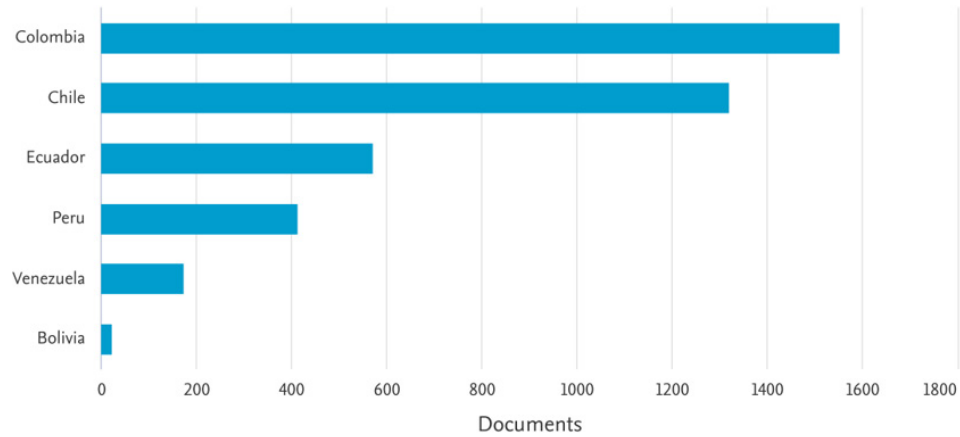


Fuente: OMS, 2022.

Gráfico 42. Publicaciones sobre discapacidad en países andinos según país

Documents by country or territory

Compare the document counts for up to 15 countries/territories.



Fuente: OMS, 2022.

Debemos mencionar que existen limitaciones metodológicas en las búsquedas realizadas ya que el análisis netamente descriptivo no permite una comparación estadísticamente significativa entre las diferentes comunidades del ORAS-CONHU. Además, al ser una revisión no sistemática, la extracción manual de estudios indexados probablemente presente sesgo de selección.

Los países miembros no lograron remitir en su totalidad las variables solicitadas, lo que redujo en gran medida la potencial generación de evidencia.





Conclusiones

- Los países de la Región Andina estudiados están envejeciendo rápidamente, pero aún tienen un bono demográfico que le permite tomar acciones para fomentar un envejecimiento saludable.
- Existe un nivel heterogéneo de envejecimiento poblacional. El país más envejecido es Chile y el menos envejecido es Bolivia. El grupo poblacional que más rápidamente envejece es el de 80 años y más.
- La transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles y crónicas degenerativas se ha producido en todos los países estudiados. Sin embargo, en muchos de ellos está presente la doble carga de enfermedad. Esta se ha producido de manera heterogénea entre los países.
- Todos los países de la Región Andina estudiados han ratificado la Convención Interamericana Por los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Los instrumentos legales, de política pública y gestión sobre el tema de envejecimiento saludable tienen diferentes niveles de desarrollo en los países estudiados. Todos los países tienen una ley para personas mayores. Todos los países refirieron tener vigente o en proceso de actualización, un Plan Nacional para personas mayores. Sin embargo, la presencia de términos como capacidad intrínseca, habilidad funcional o fragilidad es heterogénea en ellos. Los países que acaban de actualizar su política han hecho más visibles esos términos recientemente.
- En la mayoría de países el Ministerio de Salud no es el ente rector nacional sobre políticas sobre personas mayores.
- Los representantes de los ministerios de salud refirieron que el tema de edadismo aún necesitaba mayor trabajo coordinado intersectorialmente, ya que este era competencia principal de otros ministerios.
- El desarrollo de ciudades amigables en los países estudiados era muy heterogéneo. Chile destaca por tener más de 200 ciudades y programas evaluados.
- El grado de adecuación de los servicios de salud a las necesidades de las personas mayores es heterogéneo. La atención es habitualmente centrada en la enfermedad y los recursos humanos capacitados aún son insuficientes. Sólo dos países refirieron tener a la habilidad funcional como indicador principal.
- Si bien todos los países reportaron alguna acción para mejorar los cuidados de largo plazo, ninguno cuenta con un sistema de cuidados a largo plazo.





Recomendaciones

Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad avanzada que atienden actualmente

- Creando servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas de edad y garantizar su acceso
- Orientando a los sistemas en torno a la capacidad intrínseca
- Garantizando un equipo de personal sanitario sostenible y debidamente capacitado.

Promover la creación de sistemas de atención a largo plazo

- Colaborando para sentar las bases necesarias para un sistema de atención a largo plazo
- Conformando y manteniendo equipos de trabajo de atención a largo plazo sostenibles y debidamente capacitados
- Desarrollando mecanismos regionales que aseguren la calidad de la atención a largo plazo.

Promover la creación de entornos adaptados a las personas mayores

- Colaborando para impulsar el desarrollo de las ciudades amigables con las PM
- Creando estrategias regionales para combatir la discriminación por motivos de edad
- Propiciando la autonomía y difundir la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las PM
- Colaborando para diseminar y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y a todos los niveles de gobierno.

Desarrollar acciones para mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión

- Acordando indicadores, medidas y enfoques analíticos relativos al envejecimiento saludable para la Región Andina
- Colaborando para saber más acerca de la salud y las necesidades de las poblaciones mayores, y en qué medida se cubren sus necesidades a través de investigaciones regionales y optimización de los sistemas de información nacionales
- Colaborando para comprender mejor las trayectorias del envejecimiento saludable en la Región Andina y qué se puede hacer para mejorarlas.





Salud
Mental,
DERECHO
de
todos

Que nadie se quede atrás



Estamos cerca de ti.
El personal de salud te visitará
para complementar tus
atenciones en salud mental,
cuando sea necesario.

Referencia

1. Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento [Internet]. Madrid: Naciones Unidas; 2003 [consultado 2016 mayo 15]. p. 57. Disponible en <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud (OMS). Plan De Acción Sobre La Salud De Las Personas Mayores Incluido El Envejecimiento Activo Y Saludable. Consejo Directivo [Internet] 2009 [consultado 2016 Mar 24] ;34(398):233–40. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26.r20-s.pdf>.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud. [Internet] OMS: Ginebra; 2015. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf.nih.gov/pubmed/15003161%5Cnhttp://www.scielo.cl/pdf/u.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet] 2020;31. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true.
5. OPS/OMS. Hacia la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet] 2019;53. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15182:hacia-la-decada-del-envejecimiento-saludable-2020-2030&Itemid=72512&lang=es.
6. Panamerican Health Organization. Envejecimiento: ¿las personas están viviendo los años adicionales con buena salud? | Observatorio de Salud y Envejecimiento [Internet] 2015 [consultado en 2019 ago 27]. Disponible en <http://observatorio.mayoressaludables.org/envejecimiento-las-personas-estan-viviendo-los-anos-adicionales-con-buena-salud>.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Datos y estadísticas de inmunización [Internet] 2019.[consultado en 2022 Sep 1]. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/datos-estadisticas-inmunizacion>.
8. OPS Datos y Visualizaciones - OPS/OMS, [Internet]2019 [consultado en 2022 Sep 16]. Disponible en <https://www.paho.org/es/datos-visualizaciones>.
9. Parodi G. JF. La atención primaria de salud como estrategia para el bienestar de las personas mayores. Acta méd Perú, [Internet] 2009 [consultado en 2017 ene18];26(4):267–70. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400015&nrm=iso.



10. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo. [Internet]. WDC; 2021. Disponible en <https://doi.org/10.37774/9789275324455>.
11. Organización de Estados Americanos – Asamblea General. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Cuaderno Jurídico y Político [Internet]. 2017; 2(7): 65-89.. Disponible en <https://camjol.info/index.php/cuadernojurypol/article/view/11040>.
12. OEA. Departamento de Derecho Internacional: Tratados Multilaterales Interamericanos[Internet] 1997 [consultado en 2022 sep 13] ;p. 1–11. Disponible en https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_B-58_contra_Corrupcion_firmas.asp.
13. Ministerio de Salud de Chile. Oficina De Salud Integral Para Personas Mayores / Departamento Ciclo Vital División De Prevención Y Control De Enfermedad: Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción, 2020-2030. Santiago de Chile: Subsecretaría De Salud Pública; 2021.
14. IMSERSO. Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores: ¿Qué es la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores? [Internet] 2017 [citado 2022 sep 17]. Disponible en http://ciudadesamigables.imsero.es/imsero_03/ciudades_amigables/ciu_amig/quer/index.htm.
15. Hallasi Roselló DD, Hallasi Roselló L. Atención Al Adulto Mayor En Las Comunidades Andinas. Lima: Revista ECIPeru; 2019. p. 80–2.
16. Sanz Ayarza J, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Evaluación Socio-Familiar del Adulto Mayor de Once Comunidades Altoandinas Peruanas [Internet] 2019. Disponible en http://repositorio.cientifica.edu.pe:8080/bitstream/handle/UCS/588/TL_Ayarza_Sanz.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. Parodi JF, Runzer-Colmenares FM. Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet] 2021 [consultado 2021 sep 3];45:1. Disponible en </pmc/articles/PMC8369112/>.
18. Curreri N, Hoffman J, Parodi J, Keating N. Rural Communities for Ageing-Well in Latin America and Sub-Saharan Africa: A Scoping Review Protocol. Social Science Protocols [Internet]. 2022; p. 1–7. Disponible en <http://journals.ed.ac.uk/social-science-protocols/article/view/6504>.



19. Banda A, Keating N, Hoffman J, Parodi J, Curreri N. Features of Rural Communities in Latin America and Sub-Saharan Africa That Influence Well-Being of Older Persons. *Innov Aging*, [Internet] 2021 Dic 17;5(Suplemento_1):420–1. Disponible en https://academic.oup.com/innovateage/article/5/Supplement_1/420/6466293.
20. Abizanda P, Rodríguez-Mañas L. Function But Not Multimorbidity at The Cornerstone of Geriatric Medicine *J Am Geriatr Soc* [Internet]; 2017; 65(10):2333–4. Disponible en <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.15021>.
21. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era *Am J Med* [Internet]; 2004 [consultado el 2018 ago 3];116(3):179–85. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934303006661>.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Construir Salud a lo largo Curso de vida [Internet]. 2021 [consultado 2021 ago 12]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>.
23. Araujo De Carvalho I, Martin C, Cesari M, Sumi Y, Thiyagarajan JA, Beard J. Operationalising the concept of intrinsic capacity in clinical settings. *WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing*; [Internet]. 2017 [consultado el 2019 oct 17];(Noviembre):31. Available from: <https://www.who.int/ageing/health-systems/clinical-consortium/CCHA2017-backgroundpaper-1.pdf>.
24. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster JY, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2018 [consultado el 2018 feb 27];73(12):1653–60. Disponible en <https://academic.oup.com/biomedgerontology/advance-article/doi/10.1093/gerona/gly011/4834876>.
25. Morsch P, Pelaez M, Vega E, Hommes C, Lorig K. Evidence-based programs for older persons in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2021 [consultado 2021 sep 3];45:1. Disponible en [/pmc/articles/PMC8369133/](https://pmc/articles/PMC8369133/)
26. Tinetti M, Huang A, Molnar F. The Geriatrics 5M's: A New Way of Communicating What We Do. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2017 [consultado el 2021 ago 26];65(9):2115. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14979>.
27. Bratzke LC, Muehrer RJ, Kehl KA, Lee KS, Ward EC, Kwekkeboom KL. Self-management priority setting and decision-making in adults with multimorbidity: A narrative review of literature. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015;52(3):744–55. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315694/>.



28. Atención prioritaria del paciente: alineación de la atención con lo que les importa a los pacientes | Ética ACP [Internet]. [consultado el 2021 nov 6]. Disponible en https://ethosce.acponline.org/patient-priorities-care?_ga=2.100024542.1908620252.1559066249-172929199.1558443249.
29. Tinetti ME, Naik A, Dindo L. Sus prioridades de salud Guía para el paciente asegurar que su atención médica se ajuste a [Internet] 2017. Disponible en <https://myhealthpriorities.org/>.
30. Gonzalez-Bautista E, Morsch P, Mathur M, Bós ÂJG, Hommes C, Vega E. Assessing health system responsiveness to the needs of older people. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2022 Sep 13];45. Disponible en www.paho.org/journal%7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2021.127.
31. Parodi JF, Lisigurski-Teitelman M, Fernandez-Vigil J, Vega-Garcia E, Pelaez Martha, Zuniga-Gil C, et al. I Foro Nacional Sobre Enseñanza de Geriatria y Gerontologia en el Peru [Internet]; 2005. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/326723310_I_Foro_Nacional_Sobre_Ensenanza_de_Geriatria_y_Gerontologia_en_el_Peru.
32. López JH, Reyes-Ortiz CA. Geriatric Education in Undergraduate and Graduate Levels in Latin America. *Gerontol Geriatr Educ* [Internet]. 2015 [consultado el 2021 nov 16];36(1):3–13. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1080/02701960.2014.911662>.
33. Robledo LMG, Cano-Gutiérrez C, Garcia EV. Healthcare for older people in Central and South America. *Age Ageing* [Internet]. 2022 [consultado el 2022 mayo 23];51(5). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35604089/>.
34. Vega E, Parodi J, Menendez J, Rodriguez L. Improving Leadership Competencies In Public Health And Aging: The Latin America Experience [Internet] 2017. [consultado el 2017 sep 10];1(suppl_1):1272–1272. Disponible en https://academic.oup.com/innovateage/article/1/suppl_1/1272/3901854.
35. Navarrete-Mejía PJ, Parodi JF, Rivera-Encinas MT, Runzer-Colmenares FM, Velasco-Guerrero JC, Sullcahuaman-Valdiglesias E. Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia por SARS-COV-2, Lima-Perú. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA* [Internet]. 2020. [consultado el 2020 abril 22];13(1):26–31. Disponible en <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/596/309>.
36. Jimenez Vilafuerte VmV. Perfil epidemiológico del cuidado en el servicio de atención domiciliaria geriátrica de la clínica geriátrica “San José” PNP [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2064>.



37. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada [Internet]. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 2005;17(5–6):307–22. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
38. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull World Health Organ*. 2004;82(4):251–8.
39. Dintrans PV, Mathur M, González-Bautista E, Browne J, Hommes C, Vega E. Implementing long-term care systems in the Americas: A regional strategy. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* [Internet]. 2021 [consultado el 2022 sep 13];45:1DUUMY. Disponible en <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.86>.
40. Matus-Lopez M, Chaverri-Carvajal A. Population with long-term care needs in six latin american countries: Estimation of older adults who need help performing adls. *Int J Environ Res Public Health*; [Internet]. 2021 jul 27 [consultado el 2022 mayo 27];18(15):7935. Disponible en <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/7935/htm>.
41. Aranco N, Stampini M. Prevalence of Care Dependence Among Older Persons in 26 Latin American and Caribbean Countries; 2022.
42. Zurique Sánchez C, Cadena Sanabria MO, Zurique Sánchez M, Camacho López PA, Sánchez Sanabria M, Hernández Hernández S, et al. Prevalence of dementia in the elderly in Latin America: A systematic review. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019;54(6):346–55. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>.
43. Hojman DA, Duarte F, Ruiz-Tagle J, Budnich M, Delgado C, Slachevsky A. The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile *PLoS One* [Internet]. 2017 [consultado el 2022 May 27];12(3):e0172204. Disponible en <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172204>.
44. Villalobos Dintrans P. *The Future of Long-Term Care. Protests and Riots Past: Present and future perspectives*. New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2021.
45. Atauje Yance CA, Runzer-colmenares FM, Parodi JF. Factores asociados al uso de servicios de salud por adultos mayores de comunidades en los andes peruanos [Internet]. Universidad de San Martín de Porres (USMP); 2017. Disponible en <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3006>.



46. Estela-Ayamamani D, Espinoza-Figueroa J, Columbus-Morales M, Runzer-Colmenares F, Parodi JF, Mayta-Tristán P. Rendimiento físico de adultos mayores residentes en zonas rurales a nivel del mar y a gran altitud en Perú. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [consultado el 2021 Feb 26];50(2):56–61. Disponible en <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X14002479>.
47. Urrunaga-Pastor D, Moncada-Mapelli E, Runzer-Colmenares FM, Bailon-Valdez Z, Samper-Ternent R, Rodríguez-Mañas L, et al. Factors associated with poor balance ability in older adults of nine high-altitude communities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;77:108–14.
48. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur [Internet]. Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los Países Iberoamericanos; 2001;342. Disponible en http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf.
49. DANE y Fundación Saldarriaga Concha. Personas mayores en Colombia: Hacia la inclusión y la participación [Internet]. Gobierno de Colombia; 2021. Disponible en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.pdf>.
50. DANE y Adulto mayor en Colombia. Información para todos. [Internet]. Gobierno de Colombia; 2021. Disponible en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>.
51. UNPFA. Adultos Mayores en el Perú [Internet]. Fondo de Publicaciones de las Naciones Unidas; 2015. p. 3. Disponible en <https://peru.unpfa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNPFA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf>.
52. Más del 86% de los adultos mayores viven sumergidos en la pobreza en Venezuela [Internet]. La Prensa de Lara; 2022. [consultado 2022 oct 18]. Disponible en <https://www.descifrado.com/2022/09/15/mas-del-86-de-los-adultos-mayores-viven-sumergidos-en-la-pobreza-en-venezuela/>.
53. Adultos mayores de Venezuela, entre la pobreza y el desamparo, según encuesta [Internet]. Swissinfo.cl; 2022 [consultado en 2022 oct 18]. Disponible en https://www.swissinfo.ch/spa/venezuela-pobreza_adultos-mayores-de-venezuela--entre-la-pobreza-y-el-desamparo--seg%C3%BAAn-encuesta/47907730.
54. 86% de adultos mayores en Venezuela está en situación de pobreza | Convite Asociación Civil [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Disponible en <https://conviteac.org.ve/86-de-adultos-mayores-en-venezuela-esta-en-situacion-de-pobreza/>



55. Sifontes Y, Contreras M, Herrera Cuenca M. Envejecer en el complejo entorno venezolano. Caracas: Anales Venezolanos de Nutrición. 2022;34(2):76–83.
56. MIES. Caracterización De La Población Adulta Mayor [Internet]. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2018;(593 2). Disponible en <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/informes-pamusrext/2018-inf-pam-usrint?download=194:informe-adulto-mayor-enero>.
57. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de la población adulta mayor [Internet]. Vol. 2, Inei. 2021 [consultado el 2021 ago 19]. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adulto-mayor-dic_2019.pdf.
58. Venezuela IN de ERB de. XIV Censo Nacional de Población y Vivienda: Resultados Total Nacional de la República Bolivariana de Venezuela [Internet]. 2014 [consultado el 2022 oct 18]. Disponible en <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/nacional.pdf>
59. Blank CA. Panorama de la situación social actual de las personas mayores en Venezuela. Caracas; 2021.
60. Arenas de Mesa A. Los sistemas en América Latina: Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera en tiempos del COVID-19 (serie Macroeconomía del Desarrollo).. Santiago de Chile; 2019 Reporte N.º 212.
61. Álvarez F, Brassiolo P, Toledo M, Allub L, Alves G, de la Mata D, et al. RED 2020: Los sistemas de pensiones y salud en América Latina. Los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad [Internet]. 2020;. 385. Disponible en <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fscioteca.caf.com%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F1652%2F1652%2Flos%2520sistemas%2520de%2520pensiones%2520y%2520salud%2520en%2520Am%25C3%25A9rica%2520Latina.%2520Los%2520desaf>
62. Parodi García JF. La Persona Mayor y La Pandemia por la COVID-19. In: Pareja-Cruz A, editor. Un Nuevo Corona Virus, una nueva enfermedad: COVID-19. segunda Ed. Lima: Fondo Editorial Universidad San Martín de Porres; 2020. p. 157.
63. Nestola T, Orlandini L, Beard JR, Cesari M. COVID-19 and Intrinsic Capacity. Journal of Nutrition, Health and Aging. 2020;24(7):692–5.
64. Hubbard RE, Maier AB, Hilmer SN, Naganathan V, Etherton-Beer C, Rockwood K. Frailty in the Face of COVID-19. Age Ageing [Internet]. 2020;1–2. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32374368>.



65. Boreskie KF, Hay JL, Duhamel TA. Preventing Frailty Progression during the COVID-19 Pandemic. *J Frailty Aging*. 2020;9(3):130–1.
66. Welch C, Greig C, Masud T, Wilson D, Jackson TA. COVID-19 and Acute Sarcopenia. *Aging Dis* [Internet]. 2020;11(6):1345. Disponible en <http://www.aginganddisease.org/EN/10.14336/AD.2020.1014>.
67. Kirwan R, McCullough D, Butler T, Perez de Heredia F, Davies IG, Stewart C. Sarcopenia during COVID-19 lockdown restrictions: long-term health effects of short-term muscle loss. *Geroscience* [Internet]. 2020 Dec 1 [consultado el 2020 dic 20];42(6):1547–78. Disponible en <http://10.0.3.239/s11357-020-00272-3>.
68. Machado CLF, Pinto RS, Brusco CM, Cadore EL, Radaelli R. COVID-19 pandemic is an urgent time for older people to practice resistance exercise at home. *Exp Gerontol* [Internet]. 2020;141(Julio):111101. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.exger.2020.111101>.
69. Saraiva MD, Apolinario D, Avelino-Silva TJ, de Assis Moura Tavares C, Gattás-Vernaglia IF, Marques Fernandes C, et al. The Impact of Frailty on the Relationship between Life-Space Mobility and Quality of Life in Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *J Nutr Health Aging*, [Internet]. 2021;25(4):440–7. Disponible en <http://link.springer.com/10.1007/s12603-020-1532-z>.
70. Spolidoro GCI, Azzolino D, Shamir R, Cesari M, Agostoni C. Joint effort towards preventing nutritional deficiencies at the extremes of life during COVID-19. *Nutrients*. 2021;13(5):1–18.
71. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. *The Lancet* [Internet]. 2020 Apr [consultado el 2020 abr 20];395(10231):1190–1. Disponible en <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620307558>.
72. Manca R, de Marco M, Venneri A. The Impact of COVID-19 Infection and Enforced Prolonged Social Isolation on Neuropsychiatric Symptoms in Older Adults With and Without Dementia: A Review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Oct 22 [consultado el 2021 jun 14];11:585540. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33192732/>.
73. Van Den Besselaar JH, MacNeil Vroomen JL, Buurman BM, Hertogh CMPM, Huisman M, Kok AAL, et al. Symptoms of depression, anxiety, and perceived mastery in older adults before and during the COVID-19 pandemic: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Psychosom Res* [Internet]. 2021;151(Julio):110656. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110656>.
74. Hyland P, Shevlin M, Murphy J, McBride O, Fox R, Bondjers K, et al. A longitudinal assessment of depression and anxiety in the Republic of Ireland before and during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021 Jun;300(Febrero 2019):113905. Disponible en <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016517812100202X>.



75. Wu B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Glob Health Res Policy*. 2020;5(1):4–6.
76. Long E, Patterson S, Maxwell K, Blake C, Bosó Pérez R, Lewis R, et al. COVID-19 pandemic and its impact on social relationships and health. *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 2021 [consultado el 2021 oct 7];0;jech-2021-216690. Disponible en <https://jech.bmj.com/content/early/2021/08/18/jech-2021-216690>.
77. Abbasi J. Social Isolation - The Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020;324(7):619–20.
78. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira D v., et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *Journal of Nutrition, Health and Aging* [Internet]. 2020;(27). Disponible en https://www.researchgate.net/publication/342278319_IMPACT_OF_SOCIAL_ISOLATION_DUE_TO_COVID-19_ON_HEALTH_IN_OLDER_PEOPLE_MENTAL_AND_PHYSICAL_EFFECTS_AND_RECOMMENDATIONS.
79. “Adultos mayores representan el 49% de las muertes por covid-19 en Colombia” [Internet]. [cited 2022 Nov 10]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Adultos-mayores-representan-el-49-de-las-muertes-por-covid-19-en-Colombia.aspx>
80. Parodi JF, Runzer-Colmenares FM. El Amor en los Tiempos del COVID-19: Centrado En Cuidado de las Personas Mayores. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA*. 2020;13(1):84–7.
81. Parodi JF, Runzer-Colmenares F, Navarrete-Mejía J, Pareja-Cruz A. Tamizaje en las personas mayores con dependencia de cuidados: clave en la estrategia para mitigar la pandemia por COVID-19. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2021 [consultado el 2021 dic 20];21(4):e1384. Disponible en <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1384>.
82. Volpato S, Landi F, Incalzi RA. A Frail Health Care System for an Old Population: Lesson form the COVID-19 Outbreak in Italy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2020 Apr 21 [consultado el 2020 abr 24];XX(Xx):1–2. Disponible en <https://academic.oup.com/biomedgerontology/advance-article/doi/10.1093/gerona/glaa087/5823151>.
83. Morante-Osores R, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Never Thought I was Going to be Placed in a Situation Like This: In the Shoes of the Doctor Responsible for Municipal Health, Back in My Country, Perú. *Journal of Population Ageing* 2022 [Internet]. 2022 [consultado el 2022 nov 8];15(3):803–10. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s12062-022-09381-7>.



84. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19. 2020;123. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52729>.
85. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y otros. El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala Entre la invisibilización y la resistencia colectiva [Internet]. Publicación de las Naciones Unidas LC/TS. 2020 [consultado el 2022 oct 30];9–15. Available from: www.cepal.org/apps
86. Morley JE. COVID-19 — The Long Road to Recovery. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2020 Sep 5;24(9):917–9. Disponible en <http://link.springer.com/10.1007/s12603-020-1497-y>.
87. Donnelly JP, Wang XQ, Iwashyna TJ, Prescott HC. Readmission and Death After Initial Hospital Discharge Among Patients With COVID-19 in a Large Multihospital System. *JAMA* [Internet]. 2020 [consultado el 2020 dic 20]; Disponible en <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2774380>.
88. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA - Journal of the American Medical Association* [Internet]. 2020;324(6):603–5. Disponible en <http://10.0.3.233/jama.2020.12603>.
89. Córdova LDS, Vega APM, Luján-Carpio E, Parodi JF, Moncada-Mapelli E, Armacanqui-Valencia I, et al. Clinical characteristics of older patients with COVID-19: a systematic review of case reports. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2021 Mar;15(1):1–15. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642021000100001&tIng=en.
90. Sheth K, Lorig K, Stewart A, Parodi JF, Ritter PL. Effects of COVID-19 on Informal Caregivers and the Development and Validation of a Scale in English and Spanish to Measure the Impact of COVID-19 on Caregivers. *Journal of Applied Gerontology* [Internet]. 2020 [consultado el 2020 nov 4];073346482097151. Disponible en <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0733464820971511>.
91. Groisman D, Soares dos Santos A, Crús D, da SILVA Lordello Í, Bernardo MH, de Olivera Duarte Y. Orientaciones para cuidadores de Adultos Mayores en el marco de la epidemia del Nuevo Coronavirus - Covid-19. 2020.
92. Low LF. The Long-Term Care COVID-19 situation in Australia. 2020;(April):1–5.
93. Lorenz-Dant K. Germany and the COVID-19 long-term care situation. 2020.
94. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis

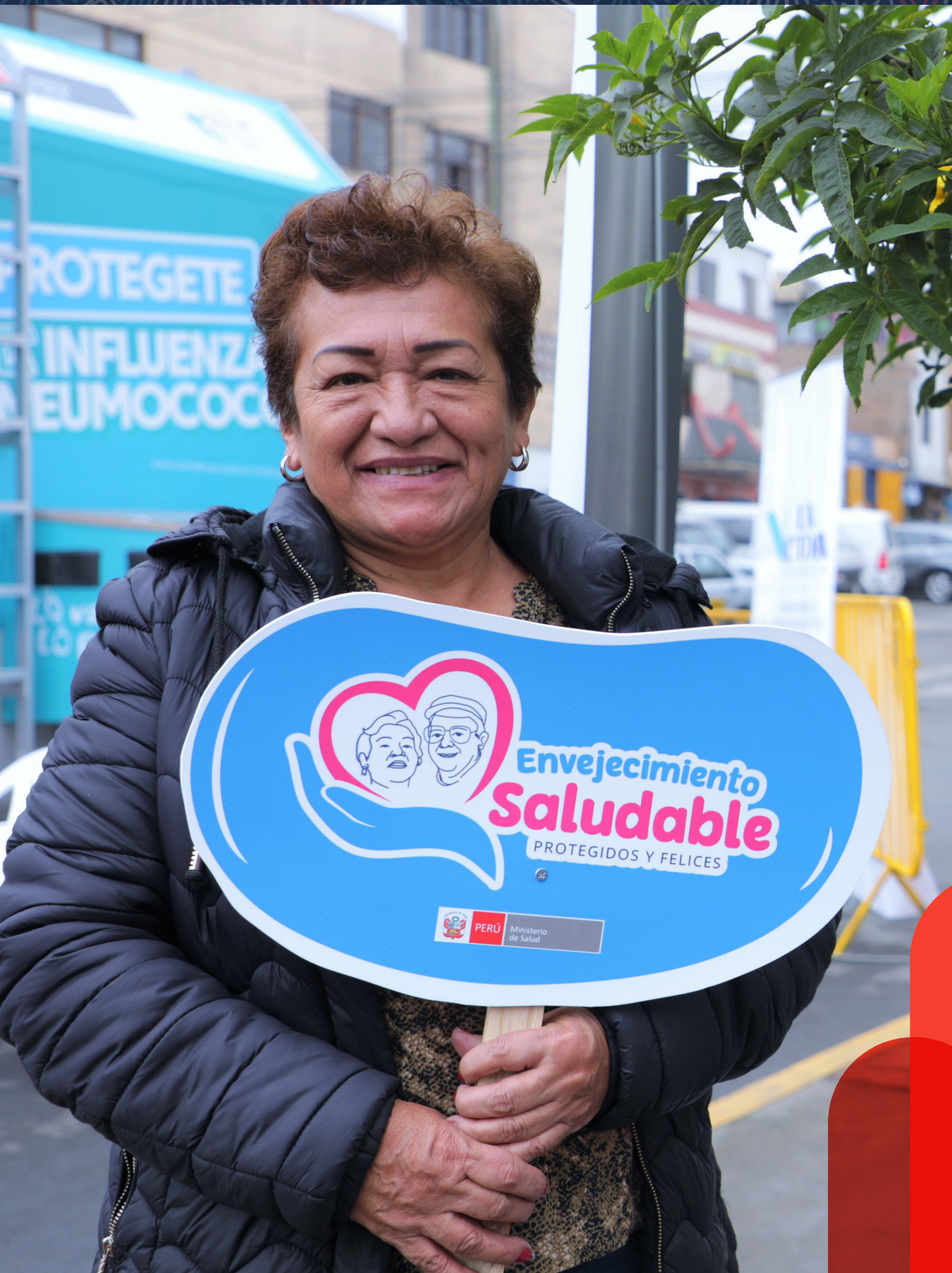


- Correspondence to [Internet]. medRxiv. Cold Spring Harbor Laboratory; 2021. Disponible en [//doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617](https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617).
95. Parodi JF, Runzer-colmenares F, Navarrete-mejía J, Pareja-cruz A. Tamizaje en las personas mayores con dependencia de cuidados: clave en la estrategia para mitigar la pandemia por COVID-19 | Screening for care-dependent older people : a key element in the strategy to mitigate COVID-19 pandemic. *Horizonte Médico (Lima)*. 2021;21(4).
 96. WHO. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief. 2020;(July):54. Disponible en [WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1).
 97. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine [Internet]*. 2020 May 21 [consultado el 2020 mar 26];382(21):2005–11. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32220208>.
 98. Meyer D, Martin E. How to Reduce COVID-19 Spread in Long-Term Care Facilities: Challenges and Recommendations [Internet]. *Clinician's Biosecurity News*. 2020 [consultado el 2020 jul 3]. Disponible en <https://www.centerforhealthsecurity.org/cbn/2020/cbnreport-03232020.html>.
 99. Lau-Ng R, Caruso LB, Perls TT. COVID-19 Deaths in Long-Term Care Facilities: A Critical Piece of the Pandemic Puzzle. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 2020;17(11):jgs.16669. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.16669>.
 100. WHO. Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19. Interim Guidance of World Health Organization. 2020;(Marzo):1–5.
 101. Cano-Gutierrez C, Gutiérrez-Robledo LM, Lourenço R, Marín PP, Morales Martínez F, Parodi J, et al. La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]*. 2021 Ago 16;45:1. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54642>.
 102. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc.; 2020; 21. p. 576–7.
 103. ONU. COVID-19 and Human Rights. We are all in this together [Internet]. *Escriba en Silos*. 2020 [consultado el 2020 may 4]. Disponible en https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf.
 104. Zambrano Monzón MA, Ibarra Ervin S. Competencias sobre geriatría, ageísmo y educación virtual en el contexto de la pandemia por Covid-19 [Internet]. Repositorio



- Institucional – UCS. Universidad Científica del Sur; 2021 [consultado 2021 ago 26]. Disponible en <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/1802>.
105. Soiza RL, Scicluna C, Thomson EC. Efficacy and safety of COVID-19 vaccines in older people. *Age Ageing* [Internet]. 2021 Feb 26;50(2):279–83. Disponible en <http://10.0.4.69/ageing/afaa274>.
 106. Wang J, Tong Y, Li D, Li J, Li Y. The Impact of Age Difference on the Efficacy and Safety of COVID-19 Vaccines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Immunol* [Internet]. 2021 Dec 6 [consultado el 2022 ene 18];12. Disponible en [/pmc/articles/PMC8685545/](https://pmc/articles/PMC8685545/).
 107. Dhama K, Patel SK, Natesan S, Vora KS, Iqbal Yatoo M, Tiwari R, et al. COVID-19 in the elderly people and advances in vaccination approaches. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2020 [consultado el 2021 ago 17];16(12):2938–43. Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21645515.2020.1842683>.
 108. San Segundo D, Comins-Boo A, Lamadrid-Perojo P, Irure-Ventura J, Castillo-Otí JM, Wallman R, et al. COVID-19 mRNA Based Vaccine Immune-Response Assessment in Nursing Home Residents for Public Health Decision. *Vaccines (Basel)* [Internet]. 2021 [consultado el 2022 ene 18];9(12):1429. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34960173/>.
 109. Parodi JF, Morante R, Hidalgo L, Carreño R. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. Lima: Horizonte Médico. 2016;16(1):69–74.
 110. World Health Organization. The WHO Age-friendly Cities Framework [Internet]. World Health Organization. 2021 [consultado el 2022 sep 12]. Disponible en <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework/>.
 111. World Health Organization (WHO). Number of countries that have a national programme to support activities in line with the WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities [Internet]. [consultado el 2022 sep 12]. Disponible en <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/number-of-countries-that-have-a-national-programme-to-support-activities-in-line-with-the-who-global-network-for-age-friendly-cities-and-communities>.





PROTEGETE
INFLUENZA
PNEUMOCOCCO

**Envejecimiento
Saludable**
PROTEGIDOS Y FELICES

PERÚ Ministerio de Salud

Anexo

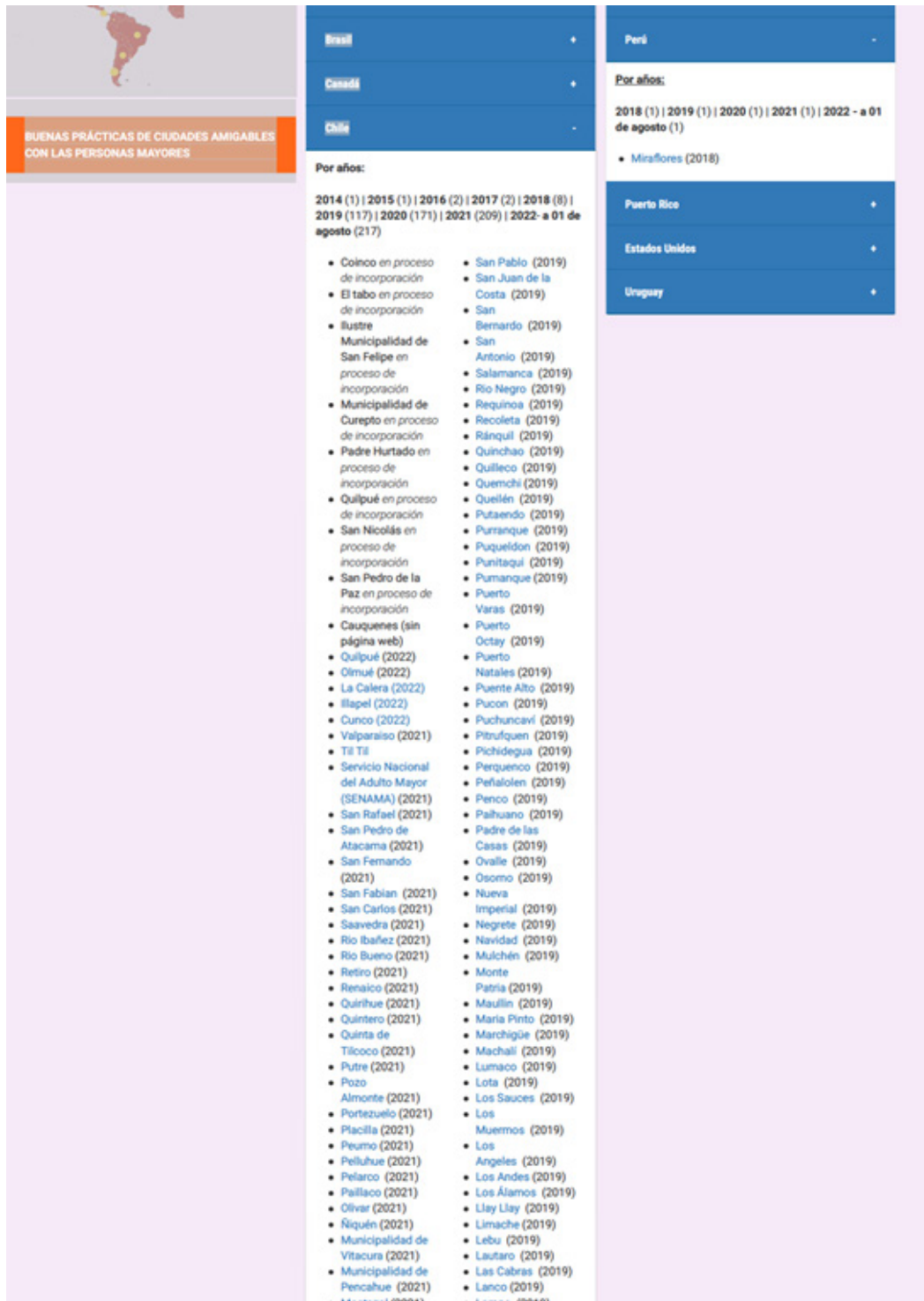
Gráfico 43. Buenas prácticas de ciudades amigables con las Personas Mayores. Colombia



Fuente: World Health Organization. *The WHO Age-friendly Cities Framework*. [World Health Organization](#), 2021.

Fuente: World Health Organization. *The WHO Age-friendly Cities Framework*. World Health Organization, 2021.

Gráfico 44. Buenas prácticas de ciudades amigables con las Personas Mayores en Chile, 2022



Fuente: World Health Organization (WHO). Number of countries that have a national programme to support activities in line with the WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities.



Tabla 13. Conceptos clave y términos de búsqueda

Población de interés	<p>Elderly "older adult" OR "elderly people"</p> <p>"Anciano" OR "adulto mayor" OR "persona mayor" OR "persona de edad" Andean "Andean"</p> <p>"Andes"</p>
Contexto	
• Age group	<p>"Age group"</p> <p>"Grupo de edad" OR "Grupo etario"</p>
• Gender	<p>"Gender" OR "Sex" OR "Gender identity"</p> <p>"Genero" OR "Identidad de Género"</p>
• Marital status	<p>"Marriage" OR "marital problem" OR "marital satisfaction" OR "marital status"</p> <p>"Estado civil" OR "Estado matrimonial" OR "Situación matrimonial" OR "Estado Marital"</p>
• Job	<p>"Job"</p> <p>"Trabajo"</p>
• Demographic indicators	<p>"demographical" OR "demographically" OR "demography" OR "demography" OR "demographic" OR "demographics" AND "indicators and reagents"</p> <p>"Indicadores demográficos" OR "Indicadores biodemográficos"</p>
• Chronic diseases	<p>"chronic illness"</p> <p>"Casos crónicos" OR "Condicion crónica" OR "Cuadros crónicos" OR "Dolencias crónicas" OR "Enfermedades crónicas"</p>
• Infectious diseases	<p>"infection" OR "autoinfection" OR "infectivity"</p> <p>"Enfermedad Contagiosa" OR "Enfermedad Infectocontagiosa" OR "Enfermedad transmisible" OR "Enfermedades contagiosas" OR "Enfermedades infectocontagiosas" OR "Enfermedades transmisibles"</p>



<ul style="list-style-type: none"> • Education 	<p>“Education” OR “intellectual training” OR “perceptorship” OR “preceptorship” OR “training support” OR “self-evaluation programs”</p> <p>“Educación” OR “Actividades educativas” OR “Educar”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Poverty 	<p>“Poverty” OR “indigence” OR “indigency”</p> <p>“Población de Bajos Ingresos” OR “Población de Bajos Salarios” OR “Pobreza Absoluta” OR “Pobreza Extrema” OR “Pobreza Humana” OR “Pobreza Relativa”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Homeless 	<p>“Homeless” OR “street people” OR “vagabond” OR “vagrant people” OR “vagrant person”</p> <p>“Indigente” OR “Indigencia”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Access to healthcare 	<p>“healthcare” OR “healthcare access”</p> <p>“Acceso a servicios de salud” OR “Disponibilidad de los servicios de salud” OR “Accesibilidad geografica a los servicios de salud”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Child mortality 	<p>“Child mortality”</p> <p>“Mortalidad infantil” OR “Mortalidad infantil tardía” OR “Mortalidad neonatal” OR “Mortalidad posneonatal” OR “Mortalidad tardía del lactante”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Maternal mortality 	<p>“Mother mortality”</p> <p>“Mortalidad materna”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nutritional status 	<p>“Nutritional state” OR “nutrition”</p> <p>“Estado nutricional” OR “Estado de nutrición”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Smoking 	<p>“Smoking” OR “smoker”</p> <p>“Tabaquismo” OR “Adicción a la nicotina” OR “Dependencia a la nicotina” OR “Dependencia de Tabaco” OR “Trastorno por consumo de nicotina” OR “Trastorno por uso de tabaco”</p>



<ul style="list-style-type: none"> • Covid-19 	<p>'coronavirus disease 2019' OR '2019 novel coronavirus disease' OR '2019 novel coronavirus epidemic' OR '2019 novel coronavirus infection' OR '2019-ncov disease' OR '2019-ncov infection' OR 'covid' OR 'covid 19' OR 'covid 19 induced pneumonia' OR 'covid 2019' OR 'covid-10' OR 'covid-19' OR 'covid-19 induced pneumonia' OR 'covid-19 pneumonia' OR 'covid19' OR 'sars coronavirus 2 infection' OR 'sars coronavirus 2 pneumonia' OR 'sars-cov-2 disease' OR 'sars-cov-2 infection' OR 'sars-cov-2 pneumonia' OR 'sars-cov2 disease' OR 'sars-cov2 infection' OR 'sarscov2 disease' OR 'sarscov2 infection' OR 'wuhan coronavirus disease' OR 'wuhan coronavirus infection' OR 'coronavirus disease 2' OR 'coronavirus disease 2010' OR 'coronavirus disease 2019' OR 'coronavirus disease 2019 pneumonia' OR 'coronavirus disease-19' OR 'coronavirus infection 2019' OR 'ncov 2019 disease' OR 'ncov 2019 infection' OR 'new coronavirus pneumonia' OR 'novel coronavirus 2019 disease' OR 'novel coronavirus 2019 infection' OR 'novel coronavirus disease 2019' OR 'novel coronavirus infected pneumonia' OR 'novel coronavirus infection 2019' OR 'novel coronavirus pneumonia' OR 'paucisymptomatic coronavirus disease 2019' OR 'severe acute respiratory syndrome 2' OR 'severe acute respiratory syndrome 2 pneumonia' OR 'severe acute respiratory syndrome cov-2 infection' OR 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection' OR 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2019 infection'</p> <p>"COVID-19" OR "Enfermedad del Coronavirus 2019" OR "Enfermedad del Coronavirus-19" OR "Enfermedad del Nuevo Coronavirus 2019"</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disability 	<p>"disability" OR disablement" OR "handicap"</p> <p>"Persona con discapacidad" OR "Persona con deficiencia" OR "Persona con limitación" OR "Persona con necesidad"</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Frailty 	<p>"frailty"</p> <p>"fragilidad"</p>



Tabla 14. Bases de datos revisadas

Bases de datos en Ingles	Bases de datos hispanas y latinoamericanas
MEDLINE CINAHL PubMed Web of Science	Biblioteca virtual en salud SciELO con índice de citación en español

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Estrategias de búsqueda y número de resultados al 2022

Estrategias de búsqueda	Bases de datos en inglés/español y numero de resultados						
	MEDLINE	PubMed	CINAHL	Web of Science	SciELO con índice de citación en español	Biblioteca virtual en salud	
<p>(“aged”[MeSH Terms] OR “aged”[All Fields] OR (“older”[All Fields] AND “adult”[All Fields]) OR “older adult”[All Fields] OR (“aged”[MeSH Terms] OR “aged”[All Fields] OR “elderly”[All Fields] OR “elderlies”[All Fields] OR “elderly s”[All Fields] OR “elderlys”[All Fields]) AND (“people s”[All Fields] OR “peopled”[All Fields] OR “peopling”[All Fields] OR “persons”[MeSH Terms] OR “persons”[All Fields] OR “people”[All Fields] OR “peoples”[All Fields])) AND (“andean”[All Fields] OR “andean s”[All Fields]) AND (“age groups”[MeSH Terms] OR “age”[All Fields] AND “groups”[All Fields]) OR “age groups”[All Fields] OR “age”[All Fields] AND “group”[All Fields]) OR “age group”[All Fields])</p> <p>(Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad AND Andes AND Grupo de edad OR Grupo etario)</p>	<p>Total: 356 Texto completo: 10 Incluidos: 8</p> <p>Meucci RD, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, de Mola CL. Falls Among the Elderly in Peruvian Andean Communities and the Rural far South of Brazil: Prevalence and Associated Factors. <i>J Community Health</i>. 2020 Apr;45(2):363-369. doi: 10.1007/s10900-019-00751-5. PMID: 31559518.</p> <p>Woolcott OO, Gutierrez C, Castillo OA, Elashoff RM, Stefanovski D, Bergman RN. Inverse association between altitude and obesity: A prevalence study among andean and low-altitude adult individuals of Peru. <i>Obesity (Silver Spring)</i>. 2016 Apr;24(4):929-37. DOI: 10.1002/oby.21401. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26935008; PMCID: PMC4814295.</p> <p>Agudelo-Suárez AA, Martínez-Herrera E, Posada-López A, Rocha-Buelvas A. Ethnicity and Health in Colombia: What Do Self-Perceived Health Indicators Tell Us? <i>Ethn Dis</i>. 2016 Apr 21;26(2):147-56. DOI: 10.18865/ed.26.2.147. PMID: 27103764; PMCID: PMC4836894.</p> <p>Macdonald B, Johns T, Gray-Donald K, Receveur O. Ecuadorian Andean women’s nutrition varies with age and socioeconomic status. <i>Food Nutr Bull</i>. 2004 Sep;25(3):239-47. DOI: 10.1177/156482650402500303. PMID: 15460267.</p> <p>Villada-Gómez JS, González-Correa CH, Marulanda-Mejía F. Provisional cut-off points for the diagnosis of sarcopenia in elderly people from Caldas (Colombia). <i>Biomédica</i>. 2018 Dec 1;38(4):521-526. English, Spanish. DOI: 10.7705/biomédica.v38i4.4302. PMID: 30653866.</p> <p>Urrunaga-Pastor D, Moncada-Mapelli E, Runzer-Colmenares FM, Bailon-Valdez Z, Samper-Ternent R, Rodríguez-Mañas L, Parodi JF. Factors associated with poor balance ability in older adults of nine high-altitude communities. <i>Arch Gerontol Geriatr</i>. 2018 Jul-Aug;77:108-114. DOI: 10.1016/j.archger.2018.04.013. Epub 2018 May 1. PMID: 29738899.</p> <p>Urrunaga-Pastor D, Runzer-Colmenares FM, Arones TM, Meza-Cordero R, Taipe-Guizado S, Guralnik JM, Parodi JF. Factors associated with poor physical performance in older adults of 11 Peruvian high Andean communities. <i>F1000Res</i>. 2019</p>				<p>Total: 2 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>		<p>Total: 6 Texto completo: 1 Incluidos: 0</p>



	Jan 15;8:59. DOI: 10.12688/f1000research.17513.2. PMID: 30906536; PMCID: PMC6415321. Leatherman TL, Thomas RB, Greksa LP, Haas JD. Anthropometric survey of high-altitude Bolivian porters. <i>Ann Hum Biol.</i> 1984 May-Jun;11(3):253-6. DOI: 10.1080/03014468400007131. PMID: 6742775		
((“older adult”[All Fields] OR “elderly people”[All Fields]) AND “Andean”[All Fields] AND “Gender”[All Fields] OR “Sex”[All Fields] OR “Gender identity”[All Fields]) (Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad AND Andes AND “Genero” OR “Identidad de Género”)	Total: 972 Texto completo: 3 Incluidos: 0	Total: 286 Texto completo: 3 Incluidos: 0	Total: 1032 Texto completo: 2 Incluidos: 0
(“older adult”[All Fields] OR “elderly people”[All Fields]) AND “Andean”[All Fields] AND (“Marriage”[All Fields] OR “marital problem”[All Fields] OR “marital satisfaction”[All Fields] OR “marital status”[All Fields]) (Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad AND Andes AND Estado civil OR Estado matrimonial OR Situación matrimonial OR Estado Marital)	Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0	Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0	Total: 6 Texto completo: 3 Incluidos: 1 Piñeros, Marion & Ruiz-Salguero, Magda. (1998). Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. <i>Salud Pública de México.</i> 40. 10.1590/S0036-36341998000400004.
(“older adult”[All Fields] OR “elderly people”[All Fields]) AND “Andean”[All Fields] AND “Job”[All Fields] (Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad AND Andes AND trabajo)	Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0	Total: 33 Texto completo: 1 Incluidos: 1 Vela-Ruiz José M., Medina-Rojas Katherine, Machón-Cosme Andrea, Turpo Delcy, Saenz-Vasquez Luis A., Quiñones-Laveriano Dante M. Características coligadas al estilo de vida en pacientes adultos mayores en un Centro de Salud de los Andes en el Perú. <i>Rev. Fac. Med. Hum.</i> [Internet]. 2022 Ene [citado 2022 Jul 23]; 22(1): 95-102. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308	Total: 47 Texto completo: 0 Incluidos: 0
((“older adult”[All Fields] OR “elderly people”[All Fields]) AND “Andean”[All Fields] AND “demographical”[All Fields] OR “demographically”[All Fields] OR “demography”[All Fields] OR “demography”[All Fields] OR “demographic”[All Fields] OR “demographics”[All Fields]) AND “indicators and reagents”[All Fields]) (Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad AND Andes AND Indicadores demograficos” OR “Indicadores biodemograficos)	Total: 1027 Texto completo: 0 Incluidos: 0	Total: 22 Texto completo: 0 Incluidos: 0	Total: 33 Texto completo: 0 Incluidos: 0



<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND "Andean"[All Fields] AND "chronic illness"[All Fields]</p> <p>(Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad) AND (Andes) AND (Casos cronicos OR Condicion cronica OR Cuadros cronicos OR Dolencias cronicas OR Enfermedades cronicas)</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 38 Texto completo: 3 Incluidos: 2</p> <p>McCloskey, M.L., Tarazona-Meza, C.E., Jones-Smith, J.C. et al. Disparities in dietary intake and physical activity patterns across the urbanization divide in the Peruvian Andes. <i>Int J Behav Nutr Phys Act</i> 14, 90 (2017). https://doi.org/10.1186/s12966-017-0545-4</p> <p>Maritza Landaeta-Jiménez, Marianella Herrera-Cuenca, Betty Méndez-Pérez, Guillermo Ramírez, Maura Vásquez, Pablo Hernández y el grupo del estudio ELANS Estudio Venezolano de Nutrición y Salud 2015 en el ámbito del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud Anales Venezolanos de Nutrición Volumen 30, No. 1, Año 2017. Obtenible en: http://www.analesdenutricion.org/ve/ediciones/2017/1/art-6/ Consultado el: 24/07/2022</p>
<p>((("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND "Andean"[All Fields] AND "infection"[All Fields] OR "autoinfection"[All Fields] OR "infectivity"[All Fields])</p> <p>((Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad) AND (Andes)) AND (Enfermedad Contagiosa OR Enfermedad Infectocontagiosa OR Enfermedad transmisible OR Enfermedades contagiosas OR Enfermedades infectocontagiosas OR Enfermedades transmisibles)</p>	<p>Total: 3044 Texto completo: 2 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 1032 Texto completo: 32 Incluidos: 7</p> <p>De Sousa, Lilibeth y PAREDES, LIBIA y Velasco, Judith y PARLAPIANO, DONATELLA. (2004). Características clínicas y epidemiológicas de la infección por <i>Helicobacter pylori</i> en una población de Los Andes venezolanos.</p> <p>Ferro, I., Bellomo, C. M., López, W., Coelho, R., Alonso, D., Bruno, A., Córdoba, F. E., y Martínez, V. P. (2020). Hantavirus pulmonary syndrome outbreaks associated with climate variability in Northwestern Argentina, 1997-2017. <i>PLoS neglected tropical diseases</i>, 14(11), e0008786. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008786</p> <p>Davies CR, Llanos-Cuentas EA, Sharp SJ, Canales J, Leon E, Alvarez E, Roncal N, Dye C. Cutaneous leishmaniasis in the Peruvian Andes:</p>



factors associated with variability in clinical symptoms, response to treatment, and parasite isolation rate. *Clin Infect Dis.* 1997 Aug;25(2):302-10. doi: 10.1086/514535. PMID: 9332529.

Moro PL, McDonald J, Gilman RH, Silva B, Verastegui M, Malqui V, Lescano G, Falcon N, Montes G, Bazalar H. Epidemiology of *Echinococcus granulosus* infection in the central Peruvian Andes. *Bull World Health Organ.* 1997;75(6):553-61. PMID: 9509628; PMCID: PMC2487032.

Davies CR, Llanos-Cuentas EA, Pyke SD, Dye C. Cutaneous leishmaniasis in the Peruvian Andes: an epidemiological study of infection and immunity. *Epidemiol Infect.* 1995 Apr;114(2):297-318. doi: 10.1017/s0950268800057964. PMID: 7705493; PMCID: PMC2271273.

Rodriguez-Hidalgo R, Benitez-Ortiz W, Praet N, Saa LR, Vercruyse J, Brandt J, Dorny P. Taeniasis-cysticercosis in Southern Ecuador: assessment of infection status using multiple laboratory diagnostic tools. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2006 Nov;101(7):779-82. doi: 10.1590/s0074-02762006000700012. PMID: 17160287.

Villagra Vania, Cáceres Dante, Alvarado Sergio, Salinas Elizabeth, Caldera M. Loreto, Lucero Erick et al . Caracterización epidemiológica de mordeduras en personas, según registro de atención de urgencia: Provincia de Los Andes, Chile. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Jul 24] ; 34(3): 212-220. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716



<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields] AND "Andean"[All Fields] AND "Education"[All Fields] OR "intellectual training"[All Fields] OR "preceptorship"[All Fields] OR "training support"[All Fields] OR "self-evaluation programs"[All Fields])</p> <p>((Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad) AND (Andes) AND (Educacion OR Actividades educativas OR Educar)</p>	<p>Total : 13 638 Texto completo: 2 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>
<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields] AND "Andean"[All Fields] AND ("Poverty"[All Fields] OR "indigence"[All Fields] OR "indigency"[All Fields]))</p> <p>(Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad) AND (Andes) AND (Población de Bajos Ingresos OR Población de Bajos Salarios OR Pobreza Absoluta OR Pobreza Extrema OR Pobreza Humana OR Pobreza Relativa)</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 310 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>
<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields] AND "Andean"[All Fields] AND ("Homeless"[All Fields] OR "street people"[All Fields] OR "vagabond"[All Fields]))</p> <p>(Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad) AND (Andes) AND (Indigente OR Indigencia)</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 4 Texto completo: 1 Incluidos: 1</p>
<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields] AND "Andean"[All Fields] AND ("access to health care"[All Fields] OR "health care access"[All Fields]))</p> <p>(Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad) AND (Andes) AND (Acceso a servicios de salud OR Disponibilidad de los servicios de salud OR Accesibilidad geografica a los servicios de salud)</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>
<p>("andean"[All Fields] OR "andeans"[All Fields]) AND "Child mortality"[All Fields]</p> <p>("Andes") AND ("Mortalidad infantil" OR "Mortalidad infantil tardia" OR "Mortalidad neonatal" OR "Mortalidad postneonatal" OR "Mortalidad tardia del lactante")</p>	<p>Total: 9 Texto completo: 7 Incluidos: 6</p> <p>Blom DE, Buikstra JE, Keng L, Tomczak PD, Shoreman E, Stevens-Tuttle D. Anemia and childhood mortality: latitudinal patterning along the coast of pre-Columbian Peru. <i>Am J Phys Anthropol.</i> 2005 Jun;127(2):152-69. doi: 10.1002/ajpa.10431. PMID: 15558829.</p> <p>Huicho L, Segura ER, Huayanay-Espinoza CA, de Guzman JN, Restrepo-Méndez MC, Tam Y, Barros AJ, Victora CG; Peru Countdown Country Case Study Working Group. Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: a Countdown to 2015 country case study. <i>Lancet Glob Health.</i> 2016 Jun;4(6):e414-26. doi: 10.1016/S2214-109X(16)00085-1. PMID: 27198845.</p> <p>Perry HB, Shanklin DS, Schroeder DG. Impact of a community-based comprehensive primary healthcare programme on infant and child mortality in Bolivia. <i>J Health Popul Nutr.</i> 2003 Dec;21(4):383-95. PMID: 15038594.</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 9 Texto completo: 7 Incluidos: 4</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-887372</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-24405584</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lii-312157</p> <p>de Meer K, Bergman R, Kusner JS. Socio-cultural determinants of child mortality in southern Peru: including some methodological</p>



	<p>Huicho L, Trelles M, Gonzales F, Mendoza W, Miranda J. Mortality profiles in a country facing epidemiological transition: an analysis of registered data. BMC Public Health. 2009 Feb 2;9:47. DOI: 10.1186/1471-2458-9-47. PMID: 19187553; PMCID: PMC2640471.</p> <p>Stinson S. The interrelationship of mortality and fertility in rural Bolivia. Hum Biol. 1982 May;54(2):299-313. PMID: 7095797.</p> <p>Huicho L, Trelles M, Gonzales F. National and sub-national under-five mortality profiles in Peru: a basis for informed policy decisions. BMC Public Health. 2006 Jul 4;6:173. DOI: 10.1186/1471-2458-6-173. PMID: 16820049; PMCID: PMC1524945.</p>		<p>considerations. Soc Sci Med. 1993 Feb;36(3):317-31. DOI: 10.1016/0277-9536(93)90016-w. PMID: 8426976.</p>
<p>("andean"[All Fields] OR "andeans"[All Fields]) AND "Mother mortality"[All Fields]</p> <p>("Andes") AND ("Mortalidad materna")</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 2 Texto completo: 2 Incluidos: 1</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-508706</p>
<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND ("andean"[All Fields] OR "andeans"[All Fields]) AND ("Nutritional state"[All Fields] OR "nutrition"[All Fields])</p> <p>("Anciano" OR "adulto mayor" OR "persona mayor" OR "persona de edad") AND ("Andes") AND ("Estado nutricional" OR "Estado de nutrición")</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 33 Texto completo: 6 Incluidos: 3</p> <p>Veronese, N., Tramontano, A. Nutritional status, physical performance, and disability in the elderly of the Peruvian Andes: reply to Ortiz. Aging Clin Exp Res 29, 815 (2017). https://doi.org/10.1007/s40520-017-0778-8</p> <p>Ortiz, P.J., Tello, T. Commentary to the article: Nutritional status, physical performance, and disability in the elderly of the Peruvian Andes. Aging Clin Exp Res 29, 563–564 (2017). https://doi.org/10.1007/s40520-017-0744-5</p> <p>Tramontano A, Veronese N, Giantin V, Manzato E, Rodriguez-Hurtado D, Trevisan C, De Zaiacomo F, Sergi G. Nutritional status, physical performance and disability in the elderly of the Peruvian Andes. Aging Clin Exp Res. 2016 Dec;28(6):1195-1201. doi: 10.1007/s40520-016-0591-9. Epub 2016 Jun 4. PMID: 27262950</p>



<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND "Andean"[All Fields] AND ("Smoking"[All Fields] OR "smoker"[All Fields])</p> <p>("Anciano" OR "adulto mayor" OR "persona mayor" OR "persona de edad") AND ("Andes") AND ("Tabaquismo" OR "Adiccion a la nicotina" OR "Dependencia a la nicotina" OR "Dependencia de Tabaco" OR "Trastorno por consumo de nicotina" OR "Trastorno por uso de tabaco")</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 6 Texto completo: 4 Incluidos: 3</p> <p>https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1354644</p> <p>Vega P Juan-David, Ramos S Álvaro-Andrés, Ibáñez P Edgar-Antonio, Cobo M Elisa-Andrea. Factores asociados al ataque cerebrovascular isquémico entre los años 2013 a 2016, un estudio de casos y controles. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2017 Dec [cited 2022 July 24]; 24(6): 574-582. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-</p>
<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND "Andean"[All Fields] AND ("Vaccine"[All Fields] OR "vaccin"[All Fields])</p> <p>("Anciano" OR "adulto mayor" OR "persona mayor" OR "persona de edad") AND ("Andes") AND ("Vacunacion" OR "Inmunizacion activa")</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 6 Texto completo: 1 Incluidos: 0</p>
<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND "Andean"[All Fields] AND (("coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields] AND "2019"[All Fields]) OR ("2019"[All Fields] AND "novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("2019"[All Fields] AND "novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "epidemic"[All Fields]) OR ("2019"[All Fields] AND "novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("2019 ncov"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("2019 ncov"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR "covid"[All Fields] OR ("covid"[All Fields] AND "19"[All Fields]) OR ("covid"[All Fields] AND "19"[All Fields] AND "induced"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("covid"[All Fields] AND "2019"[All Fields]) OR "covid 10"[All Fields] OR "covid 19"[All Fields] OR ("covid 19"[All Fields] AND "induced"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("covid 19"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR "covid19"[All Fields] OR ("sars"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "2"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("sars"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields]</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 2 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>



AND "2"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields] OR ("sars cov 2"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("sars cov 2"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("sars cov 2"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("sars cov2"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("sars cov2"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("sarscov2"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("sarscov2"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("wuhan"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("wuhan"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields] AND "2"[All Fields]) OR ("coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields] AND "2010"[All Fields]) OR ("coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields] AND "2019"[All Fields]) OR ("coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields] AND "2019"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("coronavirus"[All Fields] AND "disease 19"[All Fields]) OR ("coronavirus"[All Fields] AND "infection"[All Fields] AND "2019"[All Fields]) OR ("ncov"[All Fields] AND "2019"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("ncov"[All Fields] AND "2019"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("new"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "2019"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR ("novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "2019"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields] AND "2019"[All Fields]) OR ("novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "infection"[All Fields] AND "2019"[All Fields]) OR ("novel"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("paucisymptomatic"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "disease"[All Fields] AND "2019"[All Fields]) OR ("severe"[All Fields] AND "acute"[All Fields] AND "respiratory"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields] AND "2"[All Fields]) OR ("severe"[All Fields] AND "acute"[All Fields] AND "respiratory"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields] AND "2"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields]) OR ("severe"[All Fields] AND "acute"[All Fields] AND "respiratory"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields] AND "cov-2"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("severe"[All Fields] AND "acute"[All Fields] AND "respiratory"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "2"[All Fields] AND "infection"[All Fields]) OR ("severe"[All Fields] AND "acute"[All Fields] AND "respiratory"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields] AND "coronavirus"[All Fields] AND "2019"[All Fields] AND "infection"[All Fields])

("Anciano" OR "adulto mayor" OR "persona mayor" OR "persona de edad") AND ("Andes") AND ("COVID-19" OR "Enfermedad del Coronavirus 2019" OR "Enfermedad del Coronavirus-19" OR "Enfermedad del Nuevo Coronavirus 2019")



<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND "Andean"[All Fields] AND ("disabilities"[All Fields] OR "disability"[All Fields] OR "disabled persons"[MeSH Terms] OR ("disabled"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "disabled persons"[All Fields] OR "disabled"[All Fields] OR "disablement"[All Fields] OR "disablements"[All Fields] OR "disabling"[All Fields] OR "disability"[All Fields] OR ("disabilities"[All Fields] OR "disability"[All Fields] OR "disabled persons"[MeSH Terms] OR ("disabled"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "disabled persons"[All Fields] OR "disabled"[All Fields] OR "disablement"[All Fields] OR "disablements"[All Fields] OR "disabling"[All Fields] OR "disability"[All Fields] OR ("disabled persons"[MeSH Terms] OR ("disabled"[All Fields] AND "persons"[All Fields]) OR "disabled persons"[All Fields] OR "handicapped"[All Fields] OR "handicap"[All Fields] OR "handicapping"[All Fields] OR "handicaps"[All Fields]))</p> <p>("Anciano" OR "adulto mayor" OR "persona mayor" OR "persona de edad") AND ("Andes") AND ("Persona con discapacidad" OR "Persona con deficiencia" OR "Persona con limitación" OR "Persona con necesidad")</p>	<p>Total : 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p> <p>Acosta-Illatopa Erick, Lama-Valdivia Jaime, García-Solórzano Franko, Cruz-Vargas Jhony De La. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de una comunidad rural de los andes peruanos. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Jul 23] ; 21(2): 309-315. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308</p>	<p>Total: 0 Texto completo: 0 Incluidos: 0</p>
<p>("older adult"[All Fields] OR "elderly people"[All Fields]) AND "Andean"[All Fields] AND "frailty"[All Fields]</p> <p>(Anciano OR adulto mayor OR persona mayor OR persona de edad) AND (Andes) AND (fragilidad)</p>	<p>Total: 1 Texto completo: 1 Incluidos: 1</p> <p>Parodi JF, Runzer-Colmenares FM. Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas [Impact of social support on limited mobility in older people in high Andean communities in Peru] Impacto do apoio social na mobilidade reduzida em idosos de comunidades do altiplano andino no Peru]. Rev Panam Salud Publica. 2021 Sep 1;45:e88. Spanish. DOI: 10.26633/RPSP.2021.88. PMID: 34475884; PMCID: PMC8369112.</p>	<p>Total: 1 Texto completo: 1 Incluidos: 1</p> <p>Acosta-Illatopa Erick, Lama-Valdivia Jaime, García-Solórzano Franko, Cruz-Vargas Jhony De La. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de una comunidad rural de los andes peruanos. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Jul 23] ; 21(2): 309-315. Disponible en:</p>	<p>Total: 1 Texto completo: 1 Incluidos: 1</p> <p>Parodi JF, Runzer-Colmenares FM. Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e88. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.88</p>

Fuente: Elaboración propia.



Tabla 16. Información relevante de Bolivia al 2022

Tabla 2. Extracción de datos: Bolivia					
Características clínico-demográficas		N (%)			
		2018	2019	2020	2021
Distribución de población					
Masculino	60 a 64 años	281 442 (33.4)	290 143 (33.4)	298 788 (33.3)	307 330 (33.2)
	65 a 70 años	255 116 (30.30)	264 113 (30.4)	273 371 (30.5)	282 842 (30.5)
	71 a 74 años	123 641 (14.7)	128 017 (14.7)	132 619 (14.8)	137 440 (14.8)
	75 a 80 años	124 526 (14.8)	128 718 (14.8)	133 179 (14.8)	137 916 (14.9)
	81 a 84 años	9 949 (1.2)	10 180 (1.2)	10 458 (1.2)	10 771 (1.2)
	85 años a más	48 022 (5.7)	48 582 (5.6)	49 326 (5.5)	50 237 (5.4)
Femenino	60 a 64 años	312 829 (32.1)	324 072 (32.0)	335 254 (31.9)	346 314 (31.7)
	65 a 70 años	289 269 (29.7)	301 106 (29.7)	313 349 (29.8)	325 941 (29.8)
	71 a 74 años	145 179 (14.9)	151 192 (14.9)	157 522 (15.0)	164 182 (15.0)
	75 a 80 años	152 885 (15.7)	159 378 (15.7)	166 202 (15.8)	173 367 (15.9)
	81 a 84 años	12 722 (1.3)	13 258 (1.3)	13 850 (1.3)	14 491 (1.3)
	85 años a más	61 205 (6.3)	63 229 (6.2)	65 523 (6.2)	68 112 (6.2)
Tasa bruta de natalidad		17.3	16.6	15.2	-
Tasa de mortalidad materna		4.2	4.3	6.6	-
Tasa de mortalidad infantil (< 1 año)		41.4	37.0	57.6	-
Tasa de mortalidad por ECNT		411	419	646	-
Tasa de mortalidad en AM (≥ 60 a)		27.2	27.2	43.8	-

Número total de adultos mayores con comorbilidades	Hipertensión arterial	86 527 (60)	76 932 (60)	48 657 (57)	49 381 (55)-
	Diabetes mellitus tipo 2	34 500 (48)	31029 (48)	20317 (46)	22133 (45)
	Osteoartritis	45275 (64)	44999 (67)	22792 (68)	22388 (65)
	Demencia	6437 (65)	7341 (69)	3804 (67)	3860 (65)
	Enfermedad de Parkinson	3003 (83)	2887 (85)	1477 (85)	1300 (79)
	Dolor crónico	16672 (24)	16 466 (24)	14752 (23)	17281 (25)
	Neumonía adquirida en la comunidad	27671 (21)	19428 (21)	9176 (26)	6575 (22)
Tasa de pobreza	Urbana	9.5%	10.0	15.4	11.3
	Rural	28.4%	25.5	28.7	26.0
Adultos mayores con agua potable	Urbana	96.2%	96.9%	96.6%	95.1%
	Rural	49.6%	44.1%	48.8%	36.5%
Tasa de mortalidad materna		41.4%	37.0%	57.6%	
Tasa de mortalidad infantil (< 1 año)		10.1%	10.2%	7.7%	
Tasa de mortalidad por ENT		223.6%	231.8%	305.5%	



Tabla 3. Extracción de datos: Bolivia					
Características clínico-demográficas		N (%)			
		2018	2019	2020	2021
Distribución de población					
Masculina	60 años a 64 años	237 058 (35.1)	193 248 (31.4)	239 115 (31.3)	210 240 (33.0)
	65 años a 70 años	203 162 (30.1)	197 917 (32.2)	242 393 (31.7)	195 271 (30.7)
	71 años a 74 años	80 312 (11.9)	84 829 (13.8)	100 249 (13.1)	89 084 (14.0)
	75 años 80 años	95 250 (14.1)	82 320 (13.4)	123 622 (16.2)	94 277 (14.8)
	81 años a 84 años	26 830 (4.0)	24.622 (4.0)	29 332 (3.8)	26 737 (4.2)
	85 años a más	33 192 (4.9)	31 606 (5.1)	29 474 (3.9)	20 796 (3.3)
Femenina	60 años a 64 años	217 039 (31.2)	230 795 (33.1)	256 869 (31.2)	220 915 (31.6)
	65 años a 70 años	204 800 (29,4)	215 059 (30.8)	245 923 (29.9)	217 159 (31.0)
	71 años a 74 años	89 433 (12.8)	90 223 (12.9)	109 226 (13.3)	98 870 (14.1)
	75 años 80 años	99 009 (14.2)	94 314 (13.5)	113 243 (13.8)	85 529 (12.2)
	81 años a 84 años	32 881 (4.7)	25 571 (3.7)	42 713 (5.2)	31 055 (4.4)
	85 años a más	53 128 (7.6)	42 030 (6.0)	54 841 (6.7)	46 492 (6.7)
Adultos mayores pertenecientes a la población indígena	60 años a 69 años	53.9%	55.5%	55.5%	55.0%
	70 años a 79 años	31.3%	30.8%	31.5%	30.9%
	80 años a 89 años	12.0%	12.2%	11.1%	11.6%
	90 años a 99 años	1.5%	1.5%	1.8%	2.5%
Adultos mayores analfabetos	Mujeres	41.2%	30.9%	33.1%	30.4%



	Varones	13.2%	8.8%	9.5%	11.8%
Adultos mayores con educación primaria	Mujeres	37.7%	41.8%	34.8%	41.3%
	Varones	48.8%	45.4%	45.2%	46.4%
Adultos mayores con educación secundaria	Mujeres	13.5%	15.6%	14.1%	16.2%
	Varones	24.3%	23.2%	22.1%	21.8%
Adultos mayores con educación superior	Mujeres	11.0%	13.4%	15.5%	12.5%
	Varones	15.7%	22.7%	21.0%	20.9%
Tasa de pobreza	Urbana	31.4%	31.3%	32.4%	31.5 %
	Rural	59.2%	50.8%	54.7%	48.1%
Tasa de indigencia	Urbana	7.0%	6.4%	7.2%	6.1%
	Rural	34.3%	27.8%	28.8%	23.0%
Coefficiente de GINI		0.4	0.4	0.5	0.4
Hogares con adultos mayores en condición de pobreza	Urbana	17.9%	16.8%	20.3%	18.8%
	Rural	54.5%	38.3%	39.4%	42.2%
Hogares con adultos mayores en condición de pobreza extrema	Urbana	4.6 [^]	4.0%	5.6%	4.8%
	Rural	21.6%	11.3%	6.6%	6.9%
Adultos mayores beneficiarios de Renta digna	Total	1 063 758	1 100 289	1 111 879	-
	Chuquisaca	69 673	71 365	71 381	-
	La Paz	335 574	346 870	352 759	-
	Cochabamba	191 960	198 748	200 862	-



	Cochabamba	191 960	198 748	200 862	-
	Oruro	62 698	64 647	65 294	-
	Potosí	101 261	103 729	103 427	-
	Tarija	59 701	61 424	59 787	-
	Santa Cruz	201 860	210 807	214 921	-
	Beni	36 487	37 909	38 545	-
	Bando	4 544	4790	4 903	-





ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 - Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

contacto@conhu.org.pe

<http://www.orasconhu.org>

   **orasconhu**