



INFORME

LOS CUIDADOS EN LA VEJEZ: REVISIÓN Y RETOS PARA COLOMBIA

Junio de 2021

Helena María Hernández Bonilla
Paula Herrera-Idárraga
Tatiana Gélvez Rubio


Helena María Hernández Bonilla
Project manager, Quanta - Cuidado y Género y estudiante Maestría en Economía, Pontificia Universidad Javeriana.

Paula Herrera-Idárraga
Profesora Asociada Departamento de Economía, Pontificia Universidad Javeriana.

Tatiana Gélvez Rubio
Docente, Facultad de Economía, Universidad Externado de Colombia; Doctora en Gobierno, Universidad de Essex.

 @cuidadoygenero

 quanta@javeriana.edu.co

 www.cuidadoygenero.org

Para citar este informe utilice el siguiente formato: Hernández, H. M., Herrera-Idárraga, P. & Gélvez, T. (2021). Los cuidados en la vejez: revisión y retos para Colombia. Informe Quanta - Cuidado y Género. Recuperado de https://cuidadoygenero.org/cuidados_en_la_vejez

Resumen

En las próximas décadas, Colombia vivirá un aumento en la demanda de cuidados por el envejecimiento de la población. La mayor inserción de las mujeres en el mercado laboral y la disminución del tamaño de las familias limitan la oferta de cuidados no remunerados. El incremento de las necesidades de cuidados supone un reto para el sistema de salud y hace necesarias políticas públicas para enfrentarlo.

Este documento resume el contexto demográfico en el que se enmarca este desafío, expone qué son los cuidados de larga duración, presenta algunas estadísticas de Colombia –sobre el envejecimiento de la población, la provisión de servicios de cuidados en la vejez y la demanda de cuidados– y recopila políticas públicas que pueden servir para enfrentar y prevenir el aumento en las necesidades de cuidados, mediante una revisión de literatura y el análisis de datos.



Contexto

Transición demográfica y envejecimiento de la población

La proporción de personas mayores de 65 años está en aumento en todo el mundo, principalmente por la disminución de la mortalidad y de la natalidad. El envejecimiento es un fenómeno global. Se espera que en 2050 el 17 % de la población mundial sea mayor de 65 años (ONU, 2019). En América Latina este proceso está siendo más rápido que en cualquier otra región, a pesar de que actualmente la población latinoamericana es más joven que el promedio mundial (Bloeck, Galiani & Ibararán, 2019).

La demanda de los servicios de cuidado de larga duración aumentará por el envejecimiento de la población. De acuerdo con Bloeck, Galiani & Ibararán (2019), en **América Latina las personas mayores tendrán mayor probabilidad de presentar reducciones en sus capacidades funcionales y físicas en comparación con las personas mayores de otras partes del mundo, por lo que necesitarán más cuidados de larga duración.** En la región ha aumentado la esperanza de vida, pero este avance no ha estado acompañado de mejoras en la calidad de vida, en los hábitos saludables, en las condiciones socioeconómicas ni en la nutrición, lo que sí ha sucedido en países más desarrollados (Palloni, McEniry, Wong & Pelaez, 2006). Así, la población de Latinoamérica es más propensa a obesidad, hipertensión, artritis y colesterol alto, enfermedades que incrementan el riesgo de envejecimiento prematuro y las necesidades de cuidado (Bloeck, Galiani & Ibararán, 2019).

La esperanza de vida indica los años promedio que vive una persona. Si bien es deseable que este indicador aumente con el desarrollo, también se espera que en esos años adicionales las personas vivan saludablemente y con independencia. Entre el año 2000 y 2015 en América Latina la esperanza de vida ha aumentado más que la esperanza de vida saludable¹. Si la brecha en estos dos indicadores se sigue ampliando, las necesidades de cuidado en la vejez aumentarán, al igual que el tiempo que cada persona va a requerir esos cuidados (Bloeck, Galiani & Ibararán, 2019).

El envejecimiento en los países en desarrollo supone otros retos adicionales. En primer lugar, un bajo porcentaje de la población adulta mayor está cubierta por seguridad social, pues hay un alto nivel de informalidad laboral. Esto implica que la mayoría de adultos mayores no tiene independencia económica ni podrá pagar para acceder a servicios de cuidado. Para el caso de Colombia, Farné, Rodríguez & Ríos (2017) encuentran que la cobertura pensional en Colombia era del 24 % en 2013.

1. Esperanza de vida saludable: “años de vida que una persona espera vivir con salud completa, libre de limitaciones o enfermedades” (BID, 2019, p.8).

Cerca de cinco millones de colombianos habían alcanzado la edad de retiro y solo 1,3 millones de ellos recibían una pensión de origen contributivo para 2014. En 2015, solo 15 % de las mujeres mayores tenía pensión (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

Además, según Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha (2015), con el actual sistema pensional colombiano el porcentaje de personas mayores que reciben pensión muy probablemente se reducirá en el futuro. Si en 2015 3,5 millones de personas mayores no accedían a pensión, en 2050 ese número podría llegar a 12 millones.

En segundo lugar, los países en desarrollo carecen de una red de cuidado para personas de bajos ingresos, lo que genera que la desigualdad tenga un impacto en la calidad de vida de los adultos mayores (Paz, 2010).

Creciente brecha de cuidado

La brecha entre el número de personas mayores que demandan cuidados y los que pueden proveerlos de forma no remunerada (cuidadores familiares potenciales) está en aumento: cada vez hay más personas mayores y menos cónyuges e hijos adultos disponibles para brindar los cuidados (Feinberg & Spillman, 2019).

Los factores que impulsan el incremento de la brecha son:

- Las mujeres tienen menos hijos.
- Se ha retrasado la maternidad.
- Envejecimiento de la población.
- Aumento de la longevidad: mayor esperanza de vida por mejoras en tecnologías y medicinas y mejores niveles de vida.
- Las familias son más pequeñas y más dispersas geográficamente.
- Altas tasas de divorcio entre personas de 50 años o más.
- Mayor participación laboral de las mujeres.

De acuerdo con Feinberg & Spillman (2019), a diferencia de lo que ocurría en generaciones anteriores, en las familias actuales cada vez hay menos integrantes que no trabajen de forma remunerada y puedan dedicarse por completo a proveer cuidados. Gran parte de los cuidadores familiares de adultos mayores son empleados a tiempo completo o parcial. Se prevé que aumente la proporción de potenciales cuidadores familiares que están en la fuerza laboral. Ante esta mayor participación en el mercado de trabajo,

los cuidadores familiares pueden perder ingresos, seguridad social y oportunidades profesionales si tienen que reducir las horas de trabajo o dejar su trabajo remunerado porque no pueden contratar servicios de cuidado para el familiar adulto mayor.

A su vez, el aumento de la participación laboral de las mujeres incrementa el costo de oportunidad de proveer cuidados en las familias e implica menor disponibilidad de las mujeres para ser cuidadoras primarias familiares. Estos cambios generan que haya menos personas disponibles para ser cuidadores no remunerados (Zhu, 2015).

Malke (2019) hace una revisión sistemática de los estudios publicados entre 2006 y 2016 sobre la relación entre el cuidado no remunerado de adultos mayores y la participación en la fuerza laboral. La principal conclusión de esta revisión es que las mujeres de mediana edad que cuidan a sus padres reducen sus horas de trabajo y trabajan menos horas que quienes no brindan cuidados. Kikuzawa & Uemura (2021) muestran que en Japón las mujeres que tienen a cargo el cuidado de adultos mayores por 5 horas o más tienen más probabilidad de dejar sus empleos que las mujeres que no tienen responsabilidades de cuidados de adultos mayores. Las autoras concluyen que la poca flexibilidad en las condiciones de trabajo se ve reflejada en la salida de mujeres del mercado laboral y, por tanto, en una menor participación de las mujeres mayores de 50 años en el trabajo remunerado.

Así pues, la creciente brecha de cuidado generará un aumento en las necesidades de cuidado que no será fácil satisfacer. La aceleración del envejecimiento de la población y la reducción del tamaño de las familias generan que el nivel de apoyo intergeneracional disponible sea menor (Zhu, 2015). En este contexto, el incremento en la demanda de los servicios de cuidado es un reto para el cual se necesitan políticas públicas que diseñen sistemas de cuidado sostenibles y equitativos, al igual que medidas para promover un envejecimiento saludable que reduzca la probabilidad de requerir cuidados por mucho tiempo.



Los cuidados de larga duración

Todas las personas, en algún momento de la vida, necesitan cuidados provistos por otros, en especial en la primera infancia, en la vejez, en una enfermedad o si tienen una discapacidad.

Los cuidados de larga duración son los servicios y actividades de apoyo para satisfacer las necesidades médicas y no médicas de las personas que no pueden cuidar totalmente de sí mismas y presentan algún grado de dependencia, por enfermedades crónicas o discapacidades permanentes, como algunos adultos mayores y personas con discapacidad. Por medio de estos cuidados se ayuda en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, comer y vestirse. Los cuidados de larga duración

buscan que las personas que los reciben tengan la mayor independencia, calidad de vida, autonomía y dignidad posibles.

Los adultos mayores tienen una mayor incidencia de enfermedades crónicas y, por tanto, mayor prevalencia de discapacidad funcional, lo que genera mayor demanda de los servicios de cuidado de larga duración. El aumento de la esperanza de vida ha aumentado la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas como las enfermedades cardíacas, el cáncer y el Alzheimer. El estilo de vida y los hábitos influyen, en buena medida, en la probabilidad de que una persona necesite cuidados de larga duración en su vejez.

Los cuidados de larga duración se pueden brindar en el hogar de la persona que necesita el servicio, en instituciones especializadas con alojamiento o en establecimientos en los que se prestan los servicios durante el día (sin residencia). Si el cuidado se presta en el hogar, los cuidadores suelen ser personas de la familia, por lo general mujeres, que no reciben pago por este trabajo. No obstante, en el hogar los servicios pueden ser brindados por centros de atención domiciliaria o centros de teleasistencia domiciliaria. Los cuidados fuera del hogar se proveen por servicios públicos, privados o comunitarios. La mayoría de cuidados de larga duración son proporcionados por cuidadoras familiares no remuneradas.

El envejecimiento de la población no necesariamente genera un incremento en la provisión de cuidados de larga duración en el mercado. Lakdawalla & Philipson (2002) encontraron que un aumento de los hombres mayores relativo a las mujeres mayores redujo el número de residentes en ancianatos. A pesar de que había más hombres adultos mayores, los servicios de cuidado contratados en el mercado no aumentaron, porque las esposas los cuidaban.

En la vejez, a medida que pasan los años, las necesidades de cuidado aumentan y se dificulta la realización de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, el uso de los servicios de cuidado remunerados no aumenta necesariamente. En muchos casos, las cuidadoras principales son las esposas, que envejecen junto con los pacientes, y que continúan siendo las cuidadoras a pesar del envejecimiento conjunto (Watanabe, et al., 2015).

La importancia de proveer adecuadamente los cuidados de larga duración radica en que los adultos mayores con necesidades de cuidado insatisfechas tienen una calidad de vida más baja, mayores dificultades y vulnerabilidades en la realización de las actividades de la vida diaria, más visitas al médico y a urgencias, más hospitalizaciones, más reingresos hospitalarios, mayor estrés y mayor tasa de mortalidad (Zhu, 2015).

En la literatura se ha encontrado que algunos factores relacionados con la insatisfacción de las necesidades de cuidado de larga duración son bajos

niveles educativos, bajos ingresos, no tener pareja, vivir solo, discapacidades para realizar actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo y baja disponibilidad de recursos formales o informales (Zhu, 2015).

En resumen, hay tres grupos de factores que afectan el uso de los servicios de cuidado de larga duración:

- Factores predisponentes o demográficos: edad, sexo, etnia.
- Factores habilitantes o de recursos: nivel socioeconómico, recursos para el cuidado (que incluyen, por ejemplo, la posibilidad de comprar medicamentos en caso de necesitarlos), el estado civil, la presencia de hijos, vivir con los hijos, disponibilidad de servicios de cuidado comunitarios.
- Factores de necesidad: por ejemplo, el nivel de enfermedad.

También hay diferencias en el acceso a servicios de cuidado por ubicación geográfica. En las zonas rurales, por lo general, las personas cuentan con menores ingresos, lo que genera que los servicios pagos de cuidado sean menos accesibles. Además, la disponibilidad de servicios de cuidado en zonas rurales es muy limitada. En la ruralidad es más probable que los cuidados sean provistos por las familias. Esto genera que la probabilidad de tener necesidades de cuidado insatisfechas sea más alta en las zonas rurales que en las urbanas (Zhu, 2015).

Así mismo, se ha encontrado que las mujeres mayores suelen recibir menos horas de cuidado que los hombres y que es más probable que sean cuidadoras incluso cuando tienen discapacidades (Zhu, 2015; Katz, Kabeto & Langa, 2000).

Estadísticas de Colombia

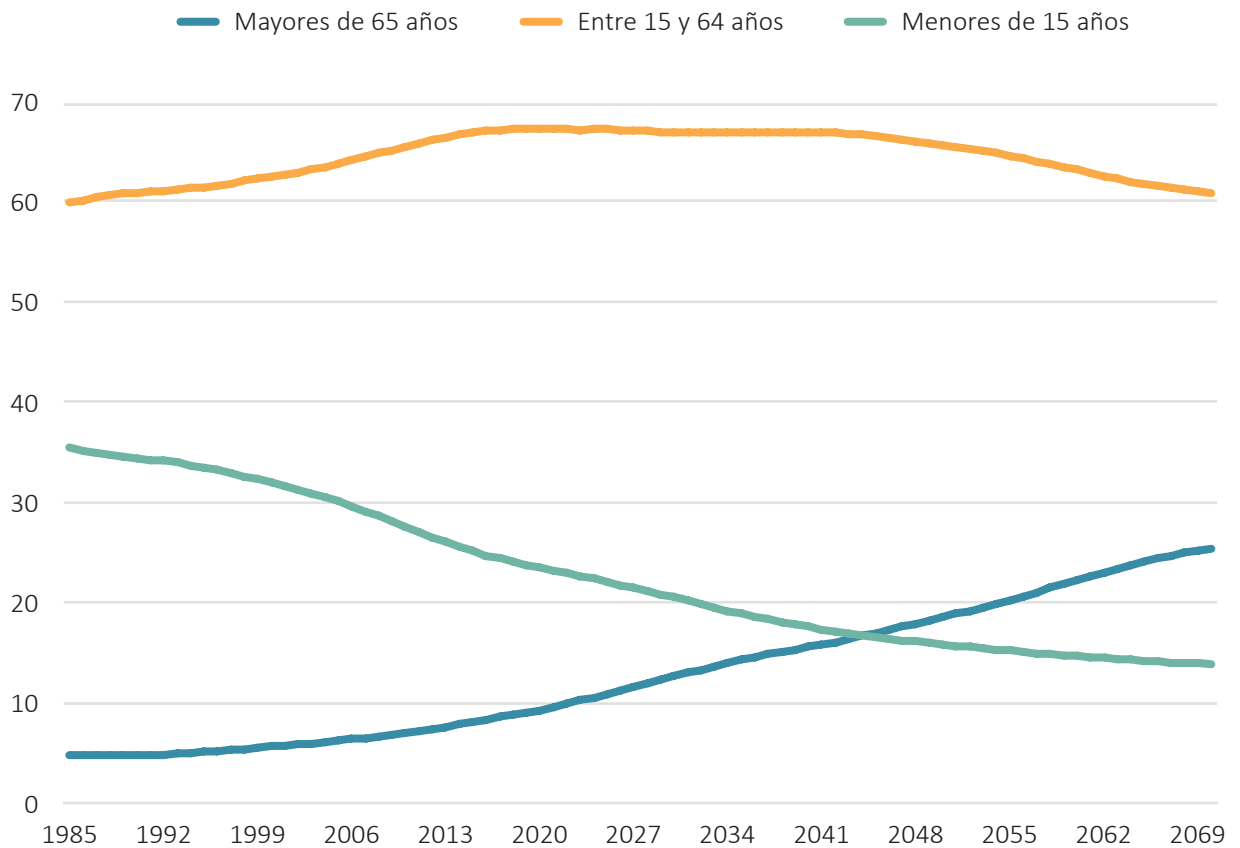
De acuerdo con el Análisis de Situación de Población, Colombia se encuentra en una fase avanzada de la transición demográfica, con tasas de fecundidad y mortalidad bajas, crecimiento poblacional lento, disminución del peso de la población menor de 15 años e incremento de la población adulta mayor (Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2018).

La **tasa de fecundidad** en la década de los 60 era de 7 hijos por mujer; en los 80, 3,7 hijos; en 2015, 2 hijos y en 2021, 1,9. Se prevé que este indicador continúe descendiendo y llegué a 1,6 en 2040 (DANE- CNPV, 2018). La fecundidad en zonas rurales y en mujeres con menores niveles de educación e ingresos es más alta.

Según Flórez y Cote (2016), en Colombia las familias nucleares y extensas han perdido importancia mientras que los **hogares unipersonales** (compuestos por una sola persona) y monoparentales (integrados por un solo progenitor, padre o madre, con uno o varios hijos) han aumentado. En 2018, 18,6 % de los hogares eran unipersonales. En 2005 esta cifra era de 11%. Esto significa que actualmente 2,64 millones de personas viven solas en Colombia, de las cuales el 58% son hombres (DANE, 2020). Además, 22,8 % de las personas que viven solas tienen 65 años o más. El cuidado de estas 602 mil personas mayores que viven solas, así como el de todas las que habrá en un futuro próximo, supone un reto de salud pública.

Evolución demográfica: envejecimiento de la población colombiana

Gráfica 1. Proyecciones y retroproyecciones de población de Colombia: proporción de mayores de 65 años, menores de 15 y entre 15 y 64 años (1985-2070, porcentaje)



Fuente: elaboración propia con base en DANE- CNPV 2018.

Según las proyecciones del DANE a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2018, 9,6 % de la población colombiana en 2021 tiene 65 años o más (es decir, 4,9 millones de personas). Este porcentaje viene en aumento desde 1991, cuando era 4,8 %, y seguirá incrementándose en las próximas décadas. Se espera que alrededor del año 2054, 20 % de la población sea mayor de 65 años.

La proporción de personas mayores de 80 años, edad a partir de la cual es más probable requerir cuidados de larga duración, es de 2 %. En el país, hay un millón de personas mayores de 80 años: 603 mil mujeres y 446 mil hombres. Se prevé un incremento continuo del porcentaje de mayores de 80 años. En 2047 será el 5 % de la población y en 2070, el 8 %.

Según Kinsella & Phillips (2005), se necesitaron 115 años en Francia para que la proporción de la población mayor de sesenta años aumentara del 7 % al 14 %. En Colombia este cambio ocurrió en 35 años, entre 1985 y 2020, de acuerdo con las proyecciones del DANE. La diferencia entre Francia y Colombia es un ejemplo que ilustra la mayor velocidad del envejecimiento en América Latina.

Además, la esperanza de vida en Colombia está en aumento. Mientras que en 2021 se ubica en 76,8 años (73,7 para los hombres y 80 para las mujeres), en 2050 será de 79,2 y en 2070 alcanzará los 80,7 años (DANE-CNPV, 2018). Es decir, **no solo el porcentaje de adultos mayores será cada vez mayor, sino que también las personas vivirán en promedio más años.** Ambos acontecimientos generarán aumentos en la demanda de cuidados de larga duración en el país.

De acuerdo con BID (2019), en 2015 la esperanza de vida en Colombia fue de 74,9 años y la esperanza de vida saludable fue de 66,8 años. Esto significa que en 2015 en promedio las personas vivían 8,1 años con alguna enfermedad o limitación.

Adultos mayores con limitaciones (demanda de cuidados)

En 2018, en Colombia había 212 mil adultos mayores con algún grado de dificultad para comer, vestirse o bañarse por sí mismos.

En 2018, había 64 mil adultos mayores de 60 años en Colombia que no podían comer, vestirse o bañarse por sí mismos; 53 mil que podían hacerlo con mucha dificultad, y 95 mil que podían con alguna dificultad, para un total de 212 mil adultos mayores con algún grado de dificultad en la realización de estas actividades de la vida diaria, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. La tabla 1 muestra la distribución de esas personas por grupos de edad y sexo.

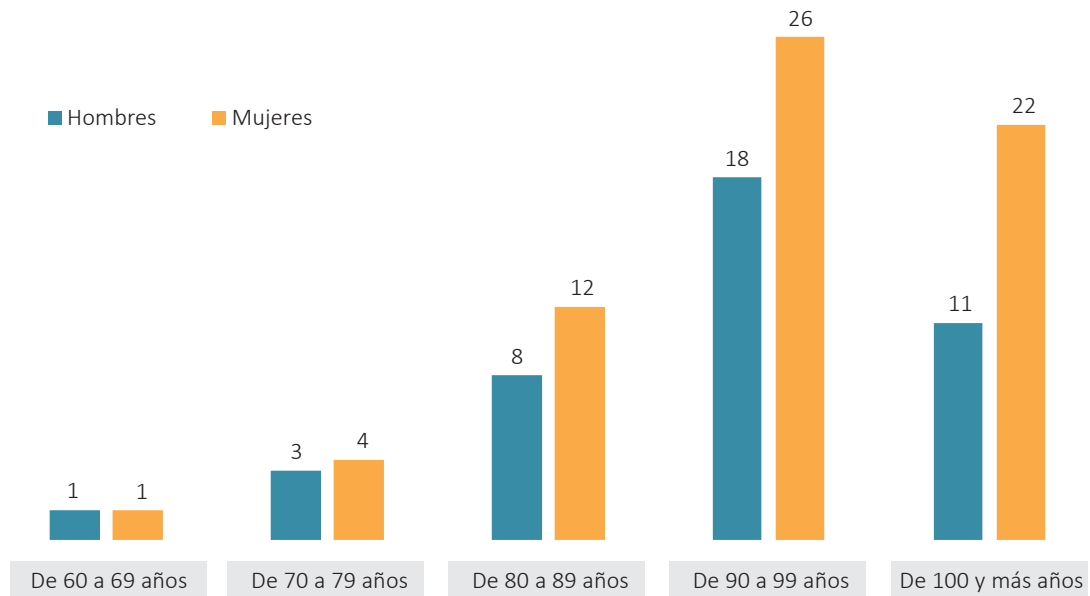
Tabla 1. Número de personas mayores de 60 años con dificultad para comer, vestirse o bañarse por sí mismas (por grados de dificultad, grupos de edad y sexo)

	No puede hacerlo		Sí, con mucha dificultad		Sí, con alguna dificultad		Total algún grado de dificultad		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total
De 60 a 69 años	4.605	4.806	5.098	5.550	9.816	12.234	19.519	22.590	42.109
De 70 a 79 años	6.340	8.992	5.989	8.185	11.394	16.309	23.723	33.486	57.209
De 80 a 89 años	8.199	17.031	6.712	12.622	11.790	21.301	26.701	50.954	77.655
De 90 a 99 años	3.436	9.430	2.546	5.732	3.803	7.539	9.785	22.701	32.486
De 100 y más años	200	711	171	379	202	441	573	1.531	2.104
Total	22.780	40.970	20.516	32.468	37.005	57.824	80.301	131.262	211.563

Fuente: elaboración propia con base en DANE- CNPV 2018.

La gráfica 2 muestra qué porcentaje de la población representan las personas que tienen algún grado de dificultad para comer, vestirse o bañarse por sí mismas en cada grupo de edad. Cuanta mayor sea la edad, mayor es el porcentaje de personas con este tipo de dificultades, excepto en las personas de 100 años o más. A partir de los 70 años, hay más porcentaje de mujeres que de hombres con dificultad en la realización de estas actividades.

Gráfica 2. Porcentaje de personas con algún grado de dificultad para comer vestirse o bañarse por sí mismas en cada grupo de edad a partir de los 60 años (por sexo)



Fuente: elaboración propia con base en DANE- CNPV 2018.

Además, en Colombia hay 3,1 millones de personas con dificultades permanentes²: 1,4 millones de hombres y 1,7 millones de mujeres. 10% de las personas con dificultades viven solas (305 mil).

La tabla 2 muestra cuántas personas con dificultades permanentes hay en cada grupo de edad. **El 22 % de la población mayor de 60 años tiene dificultades permanentes (1,3 millones de personas).** De este grupo 57 % son mujeres. La gráfica 3 muestra cómo se incrementa el porcentaje de personas con dificultades a medida que aumenta la edad. Desde los 50 años, el porcentaje de mujeres que tiene dificultades es mayor que el de hombres, pero la diferencia se amplía significativamente a partir de los 90 años.

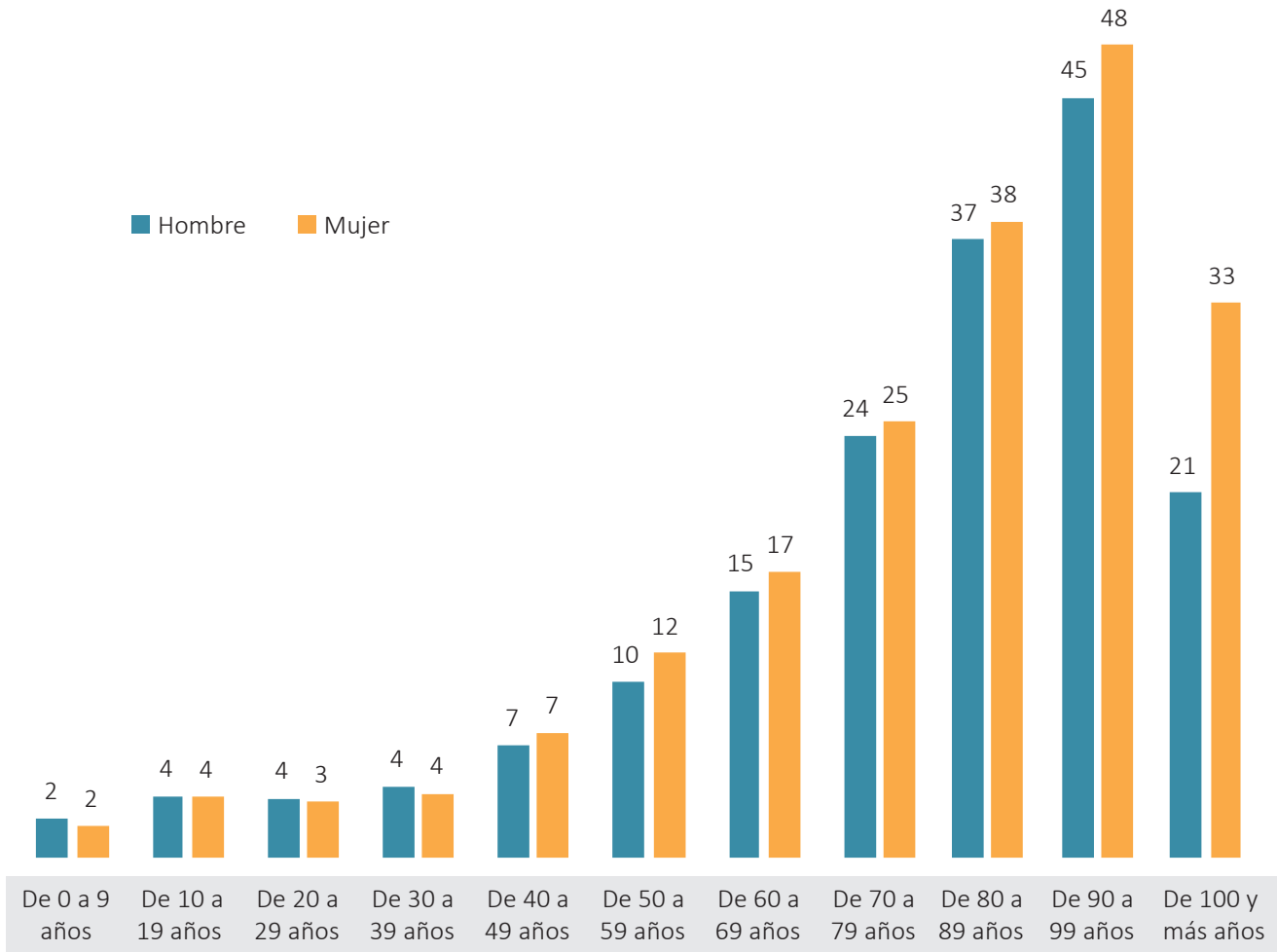
Tabla 2. Número de personas con dificultades permanentes (por grupos de edad y sexo)

	Hombre	Mujer	Total
De 0 a 9 años	76.040	57.984	134.024
De 10 a 19 años	138.471	130.136	268.607
De 20 a 29 años	133.676	124.933	258.609
De 30 a 39 años	133.546	126.886	260.432
De 40 a 49 años	166.305	205.199	371.504
De 50 a 59 años	231.277	307.715	538.992
De 60 a 69 años	228.364	286.296	514.660
De 70 a 79 años	189.943	238.302	428.245
De 80 a 89 años	116.105	168.076	284.181
De 90 a 99 años	23.868	42.078	65.946
De 100 y más años	1.110	2.303	3.413
Total	1.438.705	1.689.908	3.128.613

Fuente: DANE- CNPV 2018, a través de Redatam.

2. Esta categoría incluye a las personas que por su condición física y mental, y sin ningún tipo de ayuda, tienen dificultades para realizar en la vida diaria actividades como oír, hablar, ver, mover su cuerpo, caminar, agarrar objetos con las manos, entender, aprender o recordar, comer o vestirse por sí mismo e interactuar con los demás.

Gráfica 3. Porcentaje de personas con dificultades permanentes en cada grupo de edad (por sexo)



Fuente: elaboración propia con base en DANE- CNPV 2018.

Provisión de los servicios de cuidado en la vejez

En Colombia, según el censo de 2018, hay 1197 centros de protección y atención al adulto mayor con alojamiento. 471 municipios tienen al menos un centro, de los cuales 442 municipios tienen entre uno y cinco centros. Es decir, 733 municipios de los 1122, que representan el 65%, no tienen ningún centro de alojamiento para personas mayores. Incluso, hay ocho capitales sin centros: Florencia, Quibdó, Riohacha, Arauca, San Andrés, Inírida, Mitú y Puerto Carreño. Solo quince municipios tienen más de 10 centros y concentran el 43% de ellos. De los 1197 centros 1037 (87%) están ubicados en cabeceras municipales; 57, en centros poblados y 103, en zonas rurales dispersas.

Trabajadores remunerados del cuidado de larga duración

De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE, en Colombia en 2019 había 24 mil mujeres y tres mil hombres ocupados en actividades de atención y asistencia para el cuidado de personas mayores y/o con discapacidad³. Para 2020, estas cifras pasaron a mil hombres y 18 mil mujeres. Es decir, cerca de 20 mil personas trabajan de forma remunerada en cuidados de larga duración.

Así pues, **hay aproximadamente 163 personas con dificultades permanentes por cada trabajador remunerado en actividades de cuidado de adulto mayor y/o personas con discapacidad** (116 si se tienen en cuenta los trabajadores antes de la crisis de la pandemia). Si bien este indicador es impreciso para medir la relación oferta-demanda de cuidados, muestra de manera general que hay muy pocos trabajadores remunerados en estos servicios de cuidado de larga duración en comparación con la demanda, lo cual sugiere que gran parte de los cuidados son provistos de forma no remunerada por las familias. De hecho, de acuerdo con Pineda (2014) y Díaz (2015), la mayoría del trabajo de cuidado en la vejez en Colombia lo brindan las familias de forma no remunerada.

Políticas para enfrentar el cuidado en la vejez

A continuación se presenta una revisión de políticas y recomendaciones para mitigar las necesidades de cuidados de larga duración en el futuro. Esta revisión incluye tanto medidas preventivas como intervenciones en adultos mayores. La creciente demanda de cuidados requiere planificación y diseño de políticas, pues la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud podrá estar en riesgo. Se necesita inversión en salud, pero también comunicación y pedagogía de estilos de vida saludables que aumenten la probabilidad de tener un envejecimiento activo y exitoso.

Determinantes de las necesidades de cuidado

No todas las personas mayores requieren cuidados de larga duración. Conocer los factores que se asocian a necesitar cuidados en la vejez permitirá diseñar mejores políticas para evitar o disminuir algunos de esos factores modificables en los adultos y jóvenes de hoy. “La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse” (OMS, 2015). La pregunta, entonces, es: ¿cómo aumentar los años y la calidad de la vida saludable?

3. Específicamente, estas cifras corresponden a los ocupados en los códigos 8710, 8730 y 8810 de la CIU a 4 dígitos: actividades de atención residencial medicalizada de tipo general (incluye hogares para la tercera edad con cuidado de enfermería), actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas y actividades de asistencia social sin alojamiento para personas mayores y discapacitadas.

La OMS (2015) identifica seis tipos de determinantes del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas de salud y los relacionados con el entorno físico. De manera similar, en la literatura se han clasificado los determinantes del envejecimiento saludable en factores demográficos, médicos, conductuales y psicosociales.

Hay muchos estudios que identifican los determinantes de un “envejecimiento exitoso” (ausencia de discapacidad física o de deterioro cognitivo). Entre los principales factores modificables y que pueden ser promovidos por políticas se encuentran: no fumar (no haber tenido el hábito de fumar durante la vida ni ser fumador en la vejez), actividad física y no haber sido ni ser sedentario, no tener diabetes ni artritis, ausencia de depresión, tener menos condiciones médicas, sentir satisfacción con la vida, no tener ni haber tenido sobrepeso (Depp & Jeste, 2006; Meng & D’Arcy, 2013; Chakravarty, et al., 2012; Peel, McClure & Bartlett, 2005). **La combinación de realizar durante la vida de forma regular un nivel alto de actividad física con no fumar aumenta significativamente la probabilidad de un envejecimiento saludable.** Dado que el comportamiento durante toda la vida influye en las necesidades de cuidado en la vejez, es importante fomentar hábitos de vida saludables en los jóvenes y adultos.

A su vez, es más probable que un adulto mayor tenga un envejecimiento exitoso si recibe visitas de familiares o amigos y no tiene antecedentes de caídas, dolores ni trastornos del sueño (Li, et al., 2014).

Un estudio en Colombia encontró que las variables significativamente asociadas a la fragilidad (debilidad, pérdida de peso y baja actividad física) en la vejez fueron la edad avanzada, ser mujer, vivir en zonas rurales, tener baja educación, mayor número de condiciones médicas, bajos ingresos, problemas en la salud infantil y una mala situación económica en la infancia (Ocampo-Chaparro, Reyes-Ortiz, Castro-Flórez & Gómez, 2019). Estos resultados muestran la importancia de mejorar las condiciones socioeconómicas y de salud actuales de los niños y adultos para prevenir la fragilidad en la vejez.

Políticas para promover el envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable es “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2015, p.30). Promover la capacidad funcional puede reducir las necesidades de cuidado de larga duración. Para esto se puede (i) fomentar y mantener la capacidad intrínseca de cada persona o (ii) permitir que alguien con una disminución de su capacidad pueda hacer las cosas. Los servicios de salud deben prevenir las enfermedades crónicas y los factores de riesgo, así como asegurar la detección y control de estos. También deben tomar acciones para enlentecer la disminución de la capacidad y atender las enfermedades crónicas. Las medidas relacionadas con el entorno deben

promover conductas que mejoran la capacidad y que disminuyen las dificultades (OMS, 2015).

De acuerdo con la OMS (2015), hay cuatro esferas de acción prioritarias para promover el envejecimiento saludable y optimizar la capacidad funcional:

1. Adaptar los sistemas de salud para que garanticen el acceso de todas las personas mayores a servicios de atención integrada y centrada en ellas. En esta línea, se debe:

- “Garantizar que todas las personas mayores tengan acceso a una evaluación de salud completa y cuenten con un único plan de salud con todos los servicios” (OMS, 2015, p.232).
- Ubicar y crear servicios de salud cerca de donde viven las personas mayores, al igual que promover la atención domiciliaria y comunitaria.
- Fomentar la atención con equipos multidisciplinarios.
- Promover el autocuidado por medio de la ayuda entre pares, capacitaciones, información y asesoría.
- Asegurar la disponibilidad de los productos y tecnologías que optimicen la capacidad funcional de los adultos mayores.
- Generar sistemas de información que recojan, analicen y difundan datos sobre la capacidad intrínseca.
- Monitorear el desempeño, los incentivos y la financiación de la atención.
- Crear pautas clínicas o actualizarlas para optimizar la capacidad intrínseca.

2. Crear sistemas de cuidado a largo plazo que busquen mantener un nivel de capacidad funcional en las personas mayores con pérdidas de capacidad o con riesgo de presentarlas. Los sistemas deben respetar los derechos, las libertades y la dignidad humana. Se deben basar en alianzas explícitas con las familias, las comunidades, otros proveedores de servicios de salud y el sector privado (OMS,2015).

El gobierno deberá administrar esta asociación, capacitar y apoyar a los cuidadores, coordinar la integración entre los diversos servicios, garantizar la calidad de los servicios y prestar servicios directamente a quienes más los necesitan, por su poca capacidad intrínseca o por su situación socioeconómica (OMS, 2015).

3. Crear entornos físicos y sociales adaptados a las personas mayores para ampliar lo que son capaces de hacer. Esto incluye modificaciones en el transporte, la vivienda y los lugares públicos, al igual que el acceso a dispositivos de apoyo para manejar las limitaciones.

El entorno determina en gran medida si una persona con cierta capacidad puede hacer las cosas, pues puede ofrecer recursos para facilitar las acciones o imponer obstáculos. La relación entre el individuo y el entorno genera la capacidad funcional.

4. Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión del envejecimiento saludable: establecer indicadores, investigar la salud y las necesidades de las poblaciones mayor y estudiar cómo satisfacer esas necesidades.

El envejecimiento saludable puede disminuir las necesidades de cuidado de larga duración y contraer la demanda de estos cuidados en el mercado. Las mejoras en la salud de las personas mayores disminuyen la provisión de cuidado en el mercado directamente al reducir la base de personas que necesitan atención (Lakdawalla & Philipson, 2002).

“Las intervenciones de salud eficaces, como los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se centran en las principales causas de morbilidad, podrían ayudar a minimizar las presiones de costos asociadas con el envejecimiento al garantizar que la población se mantenga saludable en la vejez” (Lopreite & Mauro, 2017).

Con base en los determinantes del envejecimiento saludable, la OMS (2015) propone las siguientes políticas:

- “Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura;
- reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida;
- desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen;
- proporcionar formación y educación a los cuidadores”. (OMS, 2015, p.5).

Intervenciones para disminuir las necesidades de cuidado en adultos mayores

Las intervenciones para prevenir o reducir el grado de fragilidad de los adultos mayores incluyen: actividad física, actividad física con nutrición adecuada, actividad física con nutrición y entrenamiento de la memoria, modificaciones en el hogar, prehabilitación o fisioterapia y evaluación geriátrica integral. Hay evidencia de que las intervenciones de actividad física y prehabilitación reducen significativamente los indicadores de fragilidad o la prevalencia de fragilidad (Puts, et al., 2017).

Las modificaciones en el hogar ayudan a las personas a ser más independientes, permiten que estén más seguras y reducen los riesgos de lesiones, pues disminuyen la dificultad de las actividades de la vida diaria. Además, estas intervenciones apoyan a quienes necesitan cuidado, reducen la cantidad de cuidado requerida en el hogar y ayudan a que personas con necesidades especiales de apoyo puedan vivir en su hogar, opción por lo general preferida por los adultos mayores. Las modificaciones en el hogar incluyen cambios estructurales como agregar rampas, ascensores o puertas anchas y también modificaciones no estructurales como pasamanos, barandas y antideslizantes. Las principales modificaciones se generan en los baños, en la cocina y en el acceso al hogar (Carnemolla & Brigde, 2019).

Otro factor para reducir la fragilidad en la vejez es un ambiente con bajos niveles de contaminación (Lopreite & Mauro, 2017). Los adultos mayores son más vulnerables a los efectos de la polución, porque tienen menor capacidad para eliminar ciertos contaminantes del organismo y estos se acumulan por más tiempo.

Satisfacción de las necesidades de cuidado

Con base en los factores que influyen en que una persona tenga las necesidades de cuidado satisfechas, se han propuesto las siguientes recomendaciones:

- Sobre los cuidadores: el diseño de los servicios de cuidado de larga duración debe considerar al cuidador, con programas de capacitación para cuidadores y medidas que consideren la carga y el estado de salud de los cuidadores (Freeman Chong & Moon-Ho Ho, 2018). “La disposición de los cuidadores a brindar atención puede influir en la calidad de la atención y, por lo tanto, influir indirectamente en las necesidades insatisfechas de los adultos mayores” (Zhu, 2015).
- Como el nivel económico de las personas determina en gran medida tener las necesidades de cuidado satisfechas, proporcionar asistencia

financiera o alguna cobertura de seguro ayudaría a las personas mayores a satisfacer sus necesidades. Mejorar las condiciones económicas permitiría el acceso a los servicios médicos y a recursos remunerados de cuidado, lo que disminuiría sus necesidades insatisfechas (Zhu, 2015).

Reentrenamiento y habilidades para adultos mayores

El aumento de la esperanza de vida ha provocado que muchas políticas laborales busquen incentivar la participación de las personas mayores en el mercado laboral, a través de la reducción de los beneficios por retiros tempranos y de mejores condiciones de seguridad social para aquellos que se acojan a ampliar sus tiempos de trabajo.

Borsch-Supan et al. (2013) plantean dos posibles beneficios de estas políticas: una extensión en el tiempo en el que las personas participan en el mercado laboral puede aumentar la contribución tributaria y puede mejorar las condiciones físicas y emocionales de las personas mayores. Para el caso suizo, Chuard-Keller (2020) encuentra que la jubilación temprana aumenta el riesgo de muerte antes de los 83 años para los hombres, principalmente por cambios poco saludables en el estilo de vida: aumento en el consumo de alcohol y cigarrillos luego de la jubilación. En esa misma línea, Barnes & Taylor (2004) plantean que el retiro no necesariamente conduce a una reorientación de las actividades de la vida, sino que puede generar situaciones de conmoción, especialmente para los hombres.

Los programas de educación enfocados en adultos mayores pueden promover un envejecimiento activo y mitigar las necesidades de cuidado en el futuro si fomentan que las personas se retiren a una edad más avanzada. De hecho, el II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (ONU, 2002) reconoce la importancia de la educación, la formación continua y las políticas de aprendizaje permanente para extender el desarrollo hasta la vejez y para que los adultos mayores puedan permanecer activos.

En esta línea, Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini & del Rey (2012) analizan el programa universitario para adultos mayores de la Universidad Autónoma de Madrid entre 2007 y 2010. Al comparar el grupo de adultos mayores que participaron en el programa con un grupo de control, encontraron beneficios significativos atribuibles al programa en términos de desempeño cognitivo, salud, nivel de actividad y relaciones afectivas. Al final del programa, hubo una mayor proporción de participantes clasificados como activos en comparación con el grupo de control. Fernández-García & Ponce De León-Romero (2013) estudian los modelos de intervención para la prevención del deterioro físico, psicológico y social de los adultos mayores y encuentran efectos positivos de los programas de aprendizaje a lo largo de la vida en el envejecimiento exitoso.

En este sentido, Ferrada & Ferrada (2018) recomiendan diseñar planes de inserción laboral para adultos mayores, flexibilizar las condiciones laborales para promover la contratación de estas personas, fortalecer la educación formal para la vejez, actualizar metodologías de enseñanza adecuadas para adultos mayores e incentivar su contratación en sectores pocos dinámicos y zonas rurales.

Fang, Gunderson & Lee (2021) encuentran que en Canadá la probabilidad de recibir capacitación es mucho más alta para los trabajadores jóvenes (25-49 años) que para los trabajadores mayores de 50 años. Los autores descubren que para capacitar a los mayores se requiere una formación diseñada para sus necesidades: instrucción más lenta y a su propio ritmo, ejercicios prácticos, componentes modulares por etapas, introducción y adaptación a nuevos equipos, minimizar la cantidad de lecturas y de material cubierto.

Sistemas de cuidado y el reto financiero

Hasta ahora el cuidado formal no ha podido sustituir ni complementar el apoyo familiar porque es inaccesible para la mayoría. En América Latina, con la excepción de Uruguay, no hay políticas integrales de sistemas de cuidado de larga duración (Bloeck, Galiani & Ibararán, 2019).

El aumento de la demanda de cuidados de larga duración no podrá satisfacerse solo con atención privada, porque (i) la mayoría de hogares no tienen cómo pagar por estos servicios y (ii) los seguros privados para este servicio no son financieramente sostenibles. “La teoría y la evidencia empírica muestran que los mercados privados están mal equipados para otorgar seguros más allá de grupos específicos de población. Como resultado, la mayoría de los países avanzados han implementado programas públicos de seguridad social” (Bloeck, Galiani & Ibararán, 2019, p.3).

El reto financiero de un sistema de cuidados de larga duración es enorme, no solo por la alta demanda, sino por los elevados costos de los servicios. “Los gastos de atención médica aumentan con la edad y la esperanza de vida; por lo tanto, los avances en la longevidad aumentarán los gastos de atención médica de por vida por persona” (Lopreite & Mauro, 2017).

Así pues, el envejecimiento de la población en Colombia puede generar incrementos insostenibles en el gasto público en salud por la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas. A medida que aumenta la edad, aumentan también el número de visitas médicas, los medicamentos consumidos y las hospitalizaciones. Esto genera gastos enormes tanto en la familia como en las finanzas públicas. Los costos de atención de las personas de 65 años o más son superiores a los de los jóvenes (Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

Además, “dada la disminución tanto en la voluntad como en la disponibilidad de los cuidadores, es imperativo aumentar el desarrollo de los servicios de atención formales, como la atención domiciliaria remunerada y los servicios de atención comunitarios” (Zhu, 2015). El desarrollo de servicios formales y remunerados basados en el hogar y en la comunidad ayudará en la disminución de la carga de los cuidadores no remunerados y contribuirá en la construcción de un sistema de cuidados de largo plazo (Zhu, 2015).

Con un modelo teórico, Bloeck, Galiani & Ibararán (2019) muestran que, para financiar la provisión de servicios de cuidado, las familias pobres prefieren los subsidios en efectivo a los subsidios en especie, porque estos últimos cambian el precio de la provisión de cuidado: el costo de brindar atención en la familia es más bajo que el precio de mercado. “Los hogares desfavorecidos tienen menores costos de oportunidad y, por lo tanto, les resulta más asequible brindar atención ellos mismos que contratar a un cuidador a precios de mercado”. Este resultado sugiere que los programas de cuidados de larga duración con transferencias monetarias son más efectivos. Los autores también muestran que, cuando las personas difieren en la valoración de los servicios de cuidados de larga duración, permitir que los hogares elijan entre subsidios en especie y en efectivo reduce el costo total del programa.

La construcción de un sistema nacional de cuidados que enfrente el envejecimiento poblacional y la creciente demanda de cuidados de larga duración es una oportunidad y una condición necesaria para superar las desigualdades sociales, económicas, laborales y de género causadas por la organización social del cuidado en Colombia.



Referencias

Barnes, H. & Taylor, P. (2004) Working after State Pension Age: Qualitative research. [Online]. Recuperado de <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2003-2004/rport208/Inside.pdf>

BID. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es.pdf

Bloeck, M., Galiani, S., & Ibararán, P. (2019). Long-Term Care in Latin America and the Caribbean: Theory and Policy Considerations. *Economía*, 20(1), 1-32. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/26849048>

Borsch-Supan, A., Brandt, M. & Hunkler, C. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4): 992–1001.

Carnemolla, P., & Bridge, C. (2019). Housing Design and Community Care: How Home Modifications Reduce Care Needs of Older People and People with Disability. *International journal of environmental research and public health*, 16(11), 1951. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111951>

Chakravarty, E. F., Hubert, H. B., Krishnan, E., Bruce, B. B., Lingala, V. B., & Fries, J. F. (2012). Lifestyle risk factors predict disability and death in healthy aging adults. *The American journal of medicine*, 125(2), 190–197. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.08.006>

Chuard-Keller, P. (2020). With Booze, you Lose: The Mortality Effects of Early Retirement. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3721505>

DANE. (2020). “SOLEIDAD” EN COLOMBIA, una aproximación desde las fuentes de estadísticas oficiales- Serie Notas Estadísticas. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2020-soledad-en-colombia.pdf>

DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>

Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2018). Análisis de Situación de Población. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ASPCOLOMBIA_resumenejecutivo_WEB%20%281%29.pdf

Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc

Díaz, A. (2015). El cuidado en la era del envejecimiento poblacional en Colombia. En DNP. Observatorio de políticas de familia . Boletín No. 6. Diciembre de 2015. Bogotá: DNP.

Fang, T., Gunderson, M. & Lee, B. (2021). Can Older Workers Be Retrained? Canadian Evidence from Worker-Firm Linked Data. IZA Discussion Paper No. 14282, <http://ftp.iza.org/dp14282.pdf>

Farné, S., Rodríguez, D. & Ríos, P. (2017). Protección económica para la vejez en Colombia. *Páginas de Seguridad Social*. Vol 1 No 1, enero-junio 2017, 93-121.

Fedesarrollo & Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p. https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pm_proceso_envejecimiento.pdf

Feinberg, L., & Spillman, B. (2019). Shifts in Family Caregiving—and a Growing Care Gap. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 43(1), 73-77. doi:10.2307/26632566

Fernández-Ballesteros, R., Molina, M., Schettini, R. & Del Rey, L. (2012) Promoting active aging through university programs for older adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25(3), 10.1024/1662-9647/a000064

Fernández-García, T. & Ponce de León-Romero, L. (2013) Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia*, vol. XIII, núm. 1, pp. 87-97 Universidad de Huelva.

Ferrada-Bórquez, L. & Ferrada-Bórquez, M. (2018). Calidad del empleo de los adultos mayores en Chile, un factor de envejecimiento activo. *Papeles de población* 95, 43-67.

Florez, C.E. & Cote, H. (2016). *Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014*. [https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-\(1\).pdf](https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-(1).pdf)

Freeman Chong, W., & Moon-Ho Ho, R. (2018). Caregiver needs and formal long-term care service utilization in the Andersen Model: An individual-participant systematic review and meta-analysis. *International Journal of Integrated Care*, 18(s1), 121. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.s1121>

Katz, S. J., Kabeto, M., & Langa, K. M. (2000). Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*, 284(23), 3022–3027. <https://doi.org/10.1001/jama.284.23.3022>

Kikuzawa, S & Uemura, R. (2021). Parental caregiving and employment among midlife women in Japan. *Research on Aging* Vol 43(2) 107-118.

Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin*, 60(1), 3-40. https://www.researchgate.net/publication/239586880_Global_Aging_The_Challenge_of_Success

Lakdawalla, D., & Philipson, T. (2002). The Rise in Old-Age Longevity and the Market for Long-Term Care. *The American Economic Review*, 92(1), 295-306. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3083334>

Li, C. I., Lin, C. H., Lin, W. Y., Liu, C. S., Chang, C. K., Meng, N. H., Lee, Y. D., Li, T. C., & Lin, C. C. (2014). Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BMC public health*, 14, 1013. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1013>

Lopreite, M. & Mauro, M. (2017) The effects of population ageing on health care expenditure: A Bayesian VAR analysis using data from Italy. *Health Policy*. 10.1016/j.healthpol.2017.03.015

Malke, M. (2019). The relationship between elder caregiving and labour force participation in the context of policies addressing population ageing: a review of empirical studies published between 2006 and 2016. *Ageing Society* 39. 1281-1310.

Meng, X., & D'Arcy, C. (2014). Successful aging in Canada: prevalence and predictors from a population-based sample of older adults. *Gerontology*, 60(1), 65–72. <https://doi.org/10.1159/000354538>

Ocampo-Chaparro, J. M., Reyes-Ortiz, C. A., Castro-Flórez, X., & Gómez, F. (2019). Frailty in older adults and their association with social determinants of Health. *The SABE Colombia Study. Colombia medica (Cali, Colombia)*, 50(2), 89–101. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i2.4121>

OMS. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

ONU. (2019). World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

Organización de Naciones Unidas. (2002). Madrid-II international plan of action on aging (MIPAA). New York: United Nations. <https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>

Palloni, A., McEniry, M., Wong, R., & Peláez, M. (2006). The Tide to Come: Elderly Health in Latin America and the Caribbean. *Journal of Aging and Health*, 18(2), 180–206. <https://doi.org/10.1177/0898264305285664>

Paz, J. A. (2010). Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe. *International Labour Organization Working Papers*, 1-67.

Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American journal of preventive medicine*, 28(3), 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>

Pineda, D. J. (2014). Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. *La manzana de la discordia*. Enero- junio, 2014 Vol. 9, No. 1: 53- 69.

Puts, M., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., Ayala, A. P., Roy, A., Rodríguez Monforte, M., Bergman, H., & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age and ageing*, 46(3), 383–392. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw247>

Watanabe, A., Fukuda, M., Suzuki, M., Kawaguchi, T., Habata, T., Akutsu, T., & Kanda, T. (2015). Factors decreasing caregiver burden to allow patients with cerebrovascular disease to continue in long-term home care. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 24(2), 424–430. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.09.013>

Zhu H. (2015). Unmet needs in long-term care and their associated factors among the oldest old in China. *BMC geriatrics*, 15, 46. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0045-9>

