

WHO/NMH/HPS/00.2
Distribución: General
Original: Inglés

Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital

Repercusiones para la capacitación



Organización Mundial de la Salud

Antecedentes

El presente folleto se elaboró como resultado de un taller organizado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el *International Longevity Center - UK* (Centro Internacional de Promoción de la Longevidad, Reino Unido), por iniciativa de la OMS. El folleto tiene por objeto fomentar la consideración de la **importancia** y, desde un punto de vista práctico, la adopción eficaz de una **perspectiva que abarque la totalidad del ciclo vital** en la **capacitación de los profesionales de la atención sanitaria**. Con el establecimiento en 1995 del Programa Envejecimiento y Salud (AHE), la OMS adoptó firmemente la perspectiva del ciclo vital como uno de sus enfoques clave del envejecimiento, lo que se ve reflejado en sus actividades programadas. A fines de 1999, AHE propuso que el *International Longevity Center - UK*, condujera este taller conjunto e invitara no sólo a representantes de dicho centro, sino también a algunos de los principales investigadores en la materia. Reconocemos con agradecimiento un donativo del Gobierno del Japón a la OMS, que posibilitó la realización del taller.

El envejecimiento de la población y la creciente longevidad de ésta requieren un examen de la competencia y las necesidades de capacitación de nuestros profesionales de la atención sanitaria y la capacidad de nuestros servicios y sistemas de salud. Los organizadores de la reunión consideran que la adopción de la perspectiva del ciclo vital como marco conceptual contribuirá al despliegue de **respuestas eficaces y equitativas** a este desafío.

El presente folleto se difunde con objeto de fomentar una **consideración** más amplia de las cuestiones e ideas examinadas. Queremos que los lectores - educadores y estudiantes - se comprometan y **nos respondan** con sus **pensamientos e ideas** acerca de la manera de llevar adelante el enfoque de la totalidad del ciclo vital; queremos conocer **su** opinión.

© Organización Mundial de la Salud, 2000

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el documento se puede reseñar, resumir, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales.

Las opiniones expresadas en los documentos por autores cuyo nombre se menciona son de la responsabilidad exclusiva de éstos.

¿Por qué promover la perspectiva del ciclo vital?

La importancia de la totalidad del ciclo vital como **marco** a menudo se subestima como mera cuestión de «sentido común» y su promoción se suele considerar «innecesaria». Sin embargo, la aceptación de este principio tiene en realidad gran resonancia en la forma de considerar la salud de un individuo y enormes repercusiones para la capacitación de los profesionales de la atención sanitaria y el desarrollo de los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de los individuos. Las investigaciones epidemiológicas están comenzando a hacernos entender mejor la importancia relativa de las diferentes fases del ciclo vital en el capital de salud y procesos de enfermedad específicos, y seguirán haciéndolo. Sus hallazgos posibilitarán la elaboración y el perfeccionamiento de modelos que abarcan la totalidad del ciclo vital, con repercusiones específicas para la salud y las intervenciones de política social. Entretanto, según se mostrará, vale la pena **reconocer** la importancia de adoptar un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital, explorar las cuestiones suscitadas y **hacer frente** a los desafíos resultantes.

En la formación y la capacitación de los profesionales de la atención sanitaria, un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital ofrece posibilidades para mejorar la **integración** de las enseñanzas y **preparar** a los estudiantes de países tanto desarrollados como en desarrollo para que cumplan con sus responsabilidades en el siglo XXI.

Población de las regiones del mundo

| Población (miles de millones) | 2000 | 2025 | 2050 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|
| Total | 6.055 | 7.824 | 8.909 |
| Países más desarrollados | 1.188 | 1.215 | 1.155 |
| Países menos desarrollados | 4.867 | 6.609 | 7.754 |
| Edad >65 años | | | |
| Total | 0.419 | 0.817 | 1.458 |
| Países más desarrollados | 0.171 | 0.254 | 0.299 |
| Países menos desarrollados | 0.248 | 0.563 | 1.159 |

Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 1998 Revision (Proyecciones de variantes medias)*.

La salud desde la perspectiva del ciclo vital

Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital pone de relieve la **perspectiva temporal y social**, permite examinar retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias tanto pasadas como presentes están determinadas por el entorno social, económico y cultural. En epidemiología, la perspectiva del ciclo vital se está utilizando para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la **gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura** que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. El objetivo es identificar los procesos **biológicos, comportamentales y psicosociales** fundamentales que intervienen **a lo largo de la vida** (Kuh y Ben-Shlomo, 1997).

Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital incorpora la «hipótesis de los orígenes fetales» (programación), que asocia las condiciones reinantes en el ambiente intrauterino al desarrollo posterior de enfermedades crónicas en la edad adulta (Barker, 1998), pero es más amplio que dicha hipótesis. Un número creciente de pruebas indica que hay **periodos críticos** de crecimiento y desarrollo, no sólo durante la gestación y la primera infancia sino también durante la niñez y la adolescencia, en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida. También hay indicios de la existencia durante la niñez y la adolescencia de **fases sensibles del desarrollo** en las cuales las aptitudes sociales y cognitivas, los hábitos, las estrategias para afrontar la vida, las actitudes y los valores se adquieren con mayor facilidad que en periodos posteriores. Esas capacidades y aptitudes determinan en gran medida la trayectoria de la vida y tienen repercusiones para la salud en fases ulteriores. Además, un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital permite examinar las consecuencias de salud a largo plazo de las experiencias biológicas y sociales vividas durante la primera parte de la edad adulta y la madurez, y considerar si esos factores simplemente conllevan riesgos adicionales o interactúan con factores biológicos y sociales de fases más tempranas atenuando o exacerbando riesgos de salud a largo plazo.

Los efectos acumulativos en la salud no se limitan a la vida de un individuo, sino que se transmiten a las **generaciones** sucesivas (Lumey 1998; Davey Smith 2000). Numerosos estudios realizados en animales han puesto de manifiesto la perpetuación a través de las generaciones tanto del tamaño de la cría en el momento del nacimiento como del crecimiento ulterior de ésta; ello puede tener importantes repercusiones nutricionales, especialmente en el mundo en desarrollo. Las investigaciones futuras ayudarán a determinar la manera y el momento en que conviene dirigir óptimamente las intervenciones para mejorar la salud de forma eficaz en relación con los costos.

Las **condiciones socioeconómicas** a lo largo de la vida determinan los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta. Ello obedece a que la exposición a factores nocivos para la salud o las posibilidades de fortalecer la salud están condicionadas socialmente y a que la respuesta de un individuo, que puede modificar los efectos de una exposición anterior o el riesgo de exposiciones futuras, estará fuertemente determinada por su experiencia social y económica (Kuh et al., 1997). La correlación entre la enfermedad en la edad adulta y las circunstancias socioeconómicas en diferentes fases de la vida puede aportarnos indicios sobre los procesos etiológicos subyacentes. (Davey Smith et al., 1998). La perspectiva del ciclo vital se está utilizando en investigaciones sobre la desigualdad social en relación con la salud para analizar la manera en que las experiencias y la exposición a determinados factores en diferentes fases de la vida se acumulan y generan

desigualdades sociales que se ven reflejadas en la morbilidad y la mortalidad en la edad madura y la vejez (Davey Smith, 2000; Leon, 2000).

El enfoque de la salud del adulto que atiende a la totalidad del ciclo vital no es una concepción nueva; la idea de que las experiencias tempranas de la vida determinan la salud de que se goza en la edad adulta fue el modelo predominante de la salud pública en la primera mitad del siglo XX. Durante la posguerra, el predominio del modelo que consideraba la enfermedad crónica del adulto en relación con su modo de vida obedecía al éxito temprano de los estudios de cohortes que confirmaron, por ejemplo, que el tabaquismo es un importantísimo factor de riesgo de cáncer de pulmón, cardiopatía coronaria y enfermedad respiratoria, y que la hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica. Sin embargo, los factores de riesgo convencionales se limitan a predecir riesgos individuales y explican sólo parcialmente las notables desigualdades sociales y geográficas observables en la distribución de la morbilidad crónica. Desde los años ochenta, el interés por una epidemiología que estudia la totalidad del ciclo vital ha resurgido ante las crecientes pruebas empíricas provenientes de los estudios de cohortes de nacimiento que estaban madurando y a la revitalización de las cohortes históricas.

Modelos conceptuales de la perspectiva del ciclo vital

A continuación presentamos la forma más sencilla de clasificar los modelos conceptuales de la perspectiva del ciclo vital en cuatro grupos, a saber:

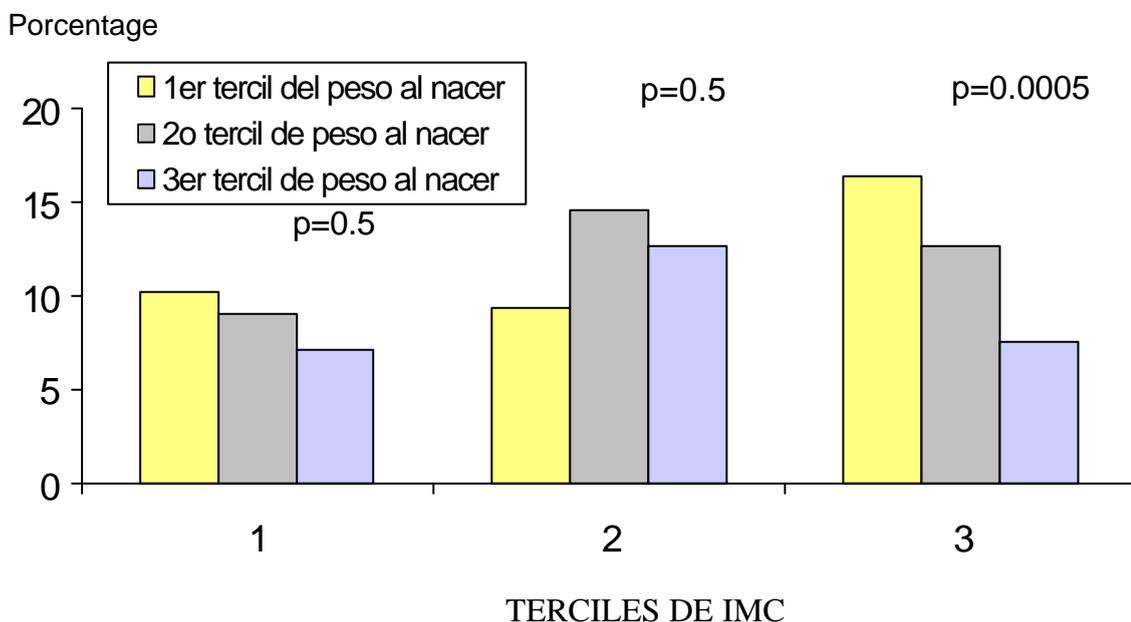
- 1 Modelo del periodo crítico
- 2 Modelo del periodo crítico con modificadores posteriores de los efectos
- 3 Acumulación de riesgos por agresiones independientes y no correlacionadas
- 4 Acumulación de riesgos por agresiones correlacionadas (agrupación, concatenación o vías de riesgos)

Existen pruebas a favor de los cuatro modelos. El modelo del periodo crítico es aplicable cuando una agresión ocurrida durante un periodo específico del desarrollo tiene efectos duraderos o permanentes en la estructura o la función de órganos, tejidos y sistemas corporales. Hay indicios de que factores aparecidos en fases posteriores de la vida pueden modificar esos riesgos tempranos (*modelo 2*). Por ejemplo, los estudios han mostrado que la correlación de la cardiopatía coronaria, la hipertensión arterial y la resistencia a la insulina con el bajo peso al nacer es particularmente fuerte para los obesos (*véase la figura*) (Frankel et al., 1996; Lithell et al., 1996; Leon et al., 1996).

En cambio, la acumulación gradual de los modelos de riesgo alienta a los investigadores a estudiar la manera en que los factores de riesgo en cada fase de la vida se combinan aumentando el riesgo de morbilidad. ¿Causan gradualmente daños de salud a largo plazo las agresiones separadas e independientes (*modelo 3*)?

Los factores de riesgo tienden a **agruparse** de maneras socialmente condicionadas. Por ejemplo, quienes han vivido en la niñez en circunstancias sociales adversas tienen mayor probabilidad de haber nacido con insuficiencia ponderal y haber estado expuestos a un régimen alimentario deficiente, infecciones infantiles y tabaquismo pasivo. Estas exposiciones pueden aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias en el adulto, quizás por **cadena de riesgos** o vías conforme a las cuales, con el transcurso del tiempo, una experiencia adversa (o protectora) tenderá a dar lugar a otra experiencia adversa (o protectora) de una manera acumulativa (*modelo 4*). Al igual que las cadenas biológicas de riesgos vinculadas con una programación, hay cadenas sociales de riesgos en las cuales, por ejemplo, enfermedades respiratorias repetidas en la niñez pueden dar lugar a un mayor número de ausencias escolares por enfermedad y a un menor rendimiento escolar, lo que a su vez da lugar a una mayor probabilidad de fumar en la edad adulta y de tener una ocupación manual con mayores riesgos respiratorios.

Incidencia de cardiopatía coronaria según el peso al nacer y el índice de la masa corporal (IMC): El estudio de Caerphilly



Fuente: Frankel et al. (1996) Birth weight, Body Mass Index in middle age and incidence of coronary heart disease 348: 1478-80 @ The Lancet Ltd. 1996.

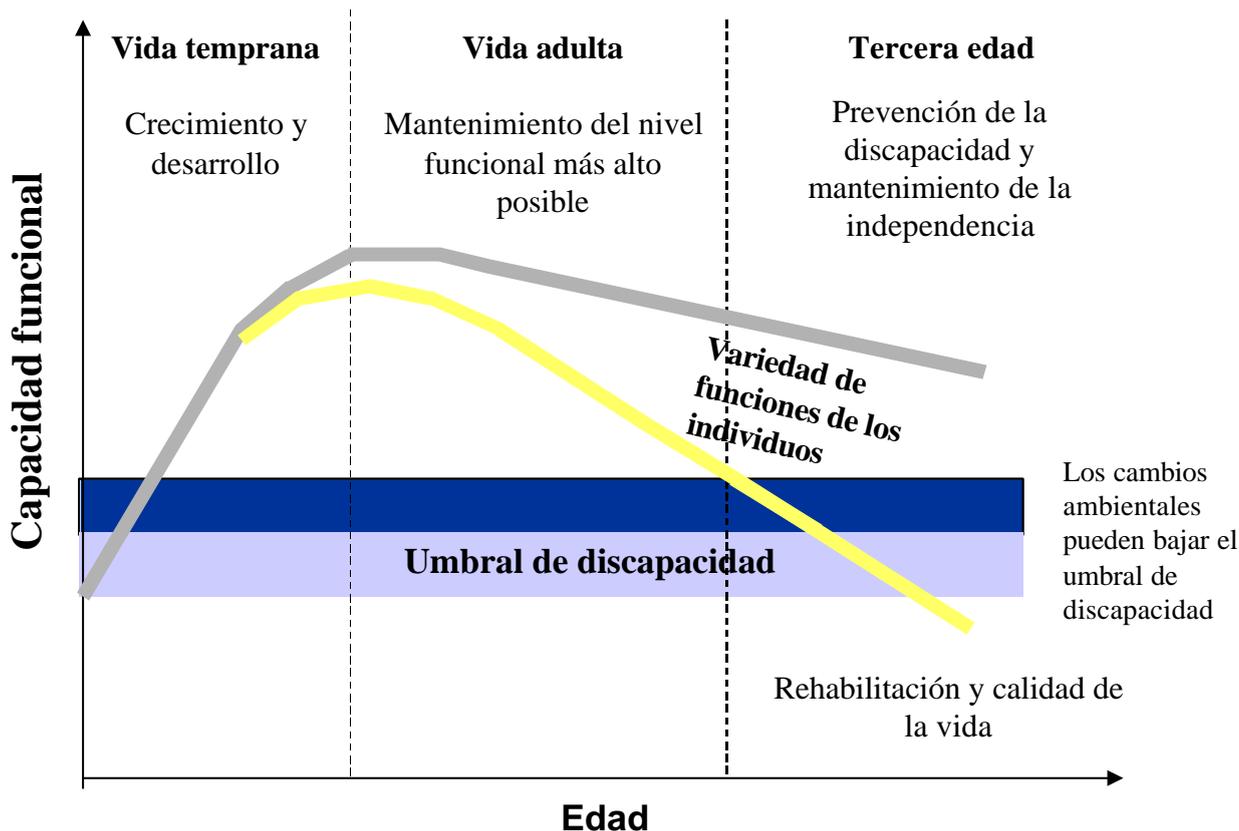
Conclusión

Estamos apenas comenzando a esclarecer la influencia que tienen factores tempranos de la vida, en asociación con factores genéticos y factores aparecidos en fases posteriores de la vida, en la salud durante la edad adulta y en el envejecimiento; las explicaciones quizá sean específicas para cada cohorte y para cada enfermedad; los factores quizá se sumen o interactúen sinérgicamente. Es preciso ser cautos a la hora de extrapolar del pasado al presente y de un lugar a otro. Sin embargo, las cuestiones que se plantean son fundamentales. Una perspectiva que abarca la totalidad del ciclo vital entraña esencialmente un enfoque **optimista** de la salud y da lugar a planteamientos de política. Ayuda a identificar **cadena de riesgos** que se pueden romper y momentos en los cuales las intervenciones pueden ser especialmente eficaces. En particular durante las transiciones clave de la vida, por ejemplo durante el paso de la adolescencia tardía al inicio de la adultez, necesitamos proporcionar no sólo redes de seguridad, sino también **trampolines** (Bartley et al.,1997) que pueden modificar la trayectoria de toda una vida, con repercusiones ulteriores para la salud.

Las ventajas de utilizar un modelo que abarque la totalidad del ciclo vital para estudiar la salud en la edad adulta es que ese modelo es **interdisciplinario** e integra explicaciones **sociales y biológicas**. También permite hacer una **síntesis de otros modelos** de la salud y de la morbilidad crónica, como el de los orígenes fetales y el del modo de vida en la edad adulta.

La capacidad funcional y el ciclo vital

Una perspectiva que abarca todo el ciclo vital para el mantenimiento del nivel más alto posible de capacidad funcional



Fuente: OMS/HPS, Ginebra 2000.

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida. La OMS ha desarrollado el marco conceptual arriba descrito para que se tenga en cuenta justamente eso. La capacidad funcional (por ejemplo la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular) aumenta en la niñez y llega a su máximo en los adultos jóvenes, seguida con el tiempo de una disminución. La tasa de disminución, sin embargo, está determinada en gran parte por factores relacionados con el modo de vida en la edad adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el grado de actividad física y el régimen alimentario. La pendiente puede bajar de forma tan abrupta que el resultado puede ser una discapacidad prematura. Sin embargo, la aceleración de la disminución puede ser reversible a cualquier edad y puede verse influenciada a cualquier edad por medidas individuales y políticas. El abandono del hábito de fumar y pequeñas mejoras del estado físico, por ejemplo, reducen el riesgo de cardiopatía coronaria. El condicionamiento asociado a la clase social también influye en la capacidad funcional. Una educación deficiente, la pobreza y condiciones de vida y de trabajo nocivas hacen más probable la reducción de la capacidad funcional en fases posteriores de la vida.

Con respecto a los discapacitados, la rehabilitación, por ejemplo mediante adaptaciones del entorno físico o intervenciones específicas tales como la cirugía de la catarata, puede reducir enormemente

el grado de discapacidad; el umbral de discapacidad se puede hacer bajar. La calidad de la vida debe ser una consideración principal durante la totalidad del ciclo vital; mediante cambios del entorno vital es posible mejorar enormemente la calidad de la vida. Se obtienen buenos resultados mediante intervenciones en la «unidad de atención», que en la mayor parte de los casos está integrada por la familia y los amigos íntimos. Mediante cambios ambientales tales como un transporte público adecuado en el medio urbano, ascensores, rampas y la introducción de adaptaciones en la vivienda es posible hacer bajar el umbral de discapacidad. Esa clase de cambios pueden llevar aparejada una vida más independiente incluso a una edad muy avanzada.

Repercusiones para la capacitación

En el taller se plantearon las cuestiones y se formularon las ideas que se exponen a continuación. Si usted desea aportar una contribución al debate o hacer una sugerencia de carácter práctico para llevar adelante el enfoque de la totalidad del ciclo vital queremos saberlo. Visítenos en www.ilcuk.org.uk o envíenos un mensaje electrónico a lifecourse@ilcuk.org.uk

Según la experiencia de los participantes, la perspectiva del ciclo vital no se utiliza «explícitamente» y rara vez se utiliza implícitamente como marco en la enseñanza. Además, en algunas escuelas de países tanto desarrollados como en desarrollo, la enseñanza de la geriatría es limitada y da lugar a una presentación incompleta del ciclo vital. Habida cuenta del hecho de que nuestras poblaciones están envejeciendo, esa situación es insostenible. Queremos recalcar la pertinencia de lo siguiente para la capacitación de los profesionales de la atención sanitaria en general.

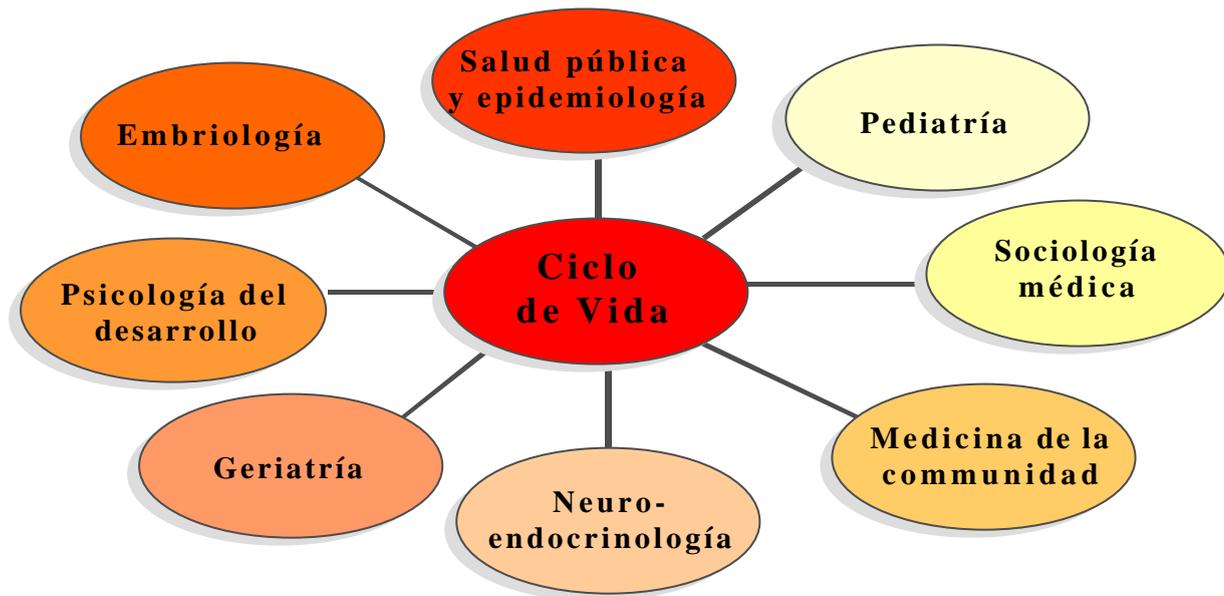
¿Qué ofrece un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital?

Un **marco** para un **programa de estudios** que:

- Pone de relieve la importancia de **todas las edades y fases de la vida** y reconoce el **contexto intergeneracional** en el cual viven los individuos.
- Reconoce la dimensión temporal de la salud y del envejecimiento, en lugar de examinar solamente episodios mórbidos separados; personaliza y humaniza la falta de salud como parte de un proceso vital.
- Ofrece la oportunidad de **concentrar la atención en la salud**, además de los procesos de enfermedad específicos; con respecto a las enfermedades, hace hincapié en la promoción de la salud, la prevención y la curación de las enfermedades y la gestión de la enfermedad a lo largo de toda la vida (puede contribuir **a un equilibrio de la enseñanza**).
- Hace hincapié en las **intervenciones primarias**, además de los tratamientos curativos o paliativos.
- Es **interdisciplinario**, con lo que ofrece la posibilidad de **conectar** las «islas» actuales de la enseñanza, en particular en temas sociales y psicosociales.
- **Integra** la progresión de la información del nivel celular al del órgano, luego al del organismo y al de la población.
- Exige al personal docente un enfoque multidisciplinario que mejorará la **coordinación general de la enseñanza**.
- Es «**novedoso**»; constituye un campo de investigación actual apasionante y puede promover un **aprendizaje orientado por la indagación**.
- Refleja el **modelo ya existente** de la atención primaria de salud; ofrece un marco para la **capacitación de los médicos generalistas en materia de geriatría** (lo que es especialmente pertinente para los países en desarrollo) y para la de otros especialistas.

- Es fuente de **inspiración**, propulsor de cambio para los países en desarrollo que están «envejeciendo en la pobreza»; establece metas para hacer inversiones en capital de salud mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Ramificaciones del enfoque del ciclo vital en la formación médica



¿Cuáles son los factores que dificultan su adopción?

- El imperativo clínico de «salvar vidas» y, en muchos casos, de actuar a corto plazo.
- Las limitaciones del sistema de salud en el cual se forma el personal.
- La complejidad de la salud y la enfermedad, que pone de relieve la perspectiva del ciclo vital.
- La división actual de los cursos y de la enseñanza entre preclínicos y clínicos y la adopción por la mayor parte de las escuelas de un programa de estudios con una estructura modular, que puede carecer de integración significativa entre los planos horizontal y vertical.
- Los programas de estudio están sobrecargados y el tiempo es limitado; inevitablemente habrá resistencia logística y psicológica al cambio, tanto de parte del personal docente como de los estudiantes.
- La diversidad entre los países y dentro de cada uno de ellos acerca de las filosofías pedagógicas, los métodos didácticos y los programas de estudio, a menudo establecidos de forma independiente.

¿Cómo se pueden afrontar esos retos?

Es preciso que quienes promueven la perspectiva del ciclo vital:

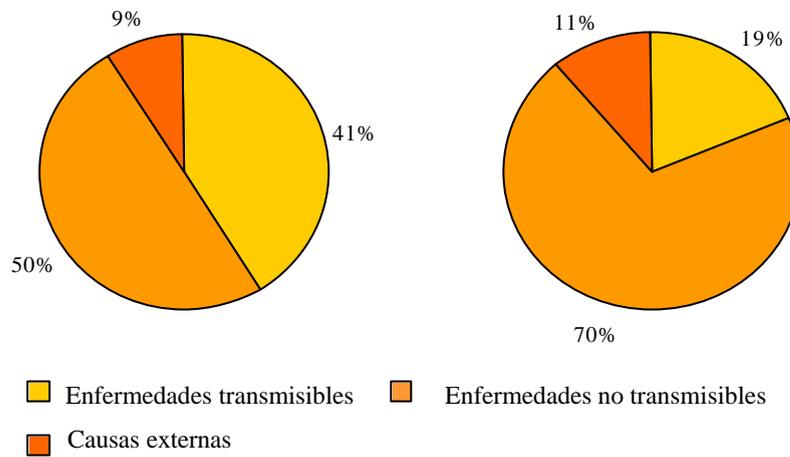
- Hagan hincapié en que un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital modifica **la manera de enseñar los programas de estudio**, antes que el contenido de éstos.
- Elaboren **ejemplos, modelos experimentales y recursos educativos** para contribuir a la conceptualización del enfoque y facilitar su aplicación; aseguren la adaptabilidad y la sensibilidad a diferentes métodos pedagógicos y culturas.

Los campos de la clínica y la perspectiva del ciclo vital

- Etiología: claves de los mecanismos; relación de lo social con lo biológico y viceversa.
- Diagnóstico: manifestaciones clínicas y epidemiología no especializada.
- Pronóstico: reserva funcional y respuesta a la enfermedad.
- Tratamiento: repercusiones limitadas para la prevención terciaria como prevención principalmente primaria; puede ser importante para entender la inobservancia.

- Fomenten la pronta elaboración y la integración de la perspectiva del ciclo vital en la enseñanza de la **salud pública**.
- Promuevan el enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital **más allá** del programa de estudios de pregrado para que se difunda a nivel de la formación avanzada y en el ámbito clínico.
- Recomienden la adopción de la perspectiva del ciclo vital en la capacitación de todos los **trabajadores de salud**.
- Alienten a que se extraigan lecciones de los **existentes** enfoques holísticos/interdisciplinarios utilizados en la formación sobre geriatría y a que los programas de geriatría adopten una perspectiva inversa de la totalidad del ciclo vital, que se concentre en el envejecimiento sano, además de los procesos mórbidos específicos.
- Señalen la importancia decisiva del **reclutamiento de personal y de una evolución continua** de la aplicación de este enfoque.
- Establezcan medidas y **estrategias de aplicación** que involucren a organismos nacionales, comisiones escolares, políticos de influencia y al público en general; hay que «dar el ejemplo» y «vender» el enfoque facilitando su aceptación de arriba hacia abajo.
- Promoverán el **examen de los criterios de admisión** en las escuelas de medicina para que se tome en consideración el contexto social de la salud; ofrezcan mayores oportunidades para que puedan estudiar medicina personas de más edad, que tienen más experiencia personal del ciclo vital (con lo que se reconoce al mismo tiempo el aumento de la esperanza de vida y la tendencia a jubilarse más tarde).

Causas de mortalidad en los países en desarrollo



Fuente: Murray C. y López A., *The Global Burden of Disease, 1996: OUP.*

Aplicación de un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital

Los participantes en el taller acordaron explorar diferentes maneras de llevar adelante este enfoque, vinculándose con asociados locales e internacionales para generar recursos e impulso. Las iniciativas sugeridas comprenden la elaboración de un programa de estudios y material didáctico adaptables, el examen de temas relacionados con la integración de los programas de estudio; efectos y cambio; la producción de publicaciones sobre la perspectiva de la totalidad del ciclo vital concentrando la atención en las repercusiones para la salud o cuestiones médicas específicas; la utilización de conferencias nacionales e internacionales como plataformas para la difusión de ideas sobre la perspectiva del ciclo vital; la promoción política para que en los programas de desarrollo se dé más importancia a las cuestiones relacionadas con el envejecimiento y la salud de la población (los organismos internacionales de ayuda, los donantes y las ONG siguen abrumadoramente centrados en los niños); la promoción del establecimiento de centros de salud «amigos de la comunidad», o «favorables a la perspectiva del ciclo vital», es decir «humanos», lo que es especialmente pertinente para los países en desarrollo. Estamos dedicados a trabajar con redes de profesionales y dispensadores de atención de salud para optimizar la difusión de información, iniciativas e ideas. Para la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se celebrará en 2002, se formularán recomendaciones concretas sobre la manera de aplicar un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital.

¿Tiene **usted** sugerencias prácticas para llevar a la práctica las ideas expresadas? ¿Se ha sentido **inspirado** durante su educación por la aplicación de un marco que abarca la totalidad del ciclo vital? ¿Ha **utilizado** usted la perspectiva del ciclo vital como marco en sus enseñanzas? ¿**Promovería usted** un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital?

Comparta sus ideas; visítenos en www.ilcuk.org.uk o envíenos un mensaje electrónico a lifecourse@ilcuk.org.uk

Estamos deseosos de conocer la experiencia de aquellos para quienes este enfoque **no** es nuevo y de conocer asimismo las **ideas prácticas** de éstos sobre la manera de hacerlo más explícito. Necesitamos que quienes consideran que éste es un enfoque que falta lo **expresen**. El sitio web se ampliará para incorporar sus pensamientos, establecer enlaces con nuevas iniciativas y promoverlas a medida que surjan. **¡Hágalo SUYO!** Esperamos con interés sus noticias.

Se puede obtener una cantidad limitada de ejemplares de este folleto y un cartel publicitario de tamaño A2 que anuncia el sitio web www.ilcuk.org.uk (en el que se encuentra el folleto en formato electrónico en español, francés e inglés). Para obtener ejemplares del folleto, solicítelos a activeageing@who.int. En el sitio web también se pueden encontrar referencias textuales completas, más información y enlaces.

Recursos

A Life-course Approach to Chronic Disease Epidemiology eds. Diana Kuh y Yoav Ben-Shlomo (Oxford University Press, 1997) ISBN 0 19 2627821.

A life-course perspective of maintaining independence in older age (WHO, 1999)

WHO/HSC/AHE/99.2; quien desee obtener ejemplares puede solicitarlos a activeageing@who.int.

Participantes en el grupo de trabajo sobre la perspectiva del ciclo vital

Vijay Rawal, **Asociación Europea de Estudiantes de Medicina**; Mats Sundberg, Jacco Veldhuyzen, Robert C van de Graff, **Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina**; Baronessa Greengross, Charles Carter, Jo Winterburn, **International Longevity Center (Reino Unido)**; Dr. Mireille Kingma, **Consejo Internacional de Enfermeras**; Profesor Françoise Forette M.D. **International Longevity Center, (Francia)**; Dra. Susan Morton, **Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, (Reino Unido)** Gerald Bennet, M.D., **Hospital Mile End (Reino Unido), Departamento de Geriátría**; Harrison G. Bloom M.D. **Mount Sinai Medical Centre (Estados Unidos de América), Departamento de Geriátría y Desarrollo del Adulto asociados del ICC de los Estados Unidos de América**, Dra. Martha Pelaez, **Organización Panamericana de la Salud, Asesora Regional, Envejecimiento y Salud**; Dra. Diana Kuh, **Royal Free & UCL Medical School (Reino Unido)**; Profesor Antony de Bono, M.D., **Instituto Internacional de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (Malta)**; Dr. Yoav Ben-Shlomo, **Universidad de Bristol, (Reino Unido), Departamento de Medicina Social**; Profesor Shah Ebrahim, M.D., **Universidad de Bristol (Reino Unido) Departamento de Medicina Social**; Dr. Alexandre Kalache, Ingrid Keller, **Organización Mundial de la Salud, NMH/HPS.**

Damos las gracias a todos los participantes en el taller por las contribuciones que han aportado, en particular al Dr. Yoav Ben-Shlomo y a la Dra. Diana Kuh.

El *International Longevity Center* (Reino Unido) considera que el envejecimiento de la población y la revolución de la longevidad requieren cambios radicales de las actitudes y enfoques del ciclo vital, tanto de parte de la sociedad como del individuo. La organización forma parte de un consorcio multinacional de *International Longevity Center* cuya misión es ayudar a las sociedades a abordar de manera positiva y productiva la longevidad y el envejecimiento de la población. Para obtener más información, diríjase a:

International Longevity Center

Walkden House, 10 Melton Street Londres NW1 2EB
Tel. +442087657817 Fax +442087657873
enquiries@ilcuk.org.uk
www.ilcuk.org.uk

El Programa de la OMS Envejecimiento y Salud se creó en 1995 sobre la base de los logros obtenidos por su antecesor, el Programa de Salud de las Personas de Edad. Con este cambio de nombre se reconoce la importancia de la perspectiva del ciclo vital; como la vida es un proceso continuo, hablamos de «envejecimiento» en lugar de hablar de «personas de edad».

En marzo de 2000 la OMS fue objeto de una reestructuración muy importante que dio lugar al establecimiento de un nuevo Departamento (Promoción de la Salud/Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles), del cual forma parte «Envejecimiento y Salud» con sus cuatro unidades: Ciclo Vital y Salud; Políticas Legislativas y Económicas; Enfoques de la Prevención de Base Comunitaria y Vigilancia de los Factores de Riesgo.

Organización Mundial de la Salud

Grupo orgánico Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
Departamento de Promoción de la Salud y Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles
1211 Ginebra 27 (Suiza)
Tel: +41 22 791 3405 Fax. +41 22 791 4839
Correo electrónico: activeageing@who.int
www.who.int/ageing