DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO VIDA ACTIVA Y SALUDABLE

Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)

2022

1. España: un país longevo

La creciente longevidad de la población es una realidad cada vez más presente, que conlleva numerosas oportunidades y retos a nivel social, económico, laboral y sanitario, entre otros. España, actualmente entre los países con mayor esperanza de vida al nacer (82,9 años de promedio), prevé llegar a ser en 2040 el país más longevo del mundo.

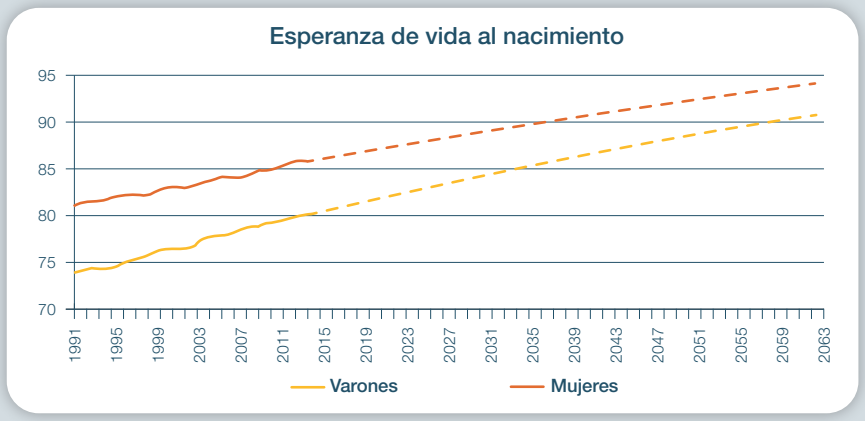
18,2%

El porcentaje de población mayor de 65 años actualmente se sitúa en el 18,2% (más de 9 millones de personas)

24,9% - 38,7%

En 2029 el porcentaje de mayores de 65 será del 24,9% y del 38,7% en 2064[1].

Todo ello, a pesar de la reducción en esperanza de vida de 83,6 años a 82,9 años producida en 2020 a causa de la mortalidad provocada por el duro golpe de la COVID-19 en nuestra sociedad.



Proyección de la Población de España 2014–2064. INE.

La longevidad o envejecimiento de la población plantea cambios profundos, no solo en términos demográficos, sino en todos los ámbitos de la vida.

Por ello, desde hace varias décadas, numerosos agentes implicados, incluyendo la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), trabajan en la promoción del envejecimiento activo y saludable. La longevidad o envejecimiento de la población plantea cambios profundos, no solo en términos demográficos, sino en todos los ámbitos de la vida.

Con ocasión de la 2ª Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, a propuesta de la Organización Mundial de la Salud, se definió el envejecimiento activo como **"el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen".**

La importancia de este principio es hoy más importante que nunca, especialmente a raíz del impacto global de la pandemia por COVID-19. "El reconocimiento de los "nuevos mayores" supone la urgencia de planificar los sistemas de salud, sociales y económicos de manera diferente".

En términos de salud y protección social, las prioridades de las personas mayores ya no se limitan a los cuidados, a la dependencia o la senilidad mal entendida. Surgen nuevos enfoques para antiguos problemas, que a la vez se agudizan (como la soledad no deseada o el deterioro cognitivo), en un contexto de personas mayores que reclaman cada vez mayor autonomía y participación en las decisiones sobre su salud y bienestar. La calidad de los años vividos, y no solo la supervivencia en términos globales se toma como parámetro en el proceso de revolución de los cuidados al que asistimos.

Ser mayor no es una enfermedad. Las personas mayores reclaman un mayor protagonismo de la calidad de vida en el abordaje de la longevidad.

Las innovaciones médicas y tecnológicas (medicina personalizada, terapias avanzadas, modelos de inteligencia artificial) y la apuesta por una humanización de los modelos de asistencia social plantean oportunidades impensables hasta ahora. A la vez, se agudizan retos, como la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinar en el abordaje de la senectud y de promocionar un consenso intergeneracional amplio que erradique comportamientos discriminatorios.

El entendimiento intergeneracional es indispensable para afrontar el reto demográfico y garantizar el progreso justo y pacífico de las sociedades. **El modelo de convivencia debe ser el resultado del diálogo intergeneracional,** incorporando en las mesas de decisiones para las políticas públicas, a las generaciones de jóvenes y de personas mayores.[2]

2. Percepciones sobre el impacto de la COVID-19

La pandemia ha tenido consecuencias graves en la salud y la asistencia social de las personas mayores. Además de las dramáticas cifras de fallecimientos, el confinamiento y las situaciones de aislamiento se tradujeron en un incremento de la vulnerabilidad, con grave afectación física y psicológica.

El drama individual, familiar y social no se puede describir con palabras. Sólo el paso del tiempo nos permitirá apreciar en su total magnitud el impacto real de la pandemia en la salud física y mental de la sociedad.

La población mayor ha sufrido con especial contundencia la COVID-19. Los datos oficiales reportan más de **99.000 fallecimientos** por COVID-19 como causa directa.

Más del **90%** de los hombres y mujeres fallecidos en España por coronavirus tenían **60 años** o más.

Por otro lado, el colapso sanitario provocó el retraso en las cirugías y en el diagnóstico de múltiples patologías. La primera ola de la pandemia de marzo a junio de 2020 provocó una disminución del **20,8%** en los pacientes de nuevos diagnósticos[3].

SEOM estimó entre un 15% y 20% menos de nuevos diagnósticos de cáncer por la emergencia sanitaria y la mortalidad hospitalaria por infarto prácticamente se ha doblado durante la pandemia.

Para las personas mayores que padecen patologías crónicas, las dilaciones en la atención sanitaria y, en especial, en atención primaria, han tenido una repercusión directa en el estado de salud.

También los seguimientos de diversas enfermedades, como las visuales, se paralizaron, al tratarse únicamente las urgencias. Indudablemente, la falta de prevención se ha traducido en complicaciones posteriores.

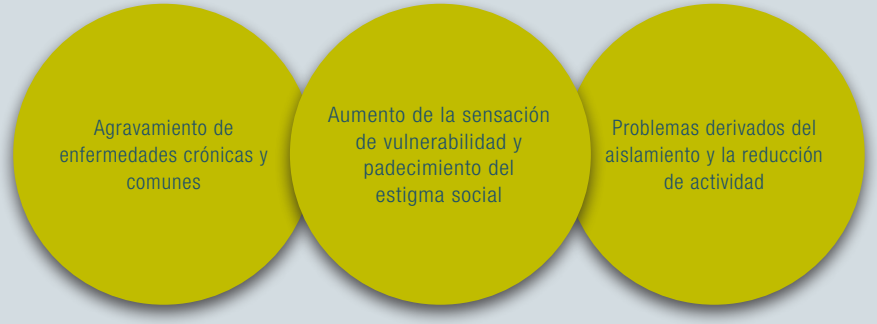
Los trastornos oftalmológicos merecen especial atención, al haberse incrementado de manera exponencial por consecuencia de pérdida de destreza visual y uso excesivo de pantallas. Según la Sociedad Española de Retina y Vítreo sólo se trataron un 30 por ciento de los casos de Degeneración Macular Asociada a la Edad/DMAE[4].

En otro orden de impactos, debemos mencionar aquellos generados como consecuencia de la reducción drástica de la actividad física y los relativos a la salud mental.

Debido al confinamiento impuesto como medida de seguridad para frenar los contagios, muchas personas mayores experimentaron intolerancia a la deambulación, disminución de la capacidad pulmonar, problemas en las articulaciones y dolores musculares.

Durante los meses más extremos de la pandemia se ignoró el impacto de las restricciones en la salud mental. El confinamiento permanente e indiscriminado, sin atender a las necesidades específicas de las personas mayores, generó situaciones de soledad. En las residencias de ancianos, la prohibición de realizar visitas afectó considerablemente al estado psicológico de los mayores.

Entre los principales problemas asociados al aislamiento y el contexto de crisis sanitaria ocupan un lugar relevante los relativos a la salud mental: la depresión, los temores paralizantes por la eventualidad de enfermar, la preocupación obsesiva ante cualquier contacto social, la sensación de soledad, los episodios de ansiedad y angustia y los trastornos del sueño.



Esquema de impactos de la COVID en la población mayor. Elaboración propia.

La pandemia de COVID-19 ha contribuido al recrudecimiento de la discriminación hacia los ancianos en el discurso público[5]. En algunas estrategias de abordaje de la pandemia, la edad se ha utilizado como criterio exclusivo para el acceso a la atención médica y determinados tratamientos, así como factor determinante de distancia social[6].

Uno de los aspectos más dramáticos de la pandemia ha sido la identificación de las personas mayores como un grupo-problema, fomentando estereotipos negativos y falsos dilemas respecto al acceso a los recursos sanitarios y sociales. La Organización Mundial de la Salud lanzó en 2020 la campaña "La edad no te define"[7], para prevenir y combatir el edadismo.

Es prioritario poner fin a las decisiones y discursivas sobre las personas mayores basadas en la edad que no tienen en cuenta el estado objetivo de salud ni la potencialidad de prevenir el deterioro funcional y la incapacidad.

El abordaje integral de los retos del envejecimiento en materia sanitaria y asistencial no puede suponer la creación de compartimentos estancos que estigmaticen al mayor o le expulsen de los servicios. Es necesario integrar las especiales demandas de los mayores dentro del sistema por medio de una planificación más eficiente, la promoción del conocimiento y la concienciación social.

El edadismo imperante en nuestras sociedades provoca que la enfermedad en el mayor sea percibida como una consecuencia directa del envejecimiento. Las personas mayores reciben escasa información sobre las modificaciones que deberían hacer en su estilo de vida para gozar de mayor bienestar. Debemos avanzar hacia un enfoque de prevención del deterioro funcional y de calidad de vida.

Ejemplo paradigmático de esta discriminación son las soluciones digitales para acceder a los servicios como fórmula para reducir el contacto social, que se han articulado de manera repentina sin tener en cuenta las barreras físicas y sensoriales de acceso para las personas mayores, aún más acuciantes en personas mayores solas. Los sistemas de citación obligan a depender de una tercera persona y por norma general adolecen de escasa accesibilidad (letras pequeñas, no audio-descripción), lo que ahonda aún más en la brecha digital y en la inequidad intergeneracional.

Los colectivos mayores deberían participar en los procesos de elaboración de las correspondientes políticas, manifestando sus necesidades y prioridades sobre los problemas a los que se enfrentan al ejercer sus derechos a utilizar estos nuevos los dispositivos y servicios en igualdad de condiciones con las del resto de los ciudadanos.[8]

¿Qué hemos aprendido? Retos identificados:

- Necesidad de desarrollar un sistema sociosanitario asistencial mejorando la coordinación entre asistencia sanitaria y servicios sociales y apostando por la prevención;
- reforzar la atención a domicilio frente a la residencial; esta última ha demostrado las carencias que tiene por la mayor posibilidad de contagios del virus.
- procurar una formación sanitaria más adecuada al personal de servicios sociales que atiende a las personas mayores en situación de dependencia,
- crear un sistema de información estatal y autonómico con la información de derechos, servicios, recursos y apoyos para las personas mayores;
- hacer esfuerzos para mejorar nuestro conocimiento sobre el envejecimiento, tanto en las ciencias médicas como en las sociales y como llevar a la práctica dicho conocimiento;
- potenciar la educación de los mayores, de los que los cuidan y de la sociedad en general acerca de las consecuencias del aumento de la población envejecida y de las oportunidades y beneficios del aumento de la longevidad;
- potenciar el sentido de comunidad ante una situación de riesgo colectivo;
- analizar la situación de los derechos de las personas mayores en España y articular campañas de sensibilización y tolerancia cero al abuso.

3. Principales problemas de salud en el envejecimiento

El envejecimiento demográfico es una realidad cuyo correcto abordaje requiere una comprensión amplia de los principales retos de salud que enfrentan las personas mayores.

La nueva estrategia de Salud Mental debe reconocer y abordar las particularidades de las personas mayores desde un enfoque multidisciplinar e individualizado. El impulso del conocimiento y la investigación sobre nuevas terapias de diagnóstico precoz es esencial.

Las patologías más graves, causa principal de mortalidad y hospitalización son aquellas relacionadas con el corazón, el cáncer y el deterioro cognitivo. Existen además un conjunto de síndromes geriátricos, cuadros originados por una conjunción de enfermedades con gran prevalencia entre personas mayores[10] y que, en muchos casos, son causa de incapacidad funcional o social.

Enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte entre los españoles y la segunda de hospitalización. Según la OMS, en 2040 hasta dos millones de españoles pueden padecer algún tipo de condición, aumentando hasta casi 2,3 millones en 2050[11] [12].

Hasta el 14% de los mayores de 65 años (y hasta un 30% de los mayores de 85 años) padecen enfermedad cardíaca estructural, asociada al deterioro funcional de las válvulas del corazón[13]. Es responsable del 26% de los casos de los casos de insuficiencia cardíaca[14], primera causa de hospitalización entre mayores de 65 años[15].

Los síntomas de las patologías cardíacas se confunden con dolencias asociadas a la edad[16] (fatiga y cansancio muscular, mareos, apnea…), por lo que el riesgo de infradiagnóstico es elevado y más acusado aun en el caso de las mujeres. Por esta razón, el diagnóstico precoz, por medio de la auscultación rutinaria y de la derivación óptima a los servicios de cardiología es una prioridad. Al mismo tiempo, debe potenciarse el conocimiento de la sintomatología entre las personas mayores, de manera que acudan a su médico ante signos propios de la enfermedad.

Cáncer

El 75% de las personas que padecen cáncer tienen más de 65 años[17] y la probabilidad de desarrollar un cáncer supera el 40% es personas mayores de 75 años[18]. Los cánceres más frecuentes son el de próstata, pulmón, colorrectal y vejiga en hombres y el de mama, colón-recto, estómago y útero en mujeres. Más del 60% de enfermedades oncohematológicas se desarrollan en la tercera edad.

La sintomatología en los estadios iniciales de la enfermedad puede ser confundida con la de otras patologías, por lo que el cribado poblacional de determinados tipos de cáncer se manifiesta como una solución útil para el diagnóstico precoz.

La enfermedad oncológica en el anciano presenta características propias y, aun hoy en día, existe desconocimiento sobre su abordaje debido a que los estudios y ensayos clínicos no tienen en cuenta a pacientes mayores. El tratamiento presenta múltiples retos; por ejemplo, el uso de quimioterapia se asocia con un mayor riesgo de causar deterioro cognitivo en el anciano, así como dependencia funcional, o incluso de muerte[19].

La edad avanzada no puede ser un obstáculo para el acceso a cribados poblaciones de detección precoz o a terapias innovadoras.

Alzheimer y demencia

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia, principal generadora de dependencia en personas mayores. Supone más del 60% de los casos de demencia diagnosticados en el mundo[20] y cada año se diagnostican unos 10 millones de nuevos pacientes. En España hay unas 800.000 personas que padecen esta enfermedad[21] y entre el 30 y el 40% de los casos totales de Alzheimer están sin diagnosticar[22].

Más de 55 millones de personas (el 8,1% de las mujeres y el 5,4% de los hombres mayores de 65 años) viven con demencia, y se calcula que esta cifra aumentará a 78 millones para 2030 y a 139 millones para 2050[23].

Según la SEN, el 35% de los casos de Alzheimer se pueden atribuir a factores de riesgo modificables, tales como diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, la depresión, la inactividad cognitiva, la hipoacusia y el aislamiento social.

La pérdida de orientación y de la noción temporal, lagunas de memoria, ataques de pánico y actitudes agresivas o recelosas ante la conciencia de vulnerabilidad son algunas de las manifestaciones tempranas del deterioro cognitivo.

La nueva estrategia de Salud Mental debe reconocer y abordar las particularidades de las personas mayores desde un enfoque multidisciplinar e individualizado. El impulso del conocimiento y la investigación sobre nuevas terapias de diagnóstico precoz es esencial.

En ocasiones, la persona mayor se ve sometida a situaciones estresantes ante la falta de comprensión de la sociedad. Más adelante, a medida que la enfermedad se agudiza, la demencia tiene un efecto abrumador en la familia y el entorno más cercano del afectado, que se convierten en el principal soporte del afectado asumiendo costes emocionales y económicos importantes.

A menudo hay una falta de concienciación y conocimiento de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. La mayoría de los cuidadores son familiares de la persona con demencia; **es indispensable considerar el impacto de la demencia en el entorno del afectado y en la sociedad.**[24]

Enfermedades musculoesqueléticas

El 36,2% de nuestra población presenta algún tipo de enfermedad reumática, afectando en mayor proporción a mujeres y con más frecuencia a personas mayores de 45 años. El dolor vertebral crónico, reumatismos, artrosis y osteoporosis son las entidades más prevalentes.

Estas enfermedades tienen un impacto severo en la calidad de vida de las personas mayores y por sus múltiples efectos asociados (el riesgo de sufrir un ataque al corazón se duplica en pacientes con artritis reumatoidea) se estima que la esperanza de vida de una persona con artritis reumatoide es de unos 15 años menos que la media[25].

Las enfermedades musculoesqueléticas son altamente incapacitantes y una de las principales causas de fragilidad, tanto por el dolor que provocan como por sus efectos asociados (caídas y fracturas[26] por pérdida de equilibrio o de fuerza en las piernas, falta de sensibilidad en las extremidades o dificultad para aprehender objetos, entre otros).

El dolor es un síntoma frecuente y uno de los principales motivos de discapacidad asociada, siendo crónico y limitante en un 25% de las personas afectadas[27].

Una de las claves para abordar adecuadamente estas patologías es optimizar la ruta asistencial de los mayores de forma que se reduzcan los tiempos de diagnóstico y seguimiento. Iniciativas como el Proyecto EspAndE coordinan el trabajo entre los Centros de Atención Primaria y la especialidad de Reumatología para impulsar la derivación temprana del paciente.

Salud mental: soledad no deseada y depresión

Estudios recientes revelan que el 40% de las personas mayores de 65 años presentan soledad emocional. En mujeres, viudas y mayores de 80 años este porcentaje es aún mayor[28]. Algunas de sus manifestaciones son el aislamiento social, el deterioro del autocuidado, la pérdida de competencias y de autonomía, pasividad y déficits en el control de las emociones.

En España, dos millones de personas mayores de 65 años viven solas (75% son mujeres). El envejecimiento de la población, la cultura cada vez más individualista, la precariedad laboral y la despoblación del entorno rural son algunas causas explicativas del aumento de la soledad no deseada.

La Organización Mundial de la Salud considera la soledad no deseada una cuestión de salud pública. El aislamiento que sufren muchas personas mayores tiene graves consecuencias para su salud, puesto que constituye un desencadenante de otros problemas emocionales, psicológicos y físicos. Aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, depresión, pérdida de movilidad, deterioro cognitivo y mortalidad temprana.

Impactos de la soledad no deseada en la salud

Impacto fisiológico e inmunológico (ej. Enfermedades coronarias y vasculares)

Impacto psicológico y emocional (ej. Ansiedad, depresión, deterioro cognitivo)

Impacto conductual (ej. Mayor riesgo adicciones, insomnio, trastornos alimentarios)

Impacto social (ej. Aislamiento y déficit en las interacciones sociales)

Impacto mortandad (ej. Aumento ideas suicidas, mayor riesgo de morir prematuramente)

Referencia. La soledad no deseada en los mayores. Un problema de todos[29].

La soledad y el aislamiento no deseado llevan a situaciones de vulnerabilidad y fragilidad. Es necesaria la implicación de todos (salud, educación, servicios sociales, vivienda…) para seguir profundizando en sus causas y paliar esta situación.

4. Principales Retos en Protección social.

Desde el ámbito de la protección social sigue siendo necesario el reconocimiento y defensa de los derechos de las personas mayores, evitando su calificación como "colectivo" y la discriminación por la edad.

- Deficiente atención y prevención de enfermedades crónicas impacta en la calidad de los servicios de asistencia.
- Falta de acceso a recursos de atención a la dependencia y brecha de cuidados en el entorno rural.
- Falta de apoyo a la familia, que se ve sobrepasada, especialmente cuando hay deterioro cognitivo de la persona mayor.
- Insuficiencia de recursos y de un modelo de cohesión sociosanitaria para la atención de las personas mayores.[30]
- Bajo grado de penetración de modelos de cuidado en casa e infrautilización de los recursos de telemedicina y telemonitorización, especialmente en entornos rurales.

5. Decálogo de Conclusiones

Gozar de buena salud en el envejecimiento es posible. Para ello, es esencial la toma de acción por parte de todos los actores involucrados (mayores, sanitarios, trabajadores sociales), pero especialmente de los poderes públicos. Necesitamos políticas realistas, innovadoras y sostenibles.

1. Las personas mayores representan un gran recurso de experiencia y talento que no se valora lo suficiente. Es necesario fomentar su autonomía personal, la integración y la participación social para que se sientan útiles y reconocidas, así como crear cauces que les ofrezcan oportunidades reales de desarrollar propósitos con sentido y sentir que continúan llevando las riendas de sus vidas[31]. Las empresas y los organismos públicos deberían proveer medios para que las personas que van a jubilarse se informen acerca de los retos que van a afrontar y reflexionen sobre sus actividades futuras.
2. Debemos impulsar el conocimiento de los aspectos positivos de la vejez considerándola como parte del desarrollo del ciclo vital, y eliminar las discriminaciones asociadas a la edad y el estereotipo de los mayores como una carga para la sociedad. Es prioritario erradicar la perspectiva social de que las políticas dirigidas a los mayores perjudican al resto de la población.
3. Es necesario promover la integración asistencial (sanitaria y social) a nivel estructural y organizativo, considerando las necesidades específicas en el envejecimiento y garantizando una adecuada atención a los aspectos físicos, psicológicos y emocionales.
4. Es necesario impulsar una estrategia de envejecimiento saludable y prevención de la dependencia, promocionando acciones que fomenten la actividad física de las personas mayores (prevención de fragilidad), de unos buenos hábitos nutricionales (apoyo a comidas a domicilio, campañas de nutrición e hidratación) y de acciones para fomentar la participación social de las personas mayores (prevención de inactividad, inmovilidad, soledad y aislamiento).
5. Debemos promover un correcto abordaje de la comorbilidad por medio del impulso de campañas de sensibilización, el fomento de la investigación y de la innovación en las terapias y la garantía de continuidad y multidisciplinariedad de los cuidados.
6. Hay que favorecer un enfoque comunitario de asistencia social, que favorezca la creación de entornos compartidos para atender las necesidades de las personas mayores, al tiempo que se respeta su autonomía e independencia al mayor grado posible.
7. Debemos evolucionar hacia un modelo de cuidados basado en evidencia, información y utilidades que fomente el envejecimiento saludable y la prevención del deterioro funcional. Es prioritario establecer objetivos e indicadores comunes (PROMs y PREMs) y compartidos por los distintos ámbitos asistenciales, relacionados con la gestión y mejora del proceso de atención.
8. Debemos realizar actuaciones específicas dirigidas a las personas cuidadoras encaminadas a la prevención del impacto negativo sobre la salud física y mental y sobre el bienestar que pueda conllevar el cuidado de personas mayores.
9. Hay que mejorar el acceso a la sociedad digital, eliminando las barreras y formando y asistiendo a la gente mayor.
10. Es prioritario continuar defendiendo los derechos individuales y sociales de las personas mayores; en especial, de aquellas en situación de vulnerabilidad.

Este documento ha sido editado por RPP Group para la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y ha contado con el apoyo de Novartis para sufragar los costes de coordinación y maquetación. La edición ha sido realizada gracias a la contribución desinteresada de las siguientes personas: **Juan Manuel Martínez · Bartolomé Freire · Alfredo Bohórquez · Eva Carreira · Antonio Burgueño · Sabina Camacho · Ángel de Oro · Andrés Mayor • José María Alonso · Antonio Urbistondo**

CEOMA quiere saber de ti.
¿Tienes propuestas para mejorar la atención sociosanitaria de las personas mayores?
Cuéntanos en **contacto@ceoma.org**

1 Nota de prensa. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyección Población de España 2014–2064. Ver online: https://www.ine.es/prensa/np870.pdf
2 Modelo humano de convivencia y futuro intergeneracional. Albor Consultores. Ver online: https://alborconsultor.com/2021/05/19/modelo-humano-de-convivencia-y-futuro-intergeneracional-documento-albor/?v=04c19fa1e772
3 Impacto de la COVID-19 en lo NO-COVID-19. FACME. 2021. Ver online: https://facme.es/wp-content/uploads/2021/11/Documento-Integral-Impacto-del-COVID-19-en-lo-NO-COVID-19.pdf
4 Visión España. Objetivo DMAE. Ver online: https://www.esvision.es/wp-content/uploads/2020/10/objetivo-dma-informe-final.pdf y https://www.esvision.es/wp-content/uploads/2021/04/4470-Guia-rehabilitacion-visual-v4.pd
5 Ageism worth to talk about. International Society for Geriatric Oncology. Sept 2021. Ver online: https://siog.org/content/ageism-worth-to-talk-about/
6 Nota de prensa. CEOMA. 2020. Ver online: http://ceoma.org/opinion-de-ceoma/notas-de-prensa/notas-de-prensa-2020/el-peligro-de-que-nuestros-derechos-se-vean-postergados-bajo-un-criterio/
7 Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
8 https://ceoma.org/internet-y-la-nueva-realidad-para-personas-con-discapacidad-y-mayores-impacto-del-covid-19/
9 Hoja de Ruta para el Abordaje de la Fragilidad. 2019. Ministerio de Sanidad. España. Ver online: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf
10 Monográfico de síndromes geriátricos. Geriatricarea.Mayo 2020. Ver online:https://www.geriatricarea.com/2020/05/04/sindromes-geriatricos-monografico-especial-geriatricarea/ Nota de prensa. Instituto Nacional de Estadística (2020). Proyecciones de Población 2020-2070. Ver online: https://www.ine. es/prensa/pp_2020_2070.pdf
11 J. d'Arcy et al. (2016) Large-scale community echocardiographic screening reveals a major burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: the OxVALVE Population Cohort Study. Dec 14;37(47):3515-3522. doi: 10.1093/eurheartj/ehw229
12 J. d'Arcy et al. (2016) Large-scale community echocardiographic screening reveals a major burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: the OxVALVE Population Cohort Study. Dec 14;37(47):3515-3522. doi: 10.1093/eurheartj/ehw229.
13 I. Sayago-Silva et al. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años, Rev. Esp. Cardiol., 2013;66:649-56 - Vol. 66 Núm.08 doi: 10.1016/j.recesp.2013.03.014.
14 I. Sayago-Silva et al. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años, Rev. Esp. Cardiol.,

2013;66:649-56 - Vol. 66 Núm.08 doi: 10.1016/j.recesp.2013.03.014.

15 Insuficiencia cardíaca. CardioAlianza. Ver online: https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca/

16 La relación entre el cáncer y el envejecimiento. CORDIS. Comisión Europea. Ver online: https://cordis.europa.eu/article/id/90844-linking-cancer-to-ageing/es

17 Cifras del cáncer en España. SEOM. 2021. Ver online: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espnaha_2021.pdf

18 Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cancer. Revista Nutrición Hospitalaria. Ver online: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700005

19 Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Revista de Neurología. 2018. Ver online: https://www.neurologia.com/articulo/2017519

20 La prevalencia del Alzheimer ha aumentado considerablemente y la edad es el principal factor de riesgo. Sept. 2021. Geriatricarea. Ver online: https://www.geriatricarea.com/2021/09/20/la-prevalencia-del-alzheimer-ha-aumentado-considerablemente-y-la-edad-es-el-principal-factor-de-riesgo/

21 El 35% de los casos de Alzheimer se pueden atribuir a nueve factores de riesgo modificables. Sociedad Española de Neurología. Ver online: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link280.pdf

22 Nota de prensa. La Moncloa. 21 sept. 2021. Ver online : https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2021/210921-diaalzheimer.aspx

23 Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. Ver online: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

24 Artritis: Enfermedad frecuente en personas mayores. Cuideo. Oct. 2021. Ver online: https://cuideo.com/blog-cuideo/artritis-enfermedad-frecuente-ancianos/

25 Osteoporosis en mayores de 65 años. Revista Sanitaria de Investigación. Mayo 2021. Ver online: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/osteoporosis-en-mayores-de-65-anos/

26 Prevalencia de las enfermedades reumáticas en el Baix Empordà. Reumatología clínica. Oct. 2021. Ver online: https://www.reumatologiaclinica.org/es-prevalencia-enfermedades-reumaticas-el-baix-articulo-S1699258X21001947

27 Instituto Nacional de Estadística (INE) Encuesta Continua de Hogares (ECH). 2019. Ver online: https://www.ine.es/prensa/ech_2018.pdf

28 La soledad no deseada en los mayores. Un problema de todos. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Oct. 2019. Ver online: https://www.copmadrid.org/wp/la-soledad-no-deseada-en-los-mayores-un-problema-de-todos/

29 Cohesión de los Servicios Sociales y Sanitarios para la Atención a la Población Sociosanitaria Alianza Científico-profesional Estado del Bienestar. Ver online: http://www.alianzaestadobienestar.com/images/Documentos/ACEBCohesionSanidadyServiciosSocialesAtencionSociosanitaria21feb2019.pdf

30 La Jubilación, una nueva oportunidad (LIDeditorial, 2017). Bartolomé Freire.

31 Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Pedro Abizanda Soler, Gema Paterna Mellinas, Esther Martínez Sánchez y Esther López Jiménez. 2010;45(4):219–228.