

# Entornos amigables con las personas mayores: Evaluación de línea base en América Latina con referencia a Costa Rica





# Entornos amigables con las personas mayores: Evaluación de línea base en América Latina con referencia a Costa Rica

Washington, D.C., 2024



Década  
del envejecimiento  
saludable  
en las Américas

La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas  
**situación y desafíos**

*Entornos amigables con las personas mayores: evaluación de línea base en América Latina con referencia a Costa Rica*

ISBN: 978-92-75-32772-2 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22772-5 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Entornos amigables con las personas mayores: evaluación de línea base en América Latina con referencia a Costa Rica. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327722>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

HSS/HL/2024

# Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>iv</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Ciudad amigable con las personas mayores: un diagnóstico</b> .....	<b>2</b>
<b>Experiencias de aplicación del protocolo de Vancouver en América Latina</b> .....	<b>4</b>
Contexto .....	4
Adaptaciones del Protocolo de Vancouver.....	5
Definiciones y parámetros esenciales.....	5
Perfil de la comunidad .....	6
Grupos focales .....	7
Implementación del Protocolo de Vancouver durante la pandemia de COVID-19 ....	14
<b>Oportunidades de mejora del Protocolo de Vancouver</b> .....	<b>15</b>
<b>Reflexiones finales</b> .....	<b>18</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>20</b>

## Agradecimientos

Este informe ha sido elaborado por la Unidad de Curso de Vida del departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la oficina central de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la oficina de la OPS en Costa Rica. Su redacción ha estado a cargo de Delfina Álvarez, Silvia Gascón, Lecsaira León y Gustavo Mery.

La publicación es fruto de un esfuerzo interinstitucional y forma parte de la serie La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos, coordinada y editada por Patricia Morsch y Enrique Vega, con la supervisión de James Fitzgerald, de la OPS.

El propósito de la serie es proporcionar actualizaciones continuas sobre los diferentes ámbitos de acción de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) en la Región de las Américas, y de otros aspectos conexos.

Se agradece la colaboración de los especialistas de la OPS, del sistema de las Naciones Unidas, del sistema interamericano y del mundo académico que participaron en la iniciativa y formularon observaciones y recomendaciones esenciales para que el proyecto viera la luz.

## Introducción

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) es una iniciativa de las Naciones Unidas para poner en marcha y apoyar acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades. Incluye cuatro ámbitos de actuación prioritarios, entre los cuales destaca el segundo, que tiene como objetivo “asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores”(1). Para ello, los entornos físicos, sociales y económicos contextuales son factores clave que determinan la salud de las personas mayores e influyen poderosamente en la experiencia que supone el envejecimiento y en las oportunidades que ofrece (1).

Adicionalmente, otros avances estratégicos mundiales anteriores, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, la *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*, y la Nueva Agenda Urbana han mostrado que la creación de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores es una prioridad (2). En ese marco, el Programa y la Red Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores (en adelante, la Red) es una herramienta de alto valor para cumplir este cometido.

En la Región de las Américas, bajo el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Red ha tenido una expansión importante; las ciudades y comunidades de las Américas representan más de la mitad de sus miembros activos y, en particular, los países de América Latina han experimentado un crecimiento exponencial a partir del 2019 (3).

Una de las etapas fundamentales para las ciudades y comunidades que se comprometen a avanzar en su estrategia de amigabilidad con las personas mayores es la evaluación de referencia, que permite identificar lo que las personas mayores valoran, pero también qué identifican como barreras y desafíos en su entorno local.

La herramienta desarrollada por la OMS para realizar esta evaluación es el Protocolo de Vancouver (en adelante, el Protocolo), un conjunto de normas que permite la medición del grado de amigabilidad con las personas mayores de una ciudad o comunidad. El Protocolo propone una metodología cualitativa y de grupos focales, a partir de la cual las ciudades pueden, posteriormente y sobre la base de los resultados obtenidos, diseñar una estrategia y un plan de acción (4)

Con el objetivo de construir capacidad técnica para que las ciudades y comunidades puedan incrementar su grado de amigabilidad, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano de la Región, se elaboró este informe que recopila las experiencias novedosas de América Latina en materia de elaboración de diagnósticos de referencia y adaptaciones concretas del Protocolo, e identifica algunos avances y desafíos comunes de los casos relevados. Específicamente, se destacan ejemplos del Programa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en Costa Rica, dado que, a través de la organización intersectorial, en el país se adaptó el Protocolo de acuerdo con los recursos y características locales.

## **Ciudad amigable con las personas mayores: un diagnóstico**

El Programa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores plantea un proceso de mejora continua que parte de la realización de un estudio diagnóstico de las ciudades y comunidades utilizando el Protocolo de Vancouver (4). Esto posibilita la elaboración y la puesta en marcha de un plan de acción enfocado en las necesidades identificadas a partir del estudio de diagnóstico, más la evaluación de resultados y la elaboración de un nuevo plan a medida que dichas necesidades vayan cambiando (2)

El Protocolo contiene una serie de parámetros y definiciones orientados a optimizar oportunidades para la salud, la participación y la seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (5). Además, reconoce la gran diversidad que existe entre las personas mayores, y promueve su inclusión y contribución en todos los aspectos de la vida diaria, impulsando el respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida, y anticipa y responde con flexibilidad a las necesidades y preferencias durante el envejecimiento. Su enfoque se centra en ciudades o pueblos y en los barrios o distritos que estos puedan albergar, y propone un abordaje participativo ascendente.

La aplicación del Protocolo se inicia con la realización de un perfil de la comunidad que proporciona información acerca de los principales problemas y recursos que esta tiene. La metodología propuesta es cualitativa y se basa en la consulta a actores clave, principalmente personas mayores, mediante grupos focales, con el objetivo de conocer la percepción de los ciudadanos acerca del grado de amigabilidad de las ciudades y sus propuestas de mejora.



Se sugiere conformar distintos grupos y llevar a cabo por lo menos cuatro grupos focales de personas mayores, lo cual dependerá del tamaño de la localidad. Los integrantes son seleccionados teniendo en cuenta su edad, de 60 a 74 años y de 75 y más, y de acuerdo con su nivel socioeconómico, definido según el barrio en el que residen. Asimismo, se requiere que los participantes provengan de diferentes espacios y que haya suficiente diversidad cultural, étnica, religiosa, socioeconómica y de género, para contemplar la heterogeneidad de esta población.

Por otra parte, se recomienda realizar grupos focales con proveedores de servicios públicos, privados y de organizaciones no gubernamentales, así como con cuidadores de personas mayores con algún grado de dependencia. En estos casos también se puede recurrir a entrevistas individuales o reuniones en los lugares de trabajo.

El Protocolo contiene una pormenorizada descripción de los procedimientos necesarios para llevar adelante los grupos focales. En primer lugar, hay un cuestionario que contempla los ocho ámbitos de una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, respeto e inclusión social, participación social, comunicación e información, participación cívica y empleo, asistencia comunitaria y servicios sanitarios. Asimismo, presenta una serie de recomendaciones para el análisis de la información, e incluye una guía de información del participante y una planilla de consentimiento informado (4,6).

El Protocolo se ha constituido en una herramienta estandarizada para todas las ciudades del mundo que quieran formar parte de la Red; sin embargo, las características diferenciales de cada una, así como sus capacidades técnicas y de recursos, han llevado a que cada ciudad o comunidad aplicase modificaciones al modo de ajustar dicho instrumento a las realidades locales. Sumado a ello, la pandemia de COVID-19 ha representado un nuevo desafío para la puesta en práctica del Protocolo –que fue diseñado como una herramienta de investigación cualitativa presencial–, ya que han debido incorporarse recursos novedosos, entre ellos los tecnológicos, a fin de avanzar en el proceso de diagnóstico.

Sin perder la rigurosidad metodológica con la que el Protocolo fue diseñado, sus adaptaciones permiten guiar la investigación de una manera más accesible, ofreciendo insumos imprescindibles a la hora de pensar en políticas públicas destinadas a la población de personas mayores, con un enfoque de derechos e intersectorial.

## Experiencias de aplicación del Protocolo de Vancouver en América Latina

### Contexto

Los países de América Latina se encuentran en diferentes etapas del proceso de envejecimiento de sus poblaciones. Algunos, como los del cono sur de América y Cuba, se hallan en una fase avanzada de su transición demográfica, mientras que otros, como los de Centroamérica y el Caribe, están iniciando ese proceso (7,8).

Otra peculiaridad de la subregión es la histórica desigualdad social y económica que la caracteriza, lo que produce que amplios sectores de la sociedad vivan en situación de pobreza y exclusión, entre ellos, un alto porcentaje de personas mayores (9). Sumado a ello, se destaca una amplia diversidad cultural, de costumbres, tradiciones, y sistemas políticos y religiosos.

Ha sido en virtud de esta complejidad que la aplicación de una herramienta estandarizada como el Protocolo de Vancouver requirió adaptaciones para las cuales se contemplaron los rasgos distintivos del lugar en el que se realizó la investigación; por ejemplo, como se describe en el recuadro 1, en Costa Rica se desarrolló el Programa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores a nivel nacional y ello permitió que, a través de una estrategia intersectorial, se diseñaran herramientas específicas y se adaptara el Protocolo considerando las particularidades del país.

---

#### **Recuadro 1.** Adecuación del Protocolo de Vancouver al contexto local en Costa Rica

El Programa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores se implementó en Costa Rica a través de una mesa de coordinación intersectorial de la cual participaron la oficina de la OPS en el país, el Ministerio de Salud, dos organizaciones que nuclean municipios (el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal y la Asociación Nacional de Alcaldías e Intendencias) y la Fundación Yamuni Tabush.

Como ejemplo de la labor realizada, en 2020 se elaboró un manual que permite a las ciudades y comunidades adecuar el Protocolo a la realidad local, y que facilita la comprensión y la aplicabilidad de la iniciativa.

Entre otros factores, la mesa de coordinación intersectorial identificó la necesidad de agrupar algunos de los dominios que propone el Protocolo de Vancouver, y dotar de herramientas concretas y sencillas a los equipos de trabajo de los municipios para el desarrollo del programa.

## Adaptaciones del Protocolo de Vancouver

En los siguientes apartados se presenta una recopilación de experiencias llevadas a cabo en América Latina que entrañan la adaptación y modificación del Protocolo de Vancouver en función del contexto local y las circunstancias de las distintas ciudades y comunidades.

La información recabada se incorporó en cada una de las dimensiones de investigación y análisis que sugiere el Protocolo, de acuerdo con el siguiente índice de contenidos:

- Definiciones y parámetros esenciales
- Perfil de la comunidad
- Metodología cualitativa
  - En relación con los recursos humanos
  - En relación con la cantidad y la organización de grupos focales
  - En relación con el reclutamiento
- Cuestionario
- Análisis de la información

### Definiciones y parámetros esenciales

Durante los 15 años transcurridos desde la reunión de Vancouver donde se estableció el Protocolo como herramienta fundamental de implementación del Programa de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, han surgido nuevos enfoques y marcos conceptuales como, por ejemplo, la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (10)*, los ODS y la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), los cuales han sido contemplados en algunas de las adaptaciones relevadas (véase el recuadro 2).

---

**Recuadro 2.** Ejemplo de actualización del marco conceptual del Protocolo de Vancouver

Además de integrar los conceptos actualizados sobre el envejecimiento saludable y los ámbitos de análisis transversales, el ya citado Programa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de Costa Rica promovió la incorporación del modelo social y de derechos de la discapacidad. Esto contribuyó a crear conciencia en las personas de las ciudades y comunidades sobre el envejecimiento inclusivo, y fomentó la participación de personas mayores con discapacidad en sus comunidades, incluidos los procesos de consulta comunitaria y de respuesta al plan de acción de la iniciativa.

### Perfil de la comunidad

Según se describe en el Protocolo de Vancouver, el desarrollo de un perfil de la comunidad es de sumo valor para conocer las características de la ciudad o comunidad en sí (geografía, demografía, situación económica y social), la población mayor, los recursos destinados a su atención y los desafíos pendientes. Además, el perfil de la comunidad proporciona información del contexto que sirve para detectar los principales problemas o desafíos presentes a nivel local, y también para identificar a las organizaciones y personas que luego podrán ser consultadas en los grupos focales (4).

En las experiencias de las comunidades latinoamericanas se subrayó la importancia de que los responsables de distintas áreas municipales participasen activamente en la elaboración del perfil, debido a su capacidad de aportar el conocimiento proveniente de cada sector, con el objetivo de que se comprometieran con el programa desde el inicio.

La confección de un listado de recursos que incluya los programas y servicios locales, así como las organizaciones y los servicios del sector privado, la sociedad civil y el ámbito académico, y programas de otras jurisdicciones orientados hacia las personas mayores o que puedan resultarles de utilidad se considera un recurso esencial para sentar las bases de la investigación diagnóstica, pero, sobre todo, para facilitar la incorporación del enfoque intersectorial del Programa Ciudades y Comunidades Amigables desde la primera fase y garantizar su sostenibilidad en el tiempo (véase el recuadro 3).

Sin embargo, algunas ciudades y comunidades consideraron excesiva parte de la información de contexto necesaria para armar el perfil, debido a que no siempre pueden aplicar lo recopilado en el diseño del plan posterior, y a la falta de datos secundarios –encuestas nacionales

de personas mayores, encuestas de salud y desarrollo humano- desglosados a nivel local.

Adicionalmente, en muchos casos, los equipos técnicos han manifestado no contar con recursos suficientes para consultar bases de datos o fuentes de información secundaria oficiales y fiables, ni para efectuar los análisis de información requeridos.

Finalmente, hay que tomar en consideración que los modelos de gestión y la cultura institucional también influyen en la forma en la que se llevan adelante las acciones que propone el Protocolo de Vancouver, y afectan en gran medida los recursos con los que cuentan las ciudades, pero también la capacidad de trabajar de manera intersectorial, convocando a unidades académicas y a otros organismos de gestión local, y las posibilidades de identificar a los distintos grupos de personas mayores y de coordinar con otros niveles de gobierno, como el regional o el nacional.

### **Recuadro 3.** Lineamientos para el diseño del perfil de comunidad en Costa Rica

En el caso de Costa Rica, para el desarrollo del perfil de la comunidad se ha recomendado utilizar estudios locales, como el Análisis de la Situación Integral en Salud (ASIS), elaborado por las áreas rectoras del Ministerio de Salud. De esta manera, se ha reducido el número de datos adicionales que se deben recopilar. Asimismo, se elaboró una plantilla que permite sistematizar la recolección de datos entre diferentes municipios y, de este modo, mejorar la comparabilidad del análisis.

La mesa de coordinación técnica intersectorial del programa de Costa Rica proporciona el soporte técnico necesario de la iniciativa a nivel nacional, en combinación con los niveles regionales y locales de salud, así como con los municipios. Esto favorece al accionar interinstitucional e intersectorialmente, e incluye aportes del sector público y privado, con o sin fines de lucro, y la participación social a nivel local para la ejecución del programa.

## **Grupos focales**

La aplicación de una técnica de investigación cualitativa, como los grupos focales que propone el Protocolo de Vancouver, permite recopilar información de manera exhaustiva y tratar los temas en profundidad.

Sin embargo, este tipo de instrumento requiere contar con recursos humanos especializados, y el reclutamiento de participantes para los grupos focales representa un desafío técnico.

### Recursos humanos para realizar los grupos focales

Este es uno de los puntos que más desafíos ha representado en América Latina, ya que son pocas las ciudades o comunidades que cuentan con recursos humanos con las calificaciones adecuadas, y los gobiernos locales no siempre tienen instaladas las capacidades que se precisan.

Frente a esta situación, varias ciudades y comunidades de América Latina que se incorporaron a la Red para poder llevar adelante el análisis de grupos focales adoptaron la estrategia de trabajar con universidades o instituciones académicas y de investigación (véase el recuadro 4). De esa manera, obtuvieron el soporte de profesionales especializados en la recolección de datos cualitativos y en el análisis de la información, con conocimientos de gerontología.

Los ejemplos regionales muestran que las instituciones académicas y las universidades suelen asumir un rol de contraparte para realizar la investigación; de este modo, garantizan la rigurosidad metodológica.

#### Recuadro 4. El apoyo de las universidades en la fase diagnóstica

Las universidades de América Latina han proporcionado un significativo apoyo para la aplicación del Protocolo de Vancouver a través de diferentes estrategias de colaboración. En algunos casos, asumieron la responsabilidad de llevar adelante en forma completa las fases de adhesión y diagnóstico, y apelaron a la participación de organizaciones de personas mayores para la instancia de reclutamiento.

En otros, se involucraron intensamente en actividades de difusión y capacitación junto con el gobierno regional, y luego brindaron su apoyo directo al gobierno local en la etapa diagnóstica.

En un tercer grupo de experiencias, la responsabilidad del diagnóstico estuvo totalmente a cargo de la universidad, tanto para la coordinación de grupos focales como para el análisis de la información, mientras que el reclutamiento fue realizado por el municipio.

Asimismo, a través de cursos presenciales y seguimiento en línea, en ocasiones se transmitieron conocimientos y tecnología para todos los actores comprometidos con el desarrollo del estudio de referencia, a fin de ayudarles a implementar cada una de las etapas del proceso.

Tal es el caso de la aplicación del Protocolo de Vancouver con el apoyo de un Programa Afiliado<sup>a</sup> a la Red Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Ciudades y Comunidades Amigables que promovió un acuerdo interjurisdiccional entre el gobierno nacional, el gobierno provincial y seis gobiernos locales en Argentina. La participación de la universidad, en colaboración con el Programa Afiliado, permitió capacitar a los profesionales y técnicos de los tres niveles implicados, que asumieron la responsabilidad de la puesta en marcha total del protocolo, desde el informe preliminar y el reclutamiento hasta la coordinación de los grupos focales y la elaboración de los informes finales.

También existen casos en los que la dirección del proyecto estuvo totalmente a cargo de una universidad, la cual contrató a una investigadora local a quien acompañó técnicamente a lo largo de toda la fase diagnóstica.

El establecimiento de una instancia de coordinación local integrada por el gobierno local, la universidad, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales ha demostrado ser muy relevante para el cumplimiento de cada uno de los procedimientos instituidos en el Protocolo.

En líneas generales, los referentes de las universidades comprometidas en la aplicación del Protocolo en distintas ciudades y comunidades destacan la importancia del apoyo técnico recibido en el vínculo con los equipos municipales y valoran la participación en el programa, ya que se trata de una oportunidad de aprendizaje que resulta motivadora porque genera la posibilidad de aplicar estrategias de planificación novedosas.

Las universidades también se benefician porque esta labor les abre espacios para las prácticas y pasantías de los alumnos, y para la realización de trabajos de tesis. En ese sentido, algunas han establecido líneas específicas dentro de las áreas de extensión comunitaria y varias han cerrado acuerdos con organismos nacionales y/o internacionales para formalizar acciones de apoyo técnico y consultorías.

<sup>a</sup> Los Programas Afiliados de la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores son instituciones de la sociedad civil, académicas o gubernamentales, de orden global, regional, nacional o subnacional que en un determinado territorio promueven la Red y la creación de conocimiento en torno de la iniciativa de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Para más información, se puede consultar el siguiente enlace: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network-affiliates/>.

## Cantidad y organización de grupos focales

El Protocolo no indica con precisión la cantidad de grupos focales que se requiere realizar, ya que esto depende del tamaño poblacional de la ciudad o comunidad y no hay un criterio de saturación de la información definido.

Respecto de la organización, en algunas de las experiencias regionales se modificaron la dinámica y la disposición de las reuniones en comparación con la metodología original. Por ejemplo, se diseñaron encuentros por eje temático o por eje del cuestionario, se integraron con participantes que manifestaron interés en un tema en particular y, al finalizar la jornada, se compartieron las conclusiones de cada grupo (véase el recuadro 5).

También, se utilizó la lista de verificación (17) elaborada por la OMS para complementar la información de los grupos focales.

**Recuadro 5.** Diseño de una estrategia local para la implementación del Protocolo de Vancouver: los “equipos de trabajo” de Costa Rica

Costa Rica realizó una adaptación de las preguntas generadoras de diálogo y los ocho ámbitos del Protocolo de Vancouver, reagrupándolos en cuatro grandes grupos: 1) salud, atención a largo plazo y protección social; 2) educación y trabajo; 3) información y comunicación; y 4) desarrollo urbano, incluidos transporte y vivienda. Se establecieron además tres ejes transversales: género, interculturalidad y discapacidad.

Adicionalmente, los “grupos focales” pasaron a integrar “equipos de trabajo”, para facilitar el abordaje metodológico. Los equipos conformados fueron dos: uno político-táctico y otro ejecutor.

El equipo político-táctico tiene como principal función acordar las directrices políticas y estratégicas para la implementación del programa, así como aprobar los proyectos y planes que elabora el equipo ejecutor. Ambos equipos están integrados por personas mayores, representantes de los organismos gubernamentales locales, representantes de la mesa intersectorial del programa nacional y otros representantes de distintos sectores involucrados en la vida comunitaria y el bienestar de las personas mayores a nivel local.

Además, se recomendó a los municipios que realizaran consultas comunitarias, como etapa complementaria de los grupos focales, procurando una convocatoria equitativa y representativa que permita conocer la realidad de cada lugar e integrar la comprensión del concepto de envejecimiento saludable a través del curso de vida.

Este tipo de adaptaciones imprimieron una mayor flexibilidad a la recopilación de datos, ya que no circunscribieron esta labor solamente un grupo de profesionales expertos en la metodología de grupos focales. Para su ejecución, el país desarrolló la guía titulada *Caja de herramientas*, que condensa todas estas adaptaciones y se comparte con las comunidades que desean avanzar en la estrategia de amigabilidad con las personas mayores.



## Reclutamiento de participantes para los grupos focales

Por las características de la metodología, un buen reclutamiento que garantice la heterogeneidad en la conformación de los grupos es fundamental para el éxito de la investigación. Los participantes de los grupos focales deben ser personas mayores y personas que prestan cuidados, así como proveedores de servicios orientados a las personas mayores (4).

Sin embargo, esta tarea suele representar un desafío para los gobiernos locales, sobre todo porque debe haber una selección heterogénea y representativa de la diversidad de la población de personas mayores. Cabe destacar que, en esta instancia, reunir a los participantes y garantizar la pluralidad de los grupos focales y la representatividad de la situación socioeconómica de la población de personas mayores suelen entrañar un desafío mayor en las comunidades rurales con poblaciones dispersas entre sí, características de América Latina.

A través de sus distintas áreas de gestión y gracias a su relación con la comunidad, los gobiernos locales suelen tener vínculos cercanos con los ciudadanos que participan de las actividades y programas locales. Sin embargo, hay quienes no participan. Algunas comunidades, incluso, manifestaron dificultades para vencer la resistencia de algunos sectores que prefieren no involucrarse en las convocatorias que se realizan.

El reclutamiento de los participantes de los grupos focales se ve allanado cuando los gobiernos locales tienen modelos de gestión asociada y/o mantienen lazos estables con organizaciones de la sociedad civil (OSC), ya que esos suelen ser los principales aliados para identificar a quiénes convocar.

Como se mencionó en el recuadro 4, la alianza con universidades nacionales ha facilitado la convocatoria efectiva, ampliada, inclusiva y representativa de las comunidades durante el proceso diagnóstico. Hay otras estrategias, como las relacionadas con el trabajo entre instituciones público-privadas y OSC (recuadro 6).

---

**Recuadro 6.** Estrategias para sortear los desafíos de llegar a la mayor cantidad posible de población de personas mayores

En Costa Rica, el desafío de reunir a los participantes de los equipos de trabajo fue sorteado gracias a la alianza intersectorial del programa. La cooperación y el involucramiento de los sectores público y privado permitieron agilizar y proveer de recursos técnicos y económicos a los municipios para que se pudiese completar la etapa diagnóstica y elaborar los planes de acción.

## Cuestionario

El diseño multidimensional (ocho ámbitos) del cuestionario que establece el Protocolo de Vancouver ha probado ser efectivo para identificar cuestiones transversales sobre la salud y el bienestar de las personas mayores en su comunidad (6). Sin embargo, su realización en el marco de los grupos focales puede demandar largos períodos de preparación de encuestas y hacer que disminuya la atención y el interés de los entrevistados, lo cual conduce a resultados que no son confiables.

En las experiencias de ciudades y comunidades de América Latina se verificaron dos situaciones que, aunque contrapuestas entre sí, requieren un breve análisis que posibilite comprender la necesidad de actualizar el Protocolo.

En primer lugar, se ha considerado que el cuestionario era extenso y, además, algunos municipios y universidades propusieron incluir más temas asociados al entorno, como redes de apoyo, alimentación, maltrato tecnológico, abuso de las personas mayores y salud mental.

En segundo lugar, ha surgido cierta tensión entre mantener los ocho ámbitos que sugiere el Protocolo o reducirlos en cantidad, conservando el espíritu intersectorial (como se muestra en el recuadro 7), y evaluar cada ámbito en función de si tratan temas que son competencia del gobierno local, si se cuenta con presupuesto suficiente y si surge como algo prioritario entre los grupos de personas mayores. En algunos casos, se han utilizado encuestas semiestructuradas para identificar las principales preocupaciones o intereses y realizar los grupos focales a partir de esos resultados.

## Recuadro 7. Redefinición de los ámbitos del Protocolo de Vancouver

El Programa de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores en Costa Rica definió cuatro ámbitos para facilitar tanto el diagnóstico de referencia como la elaboración del plan de acción. El objetivo fue unificar aquellos temas más afines y con similitudes, y cuyas acciones estratégicas podrían ser abordadas en conjunto. Los dominios son los siguientes:

1. Salud, atención a largo plazo y protección social.
2. Educación y trabajo.
3. Información y comunicación.
4. Desarrollo urbano (incluidos transporte y vivienda).

Si bien hay requerimientos que pueden surgir durante el proceso de consulta en la fase diagnóstica y en los cuales los municipios no tienen injerencia política, la iniciativa brinda la oportunidad a los gobiernos locales de articular respuestas interprogramáticas y entre los diferentes niveles gubernamentales que permitan velar por el bienestar de la comunidad y su entorno. Esto remarca la importancia de trabajar de manera intersectorial para ofrecer respuestas a las necesidades de las personas mayores en la comunidad.

### Análisis de la información

Según lo establece el Protocolo de Vancouver, el proceso de recolección y análisis de la información debe realizarse mediante la grabación y posterior transcripción de las sesiones, para lo cual siempre debe contarse con el consentimiento informado de los participantes. Asimismo, el Protocolo detalla una serie de puntos que se deben respetar para el análisis de la información: examinar los temas de cada uno de los grupos focales, utilizando una hoja de resumen de resultados; comparar los problemas que hayan surgido entre los diferentes grupos de personas mayores (es decir, por categoría de edad y por nivel socioeconómico), y contrastar los resultados de los grupos focales con personas mayores y el grupo focal integrado por los cuidadores y proveedores de servicios (4).

El trabajo de transcripción de las sesiones de los grupos focales y entrevistas y el posterior análisis de la información son dos aspectos de la metodología que, en varias ciudades y comunidades de la subregión que integran la Red, han resultado complejos de efectuar y requirieron recursos tecnológicos y técnicos apropiados. En algunas ciudades de América Latina, este trabajo ha llevado entre dos y tres meses, y se necesitó asistencia técnica externa.

---

**Recuadro 8.** Análisis de la información según la estrategia de equipos de trabajo

La estrategia de desarrollo de los equipos de trabajo de Costa Rica permitió profundizar y ampliar el análisis de la información recopilada.

Antes de comenzar las sesiones, se solicita siempre el consentimiento informado de los participantes. Las grabaciones no se consideran obligatorias al momento de realizar las consultas, ya que se trabaja bajo el entendimiento de que todos los participantes construyen la información de manera colaborativa y voluntaria en el marco del equipo, de manera que al final de cada sesión se obtiene un producto validado.

## Implementación del Protocolo de Vancouver durante la pandemia de COVID-19

Entre los países de América Latina tuvo lugar un fenómeno particular: la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores creció de manera exponencial durante la pandemia de COVID-19. Esto hizo que muchas ciudades continuaran activas en esta materia a lo largo de dicho período e incluso que algunas iniciasen el proceso de adhesión a la Red y avanzaran en el diagnóstico de referencia.

Para ello, se realizaron nuevas modificaciones al Protocolo de Vancouver, destinadas a adaptar la metodología a la virtualidad y a la situación de aislamiento social. En estos casos, la coordinación con otras áreas de los gobiernos municipales fue esencial para el diseño de los instrumentos necesarios y, en muchos casos, debieron emplearse técnicas de recolección mixta (cuantitativas y cualitativas).

De este modo, los grupos focales se realizaron en línea y se complementaron con cuestionarios enviados por WhatsApp, formularios de Google y otras modalidades web. En algunos casos, se adaptaron los cuestionarios elaborados por AARP<sup>1</sup> (12) utilizando *software* de apoyo y la metodología de análisis de contenido. Asimismo, se recurrió a entrevistas telefónicas semiestructuradas individuales y grupales, como otra técnica de recolección de información. Por último, se realizaron entrevistas en profundidad con funcionarios municipales, especialistas y proveedores de servicios privados para las personas mayores.

---

1 Desde el 2012, la Red de AARP de comunidades amigables con las personas mayores es miembro afiliado de la Red Mundial y, como tal, promueve el desarrollo de la Red en Estados Unidos de América. AARP es una organización no partidaria y sin fines de lucro, fundada en 1958 en Estados Unidos de América con el objetivo de trabajar por los derechos de las personas mayores en su país. Para más información, véase: <https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/>.

## Oportunidades de mejora del Protocolo de Vancouver

El Protocolo de Vancouver es un recurso validado a nivel internacional por expertos técnicos y académicos, que guía la investigación desde un enfoque integral e intersectorial, el cual promueve la participación e inclusión de las personas mayores y las ubica en el centro de la estrategia de políticas (6).

Sobre la base de lo recopilado, las alianzas entre los gobiernos locales, las OSC, los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales y el sector académico han favorecido la aplicación del Protocolo y la puesta en marcha del programa, a través del fortalecimiento del enfoque intersectorial e integral de la planificación.

Sin embargo, se observó que, dadas las características sociales, económicas, demográficas y geográficas de la subregión de América Latina, así como las estructuras locales y los modelos de gestión vigentes, la aplicación del Protocolo, tal como fue diseñado originalmente, entraña un alto desafío para los gobiernos locales. Más aún, se constató que para la mayoría de los municipios significa una tarea muy difícil de llevar adelante sin apoyo técnico externo.

Considerando la experiencia recopilada en América Latina y las estrategias relevadas para implementar el Protocolo de Vancouver y desarrollar de manera efectiva el Programa de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, se formulan las siguientes sugerencias:

- 1. Definiciones y parámetros esenciales:** incorporar los nuevos marcos conceptuales y perspectivas desarrollados en los últimos años, especialmente los relacionados con el envejecimiento saludable, y destacar la importancia de incluir los enfoques de derechos humanos, intergeneracional, intercultural y de género.
- 2. Perfil de la comunidad:** orientar el perfil hacia aquellos aspectos que sean de utilidad para la investigación; incluir indicadores que se puedan construir con información disponible en el municipio; poner énfasis en relevar la oferta de programas y servicios de diferentes áreas, así como de los sectores público y privado, y de organizaciones sociales.

### 3. Metodología cualitativa:

- a) Flexibilizar las recomendaciones para el uso de las metodologías e incluir una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, presenciales y virtuales.
- b) Incorporar los aprendizajes que dejó la pandemia de COVID-19, fenómeno que permitió adecuarse a la virtualidad a través de las tecnologías digitales y para la realización de entrevistas telefónicas o encuestas por Internet, modalidades que permiten extender las consultas a un número más amplio de personas mayores.
- c) Revisar las especificaciones en términos de la composición y la cantidad de grupos focales con los cuales se trabajará.
- d) Considerar la posibilidad de realizar consultas según ejes temáticos, en distintos momentos o con diferentes grupos, para reducir la extensión de las jornadas y sin perder la integralidad del diagnóstico.
- e) Ampliar la posibilidad de efectuar entrevistas individuales a personas por el tipo de funciones que estas cumplan (familiares cuidadores, funcionarios de alto rango, directores de empresas, etcétera).
- f) Respecto del reclutamiento, insistir en la importancia de contar con participantes que representen la heterogeneidad de la población de personas mayores de la localidad y, a su vez, impulsar la consulta periódica en las reuniones que habitualmente realizan los gobiernos locales con los ciudadanos mayores y otros actores sociales.

### 4. Cuestionario:

- a) Revisar los ámbitos de una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores incluidos, teniendo en cuenta los desafíos planteados y, al mismo tiempo, analizar la posibilidad de abarcar nuevas cuestiones que hayan cobrado relevancia, así como los nuevos marcos conceptuales mencionados, siempre garantizando la prevalencia del enfoque intersectorial.

- b) Aplicar el cuestionario a personas mayores con dependencia de cuidados, que reciben cuidados en centros de día, residencias para personas mayores y otras instalaciones, así como a aquellas atendidas en el hogar.
- c) Adecuar el cuestionario a diferentes contextos territoriales, al ámbito rural, a zonas de vulnerabilidad social, a comunidades indígenas, etcétera.

Asimismo, se recomienda considerar los siguientes ítems:

### 1. **Comunicación, sensibilización y capacitación:**

- Establecer una estrategia de comunicación que involucre todas las fases del proceso de evaluación de referencia.
- Sensibilizar e informar a los ciudadanos mayores como punto de partida del proyecto, a fin de facilitar su participación en las consultas y en la difusión a la comunidad para lograr su adhesión.
- Instaurar una estrategia comunicacional que privilegie el vínculo directo de las personas mayores con los medios de comunicación para informar acerca de los avances del proyecto y elaborar una agenda de información fluida con apoyo de los funcionarios locales.
- Capacitar a los actores municipales y a los líderes comunitarios que vayan a desarrollar el proyecto en la localidad.

2. **Participación:** Reconocer el valor del involucramiento de las personas mayores y promover en consecuencia estrategias que las incluyan como verdaderos protagonistas y no solo como informantes. La respuesta a las necesidades de esta población debe ser rápida y efectiva, por lo que se requiere que la etapa de evaluación de referencia se despliegue de manera acertada y permita llevar adelante el proceso de forma fluida, eficiente y eficaz. Dicho diagnóstico debe ser siempre elaborado con las personas mayores, pero es menester que el gobierno local y las instituciones que lo respaldan faciliten los procesos.

## Reflexiones finales

Las experiencias recopiladas en estas páginas pueden ser inspiradoras para otras comunidades, países y regiones, pues subrayan la importancia de llevar adelante una estrategia intersectorial que contemple las capacidades técnicas y las particularidades de los gobiernos locales, y que considere a la población específica de personas mayores de cada lugar, para realizar el diagnóstico de amigabilidad de una ciudad o comunidad. Las acciones desplegadas en América Latina, inclusive los ejemplos en Costa Rica, pueden constituir un acervo de buenas prácticas para imitar al implementar la iniciativa de ciudades y comunidades amigables.

El objetivo común y el concepto realmente significativo del proceso de adaptación y modificación de las estrategias se basan en la exigencia de efectuar un buen diagnóstico de referencia para lograr acciones que respondan a las necesidades de la población, y en la idea de que una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un lugar más amigable con todas las personas.





## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57049>.
2. Organización Mundial de la Salud. La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores. Revisar el último decenio y mirar con optimismo hacia el siguiente [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 28 febrero del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278981/WHO-FWC-ALC-18.4-spa.pdf?ua=1>.
3. Organización Panamericana de la Salud. La influencia de los entornos en el envejecimiento saludable. El desarrollo de la Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. En: La Década del Envejecimiento Saludable: situación y desafíos. Washington, D.C.: OPS; 2023.
4. Organización Mundial de la Salud. WHO Age-friendly cities project. Vancouver Protocol [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [consultado el 28 de febrero del 2022]. Disponible en: [https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/07/AFC\\_Vancouver-protocol.pdf](https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/07/AFC_Vancouver-protocol.pdf).
5. Organización Mundial de la Salud. Active ageing: a policy framework [Internet]. Ginebra; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/>.
6. Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [Internet]. Ginebra; 2007 [consultado el 28 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la Región de las Américas. En: La Década del Envejecimiento Saludable: situación y desafíos. Washington, D.C.: OPS; 2023.
8. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y cambios demográficos. Salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 28 de febrero del 2022]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
9. Organización Panamericana de la Salud. El contexto sociodemográfico y económico del envejecimiento en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2023.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud resumen [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 28 de febrero del 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC-ALC\\_15.01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC-ALC_15.01_spa.pdf).

11. Organización Panamericana de la Salud. Lista de verificación de las características esenciales de una ciudad amigable con las personas mayores [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 26 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56917>.
12. AARP Livable Communities. AARP Community Survey Tool. Age-friendly World. 2014 [consultado el 28 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/aarp-community-survey/>.

Consolidar entornos amigables para las personas mayores es un objetivo de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030). El Programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores establece que, para poder avanzar en este objetivo, se requiere como primer paso realizar una evaluación de referencia, con la participación activa de las personas mayores, que determine las áreas en las que las ciudades y las comunidades deben trabajar para eliminar las barreras que experimentan las personas mayores y crear entornos cada vez más amigables y adaptados a sus requerimientos.

El programa de la OMS recomienda la utilización del Protocolo de Vancouver para realizar esta evaluación. Debido a las particularidades de su ejecución, muchos países de América Latina hicieron adaptaciones para favorecer la implementación local y subsanar las dificultades que se presentaron. Con el objetivo de perfilar el conocimiento actual disponible en América Latina y tomar en consideración las experiencias de las ciudades y comunidades de la subregión, el presente documento recopila algunos ejemplos y casos de estas adaptaciones, como el programa implementado en Costa Rica, que servirán para orientar las acciones de políticas hacia el desarrollo pleno de las personas a lo largo de todo el curso de vida.

A fin de dar respuesta a los desafíos que plantea la transición demográfica, es fundamental crear instrumentos que permitan adaptar los entornos de modo de favorecer el envejecimiento saludable, para lo cual se debe contar con información certera, actualizada y eficaz. La Década del Envejecimiento Saludable establece un período para orientar la acción hacia la generación y el seguimiento de la información, estrategia en la que se enmarca este informe.