



Análisis del papel del envejecimiento activo en la planificación autonómica

Analysis of the role of active ageing in regional planning

Bran Barral Buceta, Ramón Bouzas Lorenzo, Antón Lodeiro Vázquez

Universidad de Santiago de Compostela, España

KEYWORDS

Active Ageing
Health; Health
IICT
Planning
Policy Design
Implementation
Equity.

ABSTRACT

Since the Vienna Conference (1982) where the concept of active ageing was introduced, various social changes have made it necessary to review its scope. At the same time, its consideration has been permeating the agenda of Spanish public administrations and transnational organisations, reflected in the successive publication of reference documents that have emphasised its definition and implications.

In the scientific and institutional literature that has dealt with the introduction of the concept of active ageing in Spain, there are few studies that summarise the concrete actions planned and implemented by the autonomous and/or state bodies. Given the conditions and needs of the elderly population in a context of technological change, the adoption of new technologies and access to and use of the Internet are influential factors in a renewed debate on the concept of active ageing, linked to aspects such as health control and lifestyle.

The aim of this paper is to shed light on the orientation of practises and programmes for the dissemination and promotion of active ageing throughout Spain and to draw up an inventory of actions that will serve as a basis for future research in this area of public policy.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento Activo
Salud
TIC
Planificación
Diseño de Políticas
Implementación
Equidad

RESUMEN

Desde la Conferencia de Viena (1982) donde se introdujo el concepto de envejecimiento activo, diversos cambios sociales han obligado a revisar el alcance de este. Paralelamente, su consideración ha ido impregnando la agenda de las administraciones públicas españolas y la de organismos transnacionales, reflejado en la sucesiva publicación de documentos de referencia que han enfatizado su definición y sus implicaciones.

La literatura científica e institucional que ha abordado la introducción del concepto envejecimiento activo en España es escasa sobre estudios que compendien las acciones planificadas e implementadas por las entidades autonómicas y/o estatales en acciones concretas sobre esto. Dadas las condiciones y necesidades de la población mayor en un contexto de transformación tecnológica, la adopción de nuevas tecnologías y el acceso y uso de internet, son factores influyentes en un debate renovado sobre el concepto de envejecimiento activo, vinculado a aspectos como el control de la salud y al estilo de vida.

El objetivo de este trabajo es resaltar la orientación de las prácticas y programas llevados a cabo en relación con la difusión y potenciación del envejecimiento activo en toda España, obteniendo un inventario de acciones que sirva de base a investigaciones futuras en esta área de políticas públicas.

RECIBIDO: 24/07/2025
ACEPTADO: 18/11/2025

Cómo citar este artículo / Referencia normalizada: (Norma APA 7ª)

Barral Buceta, B., Bouzas Lorenzo, R., Lodeiro Vázquez, A. (2025). Análisis del papel del envejecimiento activo en la planificación autonómica. *Prisma Social*, 51, 164-182. <https://doi.org/10.65598/rps.5922>

1. Introducción

El envejecimiento de la población asociado a una esperanza de vida más dilatada es un fenómeno mundial generalizado, más acentuado en países con mayor nivel de renta y desarrollo. El cambio social que suscita y la búsqueda de un encaje adecuado con la concepción de la vida y el lugar que la población mayor puede ocupar en nuestras sociedades han puesto de relieve la necesidad de enfocar el envejecimiento más allá de factores demográficos y considerarlo desde perspectivas multidisciplinares en las que convergen inquietudes sociales, económicas y culturales (Cambero Rivero & Baigorri Agoiz, 2019; Organización de Naciones Unidas, 2002). El concepto de envejecimiento activo es una respuesta a la necesidad de abordar con una nueva mirada a las personas mayores y su derecho a tener una mejor calidad y esperanza de vida, evitando que el cierre de su etapa laboral suponga su abandono y desaparición de las agendas institucionales.

El punto de partida de la adopción generalizada del concepto puede fecharse a finales de la década de los 90, cuando la Organización Mundial de la Salud lo señala como elemento central en las políticas, programas y acciones en el área de salud (Kalache & Kickbusch, 1997; Organización Mundial de la Salud-Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002).

Casi una década más tarde, en 2002, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid (Organización de Naciones Unidas, 2002b), supuso un antes y un después en la consideración del concepto y las iniciativas políticas que le darían desarrollo (Cambero Rivero & Baigorri Agoiz, 2019; Causapié Lopesino et al., 2011). En concreto, como testimonia el artículo 12 de su Declaración Política, la Asamblea no sólo expresaba su compromiso para que las personas mayores participasen activamente en la vida económica, política, social y cultural y tuviesen oportunidades de trabajo satisfactorio y acceso a educación y capacitación, sino que exhortaba a que la habilitación y promoción de las personas mayores se considerase esencial para un envejecimiento activo, demandando, en consecuencia, sistemas sostenibles de apoyo social para ellas.

Además, la Asamblea planteó la aprobación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Organización de Naciones Unidas, 2002a), que daría concreción tanto al concepto de envejecimiento activo como a su abordaje. En concreto, estableció el foco de atención en temas claves como la definición de este fenómeno en términos del cumplimiento de derechos humanos y libertades fundamentales; garantías de seguridad e integridad personal; mantenimiento de la participación e inclusión en el día a día de las sociedades a las personas mayores –ligado no solo a un cambio cultural, sino mediante la garantía de acceso a la formación a cualquier edad, a la prevención de la pobreza o a la atención a la salud, procesos muy interrelacionados entre sí mediante el concepto de *poverty trap* (Whitehead et al., 2006)–; eliminación de discriminaciones por cuestiones de sexo; o enfatización del rol de la familia para la cohesión y conexión social de las personas mayores (solidaridad intergeneracional), entre otras cuestiones (Cambero Rivero & Baigorri Agoiz, 2019; Causapié Lopesino et al., 2011; Organización de Naciones Unidas, 2002a).

Esa directriz fue el punto de partida para el establecimiento de otro concepto clave para entender el envejecimiento activo, como es el de los determinantes (Organización Mundial de la Salud-Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002; World Health Organization, 2015). En síntesis, la OMS estableció hasta seis elementos críticos por su influencia en la situación de las personas mayores y el envejecimiento activo. Dichos factores son de índole económica, relacionados con hábitos de conducta, asociados a cuestiones personales, vinculados

a la sociedad y su relación con este colectivo, derivados del tipo de sistema sanitario y asistencial, y relacionados con condiciones del entorno físico (ambientales e infraestructurales).

La propuesta de la OMS se alineó con el paradigma del enfoque *Health in All Policies* (o *HiAP*) en el que la organización propugna un abordaje integral de la salud que desborda las acciones sistémicas o las políticas sanitarias tradicionales y en el que son múltiples las facetas que se plantea observar para velar por una buena salud (Leppo et al., 2013; Pan American Health Organization, 2015; World Health Organization, 2016b, 2016a).

Junto a estas ideas, la OMS propuso varias directrices que deberían articular los abordajes cuya finalidad fuese mejorar el estado de las personas en su etapa de vejez, y, en definitiva, impulsar la acogida e implantación del envejecimiento activo como paradigma. En resumen, centró dichas estrategias en las capacidades y posibilidades de los sistemas de salud –cuya arquitectura entendía la OMS como inexorablemente unida a la de los servicios sociales, independientemente de la formulación orgánica y/o competencial que pudiese existir– asumiendo cuatro objetivos claves: anticipación con la finalidad de reducir las discapacidades, cronicidad y mortalidad prematura; reducción de factores de riesgo de enfermedades graves e incrementar elementos y conductas que refuercen la buena salud; oferta de unos servicios sociales y de salud asequibles, accesibles, de calidad, respetuosos con la edad y adaptados a las necesidades de mujeres y hombres en su etapa de vejez; y énfasis del papel de las personas cuidadoras mediante el refuerzo de su formación y educación como pilares de los servicios y atenciones.

La totalidad de estas propuestas, pese a ser inicialmente aprobadas en 2002 (Cambero Rivero & Baigorri Agoiz, 2019; Organización Mundial de la Salud-Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002), permanecían pendientes de implementación hace una década, como puso en evidencia una lectura muy crítica realizada por la propia OMS, que advertía de una “falta de progreso a pesar de las claras oportunidades que hay para la acción” (World Health Organization, 2015).

A pesar del estancamiento denunciado, desde entonces, la literatura en materia de envejecimiento activo ha seguido profundizando en el marco definitorio de la OMS en lo que concierne a la visión sobre los factores clave que influyen en este. Algunos trabajos han examinado la totalidad de los determinantes establecidos por esa organización (Guastafierro et al., 2020; Karlin & Weil, 2017; Swift et al., 2017; Van Malderen et al., 2016), mientras que otros se han centrado en uno o varios aspectos específicos del modelo: factores económicos (Dantas et al., 2017; De Oliveira et al., 2017; De Souza Braga et al., 2016; Madero-Cabib & Kaeser, 2016); sociales (Beier et al., 2018; Buedo-Guirado et al., 2020; Dantas et al., 2017; De Oliveira et al., 2017; De Souza Braga et al., 2016; Domajnko & Pahor, 2015; Han & Kim, 2017; Kizony et al., 2020; Levy et al., 2019; Noeltner & Kroenung, 2020; Román-Graván et al., 2021; Sanchis Sánchez et al., 2014); de entorno físico (De Oliveira et al., 2017; De Souza Braga et al., 2016; Han & Kim, 2017; Kizony et al., 2020; Sanchis Sánchez et al., 2014); personales (Beier et al., 2018; Buedo-Guirado et al., 2020; Dantas et al., 2017; Román-Graván et al., 2021), conductuales (Beier et al., 2018; Chipperfield et al., 2008; Chodzko-Zajko & Schwingel, 2009; Escarbajal De Haro et al., 2015; Kizony et al., 2020; Sanchis Sánchez et al., 2014) o del sistema sanitario (De Oliveira et al., 2017; De Souza Braga et al., 2016; Sanchis Sánchez et al., 2014). Para completar esta lista, una línea significativa de investigaciones también se ha interesado específicamente por el papel del género como determinante transversal (Fernández-Mayoralas et al., 2018; Muñoz Cobos & Espinosa Almdro, 2008).

En otra línea de estudio, preocupada por la inclusión de contenidos sobre envejecimiento activo en políticas y programas públicos, existen igualmente trabajos antecedentes, aunque en menor volumen. El que más relevancia ha obtenido en España es el de Zafra et al. (2006) en el que se analizaron los planes de salud autonómicos en busca del papel concedido al envejecimiento. En esa investigación, los autores ponían en evidencia el mínimo número de planes detectados que incluían estos contenidos (en la mayor parte de las Comunidades Autónomas examinadas no se detectó ningún plan afín que cumpliera los criterios de búsqueda); en los pocos casos detectados, la orientación de planes carecía de enfoques proactivos o preventivos, y prácticamente desatendía la influencia de las nuevas tecnologías.

Las casi dos décadas transcurridas desde la publicación del trabajo de Zafra et al. (2006) podrían hacer pensar que la presencia de contenidos referidos al envejecimiento activo en los planes autonómicos debería haber aumentado como efecto no sólo de la relevancia cobrada por el envejecimiento de la población como un desafío demográfico que se ha trasladado a la agenda institucional y que alienta la respuesta a demandas específicas sociales, territoriales o sanitarias, sino como efecto de la acción de organismos transnacionales que han intensificado su interés por esta área e incluso han ido publicando directivas específicas.

La necesidad de verificar esa hipótesis, unida a la de actualizar el mencionado estudio, ha estimulado la presente investigación, cuyo objetivo no solo es actualizar la información sobre las iniciativas emprendidas sobre envejecimiento activo a nivel autonómico, en el marco de las políticas de salud, sino profundizar en el tipo de contenidos incluidos, llegando a contabilizar y valorar las medidas detectadas, determinar su orientación e identificar la finalidad con que se han diseñado. El análisis, en última instancia, persigue ofrecer una panorámica que permita describir la magnitud de la presencia del envejecimiento activo en España como objeto de políticas públicas sanitarias, identificar focos de especial atención o desatención y los posibles desequilibrios en la forma de abordar el tratamiento de los factores determinantes.

2. Metodología

Se ha analizado una muestra de planes de salud empleando como métodos el análisis comparativo constante (teoría fundamentada) y el análisis de contenido. Esta aproximación se ha revelado de utilidad para el análisis cualitativo en materia sanitaria (Amezcuca & Toro, 2002; Moser & Korstjens, 2018) y se ha empleado con éxito en investigaciones sobre equidad en la planificación de salud española (Barral et al., 2021a, 2021b).

Para la selección de los planes / programas se tomó la comunidad autónoma como nivel administrativo de referencia teniendo en cuenta las competencias que a ese nivel de gobierno se ejecutan en el ámbito de la salud, y se recopilaron los documentos vigentes en la fecha de la investigación. Siguiendo a Bardin (1996), se tuvieron en cuenta los criterios de exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia. Esto implicó la selección de un plan por cada comunidad autónoma y que los planes recabados tuviesen un carácter generalista en materia de salud, quedando excluidos, por tanto, aquellos planes específicos sobre el objeto de estudio.

Para refinar la selección, inicialmente se localizaron y comprobaron cerca de un centenar de planes, algunos de los cuales se remontaban a principios de la década de los noventa. Si bien la muestra final se limitó a los documentos que permanecían vigentes, la aproximación preliminar a la totalidad de planes recabados confirmó que casi el 80% (79,71%) de las menciones que se hacían en los planes al concepto de envejecimiento activo figuraban en los documentos más recientes, incorporados a la muestra. Así mismo, incluso considerando el concepto de

“envejecimiento” más extenso y, de facto, alejado del de envejecimiento activo, aun el 40% (40,18%) de las menciones totales se recogían en los planes recientes, que numéricamente representan un porcentaje mucho menor que los anteriores (aproximadamente, el 15% del total).

La muestra final se compuso de dieciséis planes de salud, quedando excluida la Comunidad de Madrid al carecer de un plan general en la materia (Ver Tabla 1).

Definida la muestra, se llevó a cabo una búsqueda temática centrada en el campo semántico del envejecimiento. Para ello, se emplearon los siguientes términos y lexemas como guía para la inclusión de aquellos fragmentos de texto relevantes: “envejecimiento activo”, “envejecimiento”, “Personas mayores”, “mayores”, “ancian”, “pensionista”, “vejez”, “abuel”, “active aging/ageing”, “edad”. Las partes de texto seleccionadas se clasificaron como aportes conceptuales o medidas, según dictaba su contenido. Todo este proceso deriva del uso del programa Nvivo (Versión 11) para la elaboración del correspondiente análisis. Este reside en la pretensión de resaltar, como ya se ha indicado, las palabras que guardan relación con el concepto de envejecimiento (Almusallam (2021); Leech & Onwuegbuzie (2011)).

Tabla 1.
Planes de salud autonómicos incluidos en el análisis

Comunidad Autónoma	Plan de Salud examinado
Andalucía	IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020)
Aragón	Plan de Salud Aragón 2030
Baleares	Plan estratégico 2016-2020
Canarias	Plan de Salud de Canarias 2016-2017: Entre la crisis y la transformación para la innovación en la gestión de la salud
Cantabria	Plan de Salud de Cantabria 2014-2019
Castilla la Mancha	Plan de Salud de Castilla la Mancha 2019-2025 (borrador)
Castilla y León	IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020
Cataluña	Pla de salut 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just
Comunidad Valenciana	IV Plan de Salud 2016-2020 Comunitat Valenciana
Extremadura	Plan de Salud de Extremadura 2013-2020
Galicia	Estrategia Sergas 2020
La Rioja	III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019: dar prioridad a las personas
Navarra	Plan de Salud de Navarra 2014-2020
País Vasco	Plan de Salud Euskadi 2013-2020
Principado de Asturias	Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030: Poblaciones sanas, personas sanas
Región de Murcia	Plan de Salud de 2010-2015 de la Región de Murcia

Fuente: Elaboración propia

Siguiendo las pautas de la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967; Moser & Korstjens, 2018) no se establecieron categorías previas asociadas a los significados encontrados, sino que se construyeron desde la emergencia de significados a partir del contenido analizado (Bardin, 1996; Domajnko & Pahor, 2015; Llorente-Barroso et al., 2015).

Como resultado, se generaron las siguientes categorías temáticas: “Autonomía, salud física” (Aut); “Discapacidad, diversidad funcional” (Disc); “Cronicidad” (Cron); “Equidad-igualdad” (Equ); “Salud mental” (S. Ment); “Soledad” (Sol); “Buen morir” (B. Mo); “Accesibilidad” (Acces); “Vinculación con la eSalud” (eSal); “Exclusión/vulnerabilidad” (Excl); “Cuidados domiciliarios/hogar” (C. dom); “Género” (Gén); “Rural/centro-periferia” (Rur); “Residencias/centro de día” (Res); “Cuidadores” (Cuid) y “Maltrato” (Malt). Inicialmente, las categorías “Autonomía, salud física”, “Discapacidad, diversidad funcional” y “Cronicidad” se codificaron de manera conjunta, pero posteriormente se optó por su desagregación al constatar la divergencia de significados a los que aludían. Con las categorías “Salud mental” y “Soledad” se llevó a cabo el mismo procedimiento.

La inclusión o no de cada categoría se justificó mediante la frecuencia y relevancia de su aparición en los segmentos de texto seleccionados, procediendo posteriormente a su revisión para la eliminación de aquellas categorías con una frecuencia excesivamente baja.

Tras una primera codificación, se procedió de manera más pormenorizada a categorizar los fragmentos de texto seleccionados relativos a las líneas de actuación y medidas. Para ello, se recodificaron y desglosaron por medidas o líneas de actuación según se enuncian en los planes de salud. De esta forma, se definió una serie de medidas existentes para cada comunidad autónoma, que, a su vez, podrían contener acciones relacionadas con distintas categorías, por lo que una misma línea de acción y/o estrategia podría referirse a varias de las temáticas abordadas.

Además, para afinar el análisis, de modo que tomase en consideración tanto el número como el alcance de las propuestas recogidas, y con el propósito de continuar y ahondar trabajos precedentes sobre planificación sanitaria (Borrell et al., 2005; Peiró et al., 2004) y envejecimiento (Zafra et al., 2006), se procedió a construir un indicador. Para ello, se creó una nueva categoría con el fin de evaluar el nivel de concreción y detalle de cada una de las medidas previamente seccionadas. El sentido de la inclusión de esta nueva variable era permitir, desde la clasificación en las distintas posibilidades de respuesta, otorgar una puntuación que estimase la relevancia de cada medida, y a su vez, de las categorías que abarcaba. Esto implicó una ponderación según se clasificasen las medidas en una u otra opción. En concreto, se crearon hasta 3 posibles opciones – mutuamente excluyentes– a las que se les asignó una puntuación: “Propuesta ambigua y difusa de logro de máximos o de objetivos generales de UE/OMS/España”, valorada con 0,5 puntos por mención a cada categoría; “Propuesta específica sin medidas específicas”, valorada con 1 punto por mención; y, finalmente, “Propuesta específica con medidas específicas”, que recibió 1,5 puntos por codificación.

Las diversas posibilidades de clasificación se construyen de menor a mayor concreción, y se primaron –con mayor puntuación– aquellas que se centraban en un tratamiento concreto del objeto de estudio -la visión del envejecimiento activo recogida en los planes de salud-. Cada una de las medidas recogidas multiplicó dicha puntuación –según se le asignó– por cada categoría mencionada, de forma que la suma de todas las puntuaciones representa la valoración de dicha medida con respecto al conjunto de categorías analizadas. De esta manera, una mayor puntuación implica una visión más amplia del fenómeno del envejecimiento activo, y, por consiguiente, un

incremento en el número de determinantes abordado –valores que se deben tener en cuenta agregadamente, aunando todas las medidas de la comunidad autónoma, en algunos casos muy concretas y centradas en un único *target*–.

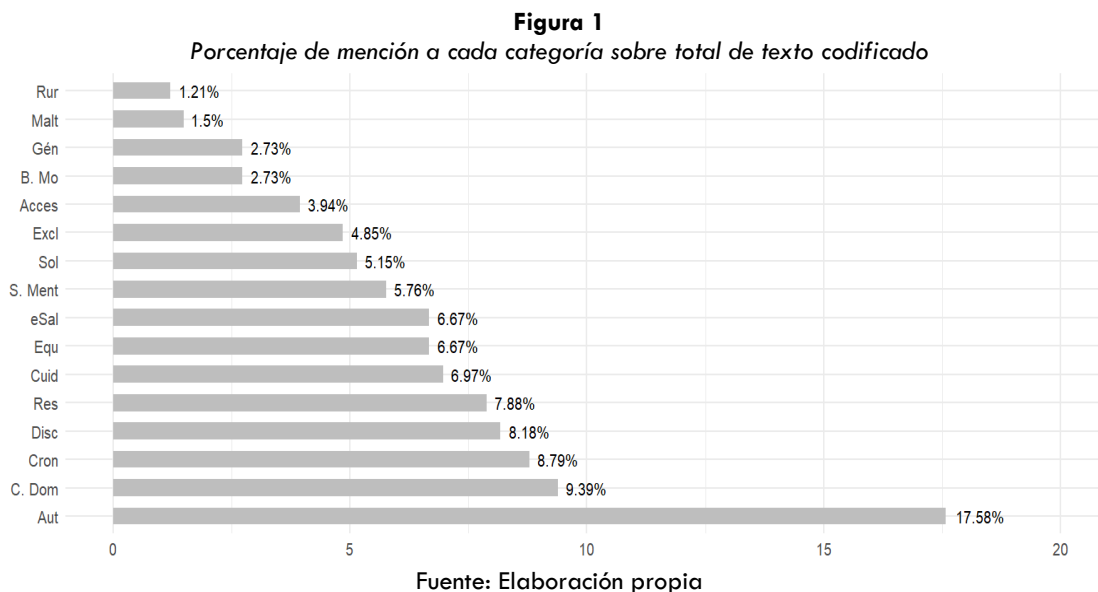
A modo de ejemplo: si una propuesta en un determinado plan se considerase “Propuesta específica con medidas específicas”, se aplicaría un factor multiplicador de 1,5 puntos a cada una de las categorías temáticas que se hubiesen codificado dentro de dicha medida, siendo su sumatorio el total de puntos de esta. Si se agregasen las demás medidas/puntuaciones de la misma comunidad autónoma –cada medida con su correspondiente ponderación– se obtendría, tras la suma de todas las puntuaciones, el valor general de las propuestas de dicha comunidad.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para dar cuenta de la frecuencia de aparición de las diferentes categorías detectadas en el proceso de selección. Para ello, se agregó el conjunto de medidas recogidas para cada autonomía (siendo ésta la unidad principal de análisis) y se obtuvieron, tanto para el conjunto de los planes como para cada comunidad autónoma, las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría, permitiendo, así, resaltar las cuestiones de mayor o menor relevancia en la planificación de salud autonómica en esta temática.

Finalmente se realizó un análisis de las desviaciones típicas, tanto de las obtenidas en función de las frecuencias relativas por comunidad autónoma en cada codificación, como de las calculadas a partir de las puntuaciones obtenidas tras la aplicación del indicador construido. Las primeras, confrontadas con su desviación promedio, permiten observar si las distintas autonomías concentran o dispersan el tratamiento que hacen del objeto de estudio en un mayor o menor número de categorías: en este sentido, una mayor desviación típica en una comunidad autónoma indicaría que ésta concentra sus actuaciones en pocas categorías; por el contrario, una menor desviación implicaría que la comunidad autónoma contempla un mayor número de ítems. La segunda medida, calculada a partir de las desviaciones típicas con las puntuaciones, permite comprobar si las distintas comunidades presentan una mayor consistencia o variabilidad en las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías analizadas.

3. Resultados

La codificación de las categorías temáticas que emergen del análisis de los planes permite observar la presencia o ausencia de estas y cuantificar las frecuencias absolutas y relativas para el conjunto de cada plan y de cada categoría.



La Figura 1 recoge el porcentaje de menciones a cada categoría en el conjunto de los planes de salud de la muestra analizada. Destaca la primacía del concepto Autonomía (17,58%) con una presencia que casi dobla la de la segunda categoría con mayor frecuencia (Hogar y cuidados familiares).

En general, hemos hallado que el núcleo temático de los planes gira en torno a conceptos como Autonomía, Cuidados domiciliarios, Cronicidad, Discapacidad, Residencias o Cuidadores, agregando éstas más del 50% de las menciones totales. Por el contrario, categorías como Maltrato, Rural, Buen Morir o Género recogen menos de un 3% de las menciones totales. En una franja intermedia, en torno al 6%, encontramos contenidos relacionados con eSalud y equidad (ambas con un 6,7% de las menciones) o referencias a Salud mental y Soledad (5,8 y 5,2% respectivamente).

La codificación realizada distinguió el tipo de medidas en cuanto a su nivel de especificidad. En ese sentido, la mayor parte (68,1%) se ajustó a la categoría “propuesta específica con medidas específicas”. En menor medida, la categoría “propuesta específica sin medidas específicas” correspondió a un 19,8% de las medidas totales para el conjunto de los planes, mientras que apenas un 12,1% se consideraron “Propuesta ambigua y difusa de logro de máximos o de objetivos generales de UE/OMS/España”.

La Tabla 2 muestra, por cada comunidad autónoma, las frecuencias relativas de cada categoría como porcentaje respecto al total de menciones en esa comunidad. De acuerdo con las intensidades de color de la tabla, podemos observar las categorías en las que más destacan las comunidades (tonos más negros y grises oscuros) y aquellas que reciben menos porcentaje de menciones en las distintas comunidades (tonos grises claros y blancos).

Tabla 2
 Porcentaje de menciones codificadas en cada categoría (sobre total codificado por comunidad)

Promedio	16.70	7.70	10.60	6.20	5.80	4.30	4.50	3.80	6.60	5.00	11.40	2.10	1.20	6.70	6.40	1.20
P. V.	14.29	9.52	0.00	14.29	4.76	9.52	0.00	0.00	4.76	14.29	9.52	9.52	0.00	4.76	4.76	0.00
Nav.	17.07	12.20	9.76	2.44	12.20	4.88	0.00	2.44	4.88	0.00	7.32	4.88	0.00	9.76	9.76	2.44
Mur.	25.00	12.50	0.00	12.50	12.50	0.00	0.00	12.50	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00
L.R.	14.71	2.94	5.88	5.88	8.82	5.88	2.94	5.88	8.82	5.88	8.82	2.94	0.00	11.76	8.82	0.00
Gal.	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	25.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ext.	18.75	6.25	6.25	0.00	6.25	6.25	6.25	6.25	6.25	6.25	6.25	0.00	6.25	18.75	0.00	0.00
Com. Val.	18.18	4.55	9.09	9.09	0.00	13.64	4.55	4.55	9.09	9.09	4.55	4.55	0.00	4.55	4.55	0.00
Cat.	17.65	17.65	11.76	11.76	5.88	0.00	0.00	0.00	5.88	5.88	5.88	0.00	0.00	11.76	0.00	5.88
Cant.	28.00	4.00	4.00	4.00	16.00	0.00	0.00	8.00	0.00	4.00	12.00	0.00	0.00	12.00	4.00	4.00
Can.	16.67	16.67	16.67	0.00	16.67	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
C. y L.	14.29	9.52	9.52	4.76	4.76	4.76	0.00	0.00	14.29	4.76	14.29	0.00	0.00	14.29	4.76	0.00
C-L.M.	20.75	11.32	11.32	7.55	0.00	3.77	1.89	3.77	9.43	1.89	9.43	1.89	1.89	3.77	9.43	1.89
Bal.	16.67	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	16.67	0.00
Ast.	9.09	4.55	9.09	9.09	4.55	9.09	9.09	4.55	4.55	4.55	0.00	9.09	4.55	4.55	9.09	4.55
Ar.	16.67	11.11	5.56	11.11	0.00	11.11	5.56	0.00	0.00	11.11	11.11	0.00	0.00	5.56	11.11	0.00
And.	18.75	0.00	12.50	6.25	0.00	0.00	0.00	12.50	12.50	0.00	18.75	0.00	6.25	6.25	6.25	0.00
	Aut	Disc	Cron	Equi	S_Ment	Sol	B_mto	Acces	eSal	Excl	C_dom	Gén	Rur	Res	Cuid	Maltr

Fuente: Elaboración propia

Así, se constata el predominio de la categoría Autonomía, que, siendo la de mayor promedio en el conjunto de la muestra, destaca especialmente en comunidades como Cantabria, Castilla-La Mancha o Murcia (con un 28%, 20,8% y 25% respectivamente). Sin presentar estos altos porcentajes medios, las categorías Cronicidad y Cuidados domiciliarios destacan especialmente en las comunidades de Baleares y Galicia. Este último caso es relevante al concentrar sus menciones exclusivamente en torno a los conceptos de Buen morir, Cronicidad, eSalud y Cuidados domiciliarios (25% cada categoría). Si descendemos en el peso medio de las categorías recogidas en el análisis, tiene relevancia la referida a Salud mental, en la que sobresalen los casos de Canarias y Cantabria (16,7% y 16% respectivamente). Finalmente, entre las categorías con menor presencia destacan las menciones a Género, en Asturias y Murcia (9,5% y 9,1% respectivamente frente a un promedio de 2,1%) o las de Maltrato, en Cataluña (5,9% en relación al promedio de 1,2%).

La Tabla 3 permite comparar los pesos porcentuales que cada comunidad y categoría obtienen respecto de las menciones totales. En este sentido, cabe señalar que la suma de los porcentajes de apenas cuatro comunidades (Castilla-La Mancha, Navarra, Asturias y La Rioja) alcanza el 47,2% del total del promedio menciones con respecto al total por comunidad autónoma.

Tabla 3
Menciones a las categorías en cada comunidad por frecuencia de codificación (sobre total codificado por categoría)

P. V.	5.17	7.41	0.00	13.64	5.26	11.76	0.00	0.00	4.76	14.29	9.52	9.52	0.00	4.76	4.76	0.00
Nav.	12.07	18.52	13.79	4.55	26.32	11.76	0.00	2.44	4.88	0.00	7.32	4.88	0.00	9.76	9.76	2.44
Mur.	3.45	3.70	0.00	4.55	5.26	0.00	0.00	12.50	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00
L.R.	8.62	3.70	6.90	9.09	15.79	11.76	2.94	5.88	8.82	5.88	8.82	2.94	0.00	11.76	8.82	0.00
Gal.	0.00	0.00	3.45	0.00	0.00	0.00	25.00	25.00	25.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ext.	5.17	3.70	3.45	0.00	5.26	5.88	6.25	6.25	6.25	6.25	6.25	0.00	6.25	18.75	0.00	0.00
Com. Val.	6.90	3.70	6.90	9.09	0.00	17.65	11.11	4.55	9.09	9.09	4.55	4.55	0.00	4.55	4.55	0.00
Cat.	5.17	11.11	6.90	9.09	5.26	0.00	0.00	0.00	5.88	5.88	5.88	0.00	0.00	11.76	0.00	5.88
Cant.	12.07	3.70	3.45	4.55	21.05	0.00	0.00	8.00	0.00	4.00	12.00	0.00	0.00	12.00	4.00	4.00
Can.	1.72	3.70	3.45	0.00	5.26	0.00	11.11	0.00	0.00	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
C. y L.	5.17	7.41	6.90	4.55	5.26	5.88	0.00	0.00	14.29	4.76	14.29	0.00	0.00	14.29	4.76	0.00
C-L.M.	18.97	22.22	20.69	18.18	0.00	11.76	11.11	3.77	9.43	1.89	9.43	1.89	1.89	3.77	9.43	1.89
Bal.	1.72	0.00	6.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	16.67	0.00
Ast.	3.45	3.70	6.90	9.09	5.26	11.76	9.09	4.55	4.55	4.55	0.00	9.09	4.55	4.55	9.09	4.55
Ar.	5.17	7.41	3.45	9.09	0.00	11.76	11.11	0.00	0.00	11.11	11.11	0.00	0.00	5.56	11.11	0.00
And.	5.17	0.00	6.90	4.55	0.00	0.00	0.00	12.50	12.50	0.00	18.75	0.00	6.25	6.25	6.25	0.00
	Aut.	Disc.	Cron.	Equi.	S_Meint.	Sol.	B_nro	Acces.	eSal.	Exca.	C_dorm.	Gén.	Rur.	Res.	Cuid.	Maltr.

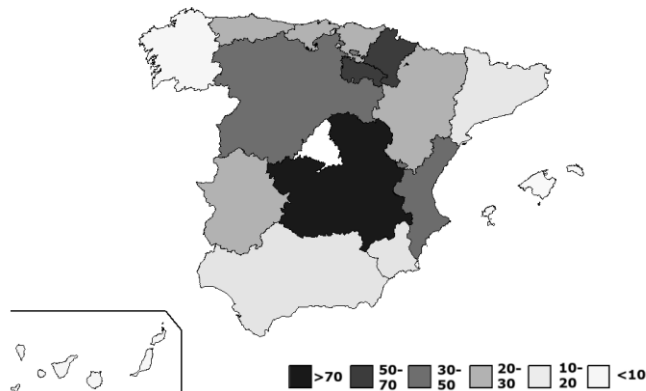
Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, en solo cuatro comunidades se concentra el total de menciones a Rural (Andalucía, Extremadura, Castilla-La Mancha y Asturias, con un 25% en cada una). Por su parte, la categoría Maltrato es una de las que menor presencia media tiene, y en ella destacan Cataluña y Cantabria, cada una con un 20% de las menciones. Una vez más, el resto de las menciones se vuelven a distribuir entre tres (Castilla-La Mancha, Navarra y Asturias) de las cuatro comunidades con mayor peso promedio sobre el total. Finalmente, cabe destacar la categoría Género, otra de las que presenta bajo porcentaje de menciones en promedio, que se concentran en seis comunidades con un peso relativamente similar.

Como en la sección Método se comentó, para tratar de describir el alcance y la especificidad de las medidas de cada comunidad autónoma en relación con las categorías que emergen del análisis, se construyó un indicador que tuvo en cuenta la especificidad de la propuesta y las medidas que implicaba, aplicando un factor multiplicador (entre 0,5 y 1,5 puntos, según se describió en la sección anterior) a cada codificación en los distintos ítems. De este modo, la puntuación final obtenida por los planes de cada comunidad dependió del grado de especificidad de sus medidas y del número de menciones que recogían en las distintas categorías analizadas.

Resultado de este cálculo adicional, el Mapa 1 recoge la clasificación por comunidad autónoma elaborada con las puntuaciones finales obtenidas. Junto con esto, en el apartado de Anexos se representa la distribución de las puntuaciones en las distintas categorías consideradas.

Mapa 1
Puntuaciones totales por comunidad autónoma



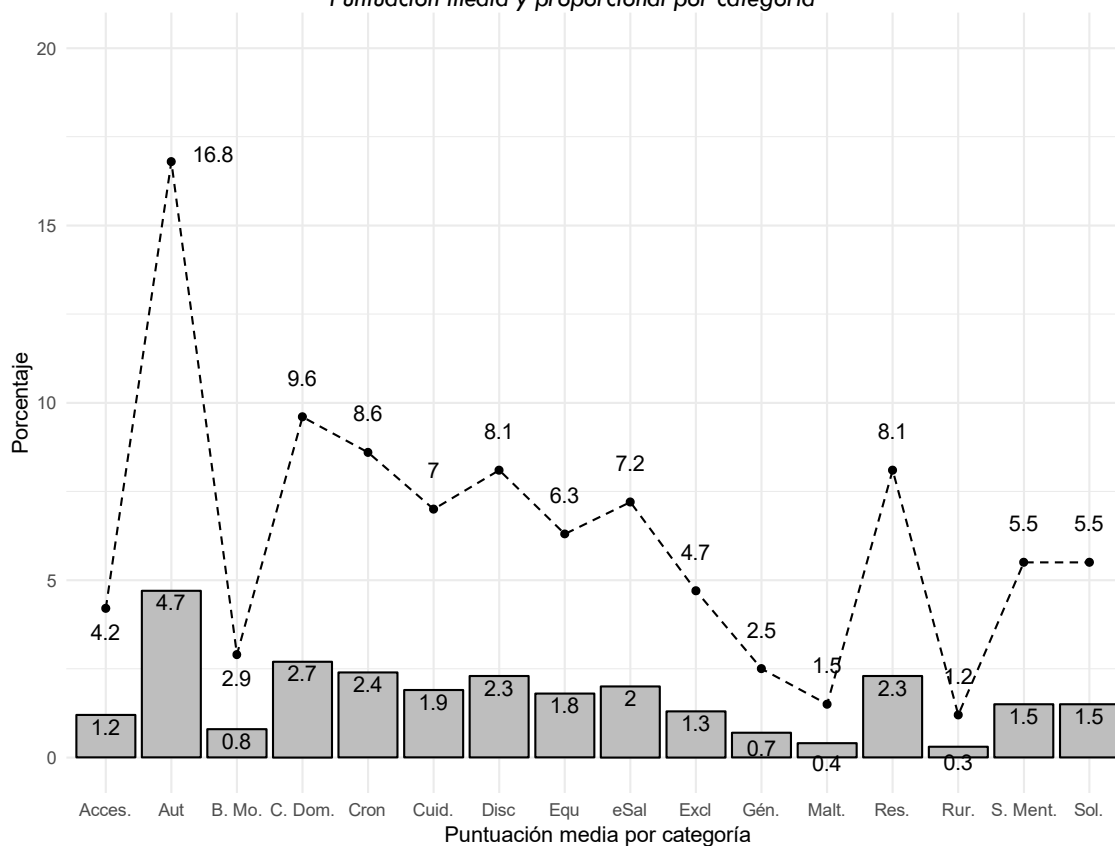
Fuente: Elaboración propia

Según se puede comprobar, Castilla-La Mancha, Navarra y La Rioja son las comunidades que obtienen mayor puntuación (76, 61,5 y 50 puntos respectivamente) frente, en el extremo opuesto, a Baleares, Galicia y Canarias (5, 6 y 9 puntos respectivamente). Los estadísticos calculados a partir del indicador dan una idea más clara de la distribución de las puntuaciones, que presentan un promedio de 27,6 y una mediana de 24, resultando, así, una distribución sesgada hacia la derecha. Los cuartiles uno y tres se sitúan en 15 y 31,6 puntos respectivamente.

Si nos centramos en las puntuaciones promedio por categoría, obtenemos una imagen de la importancia otorgada a los diferentes *issues* en el conjunto de la muestra. En línea con lo comentado, destaca la categoría Autonomía que obtiene la mayor puntuación promedio para el conjunto de planes abordados (4,7). Las temáticas con menor presencia media, según el indicador, son las de Rural, Maltrato y Género, todas ellas por debajo del punto (0,3; 0,4 y 0,7 respectivamente). En un nivel intermedio se detectan temáticas como Discapacidad, Cronicidad, eSalud o Cuidados domiciliarios (2,3; 2,4; 2 y 2,7 respectivamente) (Ver Anexo 1 y 2).

El análisis de la variabilidad en el porcentaje codificado en cada categoría por comunidad autónoma permite conocer si éstas concentran o dispersan el tratamiento que se hace del envejecimiento activo en un menor o mayor número de ítems.

Figura 2
Puntuación media y proporcional por categoría



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, en cuanto al análisis de las desviaciones típicas con respecto a la desviación promedio, se evidencia una contraposición entre ambos estadísticos. En este sentido, encontramos comunidades como Asturias (la que menor desviación típica presenta), que incluye con porcentajes significativos 15 de las 16 categorías identificadas. En el extremo contrario, sin embargo, comunidades como Galicia o Baleares concentran todas las medidas analizadas en 4 categorías de las 16 que se identificaron durante la investigación. En general, podemos considerar la desviación típica como punto de corte a partir del cual establecer aquellos casos que se sitúen tanto por encima como por debajo de dicho promedio.

Realizar un ejercicio similar con las desviaciones típicas calculadas a partir de las puntuaciones permite observar el grado de variabilidad de estas en las distintas comunidades autónomas. Así, la Figura 2 muestra la puntuación media obtenida por cada comunidad contra sus desviaciones típicas. Como resultado, se constata que existe una asociación positiva entre las dos medidas, de modo que un mayor promedio de puntuación en cada comunidad está asociado con una mayor variabilidad en éstas. En este sentido, despuntan comunidades como La Rioja, Asturias, Castilla-La Mancha o Navarra, cuyas diferencias entre las dos medidas resultan ser las más acentuadas, sugiriendo con ello una cierta consistencia en la importancia (considerada como puntuación) que otorgan a las distintas categorías consideradas.

4. Conclusiones

El análisis de contenido realizado a los planes de salud de las comunidades autónomas vigentes ha permitido constatar varios hallazgos relevantes.

El primero es que los planes autonómicos más recientes en materia de salud han incorporado como línea de intervención, si bien no el envejecimiento activo de forma directa, actuaciones asociadas a dicho concepto, poniendo de relieve la prioridad de atender a un público objetivo creciente cuya calidad de vida supone un reto para la sociedad. A pesar de las variaciones que presentan las orientaciones y medidas propuestas, esta constatación es común a todas las comunidades examinadas, independientemente de los temas, profundidad y significación que reúnan en cada comunidad.

El segundo, en los planes autonómicos revisados se verifica la influencia de la OMS a través de sus diferentes informes y declaraciones, así como sus pautas o recomendaciones, al considerar las orientaciones que deben tomar las políticas de envejecimiento activo. Sin duda, determinados documentos marco (Organización de Naciones Unidas, 2002b, 2002a; Organización Mundial de la Salud-Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, 2002; World Health Organization, 2015), junto con literatura científica específica sobre determinantes, encuentran un reflejo de su influencia en las medidas que las comunidades autónomas adoptan en sus planes de salud, haciendo evidente el rol orientador y homogeneizador de la OMS. Y tal influencia no termina ahí, sino que cabe evidenciar también, como fruto del análisis de contenido realizado, la vigencia de la perspectiva de la OMS sobre *la Health in all policies* o *HiAP* (Pan American Health Organization, 2015; World Health Organization, 2016b, 2016a), estrechamente vinculada al contexto del envejecimiento activo. Esta impronta se constata al enfatizar la atención a las personas mayores tanto desde un ámbito sanitario como social, destacando, en especial, la red asistencial (cuidados domiciliarios, residencias y cuidadores) donde las medidas comprenden elementos de ambas áreas (sanidad y servicios sociales). Esta observación se alinea con el principio de que los contenidos sobre salud deben incorporarse transversalmente a gran diversidad de políticas sectoriales y, en consecuencia, trascender límites organizativos o administrativos. Así mismo, en cuanto a la *HiAP*, el número y pluralidad de las categorías conformadas –en cuya definición se puede apreciar la amplitud de áreas y factores vitales observados– confirman la misma lectura multifactorial que se encuentra replicada en dicho abordaje.

Entrando en las valoraciones relativas a las categorías que se han identificado durante el análisis, cabe destacar 3 grupos en cuanto a menciones totales.

El primero, el de las que superaban el 10% de menciones, corresponde únicamente a la categoría referida a autonomía personal y reducción de situaciones de dependencia, fragilidad o mala salud física. Es el factor más destacado al que se orientan las medidas, y conforma una perspectiva coherente con la interpretación básica del envejecimiento activo, que destaca la conservación de la salud y la calidad de vida a lo largo de los años como objetivos vertebradores. Sin embargo, la buena salud no es un elemento suficiente para envejecer con calidad de vida. Tal afirmación, que no sólo sostiene la OMS y la literatura, tiene también su reflejo en la amplitud de categorías emergentes del análisis de contenido.

Un segundo grupo de contenidos destacados es el de las variables, que aglutinaron entre un 5% y un 10% del total de categorías abordadas por las medidas. En concreto, conforman este segundo grupo de categorías los cuidados domiciliarios, la atención a las necesidades de personas con algún tipo de diversidad funcional, la cronicidad, el factor habitacional público (centros de día o residencias), el papel de las personas cuidadoras, la eSalud -y sus herramientas derivadas, especialmente la monitorización-, así como el énfasis en la equidad o igualdad -como elementos básicos de sostenibilidad de un sistema de apoyo a las personas mayores- y la salud mental y la soledad.

Finalmente, en menor medida, se identifican categorías que connotan la superación de la exclusión o vulnerabilidad de las personas mayores –contempladas como deficiencias, frente a la consideración positiva de las medidas que abordan la equidad o igualdad con otros grupos poblacionales–, elementos relacionados con la accesibilidad (física), con el factor género, el denominado “buen morir” –o acompañamiento en los últimos días de vida de la persona mayor–, el maltrato y, finalmente, el factor rural.

Sobre los datos anteriores, destaca el elevado número de menciones a las nuevas tecnologías y su beneficio para las personas mayores –en comparación con los niveles más bajos que se recogen en estudios previos (Barral et al., 2021a, 2021b; Borrell & Artazcoz, 2008; Peiró et al., 2004; Zafra et al., 2006) y también la relevancia concedida a la salud mental, pero especialmente al problema de la soledad, elemento relativamente emergente y novedoso en los planes de salud para el que, según el estudio realizado, comienzan a apuntarse iniciativas. Por otra parte, en negativo, se ponen en evidencia las bajas cifras que obtienen categorías como accesibilidad, género o rural, elementos que caracterizan la situación de no pocas comunidades autónomas y que se encuentran entre las menos abordadas.

En lo que concierne a las puntuaciones obtenidas sobre intensidad y concreción con que se abordan las categorías en cada medida, los resultados no muestran diferencias significativas.

Recogido el análisis y a la luz de la interacción de los factores extraídos, se constata que los planes generales de salud se alinean con los objetivos sobre el envejecimiento formulados en la literatura institucional de las últimas décadas. Esta aceptación dentro del marco normativo aproxima a este concepto hacia una visión mayoritariamente clínica, asociada con el envejecimiento saludable. Este mismo, en esencia, identifica la optimización de oportunidades a lo largo de la vida para mantener y mejorar la salud física y mental, como soporte de la calidad de vida e independencia total en el proyecto vital de los individuos.

La primacía de esta perspectiva hace que la vejez únicamente se trate desde un prisma clínico – a la luz de los resultados obtenidos en este estudio – en detrimento del prisma social, en un segundo plano. La división entre ambos mundos y la primacía de la perspectiva médica generan un alejamiento de las personas – mayores especialmente – de la estructura social, en detrimento de una perspectiva integral de consideración del estilo de vida. La omisión de ciertas iniciativas y perspectivas constriñe la discusión pública, reduciendo la amplitud de la agenda y distrayendo recursos que podrían dedicarse a esta área.

Finalmente, cabe mencionar las limitaciones que este estudio mismo tiene, y apuntar la posible orientación de futuras investigaciones. En este sentido, si bien no como limitación, pero sí como advertencia, cabe indicar que las interpretaciones de los resultados descritos deben circunscribirse al ámbito de los planes generales de salud y a su tratamiento del envejecimiento activo evitando su extrapolación a planes específicos sobre la misma materia que requerirían otra aproximación. Por otra parte, los análisis aquí mencionados recogen materiales previos a la Covid-19, por lo que, aun como muestra de una situación previa, sería interesante comparar los actuales planes autonómicos sobre la misma temática. Así, se podría determinar si este objeto de intervención superó prometedoramente un punto de inflexión que suscita nuevas perspectivas sobre el envejecimiento activo.

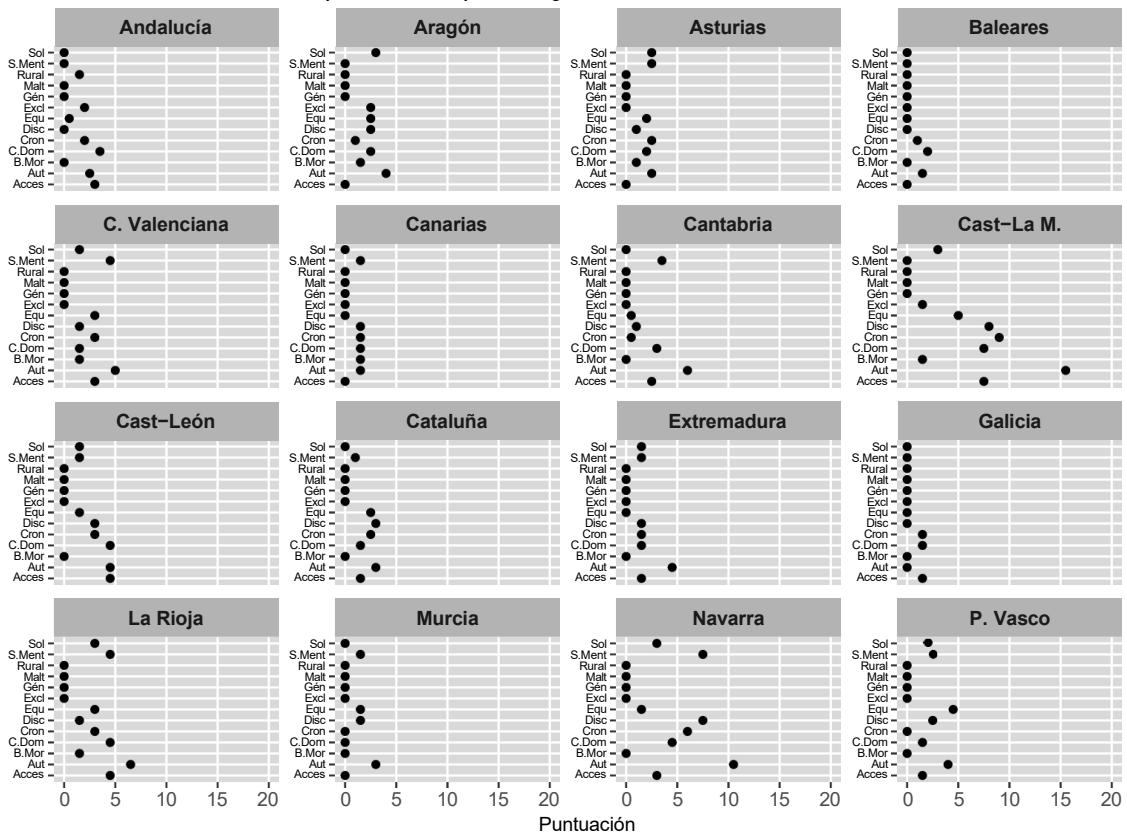
5. Agradecimientos

Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto PID2022-138892OB-I00, *Políticas de salud para un envejecimiento activo. Impulsando la equidad y la inclusión en la atención sanitaria*, perteneciente a la convocatoria 2022 «Proyectos de Generación de Conocimiento» de la Agencia Estatal de Investigación (AEI/10.13039/501100011033/ FEDER, UE), que incluye la dotación de financiación de la Unión Europea FEDER

Anexos

Anexo 1

Distribución de puntuaciones por categoría entre las Comunidades Autónomas



Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2

Puntuaciones por categoría y por Comunidad Autónoma

CCAA	Aut	Disc	Cron	Equ	S. Ment	Sol	B. Mo	Acces	eSal	Excl	C. Dom	Gén	Rur	Res	Cuid	Malt	Puntuación total
Bal.	1,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0,5	0	5
Gal.	0	0	1,5	0	0	0	1,5	0	1,5	0	1,5	0	0	0	0	0	6
Can.	1,5	1,5	1,5	0	1,5	0	1,5	0	0	0	1,5	0	0	0	0	0	9
Mur.	3	1,5	0	1,5	1,5	0	0	1,5	0	1,5	0	0	0	0	1,5	0	12
And.	2,5	0	2	0,5	0	0	0	3	2	0	3,5	0	1,5	0,5	0,5	0	16
Cat.	3	3	2,5	2,5	1	0	0	0	1,5	1	1,5	0	0	2,5	0	1	19,5
Ar.	4	2,5	1	2,5	0	3	1,5	0	0	2,5	2,5	0	0	1	2,5	0	23
Cant.	6	1	0,5	0,5	3,5	0	0	2,5	0	0,5	3	0	0	3,5	1,5	1,5	24
Ext.	4,5	1,5	1,5	0	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	0	1,5	4,5	0	0	24
Ast.	2,5	1	2,5	2	1	2,5	2,5	1	1,5	1	0	2	1	1,5	2	1	25
P. V.	4	2,5	0	4,5	1	2,5	0	0	1,5	4	3	2	0	1,5	1,5	0	28
C. y L.	4,5	3	3	1,5	1,5	1,5	0	0	4,5	1,5	4,5	0	0	4,5	1,5	0	31,5
Com. Val.	5	1,5	3	3	0	4,5	1,5	1,5	3	3	1,5	1,5	0	1,5	1,5	0	32
L. R.	6,5	1,5	3	3	4,5	3	1,5	3	4,5	3	4,5	1,5	0	6	4,5	0	50
Nav.	11	7,5	6	1,5	7,5	3	0	1,5	3	0	4,5	3	0	6	6	1,5	61,5
C-L.M.	16	8	9	5	0	3	1,5	3	7,5	1,5	7,5	1	1,5	3	7,5	1,5	76

Fuente: Elaboración Propia

Referencias

- Almusallam, I. (2021). *Using NVivo for Data Analysis in Qualitative Research*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20913.10082>.
- Amezcuca, M., & Toro, A. G. (2002). Different approaches to qualitative health research analysis: A critical and reflective view | Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido* (2ª Edición). Ediciones Akal.
- Beier, M. E., Jackeline Torres, W., & Gilberto, J. M. (2018). Activities matter: Personality and resource determinants of activities and their effect on mental and physical well-being and retirement expectations. *Work, Aging and Retirement*, 4(1), 67-78. <https://doi.org/10.1093/workar/waw034>
- Barral, B., Bouzas-Lorenzo, R., Cernadas, A., & Fernández Da Silva, Á. (2021a). Incorporando la equidad a la salud. Un análisis de los planes autonómicos sanitarios. *Revista española de salud pública*, 95.
- Barral, B., Bouzas-Lorenzo, R., Cernadas, A., & Fernández Da Silva, Á. (2021b). Equity policies in health plans: accessibility and something more? *Revista de Saúde Pública*, 55. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2021055002560>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Borrell, C., Peiró, R., Ramón, N., Pasarín, M. I., Colomer, C., Zafra, E., & Álvarez-Dardet, C. (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, 19, 277-285. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400002&nrm=iso
- Buedo-Guirado, C., Rubio, L., Dumitrache, C. G., & Romero-Coronado, J. (2020). Active aging program in nursing homes: effects on psychological well-being and life satisfaction. En *Psychosocial Intervention* (Vol. 29, pp. 49-57). scieloes.

- Cambero Rivero, S., & Baigorri Agoiz, A. (2019). Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 43, 59-87. <https://doi.org/https://doi.org/10.5944/empiria.43.2019.24299>.
- Causapié Lopesino, P., Balbontín López-Cerón, A., Porrás Muñoz, M., & Mateo Echanagorría, A. (2011). *Envejecimiento activo libro blanco*. IMSERSO. http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089li_broblancoenv.pdf
- Chipperfield, J. G., Newall, N. E., Chuchmach, L. P., Swift, A. U., & Haynes, T. L. (2008). Differential determinants of men's and women's everyday physical activity in later life. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4). <https://doi.org/10.1093/geronb/63.4.S211>
- Chodzko-Zajko, W., & Schwingel, A. (2009). Transnational Strategies for the Promotion of Physical Activity and Active Aging: The World Health Organization Model of Consensus Building in International Public Health. *Quest*, 61(1), 25-38. <https://doi.org/10.1080/00336297.2009.10483598>
- Dantas, R. G., Perracini, M. R., Padula, R. S., Guerra, R. O., Ferriolli, E., & Dias, R. C. (2017). What are the sociodemographic and health determinants for older adults continue to participate in work? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.04.005>
- De Oliveira, S. M., Fernandes Barbosa, K., Lopes de Oliveira, F. M. R., De Brito Fernandes, W. A. A., & Melo Fernandes, M. D. G. (2017). Social, economic and environmental determinants of active aging in the elderly attended in a center of integral health care | Determinantes sociales, económicos y ambientales de envejecimiento activo en ancianos atendidos en un centro de atención integral. *Cultura de los Cuidados*, 21(49), 155-165. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.17>
- De Souza Braga, L., Lima-Costa, M. F., César, C. C., & Macinko, J. (2016). Social Inequalities on Selected Determinants of Active Aging and Health Status Indicators in a Large Brazilian City (2003-2010). *Journal of Aging and Health*, 28(1), 180-196. <https://doi.org/10.1177/0898264315589575>
- Domajnko, B., & Pahor, M. (2015). Health Within Limitations: Qualitative Study of the Social Aspects of Resilience in Old Age. *Ageing International*, 40(2), 187-200. <https://doi.org/10.1007/s12126-014-9201-3>
- Escarbajal De Haro, A., Martínez de Miguel López, S., & Salmerón Aroca, J. A. (2015). La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. *Revista de Investigación Educativa*, 33(2 SE-), 471-488. <https://doi.org/10.6018/rie.33.2.213211>
- Fernández-Mayoralas, G., Schettini, R., Sánchez-Román, M., Rojo-Pérez, F., Agulló, M. S., & João Forjaz, M. (2018). El papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Revista Prisma Social*, 21 SE-Sección temática, 149-176. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2422>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. *Aldine Publishing*.
- Guastafierro, E., Rocco, I., Quintas, R., Corso, B., Minicuci, N., Vittadello, F., Andreotti, A., Denitto, F., Crepaldi, V., Forgione, M., Leonardi, M., & Sattin, D. (2020). Identification of determinants of healthy ageing in Italy: Results from the national survey IDAGIT. *Ageing and Society*. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001671>

- Han, J. H., & Kim, J.-H. (2017). Variations in Ageing in Home and Ageing in Neighbourhood. *Australian Geographer*, 48(2), 255-272. <https://doi.org/10.1080/00049182.2016.1240021>
- Kalache, A., & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 50(4), 4-5. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330616>
- Karlin, N. J., & Weil, J. (2017). Healthy Aging in a Global Context: Comparing Six Countries. *Ageing International*, 42(1). <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9274-2>
- Kizony, R., Schreuer, N., Rotenberg, S., Shach-Pinsly, D., Sinoff, G., & Plaut, P. (2020). Participation in out-of-home activities among older adults: The role of mobility, attitudes and travel behaviors. *Journal of Transport and Health*, 17. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2020.100846>
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2011). Beyond constant comparison qualitative data analysis: Using NVivo. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 70-84. <https://doi.org/10.1037/a0022711>
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). *Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
- Levy, B. R., Chung, P. H., Slade, M. D., Van Ness, P. H., & Pietrzak, R. H. (2019). Active coping shields against negative aging self-stereotypes contributing to psychiatric conditions. *Social Science and Medicine*, 228, 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.035>
- Llorente-Barroso, C., Viñarás-Abad, M., & Sánchez-Valle, M. (2015). Internet and the elderly: Enhancing active ageing. *Comunicar*, 23(45), 29-36. <https://doi.org/10.3916/C45-2015-03>
- Madero-Cabib, I., & Kaeser, L. (2016). How voluntary is the active ageing life? A life-course study on the determinants of extending careers. *European Journal of Ageing*, 13(1), 25-37. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0355-y>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9-18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Muñoz Cobos, F., & Espinosa Almendro, J. M. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria*, 40(6), 305-309. <https://doi.org/10.1157/13123684>
- Noeltner, M., & Kroenung, J. (2020). Never too old: A review of the determinants of IT task performance in older adults from a digital transformation standpoint. *26th Americas Conference on Information Systems, AMCIS 2020*.
- Organización de Naciones Unidas. (2002a). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2002b). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*. https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/
- Organización Mundial de la Salud-Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 47-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola->

[geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694](#)

- Pan American Health Organization. (2015). *Advancing the Health in All Policies Approach in the Americas: What Is the Health Sector's Role? A Brief Guide and Recommendations for Promoting Intersectoral Collaboration*. Pan American Health Organization, World Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33975>
- Peiró, R., Ramón, N., Álvarez-Dardet, C., Colomer, C., Moya, C., Borrell, C., Plasència, A., Zafra, E., & Pasarín, M. I. (2004). Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gaceta Sanitaria*, 18, 36-46. <http://www.gacetasanitaria.org/es-sensibilidad-genero-formulacion-planes-salud-articulo-13061993>
- Román-Graván, P., Pérez-Hurtado, M., & Tadeu, P. (2021). Envejecimiento activo y uso de internet para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 60(0 SE-Artículos). <https://doi.org/10.12795/pixelbit.76963>
- Sanchis Sánchez, E., Igual Camacho, C., Sánchez Frutos, J., & Blasco Igual, M. C. (2014). Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica. *Fisioterapia*, 36(4), 177-186. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.04.007>
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The Risks of Ageism Model: How Ageism and Negative Attitudes toward Age Can Be a Barrier to Active Aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>
- Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T., & Gorus, E. (2016). Active ageing within the nursing home: a study in Flanders, Belgium. *European Journal of Ageing*, 13(3), 219-230. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0374-3>
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & for Europe, W. H. O. R. O. (2006). *Levelling up (part 1) : a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health / by Margaret Whitehead and Göran Dahlgren* (p. 30). WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107790>
- World Health Organization. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- World Health Organization. (2016a). From innovation to implementation—eHealth in the WHO European region. En *World Health Organization: Geneva, Switzerland*. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf
- World Health Organization. (2016b). *HIAP - Health in All Policies, from the Global to the Local*. <https://www.paho.org/en/documents/hiap-health-all-policies-global-local>
- Zafra, E., Peiró, R., Ramón, N., Álvarez-Dardet, C., & Borrell, C. (2006). Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. En *Gaceta Sanitaria* (Vol. 20, pp. 295-302). scieloes. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000400008