

# Necesidades de salud de personas mayores: un reto para la atención primaria de salud

Gerardo Santoyo-Sánchez<sup>1</sup> y Hortensia Reyes-Morales<sup>2</sup>\*

<sup>1</sup>Universidad Abierta y Educación a Distancia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México; <sup>2</sup>Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos. México

## Resumen

*El otorgamiento de servicios de salud integradores para personas mayores requiere un abordaje holístico de las necesidades de salud y contexto inherentes a la población envejecida, para brindar una respuesta efectiva. El objetivo de este estudio fue describir las necesidades de salud de personas mayores y las condiciones del contexto, como base para la integración de servicios de atención primaria de salud. Se realizó una revisión narrativa no sistemática de la literatura en una base de datos electrónica entre 2019 y 2023 y una combinación de referencias de citas. La recolección de la información siguió los principios del análisis temático derivado del enfoque cualitativo. Dos grupos de necesidades de salud de las personas mayores fueron identificados: procesos naturales de envejecimiento y procesos de enfermedad. Las condiciones del contexto en estas necesidades se conceptualizaron en tres dimensiones interconectadas: condiciones socioeconómicas, servicios de salud y lugar de residencia. La comprensión de las necesidades de salud determinadas por las condiciones del contexto respalda estrategias para mejorar los servicios para personas mayores bajo el enfoque de atención primaria de salud.*

**PALABRAS CLAVE:** Atención primaria de salud. Contexto social. Necesidades de salud. Personas mayores.

## Health needs of older people: a challenge for primary health care

### Abstract

*The provision of inclusive health services for older adults requires a holistic approach to the health needs of the ageing population and their social environment, to deliver an effective response. To describe the health needs of older adults and their social environment, as a basis for integration of primary health care services. A non-systematic narrative review of the literature was conducted based on an electronic database covering the period 2019-2023 along with a combination of citation references. Information collection followed the principles of the thematic analysis derived from the qualitative approach. Two groups of health needs for older adults were identified: natural aging processes and disease processes. The social environment for these health needs were conceptualized in three interconnected dimensions: socioeconomic conditions, health services, and place of residence. Understanding the elements underlying the health needs which are determined by contextual conditions, supports strategies to improve services for older adults as part of the primary health care approach.*

**KEYWORDS:** Primary health care. Social environment. Health needs. Older adults.

### \*Correspondencia:

Hortensia Reyes-Morales  
E-mail: hortensia.reyes@insp.mx

Fecha de recepción: 04-03-2024

Fecha de aceptación: 29-07-2024

DOI: 10.24875/GMM.24000070

Gac Med Mex. 2024;160:249-256

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2024 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El incremento en la esperanza de vida ha sido uno de los logros sociales más notables de la humanidad.<sup>1</sup> Se proyecta que para 2050, la proporción de población mundial mayor de 60 años sea de 22 %<sup>2</sup> y en algunos países como México será de hasta 24 %.<sup>3,4</sup> Este envejecimiento poblacional ha generado preocupación sobre las necesidades de salud de las personas mayores (PM), quienes requerirán cada vez mayores servicios para darles respuesta.<sup>5</sup> Se ha identificado que, en general, los servicios de salud para PM son fragmentados, centrados en la enfermedad y con personal poco competente.<sup>6</sup> Además, numerosas PM se enfrentan a condiciones de salud adversas y más que cualquier otro grupo de edad están sujetas a necesidades sociales insatisfechas.<sup>7,8</sup>

Ante este panorama, se ha evidenciado la necesidad de reorganizar la atención dirigida a PM según el enfoque de atención primaria de salud (APS), el cual involucra tres componentes: servicios de salud integrados, políticas multisectoriales y empoderamiento de las personas, que garantizan un mayor nivel de salud y bienestar.<sup>9</sup> En varios países se han implementado acciones relativas al componente servicios de salud integrados, las cuales han tenido resultados prometedores.<sup>10,11</sup> Sin embargo, la reorganización de los servicios bajo el enfoque de APS requiere un conocimiento holístico de las necesidades de salud inherentes a las PM.<sup>12,13</sup> Es decir, además de conocer las necesidades de dicha población a nivel individual y desde la perspectiva de los servicios, los responsables de políticas deben considerar el contexto en el que vive e interactúa.<sup>13</sup>

Por lo anterior, y ante la gran cantidad de información sobre las necesidades de salud de las PM, el objetivo de este trabajo es describir esas necesidades desde una perspectiva holística, así como las condiciones del contexto social, a fin de proporcionar la base para la integración de servicios con enfoque de APS.

## Material y métodos

Se realizó una revisión narrativa no sistemática de la literatura,<sup>14-16</sup> la cual implica usar un método que puede incluir o no la búsqueda exhaustiva y selección de artículos con la finalidad de generar una descripción amplia de un tema. A diferencia de la revisión sistemática, en la que se analiza la totalidad de la

literatura disponible para responder a una pregunta específica,<sup>15</sup> la revisión narrativa responde a preguntas generales realizadas por expertos, sin detallar el método de selección de la información.<sup>17</sup>

La búsqueda de artículos se llevó a cabo en la base de datos PubMed con las siguientes palabras clave: “aged”, “older adults”, “primary health care”, “health needs”, “determinants”. Las palabras clave se combinaron para restringir la cantidad de artículos recuperados. A partir de estos, la búsqueda se amplió a publicaciones citadas en las referencias de los artículos incluidos, las cuales se identificaron mediante el motor de búsqueda de Google académico. El período de análisis fue de 2019 a 2023.

No se incluyeron resúmenes de congresos, publicaciones no escritas en español o inglés, ni estudios sin mención específica de PM (personas  $\geq$  60 años) y APS.

Se realizaron dos rondas de selección para identificar los artículos que se incluirían. En la primera se excluyeron los artículos duplicados y se verificó el cumplimiento de los criterios de selección. En la segunda, se revisó el texto completo de los artículos seleccionados. Una vez verificada su idoneidad, se sistematizó la información mediante el análisis temático derivado del enfoque cualitativo. La estrategia constó de tres etapas: codificación inicial, para identificar los temas emergentes; codificación enfocada, para categorizar los datos según la similitud de los mismos; y codificación teórica, para integrar las categorías en dimensiones de determinantes de las necesidades de salud.<sup>18</sup> Las tres etapas fueron revisadas, perfeccionadas y discutidas de forma iterativa y reflexiva por los coautores.

## Resultados

Se incluyeron 35 estudios: 18 estudios empíricos, 13 revisiones con diferentes enfoques (cualitativo, cuantitativo, mixto) y cuatro protocolos de investigación. De los 35 estudios, 29 fueron publicados en el período de 2019 a 2023 y seis derivaron de la búsqueda ampliada.

### Necesidades de salud de las personas mayores

A partir de los artículos revisados, se identificaron varios elementos relacionados con necesidades de salud en PM. Si bien estos elementos podrían

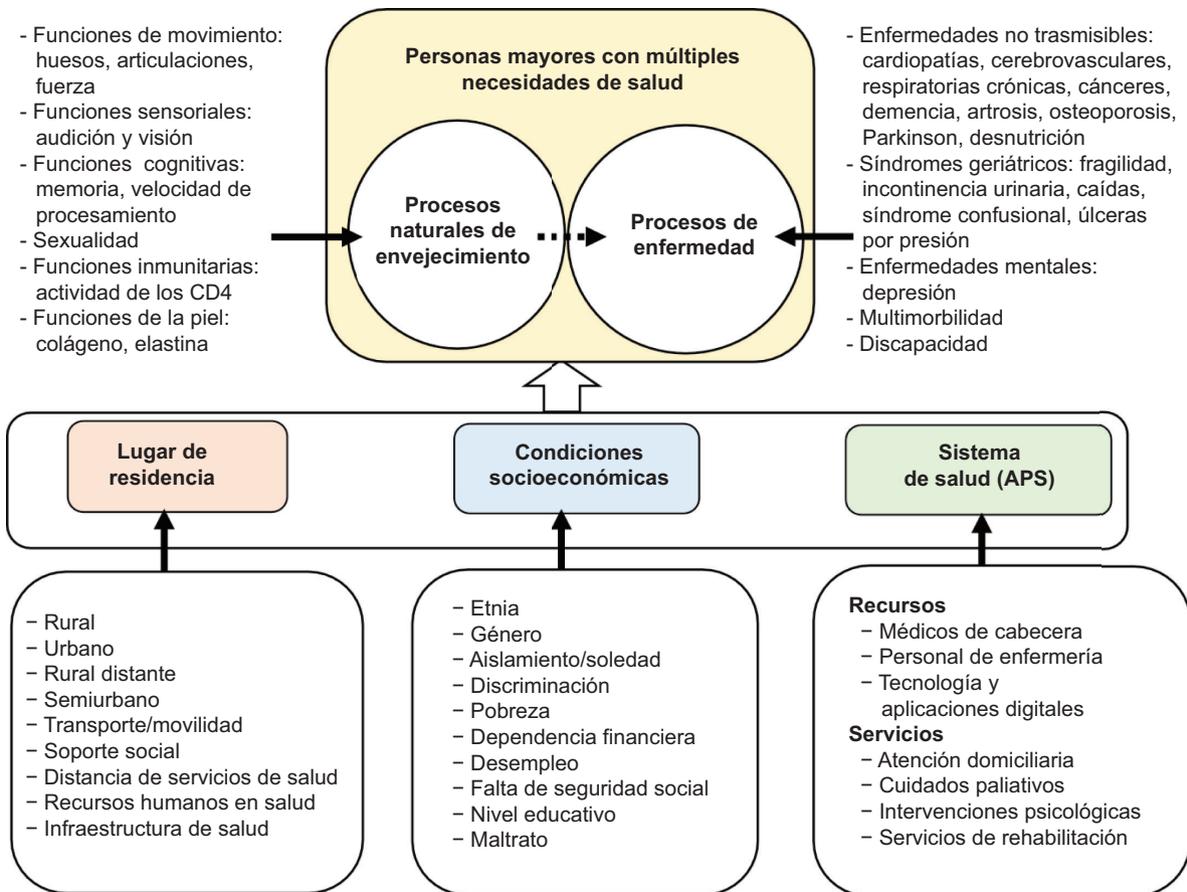


Figura 1. Necesidades de salud de las personas mayores y condiciones del contexto social. Elaboración propia.

enmarcarse dentro de dimensiones de necesidades descritas en conceptualizaciones previas, aquí se agruparon en dos grupos generales: necesidades por procesos naturales de envejecimiento y necesidades por procesos de enfermedad. Las variaciones entre ambos grupos o el tránsito de una PM desde las necesidades naturales a las patológicas, se entienden en términos de la diferencia/intensidad de exposición a tres dimensiones del contexto social: lugar de residencia, condiciones socioeconómicas y servicios de salud. Por ejemplo, el proceso natural de envejecimiento genera condiciones inmunitarias en las PM que requieren ser atendidas por los servicios de salud mediante medidas preventivas, como las vacunas contra el neumococo.

Por lo anterior, las necesidades de salud se definieron como las condiciones de salud que los individuos y sociedades consideran que requieren atención,<sup>19</sup> y que son resultado de la interacción entre las capacidades personales derivadas de procesos naturales (fisiológicos) o de enfermedad (patológicos) individuales y

el conjunto más amplio de determinantes geográficos, económicos y sociales que influyen en las PM. En la Figura 1 se representan las tres dimensiones del contexto propuestas, que al interactuar delimitan los dos grupos de necesidades de salud en PM.

### **NECESIDADES DE SALUD POR PROCESOS NATURALES DE ENVEJECIMIENTO**

Los procesos naturales de envejecimiento involucran cambios fisiológicos que se producen con la edad y que no están relacionados con enfermedades. Estos cambios ocurren de forma desigual entre las personas y están influidos por la genética, el entorno y el comportamiento individual.<sup>20-22</sup> Por ejemplo, se ha observado que algunas personas de 80 años tienen capacidades físicas similares a personas de 20 años y otras experimentan disminuciones significativas a edades mucho más tempranas.<sup>20</sup> Sin embargo, en general, los cambios en las funciones de movimiento, sensoriales, cognitivas, sexuales, inmunitarias y de la

piel que acompañan al envejecimiento generan una fisiología muy distinta a la de personas de menor edad y que, consecuentemente, demanda ajustes específicos en el cuidado y supervisión de su salud.<sup>20,22</sup> Ante esto, y debido a la prioridad de la mayor parte de las PM por envejecer en sus casas y comunidades, se ha recomendado el establecimiento de servicios de salud integrados bajo el enfoque de APS a fin de favorecer la prevención de enfermedades y la promoción de la salud comunitaria mediante el desarrollo de hábitos saludables,<sup>20</sup> en conjunto con programas de alfabetización en salud diseñados para reducir la dependencia formal e informal y la falta de autonomía.<sup>23,24</sup>

### **NECESIDADES DE SALUD POR PROCESOS DE ENFERMEDAD**

Los procesos de enfermedad que se enfrentan con frecuencia con el envejecimiento determinan nuevas necesidades de salud. Estos procesos resultan de patologías individuales como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y neoplasias, entre otras.<sup>20</sup> Sin embargo, en numerosas ocasiones estos procesos también se relacionan con la presencia de multimorbilidad.<sup>25,26</sup> Se ha descrito que la prevalencia de multimorbilidad en la vejez puede alcanzar hasta 98 %, <sup>27-29</sup> lo que a su vez genera problemas adicionales como interacciones medicamentosas derivadas de la polimedicación.<sup>20</sup> Otros elementos de los procesos de enfermedad incluyen los síndromes geriátricos: fragilidad, incontinencia urinaria, síndrome confusional, etcétera.<sup>30</sup> Estos cuadros clínicos complejos a menudo se deben a múltiples factores subyacentes que afectan a varios sistemas orgánicos y, por tanto, a la calidad de vida de las PM. Asimismo, en numerosas PM el deterioro de la salud cognitiva y mental desencadena procesos de enfermedad; se ha observado que en el mundo entre 10 y 15 % de la población envejecida experimenta depresión,<sup>31</sup> principal factor de riesgo de suicidio en ese grupo.<sup>32</sup>

Ante este panorama, los servicios de salud integrados con enfoque de APS son ideales para abordar las necesidades de las PM frágiles, en riesgo de hospitalización y que a menudo requieren transiciones entre hospitales y el propio hogar.<sup>33,34</sup> La evidencia ha demostrado cada vez más la necesidad de establecer estructuras y procesos basados en el enfoque de APS para cuidar a las personas enfermas en sus hogares durante el mayor tiempo posible.<sup>15,16</sup>

### **Necesidades de salud de las personas mayores y condiciones de contexto**

Se conceptualizaron tres amplias dimensiones de contexto: condiciones socioeconómicas, servicios de salud y lugar de residencia, que al confluir delimitan las necesidades de salud de las PM. Por ejemplo, vivir en un lugar distante, sin disponibilidad de servicios de salud y en pobreza, influye en el proceso natural y de enfermedad, por lo que estas dimensiones deben considerarse interrelacionadas (Figura 1).

### **CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS**

Las condiciones socioeconómicas se relacionan con elementos sociales, económicos y culturales que determinan necesidades de salud en las PM. Por ejemplo, una sociedad sin esquemas de seguridad social deja fuera a las PM de mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades sociales y de salud,<sup>35</sup> por lo que la presencia de una eventual enfermedad puede desencadenar un deterioro irreparable de las finanzas y la falta de acceso a atención efectiva, con mayor riesgo de complicaciones y muerte. Entre las condiciones socioeconómicas que más afectan a las PM se han documentado la pobreza, la falta de vivienda adecuada, la inseguridad alimentaria, la disminución del capital social, el bajo nivel educativo, el desempleo, el edadismo, el aislamiento/soledad, el origen étnico, el género, la falta de autonomía y el maltrato.<sup>7,36-39</sup>

Se ha descrito que la presencia de las anteriores condiciones puede modificar la capacidad de las PM para percibir necesidades de salud y, como consecuencia, la búsqueda de atención.<sup>40</sup> En contraste, también existe evidencia de que servicios basados en APS ofrecen oportunidades para mitigar los efectos de las desigualdades sociales.<sup>24</sup> Las acciones de salud de los tres componentes de la APS permiten la integración y coordinación de la atención para PM, además de ser un espacio de gobernanza a través de la participación y coordinación entre diferentes sectores gubernamentales/no gubernamentales y niveles de atención de los sistemas de salud.<sup>24,41</sup>

### **SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

El sistema de salud tiene como responsabilidad principal dar respuesta a las necesidades de salud de

la población bajo su cuidado. Por ello, debe garantizar que las PM puedan acceder a la atención de manera continua y que esto a la vez tenga un impacto positivo en su salud. Sin embargo, las complejas necesidades de salud de las PM requieren una gestión oportuna y adecuada para su atención integral, que incluye la coordinación entre los proveedores y los entornos.<sup>6,42</sup> Los servicios de salud con enfoque de APS están centrados en la persona y se otorgan con equipos multidisciplinarios, que se coordinan para ofrecer una atención integradora para la respuesta a las necesidades de salud específicas de cada PM. Estos servicios incluyen servicios de atención domiciliaria, médicos de cabecera, personal de enfermería, rehabilitación, cuidados paliativos, intervenciones psicológicas, así como acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones o *cibersalud*, que facilitan información sobre los tratamientos y servicios disponibles; todos estos son algunos de los componentes que deben considerarse para contribuir a la mejora de la salud de las PM.<sup>43-47</sup>

La evidencia sugiere que los servicios de salud con enfoque de APS constituyen la base para la atención longitudinal e integral de las personas a lo largo del curso de su vida, y de manera fundamental durante el proceso de envejecimiento.<sup>47</sup> Los hallazgos mostraron que en varios países se han implementado acciones con respecto al componente de la APS referente a servicios de salud integrados, en particular en Europa. Además, se observó que el enfoque de APS mejora el desempeño de la atención médica, la rendición de cuentas de los sistemas y, por consiguiente, los resultados de salud.<sup>48</sup> En este sentido, los servicios de salud con enfoque de APS ofrecen la mejor oportunidad para la detección de enfermedades y el inicio de la atención continua de las PM.<sup>49,50</sup>

## **LUGAR DE RESIDENCIA**

El lugar de residencia se refiere al lugar geográfico en el que viven las PM. Se ha considerado como una dimensión independiente dado que la evidencia sugiere que a medida que las personas envejecen se torna una condición prioritaria para la salud.<sup>51</sup> Vivir en contextos rurales o urbanos determina que las PM tengan necesidades de salud visiblemente desiguales. La residencia rural se asocia a estados de salud y calidad de vida más bajos,<sup>52</sup> mientras que la residencia urbana genera estilos de vida que incrementan la probabilidad de morbilidad y depresión.<sup>7</sup> Asimismo, se ha identificado que en el área rural la

presencia de redes de apoyo familiares/comunitarias funcionan como facilitadores para vencer las barreras de acceso a la atención.<sup>53</sup> En general, en los entornos rurales las barreras presentes con mayor frecuencia se relacionan con desequilibrios permanentes en los servicios de salud, que están asociados a la dificultad en el acceso geográfico o a factores organizacionales relacionados con largos tiempos de espera o diferimiento de citas.<sup>52,54</sup>

Ante este panorama, existe evidencia de que el enfoque de APS puede subsanar algunos desequilibrios, particularmente en áreas con mayor disparidad social y económica; por ejemplo, existe una correlación directa entre el mayor acceso a este tipo de servicios, en especial a los médicos de familia y equipos interprofesionales, y la mejora de la salud de las personas.<sup>55</sup> Por tanto, una adecuada implementación de estrategias de atención con enfoque de APS puede reducir los efectos negativos de las desigualdades en salud entre poblaciones rurales, rurales distantes, suburbanas o urbanas.

## **Discusión**

Los principales hallazgos muestran que las condiciones contextuales que influyen en la salud de las PM son complejas y que no pueden considerarse dimensiones independientes, pues existe un efecto estructural entre el lugar de residencia, las condiciones socioeconómicas, los servicios de salud y las capacidades personales que derivan de procesos naturales (fisiológicos) o de enfermedad propios de cada PM.

La clasificación de las necesidades de salud en dos amplios procesos permitió simplificar su descripción al dejar de lado las complejidades de otros abordajes que involucran dominios clínicos y sociales. En general, observamos que las necesidades de salud derivadas de los procesos de enfermedad estuvieron mayormente definidas en la literatura revisada. Esto sugiere que a pesar del incremento en la esperanza de vida, la población mayor vive con procesos patológicos individuales o con multimorbilidad que le generan carga de enfermedad y, en consecuencia, también incrementan la demanda de atención médica.<sup>2</sup> Paralelamente, ante esta situación, la investigación de la atención de PM ha hecho un mayor uso de indicadores de enfermedad, discapacidad, hospitalización, institucionalización y costo, pero es aún insuficiente el uso de indicadores de resultado que reflejen la capacidad intrínseca, la capacidad

funcional o de calidad de vida de las PM.<sup>42,56</sup> Esto último evidencia que las necesidades de salud derivadas de los procesos naturales de envejecimiento son poco reconocidas, a pesar de que la promoción de salud y prevención de enfermedades son consideradas como el punto de partida de las intervenciones con enfoque de APS.

Los hallazgos también revelan diferencias entre diferentes modelos de atención. Por ejemplo, en Singapur, Escocia e Irlanda del Norte se han logrado mejoras sustanciales en la atención de PM bajo servicios de salud con enfoque de APS a nivel nacional.<sup>42</sup> También existe evidencia, como en Brasil, de que a través de programas de salud gratuitos enfocados en APS y dirigidos a la población más pobre se puede mejorar el acceso de las PM a la atención.<sup>24</sup> Sin embargo, a pesar de este y otros ejemplos de éxito en países de ingresos bajos,<sup>20</sup> en general la implementación de servicios con enfoque de APS para PM se ha desarrollado principalmente en países de altos ingresos, y es poco clara su aplicabilidad en países de medianos y bajos ingresos.<sup>42</sup>

La complejidad inherente a las condiciones socioeconómicas puede ser desalentadora y socavar los esfuerzos para reorganizar los servicios de salud para PM con el enfoque de APS. Se ha comprobado la dificultad para la provisión de la atención a través de respuestas integradoras con abordaje de las necesidades sociales; por ejemplo, en población adulta en Estados Unidos se observó que se requiere tanto una sólida gobernanza como suficientes recursos, los cuales sobrepasan los mecanismos de financiamiento gubernamentales existentes.<sup>57</sup> Sin embargo, a pesar de las limitaciones para implementar un modelo de atención desde la perspectiva de las condiciones socioeconómicas, la literatura es unánime al precisar que toda reforma de salud debe considerar las diferencias sociales, culturales y económicas que actúan en el entorno próximo de las PM. Además, la evidencia también sugiere que es necesario generar estrategias de atención dirigidas a condiciones socioculturales tradicionalmente poco abordadas, como la soledad o el edadismo. Esta última discriminación, específica hacia las PM, muchas veces se ignora durante la implementación de servicios de salud con enfoque de APS para PM, aun cuando en el mundo únicamente está por debajo del racismo y el sexismo.<sup>58,59</sup>

Aunque esta revisión señala algunas desigualdades que se presentan por vivir en contextos rurales o urbanos, todavía existe poca evidencia comparativa

entre servicios de salud para PM rurales y urbanas con enfoque de APS. Esto sugiere que las políticas sanitarias pueden ser limitadas al considerar las diferencias regionales en la oferta de servicios de salud, por lo que la implementación de nuevos modelos de atención podría no estar respondiendo a las necesidades de salud específicas de cada región geográfica. En particular, se sabe poco sobre cómo se configuran y brindan los servicios de salud con enfoque de APS en entornos rurales.<sup>60</sup> En numerosas ocasiones, la investigación sobre estas áreas suele combinar pueblos pequeños, aislados, y áreas suburbanas en una sola categoría rural, lo que puede enmascarar diferencias importantes como los procesos culturales y laborales propios de cada región. De hecho, esta limitación y otros factores determinan que durante la implementación de políticas con enfoque de APS para PM rurales surjan desafíos relacionados con la prestación de servicios recursos humanos, gobernanza, transporte, financiamiento, comunicación y, en algunas regiones, hasta corrupción.<sup>61</sup>

Esta revisión narrativa tiene algunas limitaciones. En términos metodológicos, la naturaleza del estudio conlleva el riesgo de errores de objetividad e interpretación; sin embargo, se trató de seleccionar los estudios con mayor relevancia según el consenso y experiencia de los autores y se presentaron los datos con la mayor objetividad posible. Al incluir una sola base de datos y dos idiomas, se redujo la amplitud y exhaustividad de la búsqueda. De igual forma, es posible que se hayan pasado por alto algunos estudios relevantes, dado que se dio preferencia a publicaciones de los últimos cinco años. Además, algunos elementos no se pudieron clasificar fácilmente en las dimensiones, por lo que se priorizó la categorización de los más relevantes. Aun cuando fueron excluidos los artículos que no mencionaban la APS, surgieron dificultades al delimitar el tipo de servicio al que se referían los diferentes autores. También, debido a que el periodo de búsqueda coincidió con la pandemia de COVID-19, posiblemente los hallazgos sean diferentes a los de otros periodos. Finalmente, dado que la búsqueda arrojó pocos estudios sobre América Latina, estos deben tomarse con cautela para la región.

A pesar de estas limitaciones, la elección del enfoque de revisión narrativa de la literatura se ajustó más al propósito de nuestra investigación. Si bien las revisiones sistemáticas ofrecen un acercamiento preciso de la evidencia científica en un tema específico, las

revisiones narrativas permiten una comprensión más amplia y general del fenómeno de interés.<sup>62</sup>

En conclusión, las necesidades de salud de las PM revisadas desde una perspectiva holística definen tres dimensiones del contexto conformadas por elementos relacionados con las condiciones socioeconómicas, servicios de salud y lugares de residencia, que a menudo se integran en diferentes momentos de los procesos naturales y patológicos del envejecimiento, lo que genera un efecto acumulativo a largo de la vida. La heterogeneidad de estas condiciones contribuye a la reflexión académica, social y política para la reorganización de servicios de salud con enfoque de APS.

## Financiamiento

Este trabajo no dispuso de financiamiento para su elaboración.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existió conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, han reconocido y seguido las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Uso de inteligencia artificial para generar textos.** Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

## Bibliografía

- Li Y, Li X, Wang W, Guo R, Huang X. Spatiotemporal evolution and characteristics of worldwide life expectancy. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2023;30(37):87145-87157. DOI: 10.1007/s11356-023-28330-1
- Christopher C, KC B, Shrestha S, Blebil AQ, Alex D, Mohamed Ibrahim MI, et al. Medication use problems among older adults at a primary care: a narrative of literature review. *Aging Med (Milton)*. 2022;5(2):126-137. DOI: 10.1002/agm2.12203
- Agudelo-Botero M, Dávila-Cervantes CA, Velasco-Calderón O, Giraldo-Rodríguez L. Divergences and gaps in life expectancy and health-adjusted life expectancy in Mexico: contribution analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *PLoS One*. 2023;18(11):e0293881. DOI: 10.1371/journal.pone.0293881
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Diagnóstico de las personas adultas mayores en México II [Internet]. México: INAPAM; 2023. Disponible en: <https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/DiagnosticoNEGICONAPOSS2023-280224.pdf>
- Ho ISS, McGill K, Malden S, Wilson C, Pearce C, Kaner E, et al. Examining the social networks of older adults receiving informal or formal care: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2023;23:531. DOI: 10.1186/s12877-023-04190-9
- Westerling U, Hellgren M, Hermansson L, Strid EN. In safe hands: a qualitative study on older adults' experiences of a tailored primary health care unit. *Scand J Prim Health Care*. 2022;40(2):271-280. DOI: 10.1080/02813432.2022.2097611
- Das J, Kundu S, Hossain B. Rural-urban difference in meeting the need for healthcare and food among older adults: evidence from India. *BMC Public Health*. 2023;23:1231.
- Sum G, Nicholas SO, Nai ZL, Ding YY, Tan WS. Health outcomes and implementation barriers and facilitators of comprehensive geriatric assessment in community settings: a systematic integrative review [PROSPERO registration no.: CRD42021229953]. *BMC Geriatr*. 2022;22:379. DOI: 10.1186/s12877-022-03024-4
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Atención primaria de salud. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Ploeg J, Valaitis RK, Cleghorn L, Yous ML, Gaber J, Agarwal G, et al. Perceptions of older adults in Ontario, Canada, on the implementation and impact of a primary care programme, Health Teams Advancing Patient Experience: Strengthening Quality (Health TAPESTRY): a descriptive qualitative study. *BMJ Open*. 2019;9(6):e026257. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026257
- Nan J, Duan Y, Wu S, Liao L, Li X, Zhao Y, et al. Perspectives of older adults, caregivers, healthcare providers on frailty screening in primary care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Geriatrics*. 2022;22. DOI: 10.1186/s12877-022-03173-6
- McGilton KS, Vellani S, Yeung L, Chishtie J, Commisso E, Ploeg J, et al. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):231. DOI: 10.1186/s12877-018-0925-x
- Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr*. 2019;19:195. DOI: 10.1186/s12877-019-1189-9
- Chaney MA. So you want to write a narrative review article? *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2021;35(10):3045-3049. DOI: 10.1053/j.jvca.2021.06.017
- Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91-108. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x
- Silva AR, Padilha MI, Petry S, Silva E Silva V, Woo K, Galica J, et al. Reviews of literature in nursing research: methodological considerations and defining characteristics. *ANS Adv Nurs Sci*. 2022;45(3):197-208. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000418
- Aguilera-Eguía R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(6):359-360. DOI: 10.4321/S1134-80462014000600010
- Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Med Teach*. 2020;42(8):846-854. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1755030
- Davies B. Medical need and health need. *Clin Ethics*. 2023;18(3):287-291. DOI: 10.1177/1477509231173561
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
- Kottner J, Fastner A, Lintzeri DA, Griffiths CEM, Blume-Peytavi U. Improving skin health of community-dwelling older people: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2023;13(5):e071313. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-071313
- Cai Y, Song W, Li J, Jing Y, Liang C, Zhang L, et al. The landscape of aging. *Sci China Life Sci*. 2022;65(12):2354-2454. DOI: 10.1007/s11427-022-2161-3
- Quialheiro A, Miranda A, Garcia M, Carvalho AC de, Costa P, Coireia-Neves M, et al. Promoting digital proficiency and health literacy in middle-aged and older adults through mobile devices with the workshops for Online Technological Inclusion (OITO) Project: Experimental Study. *JMIR Form Res*. 2023;7:e41873. DOI: 10.2196/41873

24. Cesário VAC, Santos MMD, Mendes TC de O, Souza Júnior PRB de, Lima KC de. Trends in the access and use of health services in PHC among Brazilian older adults in the years 2008, 2013 and 2019. *Cien Saude Colet*. 2021;26(9):4033-4044. DOI: 10.1590/1413-81232021269.08962021
25. Corbett TK, Cummings A, Lee K, Calman L, Fenerty V, Farrington N, et al. Planning and optimising CHAT&PLAN: a conversation-based intervention to promote person-centred care for older people living with multimorbidity. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240516. DOI: 10.1371/journal.pone.0240516
26. Kadambi S, Abdallah M, Loh KP. Multimorbidity, function, and cognition in aging. *Clin Geriatr Med*. 2020;36(4):569-584. DOI: 10.1016/j.cger.2020.06.002
27. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. The impact on health-related quality of life of mixed mental and physical multimorbidity in adults aged 60 years and older: secondary analysis of primary care data. *Arch Med Sci*. 2020;18(6):1498-1504. DOI: 10.5114/aoms.2020.92914
28. Khan N, Chalisios CV, Nartey Y, Simpson G, Zaccardi F, Santer M, et al. Clustering by multiple long-term conditions and social care needs: a cross-sectional study among 10 026 older adults in England. *J Epidemiol Community Health*. 2023;77(12):770-776. DOI: 10.1136/jech-2023-220696
29. González-González AI, Schmucker C, Blom J, van den Akker M, Nguyen TS, Nothacker J, et al. Health-related preferences of older patients with multimorbidity: the protocol for an evidence map. *BMJ Open*. 2019;9(9):e029724. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034485
30. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-791. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x
31. Bradshaw EL, Anderson JR, Banday MAJ, Basarkod G, Daliri-Ngametua R, Ferber KA, et al. A quantitative meta-analysis and qualitative meta-synthesis of aged care residents' experiences of autonomy, being controlled, and optimal functioning. *Gerontologist*. 2023;gnad135. DOI: 10.1093/geront/gnad135
32. Nakamura T, Tsuji T, Nagamine Y, Ide K, Jeong S, Miyaguni Y, et al. Suicide rates, social capital, and depressive symptoms among older adults in Japan: an ecological study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):4942. DOI: 10.3390/ijerph16244942
33. Thomas K, Dannapfel P. Organizational readiness to implement a care model in primary care for frail older adults living at home in Sweden. *Front Health Serv*. 2022;2:958659. DOI: 10.3389/frhs.2022.958659
34. Sun M, Qian Y, Liu L, Wang J, Zhuansun M, Xu T, et al. Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases: a qualitative study of older patients' and health care providers' perspectives. *Front Public Health*. 2023;11:1128885. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1128885
35. Felcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):460-470. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000300007
36. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants. *Can Fam Physician*. 2020;66(3):176-182. Disponible en: <https://www.cfp.ca/content/66/3/176.long>
37. Kneale D, Henley J, Thomas J, French R. Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. *Ageing Soc*. 41(3):493-515. *Ageing Soc*. 2021;41(3):493-515. DOI: 10.1017/S0144686X19001326
38. Gettel CJ, Voils CI, Bristol AA, Richardson LD, Hogan TM, Brody AA, et al. Care transitions and social needs: A Geriatric Emergency care Applied Research (GEAR) Network scoping review and consensus statement. *Acad Emerg Med*. 2021;28(12):1430-1439. DOI: 10.1111/acem.14360
39. Carneiro JLES, Ayres JR de CM. Older adult health and primary care: autonomy, vulnerabilities and challenges of care. *Rev Saude Publica*. 2021;55:29. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055002856
40. Moghadasi AM, Sum S, Matlabi H. Why do older people not use the public health services of the integrated aging program? A multidimensional approach in a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1288. DOI: 10.1186/s12913-022-08689-6
41. Gao Q, Prina AM, Ma Y, Aceituno D, Mayston R. Inequalities in older age and primary health care utilization in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Health Serv*. 2022;52(1):99-114. DOI: 10.1177/0020731421104123
42. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 2017;95(11):756-763. DOI: 10.2471/BLT.16.187617
43. Giosa JL, Saari M, Holyoke P, Hirdes JP, Heckman GA. Protocol: developing an evidence-informed model of long-term life care at home for older adults with medical, functional and/or social care needs in Ontario, Canada: a mixed methods study protocol. *BMJ Open*. 2022;12(8). DOI: 10.1136/bmjopen-2021-060339
44. Hernandez SC, Overholser JC. A systematic review of interventions for hope/hopelessness in older adults. *Clin Gerontol*. 2021;44(2):97-111. DOI: 10.1080/07317115.2019.1711281
45. Rice H, Garabedian PM, Shear K, Bjarnadottir RI, Burns Z, Latham NK, et al. Clinical decision support for fall prevention: defining end-user needs. *Appl Clin Inform*. 2022;13(3):647-655. DOI: 10.1055/s-0042-1750360
46. Nordaunet OM, Gjevjon ER, Olsson C, Aagaard H, Borglin G. Fundamental nursing care focusing on older people's needs and continuity of long-term care: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2023;13(3):e069798. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-069798
47. Silva Í de S, Silva CRDV, Lopes RH, de Araújo AJ, de Figueirêdo RC, Bay O de G, et al. Digital health interventions and quality of home-based primary care for older adults: A scoping review protocol. *Front Public Health*. 2023;10:1022587. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1022587
48. Ogunyemi AO, Balogun MR, Ojo AE, Welch SB, Onasanya OO, Yesufu VO, et al. Provider and facility readiness for age-friendly health services for older adults in primary health care centres in Southwest, Nigeria. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(8):e0001411. DOI: 10.1371/journal.pgph.0001411
49. Dyer SM, Suen J, Williams H, Inacio MC, Harvey G, Roder D, et al. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2022;22(1):579. DOI: 10.1186/s12877-022-03131-2
50. Lindner-Rabl S, Wagner V, Matijevic A, Herzog C, Lampl C, Traub J, et al. Clinical interventions to improve nutritional care in older adults and patients in primary healthcare - a scoping review of current practices of health care practitioners. *Clin Interv Aging*. 2022;17:1-13. DOI: 10.2147/CIA.S343307
51. Michael YL, Yen IH. Aging and place—neighborhoods and health in a world growing older. *J Aging Health*. 2014;26(8):1251-1260. DOI: 10.1177/0898264314562148
52. Chi Z, Han H. Urban-rural differences: the impact of social support on the use of multiple healthcare services for older people. *Front Public Health*. 2022;10:851616. DOI: 10.3389/fpubh.2022.851616
53. Amoah PA, Edusei J, Amuzu D. Social networks and health: understanding the nuances of healthcare access between urban and rural populations. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(5):973. DOI: 10.3390/ijerph15050973
54. Choi JA, Kim O. Factors influencing unmet healthcare needs among older Korean women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6862. DOI: 10.3390/ijerph18136862
55. Basu J. Research on disparities in primary health care in rural versus urban areas: select perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):7110. DOI: 10.3390/ijerph19127110
56. Loef B, Herber GCM, Wong A, Janssen NAH, Hoekstra J, Picavet HSJ, et al. Predictors of healthy physiological aging across generations in a 30-year population-based cohort study: the Doetinchem Cohort Study. *BMC Geriatr*. 2023;23:107. DOI: 10.1186/s12877-023-03789-2
57. Basu S, Berkowitz SA, Davis C, Drake C, Phillips RL, Landon BE. Estimated costs of intervening in health-related social needs detected in primary care. *JAMA Intern Med*. 2023;183(8):762-774. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.1964
58. Allué-Sierra L, Antón-Solanas I, Rodríguez-Roca B, Anguas-Gracia A, Echániz-Serrano E, Fernández-Rodrigo MT, et al. Ageism and nursing students, past or reality?: a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2023;122:105739. DOI: 10.1016/j.nedt.2023.105739
59. Brothers A, Kornadt AE, Nehrorn-Bailey A, Wahl HW, Diehl M. The effects of age stereotypes on physical and mental health are mediated by self-perceptions of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;76(5):845-857. DOI: 10.1093/geronb/gbaa176
60. Frazee TK, Lewis VA, Wood A, Newton H, Colla CH. Configuration and delivery of primary care in rural and urban settings. *J Gen Intern Med*. 2022;37(12):3045-3053. DOI: 10.1007/s11606-022-07472-x
61. Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural health care access and policy in developing countries. *Annu Rev Public Health*. 2016;37:395-412. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032315-021507
62. Varpio L, Parker R, MacLeod A. Understanding the differences that differentiate: a model for deciding which literature review to conduct. *J Grad Med Educ*. 2024;16(2):146-150. DOI: 10.4300/JGME-D-24-00151.1