

La Organización Mundial de la Salud (OMS): Del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la Gerontología.

(en prensa Revista IGERMED, Instituto de Gerontología Médica, Murcia, España)

Graciela Zarebski

Introducción

La propuesta de este escrito es revisar, desde una posición gerontológica, los vaivenes que podemos observar en las últimas décadas en la posición de la OMS respecto al envejecimiento.

A tal fin, se realiza un análisis comparativo de los últimos documentos de la OMS relativos al tema, tomando en cuenta los paradigmas en que se sostienen las distintas comisiones de expertos, autores de las diversas declaraciones y propuestas por el organismo internacional.

Se plantea el avance que significó el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2015), acompañado por una mirada crítica respecto a algunos sustentos en que se basaron las diversas versiones del Manual ICOPE (2017-2020), el adelanto que representa la Declaración de la OMS (2019-2020): "Hacia el Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030" y el sorprendente retroceso que implicaría el proyecto del CIE-11, propuesto para entrar en vigencia a partir de enero del 2022.

La última versión del Manual ICOPE de la OMS (2020) introduce cambios que hacen más interesante y necesaria la revisión, reforzado por la propuesta del CIE-11, con la inclusión problemática del término 'vejez' y de la categoría 'período geriátrico' en el ciclo vital.

Es importante el análisis desde una mirada gerontológica de los avances, retrocesos e inconsistencias por parte de este organismo internacional, revisando los fundamentos en que se sostienen documentos que incidirán en las políticas públicas y en los manejos terapéuticos hacia las personas mayores (PM) en el contexto global, de modo de poder avanzar, finalmente, en la aplicación efectiva de las recomendaciones para el Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030 (OMS, 2020).

El Informe de la OMS (2015): un hito hacia el envejecimiento saludable.

El informe de la OMS sobre Envejecimiento y Salud (2015), al formular el marco para la acción de salud pública sobre el envejecimiento, introduce un cambio de concepto en el lema vigente hasta ese momento, de Envejecimiento Activo, hacia el de **Envejecimiento Saludable**¹, definido éste

¹¹ Todos los destacados que aparecen en el documento son de la autora.

como **el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez**, poniendo así el acento en una perspectiva funcional, desde el enfoque del curso de la vida. A los efectos de determinar las formas de considerar la salud y el funcionamiento en la vejez, el informe define y distingue dos conceptos importantes. El primero es la **capacidad intrínseca**, que se refiere a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede utilizar en un determinado momento. El otro es el **entorno** en el que habita, con sus recursos y obstáculos, y su interacción con él. Siendo la interacción entre el individuo y el entorno en el que vive, la **capacidad funcional**, definida en el informe como los **atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar**.

Este Informe fue un hito importante de avance hacia una visión más compleja del envejecimiento. Son sus postulados principales:

- La pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona.
- No existe una persona mayor (PM) "típica". La diversidad resultante se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse.
- Pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida.
- Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia.
- El envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas.
- Hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional.
- Requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores.

El mensaje general es optimista: con las políticas y los servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una buena y nueva oportunidad, tanto para las personas como para las sociedades. Y plantea que: "Al elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento, por lo tanto, es importante no solo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la resiliencia y el crecimiento psicosocial" (OMS, 2015p. 13). Agregando:

la complejidad de los estados de salud y funcionales que presentan las personas mayores requiere de nuevos conceptos, definidos no solo por la presencia o la ausencia de una enfermedad, sino en términos de la repercusión que las afecciones tienen en el funcionamiento y el bienestar de una persona mayor. Las evaluaciones exhaustivas de estos estados de salud predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. (p. 14)

Es importante destacar que, en el informe del 2015, la OMS se planteaba que ni la capacidad intrínseca ni la capacidad funcional se mantienen constantes y que, **aunque ambas tienden a disminuir con la edad, las opciones de vida o las intervenciones en diferentes momentos del curso de vida, determinarán el camino o la trayectoria de cada individuo, pudiendo tornarse más o menos positiva.**

A partir de esta definición, se propone adoptar medidas que optimicen las trayectorias de capacidad funcional y la capacidad intrínseca en el curso de la vida:

“La figura siguiente identifica **tres subpoblaciones diferentes** de personas mayores:

1. Las que tienen capacidad relativamente alta y estable.
2. Las que tienen capacidad disminuida y
3. Las que presentan pérdidas significativas de capacidad” (OMS, 2015, p. 15).

Presenta la siguiente figura, la cual nos servirá como un eje central para remarcar las diferencias paradigmáticas entre declaraciones que la OMS dará a conocer en los años siguientes.

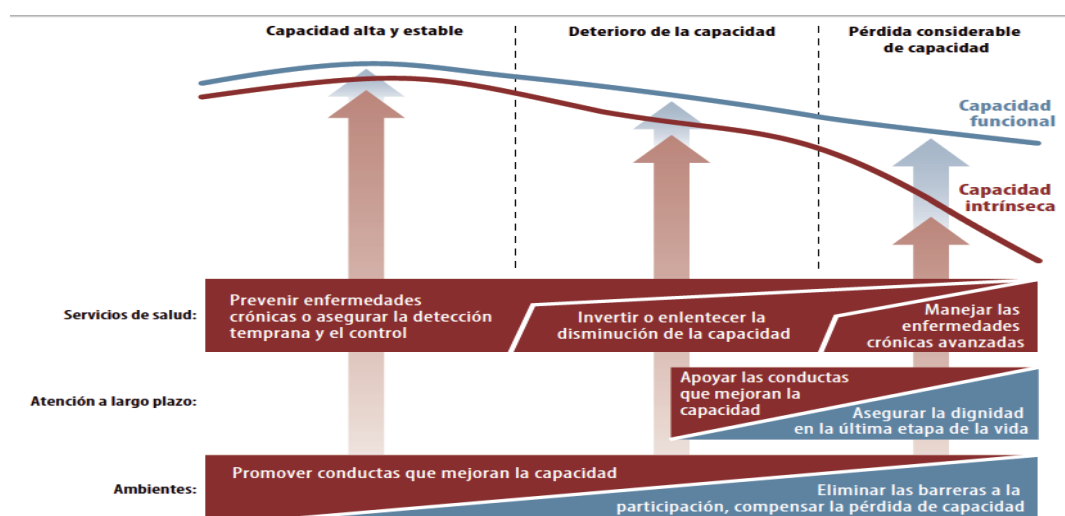


Fig. 1. Reproduce la figura que presenta el Informe (OMS, 2015, Fig. 5, p. 15): “Un marco de salud pública para el *Envejecimiento Saludable*: oportunidades para la acción de salud pública en todo el curso de la vida”.

Agregaba el Informe que, si se abordan las necesidades de **estos subgrupos** a través de las esferas de acción prioritarias que se señalan en el cuadro, se podrá ayudar a la mayoría de las personas mayores a lograr una mejor capacidad funcional.

Como se ve, destacaba las "vejeces" y no el deterioro como camino inevitable.

El Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, presidente del Instituto de Geriátrica de México, reafirma esta visión en la Clausura del XXXIV Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátrica (dic. 2020) al considerar que la Capacidad Alta y Estable corresponde al grupo poblacional de PM llamadas sanas, robustas, con envejecimiento ideal, o independientes, que abarca aproximadamente al 70 por ciento de las PM. Mientras que el Deterioro de la Capacidad Funcional abarca a un 25 por ciento de las PM, con enfermedad crónica no dependientes, o independientes con alto riesgo de fragilidad, o con multimorbilidad o discapacidad, ubicando al 5 por ciento de las PM en la Pérdida Considerable de la Capacidad Funcional, que comprende a los dependientes, o con envejecimiento patológico, con demencia o PM al final de la vida.

Como podemos apreciar, distintos grupos poblacionales de PM, entre los cuales predominan ampliamente quienes envejecen manteniendo una capacidad funcional alta y estable.

Atención integrada para personas mayores. Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar la disminución de la capacidad intrínseca (ICOPE). (OMS, 2017)

A pesar de este predominio de PM que mantienen una capacidad funcional alta y estable, dos años más tarde la OMS decide elaborar directrices para atender a quienes presentan deterioro de la capacidad funcional, lo cual de por sí es una propuesta altamente valorable.

Sin embargo, resulta llamativo que, para proponerlo, haya dado vuelta la perspectiva anterior, en un claro retroceso, al plantear que: la capacidad intrínseca y la capacidad funcional no permanecen constantes, **sino que disminuyen con la edad como resultado de enfermedades subyacentes y el proceso de envejecimiento.**

Es así como realizan un recorte y reinterpretación de la figura de referencia (Fig. 1). Mientras la anterior presentaba 3 grupos poblacionales a partir de distintos cursos de vida, relativizando así el declive a partir de las intervenciones optimizadoras, la figura que incluyen en el informe del 2017 (Fig. 2) transforma estas diferentes trayectorias posibles, en los **pasos inevitables del curso de vida de todo proceso de envejecimiento.** Resurge así el modelo generalizador, deficitario y centrado en la patología, propio de un paradigma positivista acerca del envejecimiento.

Lo que en el Informe OMS (2015) se presentaba como los 3 grupos poblacionales con distinto curso de vida, en la figura actual se presenta como la evolución esperable en el envejecimiento **para todo sujeto**, en cuanto a distintos estadios a atravesar: Capacidad alta y estable, Capacidad decreciente y Pérdida significativa de capacidad. Además, ya no presentan en el cuadro las intervenciones preventivas recomendadas en el Informe 2015 según los grupos poblacionales. “Este **patrón característico normalmente se divide en tres fases: una primera fase de capacidad relativamente alta y estable, una fase de declive y una última fase de pérdida significativa de la capacidad, caracterizada por la dependencia del cuidado**” (OMS, 2017, p. 5).

Fig. 1: A public health framework for *Healthy Ageing*: opportunities for public-health action across the life course

Intrinsic capacity and functional ability do not remain constant but decline with age as a result of underlying diseases and the ageing process.

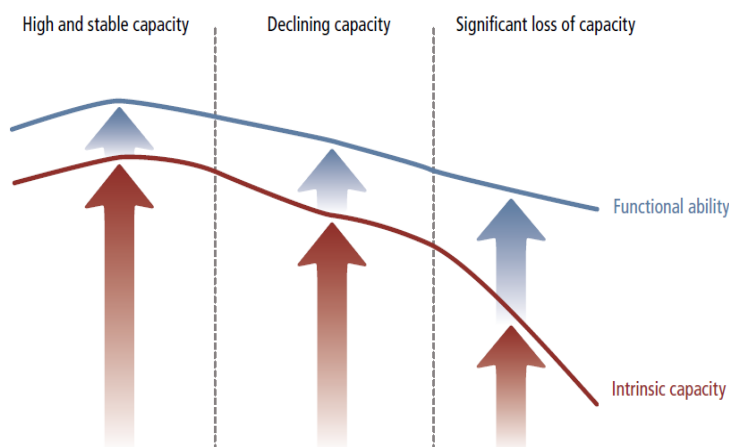


Fig. 2. Reproduce la figura del Patrón del envejecimiento en 3 fases. (OMS, 2017, p. 5)

El cuadro confirma este paradigma deficitario respecto al curso de la vida de una persona, disruptivo respecto a lo que mostraba el mismo cuadro en el 2015, siendo notable cómo su reinterpretación obedece y deja a las claras distintos paradigmas desde los que se enfoca el envejecimiento.

El Decenio 2021-2030 del Envejecimiento Saludable: consolidación de una perspectiva compleja del envejecimiento

La propuesta de la OMS para el Decenio del Envejecimiento Saludable (2019), consolidada en los sucesivos documentos hasta su versión final (OMS, 2020), retoma el Informe de la OMS sobre

Envejecimiento y Salud (2015), a partir de lo cual se propone adoptar medidas que optimicen las trayectorias de capacidad funcional y la capacidad intrínseca en el curso de la vida.

Nuestro interés se centra en la segunda mitad de la vida. Las medidas para asegurar un envejecimiento saludable pueden y deben adoptarse a todas las edades, de acuerdo con un enfoque basado en el curso de la vida que promueva la salud desde el primer momento y a lo largo de todas las etapas vitales, así como la satisfacción de las necesidades de las personas en momentos cruciales. (OMS, 2020, cap. 2.2. Visión y principios rectores, p. 5).

Son sus principales postulados:

- Combatir el edadismo
- Incorporar los determinantes sociales de la salud
- Reconocer **la amplia diversidad de capacidades y recursos** entre las PM.
- **Respetar las decisiones y elecciones** de las PM sobre su modo de vida
- Garantizar a las PM una **atención integrada y centrada en la persona**
- Las PM no son meros beneficiarios pasivos de servicios: también son **agentes fundamentales del cambio**. Sus opiniones deben ser escuchadas y su autonomía y dignidad valoradas y apoyadas.
- Esos objetivos no podrían conseguirse mediante una única disciplina, perspectiva o método, sino con la colaboración de una serie de **redes de investigación interdisciplinarias**

Como se ve, los paradigmas y conceptos principales en que se sostiene la propuesta del Decenio son:

Curso de la Vida, determinantes sociales, Vejez, PM como agentes del cambio, Atención Centrada en la Persona, Interdisciplina, Redes de Investigadores.

Retoma la figura del Informe (OMS, 2015) y la comenta desde la perspectiva del curso de la vida, sugiriendo que estilos de vida saludables y entornos propicios durante la edad adulta ayudan a mantener las capacidades intrínsecas y minimizan el riesgo de declives tempranos, reduciendo la incidencia de enfermedades asociadas con descensos acelerados de las capacidades de las PM.

Manual ICOPE (OMS, OPS, 2020)

¿Paradigma del Curso de la Vida?

Dejando en claro en primer lugar el mérito que en este Manual implica la claridad de la guía

práctica que propone para detectar la pérdida de capacidad intrínseca y el abordaje preciso de diversos deterioros, así como la evaluación de las necesidades de atención sociosanitaria, pasemos a revisar los puntos considerados cuestionables.

Las sucesivas revisiones del que finalmente se presenta, en su versión final, como Manual ICOPE (OMS, OPS, 2020) elaborada posteriormente a la Declaración del Decenio (2020), presenta cambios interesantes que pasaremos a comentar.

En primer lugar, cambia el título. Si en la versión OMS 2017 su título era: "Guía de intervenciones en la comunidad para abordar declinaciones en la capacidad intrínseca", en la nueva versión 2020, su título pasa a ser: "Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud" (Manual ICOPE, OMS, OPS, 2020).

Además, introducen estos capítulos que no estaban en la versión inicial del Manual (OMS, 2017):

- Optimizar las capacidades hacia el envejecimiento saludable para todos.
- Evaluar las necesidades de las PM.
- Elaborar un plan de atención personalizada.

Cambios muy promisorios que ponen en evidencia el intento de adecuarlo a las directrices del Decenio (2020), pero que quedan, en algunos aspectos, en una petición de principios, por lo que veremos a continuación.

En primer lugar, retoma la figura del 2015, que mostraba tres poblaciones, en forma completa, con todas las intervenciones a fin de optimizar el envejecimiento y señalan en la figura cuál será su ámbito de intervención:

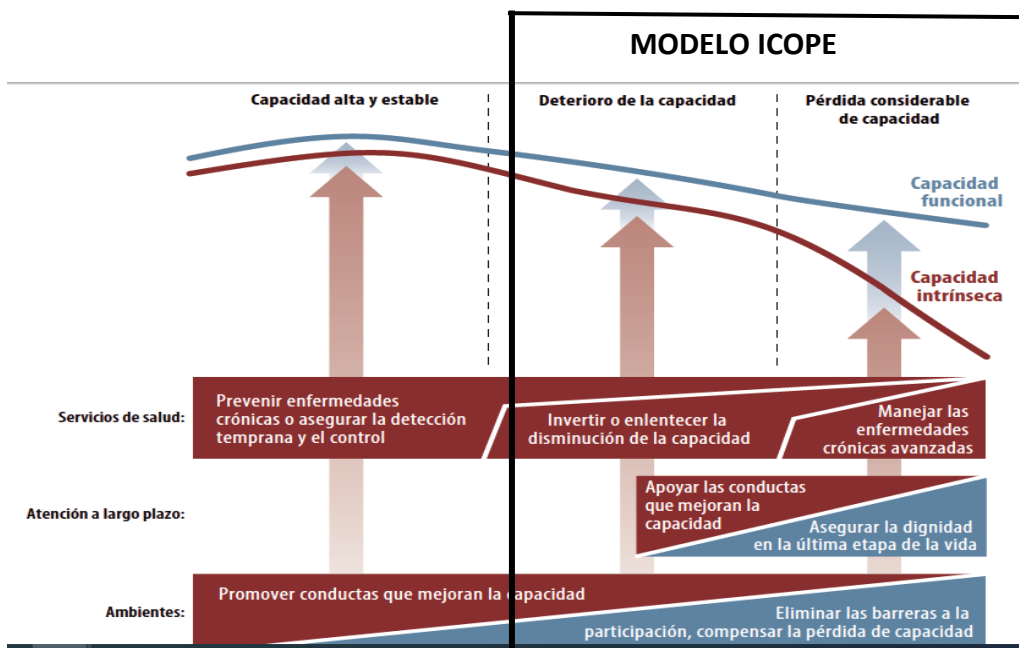


Fig. 3. Reproduce la Fig. 2 del Manual ICOPE (OMS, OPS, 2020, p. 7)

Sin embargo, la lectura que realizan se sostiene en la concepción deficitaria que señalamos, y la reitera:

En la figura 2 se muestra la evolución de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional a lo largo de la vida adulta, **que disminuyen con la edad como consecuencia del envejecimiento y de las enfermedades subyacentes. Este patrón característico normalmente se divide en tres fases: una primera fase de capacidad relativamente alta y estable, una fase de declive y una última fase de pérdida significativa de la capacidad, caracterizada por la dependencia del cuidado.** (p. 5).

Reiteran la interpretación de la figura como las fases inevitables de todo envejecimiento, en lugar del planteo del Informe del 2015 y de la Declaración del Decenio (OMS, 2020) como tres grupos poblacionales distintos.

Es importante esta diferencia de interpretación de la figura ya que, mientras la versión 2015 hablaba de distintos cursos de vida dando lugar a distintas vejezes, la versión de ICOPE plantea las fases de un curso de vida esperable para todo sujeto por efecto del envejecimiento, conducente al deterioro.

Señalan claramente en la figura qué abarca el Programa ICOPE, dejando de lado el grupo poblacional - o la primera fase del envejecimiento como aquí plantean - que comprende la promoción de la salud y la prevención de las patologías, entre ellas las que van a encarar, dejando así de lado una parte constitutiva de la Atención Primaria de la Salud (APS), a pesar de lo que proponen desde el título.

¿Atención Personalizada? ¿APS?

En el capítulo 3 (p. 10), que se refiere a la: "Evaluación y esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud", se presenta un "Esquema de Atención general para **detectar las pérdidas** de capacidad intrínseca en la comunidad". Comenzar por la detección de las pérdidas de la capacidad intrínseca NO responde cabalmente a la Atención Primaria de la Salud.

En primer lugar, si tomamos en cuenta que la Atención Centrada en la Persona (ACP) implica conocer las Historias de Vida que conectan el pasado de la persona con el momento actual y sus deseos futuros, a fin de comprender cómo ha sido su trayectoria de vida, sus decisiones, así co-

mo sus preferencias y deseos para acompañarle en la elaboración de su Proyecto de Vida y una vida con sentido propio, desde este enfoque, si se propone aplicar el enfoque de APS, no se debería esperar a que aparezca la patología para abordarlo, sino que se debería haber incluido en el Manual ICOPE las acciones de promoción de la salud y prevención de las patologías o trastornos que se proponen abordar, en la Atención Primaria desde el enfoque del Curso de la Vida, como vienen implementando equipos gerontológicos interdisciplinarios en distintos ámbitos comunitarios a nivel internacional.

En segundo lugar, si consideramos que la Atención Primaria implica un abordaje longitudinal que debe proporcionar y promover el cuidado de la salud a lo largo de la vida de la persona, esta característica diferencia la Atención Primaria de otros niveles, donde la atención al individuo es transversal, un corte, en un momento o período de su vida, que es lo que vemos en el Manual ICOPE.

Es que la Atención Primaria debe actuar e intervenir para evitar que la enfermedad aparezca o retrase su aparición a través de la educación sanitaria individual y colectiva y mediante otras estrategias de promoción de la salud, o mediante acciones de prevención que, como dijimos, se vienen implementando en la comunidad pero que el Manual no incorpora. Se asienta en detectar disminuciones desde un enfoque de riesgo y no a partir de los factores protectores a favorecer en la promoción de la salud para un **envejecimiento saludable**.

Volviendo a la propuesta de atención personalizada, si bien más adelante plantea evaluar las necesidades de las personas mayores y elaborar un plan de atención personalizada y, además, que las personas mayores son más que el conjunto de sus trastornos o enfermedades, sólo la aplican ante la detección de los deterioros, es decir, a posteriori. **Forma parte del plan de atención una vez detectado el grado de deterioro esperable e inevitable. No se concibe que la persona, como dice el cuadro, pueda no llegar a presentar deterioro.**

Se plantea como primer paso (PASO 1, p. 10) detectar pérdidas de capacidad intrínseca en la comunidad. En caso de que no presenten esas pérdidas, se limitan a recomendar: "Reforzar los consejos genéricos sobre salud y hábitos saludables o la atención habitual" (p. 10).

Desconocen o dejan de lado todo lo que se viene realizando a nivel de atención primaria en la comunidad en cuanto a promoción del envejecimiento saludable: talleres diversos participativos que pueden ayudar a evitar el decline de las capacidades. **No es concebible limitar la Atención Primaria a la detección de deterioros.**

Lo que transmiten es una forma muy recortada, simplista, reduccionista, de lo que es una persona mayor y de lo que se aplica cotidianamente desde la Atención Primaria en Gerontología.

Vale la pena recordar en este punto la propuesta del Decenio (OMS, OPS, 2020):

El envejecimiento saludable puede ser una realidad para todos, pero para ello hay que dejar de ver el envejecimiento saludable como la mera ausencia de enfermedades y fomentar en cambio la capacidad funcional que permite a las personas mayores ser y hacer lo que ellas prefieran. Fomentar un envejecimiento saludable exigirá adoptar medidas en múltiples niveles y sectores, encaminadas a prevenir las enfermedades, promover la salud, mantener la capacidad intrínseca y facilitar la capacidad funcional. (p. 3).

Respecto al equipo de abordaje

El Manual ICOPE se refiere a la intervención de un equipo multidisciplinario. Cabe aclarar que la multidisciplinaria corresponde a paradigmas positivistas de sumatoria de aportes disciplinarios², a diferencia del enfoque inter y transdisciplinario que se propone, desde una visión compleja del envejecimiento, integrar el entrettejido bio-psico-social-espiritual que va conformando el curso de la vida (Morin, 2003, 2004) (Zarebski, 2016). La Declaración del Decenio (2020) marca claramente un diferente planteo, acorde a la complejidad, cuando se refiere a la conformación de redes interdisciplinarias.

Además, el Manual ICOPE pone el eje en garantizar la derivación y el seguimiento del plan de atención con enlaces a la **atención geriátrica especializada**, en lo que se destaca el modelo médico hegemónico, en lugar de una integración gerontológica de las diversas disciplinas de abordaje.

Cuando la multimorbilidad aumenta con la edad y da lugar a cuadros clínicos complejos, los **médicos de atención primaria** deben derivar a los pacientes a **los servicios de geriatría**. **“En el modelo ICOPE, los geriatras forman parte del equipo multidisciplinario responsable de la**

² Ferraro (2006) se pregunta: ¿qué es lo que dificulta a la Gerontología instituirse como disciplina, como campo de estudio? Y menciona, entre otros obstáculos, La dificultad de integración de las disciplinas de base: en especial, la biológica con la social y la psicológica, lo cual se hace notable en la carencia de investigaciones inter y transdisciplinarias. Y agrega que los estudios de Gerontología se sustentan en paradigmas positivistas, lo cual otorga a su estudio el carácter de multidisciplinario, al no lograrse la integración.

atención de la persona mayor, ayudan a supervisar los equipos de atención primaria e intervienen cuando se requiere una atención especializada” (P. 16).

Como se ve, el eje y el centro es el Geriatra, mientras que un requisito para el trabajo interdisciplinario es la horizontalidad de los vínculos entre disciplinas diversas y modelos flexibles de coordinación. Al decir de Edgar Morin: “no hay más privilegios, más tronos, más soberanías epistemológicas; los resultados de las ciencias del cerebro, del espíritu, de las ciencias sociales, de la historia de las ideas, deben retroactuar sobre el estudio de los principios que determinan tales resultados” (Morin, 2003). En otros lugares hablan del equipo geriátrico multidisciplinario.

Respecto a la acción social a desplegar, ponen el eje en los **Asistentes Sociales**, dando cuenta de una visión muy recortada de los componentes actuales de un equipo integrado por diversas ciencias del envejecimiento, incluidos gerontólogos, profesionales provenientes de distintas disciplinas, capacitados y con experiencia en Gerontología.

Estamos ante una concepción multidisciplinar -por lo tanto, de sumatorias- propio de esquemas de abordaje que intentamos superar desde las últimas décadas del siglo veinte.

La salud mental en el Manual ICOPE

Respecto a los aspectos psicológicos a evaluar, como ya venimos observando respecto a la aplicación habitual de la Valoración Gerontológica Integral (Zarebski, Marconi & Serrani, 2021), se recorta a la persona cuando se limita a evaluar su capacidad cognitiva y si cuenta o no con depresión. De este modo quedamos atrapados en un esquema fragmentador, simplificador y reduccionista, del sujeto a valorar. El acento puesto en la detección de la patología, en este caso de la salud mental, reafirma la visión deficitaria del envejecimiento ¿Se puede resolver sólo con pruebas objetivas lo que le pasa a un ser humano, en este caso con su envejecimiento, mediante herramientas que ubican a la persona según una norma esperable, como ‘normal’ o ‘patológico’ como único parámetro a indagar? Es sabida la importancia, como se mencionó, de la Historia de Vida, el Plan de Vida de la persona, sus decisiones, la detección de factores psíquicos protectores o de riesgo, para el enfoque de Atención Centrada en la Persona.

Respecto a la detección del deterioro cognitivo, en el siguiente párrafo vemos una confusión, que ya no es posible sostener por expertos, entre decline y deterioro, que se presentan como sinónimos:

El deterioro cognitivo se manifiesta como una creciente falta de memoria, atención y capacidad para resolver problemas... Es posible minimizar el declive de la función cognitiva, y a veces incluso revertirlo, mediante hábitos generales más saludables, la estimulación cognitiva y una mayor participación social. (p. 19).

En lo que se refiere a los síntomas depresivos, plantean que se puede esperar que los episodios de trastornos afectivos sean más frecuentes en la edad avanzada debido al mayor riesgo de eventos adversos en la vida.

Desde una postura mecanicista respecto a la subjetividad, no toman en cuenta que, ante los eventos adversos que pudieran acontecer en el proceso del envejecimiento, las personas podrían contar con factores subjetivos, vinculares y de contexto que complejizarán la respuesta ante estos eventos, permitiendo diversos modos de procesarlos, entre ellos, la capacidad resiliente que desarrolle la persona, apoyada en su medio, como adelantaba la perspectiva del Informe OMS (2015).

Respecto a la detección de la depresión, considerada como esperable al envejecer, entre otras indagaciones, proponen detectar si hubo alguna pérdida importante en los últimos seis meses. Pero no aclara que en estos casos de duelo reciente la indicación es no intervenir, respetar el duelo. Es importante instruir con precisión a quienes apliquen estas normativas, a fin de evitar intervenciones iatrogénicas.

Además, aclaran quiénes sufren “síntomas depresivos (abatimiento, melancolía o **tristeza**)” (p. 59). Tampoco se puede admitir que expertos incluyan la tristeza dentro de los síntomas depresivos.

La vejez como enfermedad en el CIE-11

Está adquiriendo mucha difusión en la actualidad, especialmente en países latinoamericanos, el rechazo por parte de organizaciones gerontológicas diversas – científicas, universitarias, de la comunidad en general – a la propuesta de la OMS de actualización del Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11), que se propone entrar en vigencia el 1° de enero del 2022. La novedad es que en el capítulo 21, correspondiente a ‘Síntomas, signos y hallazgos clínicos’, han reemplazado la senilidad y términos semejantes que en él figuraban y que aludían a patologías, por el término ‘vejez’.

No es necesario explicitar el desacierto que implica el reemplazo. Queda claro que quienes lo proponen consideran a la vejez como una condición clínica y problemática.

Aún más, como código de extensión opcional en el "período de la vida", incluyen las categorías de:

- Período geriátrico temprano, entre 65 y 84 años.
- Período geriátrico tardío, 85 y más.

De este modo, cuando una persona atraviesa los 65 años, se la observa desde la mirada médica geriátrica, recortando así y reduciéndola, a su condición biológica.

Estamos ante una vuelta a la medicalización del envejecimiento, propio del siglo veinte, concepción que ya creíamos ampliamente superada. Pero evidentemente comprobamos que no lo está y que hay tendencias que lo siguen instalando en un claro retroceso respecto a una visión integradora, interdisciplinaria, centrada en la persona y promotora del envejecimiento saludable.

Conclusiones

Una primera conclusión de la reseña realizada es que la OMS, cuando se propone elaborar manuales relativos al envejecimiento, no convoca a expertos que cuenten con una visión gerontológica, o al menos, que sostengan continuidad con las últimas declaraciones, tanto del Informe del 2015, como de la propuesta del Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030. El traspie se comete cuando se aborda la vejez desde las patologías, que es cuando se ponen en evidencia paradigmas deficitarios del envejecimiento y se tiende a la medicalización.

En otro orden, pero vinculado a este retroceso, ya se había observado (Zarebski, 2020) que en el año 2004 el Consejo de administración de la Asociación Internacional de Gerontología (IAG), que ya integraba en su seno las diversas disciplinas del envejecimiento, decidió **incluir a la Geriatria en el nombre de la asociación, por fuera de un campo interdisciplinario**. Por lo tanto, **el cambio a IAGG fue a partir del 18º Congreso Mundial en el año 2005, celebrado en Río de Janeiro, Brasil**.

Algunos intereses probablemente estén actuando en destacar la patología en el envejecimiento y su medicalización, en contraste con lo que muestra la presencia creciente de PM activas y saludables, que conservan una capacidad funcional alta y estable.

Esta circunstancia da lugar a que se produzca un vaivén notable -y las figuras lo expresan claramente- entre distintos paradigmas, a partir de un organismo como la OMS que rige y genera polí-

ticas hacia el envejecimiento en cientos de países a nivel global, que incidirán en la capacitación de recursos humanos, en la investigación y en las intervenciones en distintos ámbitos.

El siglo XXI instala con fuerza nuevos paradigmas en la concepción de salud y enfermedad, que tornan insoslayable la convergencia interdisciplinaria. En la actualidad es ineludible estudiar y abordar el envejecimiento desde los paradigmas de la complejidad y del curso de la vida. Los planteamientos clásicos sobre la fragilidad y vulnerabilidad no consideraban lo que sucedía en el interior de la persona respecto a su vejez. Hoy en día contamos con bastante evidencia de que las personas no necesariamente responden de la misma manera ante un mismo problema, o bien, frente a una situación de vulnerabilidad, una enfermedad puede o no desarrollarse en función de factores psicológicos, de estilos de vida, del contexto y de las redes de sostén con que cuenta la persona.

Más allá de trastornos diversos, deterioros cognitivos y depresiones, hay una gran masa de PM - las vejeces- que requieren otras escuchas y propuestas de participación y protagonismo, y que son las que justamente prevendrán de estos trastornos.

Es oportuno recordar una de las directrices de la propuesta del Decenio (OMS, 2020), en cuanto a poner el acento en cambiar nuestra forma de pensar el envejecimiento:

Para fomentar un envejecimiento saludable y mejorar las vidas de las personas mayores y sus familias y comunidades, será necesario introducir cambios fundamentales no solamente en las acciones que emprendamos sino también en nuestra forma de pensar acerca de la edad y el envejecimiento. La Década se centrará en cuatro ámbitos de actuación: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento; asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; ofrecer una atención integrada y centrada en las personas y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores; y proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten. (OMS, 2020, cap. 3. Ámbitos de actuación. p. 9).

Poner el acento en el curso de la vida implica considerar cómo la persona, desde joven, va armando su biografía, tanto en intervenciones como en abordajes institucionales y programas, lo cual requiere incluir y escuchar al sujeto envejeciente y cómo éste va construyendo a lo largo de su historia particular su envejecimiento, incluyendo: cómo trata a su cuerpo y cómo arma su en-

torno, como sujeto proactivo. Ésta sigue siendo una dificultad para científicos, profesionales, gestores de políticas y programas, con lo cual no se favorece la adhesión de las personas mayores a sus propuestas. Para superarlos, se requiere incorporar la voz de los protagonistas, poner el centro en la persona y en su entorno.

Es así como la propuesta de la OMS para el Decenio 2021-2030 apunta, más que a la ausencia de enfermedad, a la capacidad funcional, que toma en cuenta la percepción subjetiva, la resiliencia y la autonomía.

A fin de optimizar la capacidad funcional se debe capacitar tanto a los mayores como a los profesionales, miembros de la familia y comunidad, a partir de este reconocimiento y no del deterioro inevitable. De otro modo, se cae en actitudes paternalistas, prejuiciosas y se desvirtúa la capacidad de decisión de las personas PM. En las circunstancias actuales de pandemia se torna evidente el daño que contribuyen a reproducir estas actitudes en las políticas que las involucran.

Volviendo al Informe sobre el envejecimiento (OMS, 2015): “La complejidad de los estados de salud y funcionales que presentan las personas mayores plantea preguntas fundamentales acerca de qué significa la salud en la vejez, la forma en la que la medimos y cómo podríamos fomentarla” (p. 14). Agregando: “Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores” (p. 32).

He aquí un gran desafío, a fin de contrarrestar propuestas que nos alejan de estos propósitos, para que impulsen gerontólogos de diversas disciplinas, incluidos los geriatras formados gerontológicamente.

Justamente leemos por parte de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (2021), con relación al Informe OMS (2015):

Según esta definición, una persona de edad avanzada puede tener muchas enfermedades y tener un envejecimiento saludable si estas no modifican de manera suficiente su vida. Por primera vez se alejaban los conceptos de “saludable” y “enfermedad”, cambiando —con base en un enfoque de capacidades— el binomio salud-enfermedad por el de salud-deterioro funcional o salud-pérdida de autonomía funcional. En consecuencia, y en función de otras circunstancias concomitantes cuya

consideración excede el propósito de este artículo, se propuso la modificación de los sistemas de salud y de los servicios de atención hacia un modelo fundamentado en los servicios integrales, coordinados y continuados. (p. 2).

Y finalizan apelando a que:

La OMS debería abordar y resolver la contradicción interna que supone para una misma organización predicar y promover un “envejecimiento saludable” —para lo que ha logrado una concertación mundial— y al mismo tiempo colocar esta etapa de la vida en una clasificación de situaciones morbosas o de riesgo. Esta contradicción resulta particularmente difícil de justificar al inicio de la Década del Envejecimiento Saludable... (p. 3).

REFERENCIAS

- Cano-Gutierrez C, Gutiérrez-Robledo LM, Lourenço R, Marín PP, Morales Martínez F, Parodi J, Rodríguez Mañas L, Zúñiga Gil CH (2021). La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. *Rev. Panam. Salud Publica* 45, 2021. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54642>
- Ferraro, K. F. (2006). Editorial: Is gerontology inclusive? *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 61B, S3.
- Gutiérrez Robledo, LM; Agudelo Botero, M; Giraldo Rodríguez, L; Medina Campos, RH. (2016). Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. 2016. Instituto Nacional de Geriátría.
- Morin, E. (2003) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología* Nº 20, 2004
Texto 20-02 http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html

OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

OMS (2017). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>

OMS (2019) Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Ginebra: OMS;

<https://icd.who.int/es>

OMS (2019). Elaboración de una propuesta de Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_23-sp.pdf

OMS (2020). Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

OPS (2020). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. [https://www.paho.org/es/documentos/atencion-](https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-para-personas-mayores-icope-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion)

[integrada-para-personas-mayores-icope-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion](https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-para-personas-mayores-icope-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion)

Zarebski, G. (2016). El Paradigma de la Complejidad en el Curso de la Vida y el Envejecimiento. Congreso Mundial por el Pensamiento Complejo: Los desafíos en un mundo globalizado. París, 8, 9 de diciembre de 2016. <http://psicogerontologia.maimonides.edu>

Zarebski, G. (2020) Hacia el Decenio del Envejecimiento Saludable. Cambios de Paradigmas Gerontológicos: avances y retrocesos. PROCAM. Programa de Actualización en Cuidados del Adulto Mayor, Soc. Arg. de Geront. y Geriátría. *Editorial Médica Panamericana*. Marzo 2020.

Zarebski, G; Marconi, A; Serrani, D. (2021) Inventario de factores psíquicos protectores en el envejecimiento – FAPPREN. Presentación de la versión abreviada FAPPREN (VA). *Rev. Arg. de Gerontología y Geriátría*; Vol. 35(1):17-29.