



Academia Nacional de Medicina

Opinión Institucional

COMITÉ EXTRAORDINARIO
TRANSITORIO: GRUPO DE TRABAJO
„ENVEJECIMIENTO Y ADULTO MAYOR”



Coordinadores:
AN Dr. Luis Varela y AA Dr. Eduardo Penny

Aprobado: 11 de octubre 2022

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

1. Introducción.

El envejecimiento es un proceso natural, continuo, gradual, variable individualmente e irreversible hasta este momento, influenciado por la genética, el estilo de vida, la nutrición, los hábitos de salud, las múltiples enfermedades crónicas lo social, lo económico y los factores ambientales y culturales, que se produce desde el nacimiento y que deberemos enfrentar todos y cuyas características principales son los diversos cambios anatómicos y funcionales, acompañándose de la disminución de las reservas y capacidades fisiológicas para enfrentar el estrés de todo tipo (1,2). La edad avanzada es simplemente una etapa de la vida como lo es la niñez o la adultez, y no es igual a enfermedad.

El envejecimiento saludable o anteriormente denominado exitoso, comprende la optimización de todo aquello, en todos los campos de la vida, que nos permita prevenir, mantener y mejorar, nuestra salud física, mental, social y económica, conservando la movilidad, la funcionalidad, la independencia, la dignidad, la calidad de vida y evitando la discapacidad, además de responder en forma adecuada a los cambios que se van produciendo en el día a día, a lo largo de ella.

Una forma de medir el envejecimiento saludable es a través de la satisfacción de la vida, la adaptación a los cambios que se van presentando y aceptando un nuevo rol, el mantenerse activo física, mental y socialmente, con actitudes positivas y sin caer en los estados de pobreza y pobreza extrema (3).

Durante la 69ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en Ginebra-Suiza en el año 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que “La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos, especialmente con enfermedades no transmisibles y que muchas de ellas se pueden prevenir o retrasar mediante comportamientos que propicien la salud, de esta forma los responsables de la salud pública deberían proponer estrategias que refuercen la recuperación y el crecimiento psico-social, ya que muchas veces las costumbres sociales que consideran el periodo de envejecimiento como una época de declive inexorable, de dependencia, incapacidad e improductividad, de las personas mayores, creando y generando estereotipos negativos o discriminación, como es el edadismo, el cual debe ser combatido”(4).

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha declarado el Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030, bajo los principios de prolongar la vida, pero añadiéndole calidad, salud, equidad, para lo cual se necesita cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar respecto al envejecimiento, que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, ofreciendo atención integrada, centrada en las personas y con acceso a la atención en el largo plazo (5,6,7).

Para que esto se pueda cumplir es necesario escuchar las opiniones y la participación de todos, fortaleciendo los liderazgos y adoptar medidas apropiadas e integradas, el contacto entre las partes involucradas, obtener data actualizada, generar investigación e innovación, mediciones de los indicadores de progreso y, sobre todo, aportar los recursos necesarios para que todo funcione.

Como parte de todas las instituciones responsables de la salud y calidad de vida de las personas, como son el Estado y los gobiernos de turno, las Instituciones como las Sociedades científicas, las Universidades y otras, y la sociedad en su conjunto, la Academia Nacional de Medicina del Perú, preocupada por el bienestar de los peruanos, ha decidido aportar a todo este conocimiento, con la elaboración de un documento que plasme las ideas de como deberíamos actuar para lograr el envejecimiento saludable de nuestra población.

2. Datos y transición demográfica y epidemiológica a nivel global, regional y nacional.

En el mundo, en Latinoamérica y en nuestro país existe un envejecimiento poblacional. A nivel mundial para el año 2030 tendremos 1 400 millones de personas de 60 años o más representando el 16.4% de toda la población. En América Latina y el Caribe existe un envejecimiento acelerado y para el 2037 se alcanzaría 147 millones de personas mayores (7.) En el Perú las personas mayores representan el 13,3% de la población, siendo las personas de 80 años o más la de mayor tasa de crecimiento porcentual (8).

Desde fines de la década del siglo pasado han existido estos cambios demográficos en América Latina y el Caribe, los cuales han sido producto de la disminución de las tasas de fecundidad, descenso de

las tasas de mortalidad debido a políticas de salud en control de las enfermedades infecciosas, maternas y perinatales, asociado a la mejora de las condiciones de vida. Además, la migración también favoreció esta transición demográfica (9,10).

La expectativa de vida al nacer en la región se ha ido incrementado con el paso de los años, de un promedio de 59 años en 1970 a 76 años en el quinquenio 2015-2020, ya la expectativa de vida cuando una persona llega a los 60 años es de 22 años más aproximadamente. En Perú la expectativa de vida al nacer es de 76,5 años (10,11).

En el Perú estos cambios demográficos ocurridos han hecho que la estructura por edad y sexo experimenten cambios significativos, así para el año 2022 los menores de 15 años representan el 24% de la población y la población de 60 años o más el 13,3% (8).

En el Perú el 39,2% de los hogares tienen una persona de 60 años o más entre sus miembros, pero en la zona rural el 43,1% de los hogares tienen una persona mayor. La cuarta parte de los jefes de hogar a nivel nacional están representados por las personas mayores y de ellos 26,8% viven en hogares unipersonales (compuestos solo por uno de ellos) (8).

En Perú el 14,3% de las personas mayores no tienen nivel educativo o solo tienen nivel inicial, siendo estas tasas más altas en las mujeres con un 22,2%, llegando a un 40,1% en las zonas rurales. Adicionalmente a estas altas tasas de analfabetismo hay aproximadamente un 30% de personas mayores que hablan quechua, aimara u otra lengua nativa, por lo que es necesario estar preparados para brindar una atención adecuada a esta población (8).

Las personas mayores siguen aportando al desarrollo económico del Perú, representando el 55,6% de la Población Económicamente Activa (PEA). Solamente el 35,0% de las personas mayores están afiliados a un sistema de pensión, existiendo en el Perú un programa social denominado Pensión 65, el cual está dirigido para personas mayores de extrema pobreza (8).

Las personas mayores son usuarias frecuentes de los servicios de salud, sin embargo, solamente el

87,9% de las personas mayores tiene algún seguro de salud público o privado, de los cuales el 33,6% de ellos acceden a EsSalud y el 49,6% al Seguro Integral de Salud (SIS). En la pandemia ha sido importante la telemedicina sin embargo las personas mayores solo el 35,4% hacen uso de internet (8).

Con este cambio demográfico existe una transición epidemiológica, donde se produce un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, enfermedad de Parkinson, la osteoartritis, la diabetes, la obesidad, enfermedades pulmonares crónicas, depresión, etc, convirtiéndose en las principales causas de discapacidad (tanto en precocidad y prevalencia). Además, a mayor expectativa de vida de la población, se suman los daños sensoriales, generados por patologías oculares y auditivas (12).

Algunas de las causas más comunes de estas enfermedades crónicas asociadas a la edad son: falta de actividad física, mala alimentación, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, además el entorno de vida y la pobreza. Se ha demostrado que todos los factores de riesgo relacionados al aumento de la inflamación conllevan a la aparición de las enfermedades crónicas. Por lo tanto, el control de los factores de riesgo asociados con la inflamación podría prevenir o retrasar estas enfermedades crónicas no transmisibles que están asociadas con el envejecimiento (12,13)

Estas enfermedades suelen surgir en la mediana edad después de una larga exposición a un entorno y estilo de vida poco saludables que implica el consumo de tabaco, de alcohol excesivo, de una dieta rica en carbohidratos y en grasas saturadas, el estrés y la falta de actividad física regular. Está bien establecido que la incidencia de enfermedades crónicas aumenta considerablemente con la edad y que la mayoría de las personas con enfermedades crónicas tienen más de 60 años (13).

A medida que envejecen, muchas personas mayores viven con un número creciente de problemas de salud complejos que afectan negativamente su funcionamiento diario y su calidad de vida en general. El deterioro funcional se refiere a las limitaciones en la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y experimentar interferencias al participar en actividades fuera del hogar (14).

En el Perú el 85,7% de las personas mayores que son mujeres y el 73,4% de los hombres tienen al menos una enfermedad crónica, constituyendo el 47,3% de los que padecen algún tipo de discapacidad, siendo más evidente en el área rural, donde las principales discapacidades son la dificultad para usar brazos y piernas en un 34,6%, auditivas en un 13,7%, visuales en 11,4% y en un 7% en entendimiento o aprendizaje (8).

3. Antecedentes de las Políticas Sociales sobre el Envejecimiento.

La Organización Mundial de Salud (OMS) se crea el 7 de abril de 1948 con el objetivo y la visión de “*Lograr un mundo en el que todas las personas gocen del grado máximo de salud que se pueda obtener*” transformando este objetivo y visión en un derecho fundamental de todo ser humano (14).

En el año 1974 el Honorable Marc Lalonde, ministro de Salud en Canadá, publicó “*Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses*”, documento que se conoce como “*El Informe Lalonde*”. De esta forma se establecieron los determinantes sociales de la salud y generó un cambio transformador en los Sistemas Sanitarios, pasando del modelo tradicional al bio-psico-social. En dicho documento se genera una dependencia de la salud de cuatro dimensiones: la biología humana, el entorno en el que vivimos (medio ambiente), los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria. Además, prioriza la promoción de salud y la prevención primaria sobre la prevención secundaria y terciaria y ahora cuaternaria (16).

Años después se realiza la primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, en Viena en 1982(16), donde se elabora el *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*, el cual es parte de las principales estrategias y programas internacionales, regionales y nacionales formuladas para atender los importantes problemas de las personas mayores, con metas, objetivos y recomendaciones basados en planes y estrategias internacionales (17).

En el año 2002 se llevó a cabo La *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (18), donde se diseña una política internacional sobre el envejecimiento para el siglo XXI, donde se elabora La *Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* en el cual se pedían cambios en las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles para favorecer el enorme potencial del envejecimiento (19).

Desde su creación, en 1957, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) ha realizado un aporte fundamental al estudio, comprensión e inclusión de los procesos demográficos en las políticas de desarrollo de los países de la región. El CELADE elaboró el documento regional de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), que incluyó un enfoque amplio del fenómeno y abordó un análisis demográfico de las condiciones de vida de las personas mayores e impulsó la toma de conciencia de la comunidad internacional sobre las repercusiones del fenómeno del envejecimiento, el CELADE se constituyó en la División de la CEPAL encargada del seguimiento regional de las actividades de implementación de los acuerdos mundiales, y asumió el desafío de incorporar el envejecimiento en el programa de trabajo de la Comisión y sus Estados miembros (20).

Desde mediados del siglo pasado, el envejecimiento estaba consolidado como una prioridad sustantiva del CELADE, que fortaleció sus vínculos con otros organismos y agencias del sistema de las Naciones Unidas que trabajaban en el tema desde distintas perspectivas. Ello significó que el Centro se involucrara activamente en la formulación de los Principios en favor de las Personas Mayores, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991.

Posteriormente se han seguido realizando diferentes foros, encuentros, declaraciones, convenciones, publicaciones en beneficio de las personas mayores tales como:

- El Foro Andino sobre políticas para los Adultos Mayores en Lima, Perú del 7 al 10 de junio de 1999 (21).
- Encuentro Latinoamericano y del Caribe en Santiago de Chile en 1999 (22).
- La Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores. 17 de noviembre de 2002 (23).
- Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento el 2003 (24).
- Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, en el año 2007 en Brasilia, Brasil (25).

- En el año 2011, la Asamblea General de la ONU designó el día 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato de las Personas Mayores (26).
- Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, que se efectuó el 2012 en la ciudad de San José, Costa Rica (27).
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el año 2015 (28).
- En el año 2015, la OMS presenta el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (10).
- La OMS en el año 2016 publica una nota descriptiva con el título “Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores que pueden afectar a su salud” (29).
- La Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Paraguay, 2017 (30).
- En el 2017 la OMS publicó las Directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar las pérdidas de capacidad intrínseca denominado Atención integrada para personas mayores. (ICOPE por sus siglas en inglés) (31).
- El año 2020 se llevó a cabo el Diálogo virtual: Desafíos en la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19 (32).

Es así como nos encontramos en la *Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*, entendiendo por Envejecimiento Saludable el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la edad avanzada. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante. En esta década se *ofrece* la oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven (5,6).

4. Promoción de la salud y del bienestar de las personas mayores

La SALUD puede ser vista desde diferentes ámbitos como son la salud física, la mental, la social, la sexual, la alimentaria, la ambiental, la pública, la económica.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), redactada en su preámbulo en 1948, la SALUD es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones, enfermedades o discapacidades. La cual es una definición caduca y que es muy difícil cumplirla (33). Huber et al en 2011 proponen, conceptualmente, definir la salud como la habilidad de las personas y las comunidades para adaptarse y automanejar los desafíos físicos, mentales y sociales que se presenten en la vida (34).

En la *Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Artículo 25,* "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"(35).

El BIENESTAR se caracteriza por el sentimiento o sensación de satisfacción, de tranquilidad y de prosperidad, es decir sentirse bien con la vida, generado por el buen estado general de la salud, visto en su forma más amplia de lo que es la salud físico-mental. A su vez, el bienestar en la última etapa de la vida dependerá de la forma adecuada en que se haya vivido, manteniendo un enfoque positivo hacia el envejecimiento y viviendo con esperanza.

El modelo biopsicosocial tiene mucha importancia, en la obtención de un estado satisfactorio de la salud y del bienestar, ya que este va más allá del denominado modelo biomédico, el cual en el tiempo se ha visto superado, por una visión más integral y holística (36,37).

La capacidad de vivir en forma independiente y dignamente es crucial para la buena calidad de vida, evitando la discapacidad, conservando la funcionalidad y manteniendo la independencia, tanto así, que de acuerdo con Bortz, la mayor amenaza para la expectativa de vida con calidad es el desarrollo de fragilidad, el cual es un estado de gran vulnerabilidad (38). Así como el desarrollo de la sarcopenia (perdida de la masa y fuerza muscular, asociada a la disminución del rendimiento (39).

Los sentidos son fundamentales para la calidad de vida, principalmente la visión y la audición, de los cuales depende mucho la interacción social, sin dejar de serlo la olfacción, el gusto y el tacto, que nos permiten disfrutar de todo lo que nos rodea, por lo que debería ser muy importante su conservación, y algunas veces su recuperación.

El cómo se llega física y mentalmente, también dependerá de la actividad física periódica, de la nutrición adecuada, del tener un peso adecuado, del evitar el contacto y consumo de sustancias tóxicas, como son el tabaco, el alcohol en exceso o las drogas, del evitar desarrollar o contraer enfermedades, ya sean agudas y/o crónicas, el manejo adecuado del estrés en general, el planificar actividades nuevas y compromiso activo de vida, el mantenimiento de fuertes relaciones familiares y sociales, el tener una pareja estable, o poseer una elevada espiritualidad, así como el descansar y dormir adecuadamente.

Desde el punto de vista psicológico, la afectividad, el manejo de la ansiedad, el evitar o manejar todo aquello que pudiera llevar a la depresión, son metas posibles de alcanzar, aunque a veces se necesita de un apoyo externo para lograrlas.

La nutrición debe estar basada en lo posible en la ingesta adecuada del número de calorías necesarias para las actividades de la vida diaria, evitando los excesos que conduzcan a un sobrepeso o una disminución de estas que lleven a un estado de desnutrición calórica. La ingesta diaria de proteínas (entre 1.2 a 1.5 g/kg peso/día) mantendrá un buen equilibrio metabólico, acompañándose de la ingesta

de grasas no saturadas, así como el consumo de agua, verduras, frutas y minerales en las cantidades correctas.

La socialización periódica actuará como un estímulo de vida y generara mejores estados emocionales, inclusive las reuniones pueden acompañarse de expectativas nuevas y de compromisos. Los denominados club de lecturas, de música, de discusión política, etc., son de importante ayuda, por lo que hay que apoyar e incentivarlas.

Es importante el tomar los descansos necesarios que les demande su organismo, sin caer en el sedentarismo. Las horas de sueño se consideran apropiadas entre 6-8 horas diarias, procurando no dormir durante el día, a menos que sea una vieja costumbre, ya que esto les puede generar insomnio o un sueño ligero e interrumpido durante la noche, aunque todas estas medidas deben ser individualizadas.

El papel de las enfermedades crónicas no transmisibles, como podrían ser la hipertensión arterial, diabetes, la obesidad, la dislipidemia o el cáncer, adquieren un papel preponderante, ya que este grupo de entidades son las que tienen un mayor peso en el deterioro físico, mental y funcional.

Muchas veces no se consideran los aspectos económicos como generadores de bienestar, lo cual es un grosero error, ya que no es lógico pensar que esto se pueda dar, si no se satisfacen o cubren las necesidades básicas en todos los campos, en el día a día.

Como hemos podido apreciar, no basta con un buen estado de salud física y mental, ya que, si bien son la base para obtener el bienestar personal, se necesita de otras acciones para lograrlo, sin olvidar que este es muy personal y puede lograrse de diversas formas.

La 69° Asamblea Mundial de la Salud de 2016 presenta el Proyecto ***Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020***: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. Se inspira en cinco estrategias y planes de acción regionales de la OMS en los que se aborda la salud de las personas mayores. Ofrece una visión general y un marco de salud pública para la acción mundial coordinada y subraya la

importancia del envejecimiento saludable como prioridad de salud pública y la necesidad de que los Estados Miembros se comprometan a ofrecer una respuesta de salud pública sostenible y fundamentada en datos científicos. Refleja y complementa compromisos, enfoques y plataformas existentes como la cobertura sanitaria universal, los determinantes sociales de la salud, la lucha contra las enfermedades no transmisibles, la discapacidad, la prevención de la violencia y los traumatismos, las ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores, el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud, el fomento de una atención integrada y centrada en la persona, los cuidados de las personas con demencia y la prestación garantizada de asistencia paliativa (4).

La *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, en la que figura un conjunto de objetivos mundiales integrados e indivisibles para el desarrollo sostenible son una plataforma para abordar los problemas y las oportunidades del envejecimiento de la población y sus consecuencias de forma integral, con la promesa de que nadie quedará atrás, tomando en cuenta que las poblaciones de todo el mundo, cualquiera que sea su nivel de ingresos, están envejeciendo rápidamente y que el alcance de las oportunidades que ofrezcan las poblaciones de edad avanzada, el aumento de su longevidad y el envejecimiento activo dependerá en gran medida de su buena salud. El envejecimiento saludable está influenciado significativamente por los determinantes sociales de la salud, de tal modo que las personas procedentes de grupos desfavorecidos socioeconómicamente tienen una salud considerablemente peor al llegar a una edad avanzada y su esperanza de vida es menor (40).

La Agenda exhorta a los países asociados, incluidas las organizaciones internacionales, intergubernamentales y no gubernamentales, así como a las organizaciones de autoayuda y otras organizaciones pertinentes a promover el envejecimiento saludable.

El Envejecimiento Saludable tiene como objetivo "desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar" y la capacidad funcional son los "atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar". La capacidad intrínseca, es "el compendio de todas las capacidades físicas y mentales que un individuo puede aprovechar". El marco de salud pública de la OMS para el Envejecimiento Saludable se centra en el objetivo de mantener la capacidad intrínseca y la capacidad funcional a lo largo de toda la vida (10).

En el año 2020 se genera un hito cuando La Asamblea General de las Naciones Unidas declara la *Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030*. (5)

A pesar de que las personas están viviendo más tiempo, no significa que estén viviendo con salud y teniendo sus necesidades satisfechas, la principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades, se debe basar en la Estrategia Mundial de la OMS sobre Envejecimiento y Salud y en los objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (6).

La estrategia tiene 4 áreas de acción:

1. Cambiar la forma de pensar sentir y actuar hacia la edad y el envejecimiento.
2. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las Personas mayores
3. Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las Personas mayores
4. Brindar acceso a la atención a largo plazo para las Personas mayores que la necesitan.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reafirman un compromiso global por lograr cobertura sanitaria universal para el 2030. Esto significa que todas las personas y comunidades, en todas partes del mundo, deben tener acceso a los servicios de salud de alta calidad que necesitan, tanto promocionales, preventivos, curativos, rehabilitación, paliativos sin enfrentar dificultad financiera (41).

1
La evidencia sugiere que la atención deficiente desperdicia recursos significativos y daña la salud de las poblaciones, destruyendo el capital humano y reduciendo la productividad. La calidad de la atención, especialmente la seguridad del paciente, son esenciales para generar confianza en los servicios de salud. Los servicios de salud de calidad no solo previenen el sufrimiento humano y aseguran sociedades más saludables, también aseguran mejor capital humano y economías más saludables.

La construcción de servicios de salud de calidad requiere una cultura de transparencia, compromiso, y sinceridad respecto de los resultados, los cuales son posibles en todas las sociedades sin importar su nivel de ingresos. La innovación tecnológica juega un papel clave en la oferta de nuevas formas para expandir los servicios de atención en salud de alta calidad, y de costo moderado.

Un enfoque centrado en las personas tiene que ser primordial para conseguir la calidad buscada, en la cual la atención de la salud de las personas mayores debe ser realizada a través de una valoración integral que comprende la evaluación física, cognitiva, sociofamiliar y la presencia de síndromes y problemas geriátricos tales como la disminución de la visión, audición, memoria, movilidad y otras alteraciones frecuentes de la capacidad intrínseca que están asociadas con el envejecimiento.

La mayor parte de los profesionales de la salud no han recibido la orientación ni la capacitación necesarias para reconocer y abordar eficazmente las disminuciones de la capacidad intrínseca. Dado el envejecimiento de la población, urge elaborar esquemas comunitarios integrales que incluyan intervenciones para prevenir las disminuciones en la capacidad intrínseca, fomentar el envejecimiento saludable y apoyar a los cuidadores de las Personas mayores. El modelo Atención Integrada para las Personas mayores (ICOPE) de la OMS responde a esta necesidad (31).

Numerosos cambios fisiológicos subyacentes ocurren con el aumento de la edad, lo que supone un incremento de los riesgos para las personas mayores de desarrollar enfermedades no transmisibles que conlleven a una mayor dependencia de atención sanitaria. A partir de los 60 años, la mayor cantidad de los casos de discapacidad sobrevenida o muertes se deben a pérdidas relacionadas con la edad como la audición, la capacidad visual y motora, y a menudo acompañado de cuadros de demencia, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus y osteoartritis.

Los profesionales de la salud, en un entorno clínico, pueden detectar disminuciones en las capacidades físicas y mentales (expresadas clínicamente como impedimentos) y ofrecer intervenciones efectivas para prevenir y retrasar la progresión. Sin embargo, los primeros marcadores de disminución de la capacidad intrínseca, como la disminución de la velocidad de la marcha o la fuerza muscular, a menudo no se identifican, tratan ni controlan, pese a ser estas acciones cruciales para revertir o retrasar la fragilidad.

En algunos ámbitos de la asistencia sanitaria hay profesionales con escasa orientación o capacitación para reconocer y manejar las deficiencias en la edad avanzada. Con el aumento de la atención de personas mayores en la Atención Primaria de Salud (APS) existe una necesidad apremiante de desarrollar enfoques integrales con una base firme en la comunidad, y de introducir intervenciones en el sistema de salud para evitar la pérdida de las capacidades intrínsecas de las personas mayores.

La Guía ICOPE de la OMS establece objetivos de atención centrados en la persona, propone desarrollar un plan de atención integrado y brindar apoyo para la autogestión, incluyendo orientación para guiar al profesional a través del proceso de evaluación, clasificación y gestión de las capacidades físicas y mentales menguantes en la edad avanzada de una manera integrada, las directrices están relacionadas y buscan conseguir efectos sinérgicos sobre las capacidades intrínsecas y las capacidades funcionales de las personas mayores reconociendo que las intervenciones deben ser implementadas después de una evaluación integral de las necesidades y un plan de atención (31).

En base a la iniciativa ICOPE de la OMS con su Manual de atención a las Personas mayores la OPS/OMS desarrolló una plataforma educativa denominada *Curso de Atención para las Personas Mayores con Acreditación Internacional de Competencias* (ACAPEM)(42,43). Con tres niveles de capacitación y certificación internacional (Básico, Intermedio y Avanzado).

En la *“Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud”* (44), el cual es un Manual publicado para ayudar a los profesionales que trabajan en las APS para poner en práctica las recomendaciones de ICOPE, donde se describe los esquemas de atención que se pueden aplicar fácilmente en la comunidad, para abordar las principales condiciones asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca como son la: Pérdida de movilidad, malnutrición, disminución de agudeza visual, pérdida auditiva, deterioro cognitivo y síntomas depresivos; que lleva a un plan de atención personalizada que integran estrategias para revertir o frenar la disminución de la capacidad, evitar que el deterioro progrese, tratar las enfermedades existentes y atender las necesidades de asistencia social (44).

En términos generales, hace falta contar con profesionales capacitados en un entorno de APS, como médicos y enfermeros con competencias para la evaluación centrada en la persona y el diseño del plan de atención con el apoyo de un equipo interdisciplinario, donde es posible gestionar las disminuciones de la capacidad intrínseca en la misma comunidad donde residen las personas mayores y sus cuidadores.

Durante la pandemia por COVID-19 hemos observado una vez más que la severidad de las infecciones y la mortalidad es más alta en las personas mayores respecto a las personas jóvenes. Las enfermedades infecciosas en las personas mayores están frecuentemente asociadas a fragilidad, compromiso en actividades de la vida diaria o la pérdida de independencia funcional, motivo por el cual la prevención de las mismas a través de las vacunas es una de las mejores estrategias para lograr un envejecimiento saludable (45,46,47).

5. Discriminación por la edad y maltrato en las personas mayores

John Beard, director del Departamento de Envejecimiento y ciclo de vida de la OMS refiere que el «**edadismo** (*ageism* en lengua inglesa) o discriminación por motivos de edad es un fenómeno muy extendido. La mayoría de las personas nos dejamos llevar inconscientemente por los estereotipos sobre las personas mayores. Sin embargo, como ocurre con el sexismo y el racismo, podemos modificar estas conductas presentes en nuestras sociedades y dejar de tratar a las personas en función de su edad. Con ello, lograremos que nuestras sociedades sean más prósperas, equitativas y saludables» (48).

El edadismo comienza en la infancia y se refuerza a lo largo del tiempo, y tiene intersecciones con otros “ismos” lo que hace que se multipliquen los efectos propios y los demás. En el caso de las personas mayores se da de forma generalizada en las instituciones, lugares de trabajo, medios de comunicación y otros ámbitos. Es algo generalizado, a nivel mundial una de cada dos personas es edadista, en Europa una de cada tres personas mayores afirma haber sufrido edadismo. La prevalencia es mayor en los países de ingresos bajos y medianos. Acorta la vida, lleva a un peor estado de salud física y mental, impide la recuperación de la discapacidad, acentúa el aislamiento social y la soledad, y reduce la calidad de vida. Supone también un importante coste económico para las personas y la sociedad, y contribuye a producir inseguridad económica y pobreza (49).

La OMS define el maltrato de las personas mayores como un acto o varios actos repetidos que le causan daño o sufrimiento, o también la no adopción de medidas apropiadas para evitar otros daños, cuando se tiene con dicha persona una relación de confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos y puede manifestarse en forma de maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; maltrato por razones económicas o materiales; abandono; desatención; y del menoscabo grave de la dignidad y el respeto. Solamente se denuncia 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores y en año 2021 una de cada seis personas mayores de 60 años sufrió algún tipo de maltrato en los entornos comunitarios (50). En las personas institucionalizadas (residencias de personas mayores y centros de atención crónica) dos de cada tres trabajadores de estos centros refieren haber infligido algún tipo de maltrato en el último año.

Las tasas de maltrato han aumentado durante la pandemia de COVID-19, en el estudio estadounidense de Chang et al⁵ a nivel comunitario podría haber aumentado hasta un 84%. Estos sucesos pueden conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas.

Las personas mayores que reciben apoyo social o que viven solas tienen menos probabilidad de ser maltratada (51).

6. El estado y su papel rector en el envejecimiento saludable.

De acuerdo a lo que se ha comentado anteriormente llegar al concepto de envejecimiento Saludable y la importancia que significa para los Estados tener una población envejecida pero saludable que sea productiva, participativa y plena de derechos y contribución a la sociedad fue implementando desde hace 50 años, los conceptos, ideas, han venido de muchas experiencias globales, todas estas han sido llevadas a las Naciones Unidas y su oficina de envejecimiento que en conjunto con las oficinas regionales han ido desarrollando directrices para que sean seguidas por los países y elaboren planes y leyes que beneficien a la población de personas adultas mayores, pues la mayoría llegará a ser persona mayor.

La mayor parte de los países Latinoamericanos son firmantes de estos Convenios Internacionales, solamente que cuando bajamos toda esta importante cantidad de leyes y compromisos a los gobiernos regionales, municipios, a los barrios, encontramos que la realidad es muy diferente, en

la misma ciudad la población es tan heterogénea, con distritos donde las personas mayores representan altos porcentajes comparados a otros, que es difícil para los gobiernos centrales llegar con medidas que dejen satisfechas a todas las personas. Los distritos marginales con mayor pobreza inclusive pobreza extrema, hacinamiento, analfabetismo, falta de servicios básicos, inseguridad ciudadana, alta criminalidad, falta de acceso al sistema de salud, entre otros factores que impiden tener un envejecimiento saludable.

Los ámbitos de acción en lo social podemos tomar como hojas de ruta los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de la agenda 2030, combate a la pobreza es el primero, en éste ámbito las medidas gubernamentales de protección son fundamentales así como el segundo que es el combate al hambre, sin embargo existe una gran cantidad de personas que tienen una alimentación que no es saludable, que no tienen hambre pero tienen una alimentación que se ha identificado como factor de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles.

En cuanto al objetivo de salud y bienestar el envejecimiento saludable significa que las personas mayores contribuyen a la sociedad durante más tiempo, con oportunidades para gozar de buena salud en todas las etapas de la vida, cobertura sanitaria universal y sistemas sociales y de salud integrados, transformadores y centrados en las personas, en lugar de sistemas basados únicamente en la enfermedad.

En lo referente a la educación el envejecimiento saludable requiere de un aprendizaje a lo largo de toda la vida, que permita a las personas mayores hacer lo que valoran, conservar la capacidad de tomar decisiones y conservar su identidad e independencia, así como sus metas vitales. Todo ello exige alfabetización, capacitación y espacios de participación sin obstáculos, en particular en el ámbito digital.

Es necesario tener estrategias para reducir el edadismo, dentro de ellas que se cumplan las políticas y legislación que aborden la discriminación, la desigualdad y los derechos humanos por motivos de edad, tanto a nivel local, nacional e internacional, así como realizar intervenciones

educativas en todos los niveles y tipos de educación, desde la escuela primaria hasta la universidad, contacto intergeneracional que tengan por objeto su fomento entre las distintas generaciones con el fin de reducir prejuicios y estereotipos, además de mejorar los datos y las investigaciones sobre el edadismo para comprenderlo mejor y reducirlo.

De los 17 ODS de la agenda 2030, 11 están involucrados con el envejecimiento de la población y 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 ver el envejecimiento, 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 crónica con servicios continuados para las personas mayores que lo necesiten.

En el contexto del Envejecimiento Saludable, su relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las acciones a realizar para promoverlo, se debería partir de un compromiso con un enfoque multisectorial y participativo, con indicadores y metas establecidas, de esta manera, se permitirá el bienestar y la buena calidad de vida de las personas mayores. Es necesario fomentar una cultura positiva sobre el envejecimiento en la que las personas mayores son las protagonistas y tienen un rol activo en la sociedad. El Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030, es una buena oportunidad para realizar lo referido (5,6,10,52).

La Academia Nacional de Medicina del Perú, preocupada por el bienestar de las personas mayores, ha elaborado este documento donde se plasman las ideas de como deberíamos actuar para lograr el envejecimiento saludable de nuestra población.

Bibliografía

1. Misha'1 AA. The concept of Successful Aging. International Journal of Human and Health Sciences 2017, 1 (1): 22-25
2. Forman D, Rich M, Alexander K, et al. Cardiac Care for Older Adults. J Am Coll Cardiol. 2011 May, 57 (18) 1801–1810.<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.02.014>
3. Dumitrache CG, Rubio L, Cerdón-Pozo E. Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources. Int Psychogeriatr. 2019 Feb;31(2):181-191. doi: 10.1017/S1041610218000388. Epub 2018 May 25. PMID: 29798740.
4. Estrategia y plan de acciones mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana (resolución WHA 69.3). En: 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 23 a 28 de mayo de 2016. Resoluciones, decisiones y anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016:8-11 (WHA69/2016/REC/1;https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf#page=1, consultado en marzo de 2020)
5. Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030). Resolución aprobada por la Asamblea General el 14 de diciembre de 2020. <https://digitallibrary.un.org/record/3895802?ln=es>
6. Década del envejecimiento saludable 2020-2030. 14 de diciembre de 2020. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4
7. Huenchuan S (Ed.) Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Libros de la CEPAL, N°154 (LC/PUB.2018/24-P), 2018 <https://bit.ly/3koeV4Z>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población adulta mayor Enero-Marzo 2022. <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista>
9. Gonzáles D, Sosa Z, Reboiras L. Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2009-2020. CEPAL.
10. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud, 2015. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

11. Bilal U, Hessel P, Perez-Ferrer C, Michael YL, Alfaro T, Tenorio-Mucha J, Friche AAL, Pina MF, Vives A, Quick H, Alazraqui M, Rodriguez DA, Miranda JJ, Diez-Roux AV; SALURBAL group. Life expectancy and mortality in 363 cities of Latin America. *Nat Med.* 2021 Mar;27(3):463-470. doi: 10.1038/s41591-020-01214-4. Epub 2021 Jan 25
12. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev.* 2017 Sep; 38:6-17. doi: 10.1016/j.arr.2017.06.003. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28648951.
13. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015 Aug 22;386(9995):743-800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4. Epub 2015 Jun 7. PMID: 26063472; PMCID: PMC4561509
14. Cámara L. ¿Podemos vivir más y mejor?, Sí, comprimiendo la morbidiscapacidad. *Revista Argentina de Medicina*, 2020; 8(2):91-95
15. Documentos básicos. – 48.^a ed. Organización Mundial de la Salud, 2014. ISBN 978 92 4 365048 7. http://apps.who.int/gb/bd/s/s_index.html.
16. Reporte Lalonde <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
17. Informe preliminar de la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada del 26 de julio al 6 de agosto de 1982 en Viena. <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/vienna-international-plan-of-action.html>
18. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/
19. La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
20. CELADE <http://directorio.sela.org/listado-de-organismos/celade.aspx>
21. Foro Andino sobre políticas para los Adultos Mayores de Lima 1999 <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/34697>

22. Encuentro Latinoamericano y del Caribe en Santiago de Chile 1999
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6535/S00080711_es.pdf?seque
23. Declaración de Toronto
http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
Consultado 01/08/2022
24. Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento Santiago 2003.
<https://www.cepal.org/es/ eventos/conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento>
25. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos 2007.
<https://www.cepal.org/es/eventos/ segunda-conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento>
26. Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez 15 de junio. Organización de las Naciones Unidas.
<https://www.un.org/es/observances/elder-abuse-awareness-day>
27. Carta de San José <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21534-carta-san-jose-derechos-personas-mayores-america-latina-caribe>
28. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
29. Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud.
<https://www.who.int/es/news/item/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
Consultado 24 de julio de 2022
30. Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las PM en América Latina y el Caribe.
<https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/>

31. Atención integrada para personas mayores: directrices sobre intervenciones a nivel de la comunidad para gestionar pérdidas en la capacidad intrínseca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0.
https://cenie.eu/sites/default/files/Guia_OMS_ES-logos.pdf
32. Diálogo virtual: Desafíos en la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia del COVID-19.
<https://www.cepal.org/es/eventos/dialogo-virtual-desafios-la-proteccion-personas-mayores-sus-derechos-frente-la-pandemia>
33. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined. *BMJ* 2008;337;a2900. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>
34. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011 Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163. PMID: 21791490.
35. Declaración Universal de Derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
36. Thielke S. et al. Health psychology in primary care: Recent research and future directions. *Psychology Research and Behavior Management* 2011; 4: 59-68
37. Johnson M. et al. A healthy contribution. *Health Psychology* 2011; 24 (12): 890-902
38. Bortz WM. The Physics of Frialty. *JAGS* 1993; 41: 1004-1008
39. Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: Revised European Consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019; 48: 16-31
40. Agenda 2030 de Desarrollo sostenible.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
41. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Delivering quality health services: a global imperative for universal Health coverage]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
42. <https://www.campusvirtualsp.org/>
43. (<https://www.campusvirtual.org/es/curso/acapem-b-atencion-de-salud-para-las-personas-mayores-acreditacion-internacional-de>)
44. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC- SA 3.0 IGO.
45. Wagner A, Weinberger B. Vaccines to Prevent Infectious Diseases in the Older Population: Immunological Challenges and Future Perspectives. *Front Immunol*. 2020 Apr 23;11:717. doi: 10.3389/fimmu.2020.00717. PMID: 32391017; PMCID: PMC7190794.
46. Chan TC, Fan-Ngai Hung I, Ka-Hay Luk J, et al. Effectiveness of Influenza Vaccination in Institutionalized Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Mar;15(3):226.e1-226.e6

47. Elie Saade, David H. Canaday, H. Edward Davidson, Lisa F. Han, Stefan Gravenstein. Special Considerations for Vaccines and the Elderly. En: Gregory A. Poland. Vaccinations, Elsevier, 2019, Pages 35-53. ISBN 9780323554350, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-55435-0.00003-3>.
48. Informe temático A/76/157: Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler. 17 de julio de 2021. Naciones Unidas, Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a76157-human-rights-older-women-intersection-between-ageing-and-gender>
Consultado 01/08/2022
49. Global report on ageism. World Health Organization, 2021. ISBN 978-92-4-001686-6 (electronic version) <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
Consultado 01/08/2022
50. Maltrato de las personas mayores <https://www.who.int/es/news/item/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
Consultado 24 de julio de 2022-07-24
51. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. Gerontologist. 2016 Apr;56 Suppl 2(Suppl 2):S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004. PMID: 26994260; PMCID:PMC5291158.
52. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):199-201. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2196