



EDITORIAL

El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre envejecimiento y salud: un regalo para la comunidad geriátrica



The World Health Organization report on ageing and health: A gift for the geriatrics community

Leocadio Rodríguez Mañas

Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

El reto que supone para todos los países del planeta la atención a las personas mayores se ha convertido en una auténtica urgencia. No solo en los países plenamente industrializados, sino también en aquellos con economías de ingresos medios y bajos, donde la velocidad con la que se está produciendo el fenómeno del envejecimiento desborda todas las previsiones. A pesar de que las autoridades sanitarias y políticas, salvo honrosas y escasas excepciones¹, siguen sin ser capaces de afrontar estos retos que plantean las personas mayores, anclados en una cómoda inercia que les impide tomar acción, la fuerza de los hechos impone de manera cada vez más evidente sus argumentos: los ancianos protagonizan de manera creciente la actividad de los sistemas de salud y de servicios sociales, sus necesidades son totalmente distintas de las que planteaban hace más de medio siglo los pacientes a los que atendieron los sistemas de salud que se desarrollaron entonces y, en consecuencia, estos sistemas, aún vigentes hoy día con los mismos esquemas de funcionamiento que tenían cuando nacieron, se debaten entre la ineficacia y la ineficiencia. Pero aun así se resisten a cambiar, a dar los pasos necesarios para volver a ser los instrumentos que contribuyan de manera sustancial a procurar la mejor calidad de vida a los ciudadanos a los que se deben. Para conseguir este objetivo, debieran ser capaces de reconocer sus debilidades y plantear las reformas, algunas de ellas realmente drásticas. Y en este empeño, el principal organismo sanitario internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha tomado la iniciativa y dado ejemplo. El pasado 1 de octubre presentaba el primer «Informe mundial sobre envejecimiento y salud» («World report on ageing and health»)², disponible a fecha de hoy en inglés y español en su versión completa, y en muchos otros idiomas en versiones reducidas. El informe se compone de 7 capítulos («Añadiendo salud a los años», «Envejecimiento saludable», «Salud y ancianidad», «Sistemas de salud», «Sistemas de cuidados a largo plazo», «Hacia un mundo amigable para los ancianos» y «Pasos siguientes») y un glosario de términos, ninguno de los cuales, capítulos y glosario, tiene desperdicio.

De entre las muchas perlas que contiene el documento, no solo desde el punto de vista biomédico, sino también desde la perspectiva sociológica, moral, política y económica, son 3 las que de algún modo poseen el mayor interés para aquellos encargados de la atención a las personas mayores: la aparición del concepto de capacidad intrínseca y su relación con el entorno para el desarrollo de la discapacidad, la matización del concepto de «ciclo de vida» al centrar el documento en la segunda y tercera etapas de este ciclo y condicionando las intervenciones preferentes al momento de dicho ciclo en que se encuentra el sujeto y, finalmente, la declaración casi diríamos que solemne del fin de un modelo de atención sanitaria (el actual) y de la necesidad de un nuevo modelo que parte de paradigmas diferentes y persigue objetivos distintos.

La *capacidad intrínseca*, entendida como el conjunto de las capacidades físicas y mentales de un individuo, está marcada por una serie de condicionantes que abarcan desde la herencia genética hasta las características de salud del individuo (comportamientos y habilidades saludables, cambios fisiológicos del envejecimiento, factores de riesgo, enfermedades y lesiones, cambios homeostáticos, síndromes geriátricos) y ciertas características personales que incluyen desde el sexo y la raza hasta aquellas que son el reflejo de normas sociales, incluyendo la actividad laboral o el papel de la mujer en las distintas culturas. Esta capacidad intrínseca dota al sujeto de unas habilidades funcionales que le debieran permitir afrontar los retos que el entorno genera. Cuando ello no es posible, aparece la discapacidad que, en consecuencia, no es sino el resultado final de una relación dialéctica sujeto-entorno. Relación que puede modificarse, a mejor y a peor, modificando cualquiera de los 2 polos del binomio. Cuanta mayor distancia haya entre nuestra capacidad intrínseca y los retos del entorno, mayor será nuestra reserva funcional para hacer frente a los crecientes desafíos de ese entorno y, en consecuencia, mayor será nuestra «resiliencia», término últimamente muy de moda pero que, como puede verse, no es sino la modernización terminológica de la vieja reserva funcional. *Nihil sub sole novum*. Esta conceptualización, que tampoco es nueva pero que se formula clara y explícitamente en el documento, no deja de ser sino el marco conceptual en el que opera la Geriatria³, en confrontación con otras disciplinas médicas que solo consideran

Correo electrónico: leocadio.rodriguez@salud.madrid.org

los aspectos puramente biológicos, obviando o minusvalorando los otros componentes. Y es por eso que los geriatras no solo valoramos los aspectos relativos a la capacidad intrínseca, sino también los del entorno del sujeto. Y es por eso que los equipos de geriatría no solo trabajamos sobre la capacidad intrínseca, sino también sobre el entorno, y por ello necesitan no solo de médicos o enfermeras, sino de otros trabajadores de la salud, desde fisioterapeutas a trabajadores sociales.

Desde que en el documento final de la Asamblea del Envejecimiento de Madrid 2002 se acuñó el término «envejecimiento activo» y el concepto de «ciclo de vida», mucho se ha escrito y dicho sobre ambos. Y en demasiadas ocasiones partiendo de errores conceptuales de peso. Dos son quizá los más destacables: aquel que equipara envejecimiento con longevidad y aquel que equipara envejecimiento con el puro paso del tiempo o con una enfermedad. Respecto al primero, muy asentado en las ciencias básicas, donde el concepto de funcionalidad está tardando en penetrar, su principal consecuencia es que sigue planteando como objetivo fundamental la prolongación de la supervivencia. No hay más que ver el reciente número del 4 de diciembre de la prestigiosa revista *Science* con varios artículos dedicados al envejecimiento, pero que solo habla de longevidad⁴⁻⁶. No obstante, hay que hacer notar que incluso en este ambiente tan aparentemente cerrado ya están surgiendo movimientos que promueven el ensanchamiento de la comprensión de las bases biológicas del envejecimiento mediante la inclusión del deterioro funcional asociado a la edad en el marco conceptual del envejecimiento y, en consecuencia, la necesidad de estudiar sus bases biológicas⁷. Abriendo así un nuevo campo de estudio para los investigadores en ciencia básica y, al mismo tiempo, grandes oportunidades para avanzar en el conocimiento de las causas y los mecanismos biológicos del deterioro funcional. El segundo de los errores es si cabe más importante, habiendo conducido a proponer que el envejecimiento empieza incluso antes de la propia concepción a través de los cambios epigenéticos producidos en los progenitores. Lo que, si se me permite la expresión castiza, es mezclar churras con merinas. El envejecimiento, según definen los clásicos, no es una enfermedad, sino que forma parte del ciclo vital fisiológico^{8,9}. Es un proceso posmadurativo, que se inicia una vez culminada la fase de desarrollo o maduración, cuyo objetivo último es asegurar el mayor éxito reproductivo de la especie asegurando de este modo su perpetuación. Un niño de 7 años no es más viejo que uno de 2, sino más maduro. Por el contrario, un adulto de 60 años sí es más viejo que uno de 32.

En este marco conceptual, el informe de la OMS separa 3 etapas en la vida. La primera de ellas se caracteriza por la existencia de una capacidad intrínseca elevada y estable, debiéndose centrarse los esfuerzos durante esta etapa en la prevención de la enfermedad crónica y en su detección y abordaje precoz a fin de evitar sus consecuencias a largo plazo. La segunda etapa se caracteriza por el inicio del declinar de la capacidad y el objetivo de los sistemas de atención deben enfocarse en consecuencia a la reversión o el enlentecimiento de dicho declinar. Sería este un periodo en que la Geriatría desempeña ya un papel activo, detectando a los sujetos cercanos a la discapacidad (los frágiles) y actuando sobre ellos. En este periodo hay que comenzar también a hacer modificaciones en el entorno. Finalmente, en el tercer periodo ya existe discapacidad y los esfuerzos deben abarcar tanto el manejo de las enfermedades y condiciones crónicas, como la provisión de cuidados a largo plazo y las modificaciones del entorno.

El tercer aspecto más destacable del informe es un réquiem por los *sistemas asistenciales* hoy vigentes respecto a la atención a las personas que envejecen o que ya han envejecido. El informe dedica un capítulo entero a los modelos de atención sanitaria y otro a la provisión de cuidados a largo plazo. Tras analizar las causas del fracaso de los actuales sistemas de provisión de cuidados (barreras para el acceso de los ancianos, incapacidad de estos sistemas

para cubrir las necesidades de estos pacientes al estar diseñados para cubrir las necesidades de otros pacientes caracterizados por presentar problemas agudos en los que el modelo biomédico del siglo pasado era suficiente y, finalmente, la falta de formación de la mayoría de los trabajadores sanitarios), propone cómo superar estos problemas y cómo transformar radical, aunque paulatinamente, estos sistemas. A tal fin, debiera sustituirse el foco sobre la enfermedad por el foco sobre la capacidad intrínseca (y, por tanto, sobre la función), fomentar la gestión de casos centrados en el paciente, no ver el envejecimiento como una enfermedad, sino como otra parte más del ciclo vital, y la provisión de cuidados integral, coordinada y continuada a través de los diferentes escenarios de la atención y adaptados en cada caso a las necesidades tanto objetivas como las percibidas por los propios ancianos, haciendo al paciente un agente activo de su propio proceso de cuidado. Y todo ello con la consiguiente formación del personal sanitario en aspectos tan relevantes para lograr estos objetivos, como la valoración de la función, la cognición, la vista, el oído o la nutrición, el modelo de convivencia o la accesibilidad a los recursos. Algo que a los geriatras nos suena muy familiar, pero que en otros ámbitos donde muchos otros profesionales atienden diariamente a personas ancianas suena a música celestial, cuando no llega a producir rechazo o desprecio como prácticas de interés muy secundario. Y es la OMS la que viene a dejar claro que el estándar de atención a las personas mayores pasa por ese modelo, de modo que este tipo de valoración no es simplemente conveniente, aconsejable o complementaria, sino que los profesionales que no la hagan simple y llanamente no cumplen el estándar. Vamos, dicho en román paladino, que lo hacen mal. Y que esa valoración no se aprende de manera intuitiva, sino que hay que formarse en ella, con los diferentes niveles de complejidad que la cualificación de cada categoría profesional precise.

El capítulo hace también una referencia respecto a los potenciales costes de esta reestructuración de los sistemas de atención, recalando que el envejecimiento de la población atendida solo justifica un mínimo porcentaje del incremento de los costes de atención sanitaria que están poniendo en riesgo su sostenibilidad. Son otras las causas de dicho encarecimiento que de manera injusta se ha venido achacando a los ancianos, en especial el uso de las nuevas tecnologías y los cambios en los modelos de práctica los que explican la mayor parte del incremento del coste. El informe da un paso más al acabar afirmando que allí donde se han adaptado los modelos de atención adecuados para los ancianos, el coste o no ha aumentado o ha disminuido levemente, lo que en el contexto de una mejora en los resultados sobre la salud y calidad de vida de los ancianos genera un efecto neto de un aumento de la eficiencia del sistema.

Muy conectado con los sistemas sanitarios, e incluso como parte de ellos, el documento realza el papel de la provisión de cuidados a largo plazo («long-term care»), que va mucho más allá de la institucionalización, equívoco no infrecuente y, en ocasiones, interesado. De hecho, gran parte de estos cuidados debieran proveerse en el domicilio del paciente si, de acuerdo con la concepción ampliada del término que propone el informe y que va más allá de la provisión de cuidados a personas que ya son dependientes para actividades básicas de la vida diaria, se incluyen también a aquellas que mantienen niveles aceptables de funcionamiento pero que precisan ayudas y cuidados. Es en este apartado donde el documento hace una especial referencia a 2 agentes de extrema importancia: uno, tradicional, el cuidador tanto formal como el informal, a los que habrá que entrenar y educar, y otro más innovador, la tecnología, que poco a poco va permitiendo no solo la provisión de ayudas, e incluso la sustitución en la realización de las mismas, sino también el seguimiento y la monitorización de los pacientes, facilitando que se mantengan en su entorno y, en consecuencia, retrasando o evitando su institucionalización.

El informe finaliza con un capítulo sobre los próximos pasos a dar por los gobiernos, las organizaciones (incluyendo las sociedades científicas, aquí nadie se queda sin tarea) y los propios ancianos, marcando 4 grandes prioridades (y transcribo literalmente): 1) alinear los sistemas de salud con las necesidades de las poblaciones ancianas a las que sirven; 2) desarrollar sistemas de provisión de cuidados a largo plazo; 3) crear entornos amigables para los ancianos, y 4) mejorar la medición, la monitorización y la comprensión, para lo que el informe propone una auténtica agenda de investigación con el fin de ir cerrando los agujeros de conocimiento que deben afrontar trabajadores de la salud, planificadores y decisores.

Como corolario, un glosario de términos que, leído atentamente, tiene mucho trasfondo, al dejar entrever algunas de las definiciones un fondo conceptual muy atractivo para los que hemos dedicado nuestras vidas profesionales a la atención de las personas mayores.

En cualquier caso, esta modesta reseña en forma de editorial no es sino un palidísimo reflejo de un documento que cabe calificar como un auténtico hito en la larga marcha hacia el objetivo de dar la mejor atención posible a los ancianos que la necesitan, que hace casi un siglo empezó una cirujana inglesa en un hospital de la periferia occidental londinense. Si pueden, reserven un poco de su tiempo y léanse el informe. Merece la pena. Nunca hasta ahora habíamos dispuesto de un documento tan contundente, tan extraordinariamente fundamentado (cada capítulo tiene más de 200 citas bibliográficas de primer nivel), nacido de la autoridad sanitaria

mundial, avalando muchos de los postulados que desde la Geriátría se vienen defendiendo desde hace algunas décadas. ¡Vaya regalo!

Financiación

Red Temática de Investigación Cooperativa en Fragilidad y Envejecimiento–RETICEF (RD12/0043) del Instituto de Salud Carlos III.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Consejo Interterritorial de Salud. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 2014.
2. World Health Organization. World report on ageing and health, 2015.
3. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Elsevier: Amsterdam, Barcelona, etc.; 2014.
4. Kaeblerlein M, Rabinovitch PS, Martin GM. Healthy aging: The ultimate preventive medicine. *Science*. 2015;350:1191–3.
5. Blackburn EH, Epel ES, Lin J. Human telomere biology: A contributory and interactive factor in aging, disease risks and protection. *Science*. 2015;350:1193–8.
6. Goodell MA, Rando TA. Stem cells and healthy aging. *Science*. 2015;350:1199–203.
7. Seals DR, Melov S. Translational geroscience: Emphasizing function to achieve optimal longevity. *Aging (Albany NY)*. 2014;6:718–30.
8. Hayflick L. Aging is not a disease. *Aging (Milano)*. 1998;10:146.
9. Hayflick L. New approaches to old age. *Nature*. 2000;403:365.