

La salud en la tercera edad: la experiencia en Argentina

Jorge Isaac D'Angelo,¹ Ricardo Blanco²

Hace muchos años se decía que salud era la ausencia de enfermedad, luego se dijo que salud era el equilibrio biopsicosocial, y desde no hace mucho tiempo se utiliza el término “calidad de vida”. Podemos decir que la calidad de vida, incluye los aspectos de la salud física, la salud mental, los aspectos sociales, el hábitat y la infraestructura, los aspectos económicos, los espirituales, la justicia y la seguridad. El derecho a una mejor calidad de vida para los ancianos es el más fácilmente declamado y también el más fácilmente olvidado y postergado, sobre todo cuando pasan los eventos declamatorios, como son: congresos, jornadas, simposios, y también, las elecciones. Esto es lamentable porque este derecho se vincula directamente con la dignidad del ser humano, e incluye una buena atención médica, una mejor vida social, una vivienda digna y percibir una jubilación económicamente justa y suficiente. Sólo de esta manera se les permitirá a las personas de la tercera edad, llegar sin esfuerzo a tener una vida digna.

En la medida en que exista una política social y económica al servicio del pueblo, existirá una mejor calidad de vida de la comunidad y, por ende, de los ancianos. Nunca puede haber buena calidad de vida sin contenido social, por lo tanto no puede haber una política integral para los ancianos sin seguridad social eficiente.

Se debe prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, para que mantengan una vida digna y socialmente independiente, pero para eso se debe actuar tanto en la persona sana, como en la enferma. La independencia social, será posible, a partir de la independencia económica, y de una política de seguridad social al servicio de los ancianos.

¹ Presidente de la Comisión Americana de los Adultos Mayores de la CISS. Conferencia Internacional de Seguridad Social. Secretario de Administración de la Unión Personal Civil de la Nación.

² Médico Geriatra y Gerontólogo. Asesor de la Dirección Ejecutiva del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

La gerontología en Argentina

Hace más de 50 años, en la segunda mitad de la década de los 40, no existía en el mundo ningún organismo oficial que se ocupara de la temática de la tercera edad. Fue la República Argentina, al crear en 1948 "Los derechos de la ancianidad", el país pionero que se encargó de llevar al concierto de las naciones, la preocupación por este grupo. Estos derechos fueron proclamados por el Tercer periodo de sesiones de la Tercera comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 18 de noviembre de 1948, por una distribución dual, dada en París en septiembre del mismo año.

Así, los derechos de la ancianidad son los siguientes:

Derecho a la asistencia; derecho a la vivienda; derecho a la alimentación; derecho al vestido; derecho al cuidado de la salud física; derecho al cuidado de la salud moral; derecho al esparcimiento; derecho al trabajo; derecho a la tranquilidad; derecho al respeto.

En 1951 se creó la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica (SAGG), posteriormente se crearon las unidades de Geriátrica en algunos hospitales municipales; hoy, la única con sala de internación para ancianos es la del hospital Carlos Durand, de la ciudad de Buenos Aires.

El 13 de Mayo de 1971 se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), obra social específica y única para las personas de la tercera edad.

Propuesta de acciones a realizar en el area de la salud,
dentro del plan gerontológico nacional a sancionarse como ley en 2004

Salud y Asistencia Sanitaria

1. Realizar la promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad (física y mental).
2. Garantizar la prevención secundaria asistencial y la prevención terciaria rehabilitadora (física y mental).
3. Garantizar la atención primaria de la salud física y mental.
4. Garantizar la adecuada atención especializada.
5. Propiciar la permanencia en su domicilio de las personas mayores enfermas, a través de programas de adecuada atención en el mismo, y reducir la institucionalización.

Cuadro I

Información general sobre la atención al adulto mayor en Argentina

Distribución porcentual, por grupos de edad			
60 - 64 años:	65 - 79 años	Más de 80 años	
14%	10.4%	1.72%	
Esperanza de vida (en años)			
Al nacer	En hombres	En mujeres	
73.1	69.7	76.8	
Gasto público en salud – porcentaje del PIB			
Atención al público	Obras sociales	INSSJP (PAMI)	Total
1.9%	2.05%	0.69%	4.64%
Establecimientos asistenciales			
Tipo de establecimiento	Sin internación	Con internación	Total
Públicos	5 740	1 231	6 971
Privados	7 035	2 079	9 114
Total de establecimientos	12 775	3 310	16 085
Camas disponibles			
(internación)	Públicas	Privadas	Total
	57 924	97 826	155 750

6. Integrar y coordinar los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales, jurídicos, del hábitat, y de la economía, para lograr una visión holística del envejecimiento.
7. Fomentar el ejercicio físico en los mayores.
8. Realizar la atención integral del anciano con enfermedad terminal.

Se ha dicho que la asistencia para los ancianos es cara, pero no se tiene en cuenta que lo que encarece la prestación, son los recursos desaprovechados al no considerar criterios que la hagan racional y poder ofrecer eficacia, eficiencia, efectividad y equidad. Es por esto que se ha caído en las sobreprestaciones, los gastos innecesarios, las hospitalizaciones prolongadas (a veces por causas sociales), la invalidez no rehabilitada, etc.

Los ancianos representan aproximadamente 14% de la población del país, y utilizan 25% del gasto total de salud, no obstante se debe tener en cuenta que debido a la edad del grupo que estamos tratando y las patologías que padecen, esto es lo que se debe esperar.

La calidad de vida en la salud física no se debe buscar sólo en la ancianidad; es una consecuencia de algo que se logra a través de los años, por un proceso de educación permanente sobre la promoción de la salud, mediante la implementación de políticas de salud para todos, desde el mismo momento de la concepción del individuo. Esto debe estar apoyado por campañas publicitarias sanitarias en los medios masivos de comunicación, en las escuelas primaria y secundaria, bajo la supervisión constante de profesionales capacitados y haciendo hincapié en la promoción de la salud, la importancia de una buena alimentación, y la prevención de enfermedades, accidentes laborales, viales, etc.

Se deben implementar campañas de vacunación permanente para todas las edades, de acuerdo con las necesidades del momento y las regionales; se debe fomentar la gimnasia y el deporte en todas sus manifestaciones y en toda la población. La calidad de vida en la salud física, es un aspecto importante en la planificación sanitaria dentro de la comunidad, y una medida clínica significativa sobre el cuidado de la salud de los ancianos.

Al respecto, se realizó una investigación con pacientes no hospitalizados, con padecimientos crónicos (enfermedades cardiovasculares, artrosis, diabetes, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, etc.). La conclusión fue que su calidad de vida presentaba serias dificultades de tipo económico principalmente, así como sociales y psicológicas, además de falta de apoyo familiar y carecer de la información necesaria para el cuidado de su patología. Es decir, que la calidad de vida no es solamente la salud física, sino que depende de un conjunto de factores multidimensionales.

Se calcula que para el año 2025, habrá en el mundo más de 1 200 millones de personas mayores de 60 años, de los cuales 50% pertenecerán a países desarrollados. Este aumento sostenido de la población de la tercera edad se debe a los avances médicos, mejoras económicas, sociales, de información pública, etc. Estas cifras muestran un desafío muy grande para toda la sociedad, ya que es necesario mantener una buena calidad de vida para este grupo de personas, mayores de 60 años.

Hoy el promedio de vida en países desarrollados es de 75 años aproximadamente y muchas más personas tienen posibilidades de llegar y superar los 85 años de edad. En los países desarrollados la mayoría de los ancianos goza de buena salud y vive con cierta independencia en el seno de sus hogares; sin embargo en los países más pobres eso es menos frecuente. No obstante, 80% de ellos padecen por lo menos, una enfermedad crónica; además, 6% de los mayores de 65 años y

20% de los mayores de 85 años, padecen algún grado significativo de demencia. Estas cifras seguirán aumentando, y hará falta más personal especializado destinado a la atención del adulto mayor, según los datos demográficos y epidemiológicos. Por lo anterior, existen varios aspectos hacia los cuales debemos encaminar la investigación y los servicios. En materia de investigación básica, es necesario que lleguemos a conocer mejor las consecuencias del envejecimiento biológico, distinguiéndolo de las consecuencias de las enfermedades. En cuanto a la investigación clínica, se requiere saber de qué modo podemos reconocer y seguir los cambios que se producen paulatinamente y que no están determinados por factores externos, tales como el ambiente, la nutrición o la enfermedad. Con el fin de examinar estos temas, el Centro de investigaciones gerontológicas del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de Baltimore (Maryland, EUA), ha realizado una investigación a largo plazo sobre el envejecimiento humano normal.

En los 30 años que lleva el estudio longitudinal, ha permitido examinar las funciones fisiológicas y psicológicas de 1 000 voluntarios a medida que envejecen. Los investigadores han obtenido así un perfil biológico de cada participante a lo largo de su vida adulta. Uno de los descubrimientos importantes es que el funcionamiento cardíaco de un anciano puede ser tan bueno como el de un joven. Se ha comprobado que toda pérdida de intensidad de bombeo cardíaco obedece a una enfermedad y no a la vejez en sí, ya que cuando el músculo envejece se agranda a fin de contrarrestar cierta disminución de ritmo que se produce con la edad, para mantener de este modo, un ritmo constante de bombeo.

Otra de las conclusiones se refiere a la psicología del envejecimiento; se estableció que la personalidad se mantiene realmente estable a lo largo del tiempo y que el envejecimiento no la altera, por tanto cualquier cambio de la misma debe hacer sospechar a los profesionales y familiares, sobre la posibilidad de una enfermedad o un desequilibrio psicológico. Entre las patologías que contribuyen a la pérdida de funciones y de independencia del anciano, las demencias son las que representan el principal desafío.

Otro problema clínico común en los ancianos, es la reducción de la movilidad, con sus consecuencias: caídas y fracturas. Es necesario evitar las caídas, implementando medidas de seguridad, para disminuir las secuelas graves o la invalidez. También se requiere que los investigadores hallen medidas para reducir la incidencia de la osteoartritis y de la osteoporosis, verdaderos flagelos de la ancianidad.

La incontinencia urinaria es otro problema importante y muy corriente que sufren muchos ancianos y que ocasiona problemas médicos y psicológicos. Son comunes las sensaciones de vergüenza y aislamiento, pero es posible controlar esta condición entre 70 y 80% de los casos, no sólo con medicación, sino con enseñanza y programas de recuperación biológica.

Debemos dar a conocer en el ámbito general, lo que es la nutrición adecuada a las necesidades del anciano, para una mejor salud física, y también sobre los beneficios y riesgos potenciales de las personas ancianas, al hacer ejercicios físicos. Estudios recientes revelan, por ejemplo, que las personas sedentarias de más de 60 años, que participan en un programa regular de ejercicios físicos, tienen un mejor rendimiento cardíaco y la sangre alcanza niveles de lípidos más favorables.

Como parte de la planificación para el futuro tenemos que encontrar los medios para que los ancianos reciban el tipo de cuidados que necesitan. Es preciso evaluar con exactitud sus necesidades específicas, evitando caer en exceso o defecto en el tratamiento. Cuando surjan problemas complejos de carácter biopsicosocial, deben ser evaluados por un equipo interdisciplinario, para su mejor orientación. Este debe estar integrado por la mayor cantidad de profesionistas posibles, todos ellos capacitados en el campo de la gerontología.

Se requiere en primer lugar, que la atención primaria de la salud sea eficaz, aceptable y de cobertura universal. En otras palabras, la eficacia constituye el principal objetivo, y sus fines son: promocionar, prevenir, curar y rehabilitar. La diferencia entre promoción y prevención consiste principalmente en que, la primera, tiene que ver con la salud y la segunda, con la enfermedad.

Lo que hace falta es la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones, promoviendo el concepto de autosuficiencia, y así sus miembros no se limiten a recibir pasivamente lo que se les entrega, para reducir la situación de dependencia.

Asimismo, es necesario tomar en cuenta las actitudes desfavorables que tiene la sociedad hacia la vejez. En algunos trabajos de investigación se muestra que 24% de la población tiene una actitud desfavorable, 31% neutra y el restante 45%, favorable. La imagen general en una sociedad de consumo, es que los adultos mayores son improductivos.

Para este grupo de personas de la tercera edad que consumen, pero que supuestamente no producen, en la sociedad industrial aparece la Seguridad Social Sistematizada, que apunta básicamente a la supervivencia física, sin considerar al anciano como un ser humano integral.

Se debe trabajar en equipo con una modalidad de trabajo psicodinámico, buscando la independencia del anciano, pensando que es una persona con un cuerpo, una psique, una vida social, un hábitat, etc. Se debe desarrollar la gericultura a través de charlas, cuyos temas sean propuestos y elegidos por los mismos ancianos; así también se logrará su mejor vinculación con su grupo social y su medio familiar. Es de fundamental importancia el trabajo intergeneracional.

Por otra parte, se debe evaluar el grado de salud física, entendiéndose que esa salud no pasa por las partes anatómicas sanas, sino por lo que queda de vitalidad

en el paciente, para que a través del trabajo pueda aprovechar al máximo su capacidad funcional residual, entendiendo que eso es lo que realmente estimula al paciente a seguir viviendo.

Se estima que 2% de las personas mayores de 60 años, practican al menos una vez por semana una actividad física. El objetivo general es la preservación de la autonomía completa de las personas, tanto física como psíquica.

Los ancianos tienen distintos niveles de autonomía, lo que nos lleva a adaptar nuestros objetivos en función de esos niveles

1. Existen ancianos totalmente independientes que viven en sus hogares y son o no socios de algún club. En este caso el objetivo es mantener la actividad física que ya existió.
2. Debemos agrupar a los ancianos, buscando a través de estas estructuras romper un cierto aislamiento; mediante las actividades físicas se pueden difundir las nociones de relación, comunicación, juego, placer, etc.
3. Cuando los impedimentos físicos y psíquicos ganan terreno, las personas al no poder salir, acuden a los auxiliares domiciliarios, enfermeras, kinesiólogos, etc., tratando de recuperar parte de la autonomía perdida.
4. El último paso es el ingreso a una institución. En este caso los objetivos son los mismos que en el punto anterior.

Referentes internacionales para la atención del adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS), se había fijado una meta ambiciosa: Salud para todos en el año 2000. El entonces Director General, doctor Halfdam Mahler, dijo al respecto en 1975: *“Si la cuestión de la salud no comienza a nivel del individuo, del hogar, del lugar de trabajo, de la escuela, nunca alcanzaremos la meta de salud para todos”...*

En la Asamblea de la OMS en 1977, se definió una política de salud aceptada por todos los países y denominada “Salud para todos en el año 2000”. En 1978 en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para lograr ese objetivo era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como: “Atención Primaria a la Salud” (APS). Posteriormente se definieron para la región de las Américas las metas mínimas que debían ser alcanzadas a través de la APS.

La declaración de Alma Ata señala que: “La APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el

país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Como se vio, no se utilizó la estrategia de Atención Primaria de Salud y no hubo salud para todos en el año 2000. Todo aumento significativo del bienestar físico, psíquico o social, dependerá en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismo.

La OMS considera importante la auto-atención de la salud. Esta consiste en lo siguiente:

- La persona cuida de sí misma.
- Las familias se asisten unas a otras.
- Los vecinos y amigos proporcionan servicios a quienes los necesitan.
- Las sociedades elaboran políticas de mejoramiento de la salud, para reducir las causas de las enfermedades.

Reflexiones finales

Se debe debatir sobre los tipos de servicios más adecuados para el anciano, antes de llegar a un acuerdo acerca de la naturaleza del problema que hay que resolver. Los cambios que se producen no se deben exclusivamente al proceso biológico normal del envejecimiento, sino a la combinación de cuatro procesos interrelacionados, que son: a) el envejecimiento biológico normal; b) las enfermedades; c) la pérdida de aptitudes; y d) los cambios sociales que acompañan al envejecimiento (por ejemplo, disminución de los ingresos como consecuencia de la jubilación).

Por tanto, los objetivos de los servicios deben apuntar a:

1. Prevenir la pérdida de aptitudes funcionales.
2. Mantener la calidad de vida.
3. Mantener al anciano en su hogar.
4. Brindar respaldo a la familia del anciano.
5. Proporcionar asistencia de buena calidad a largo plazo.

6. Ayudarlo a ayudarse.
7. Contribuir a que el anciano tenga una vida digna como así también una muerte digna.

Para cumplir con lo anterior es necesario llevar a cabo un conjunto de pautas interrelacionadas entre sí: autoatención; atención informal (amigos, vecinos y familiares); atención domiciliaria y atención institucional (hospitales, clínicas, etc.).

Para lograr una mejor calidad de vida en la salud física de las personas que han entrado en la tercera edad es imprescindible tener en cuenta que es necesario:

- Crear más unidades de geriatría en los hospitales.
- Crear más centros sanitarios barriales de atención primaria con horarios amplios.
- Fomentar el cuidado de la salud y prevención de los accidentes y enfermedades a través de controles periódicos, vacunación, etc., organizando charlas sanitarias, sobre la salud de los ancianos.
- Fomentar la recreación al aire libre, paseos por plazas y parques habilitando baños públicos (muchas de ellas no salen de sus hogares por no contar con un baño disponible en la vía pública).
- Fomentar la gimnasia y el deporte (como una verdadera fábrica de generar salud), mediante los clubes, sociedades de fomento, centros de jubilados, etc.
- Eliminar las barreras arquitectónicas y viales para no entorpecer la deambulación de los ancianos.
- Realizar un programa de salud física, manteniendo la educación permanente a través de los medios de comunicación.

Para finalizar, es importante señalar que debemos conocer algo más acerca de las actitudes hacia la vejez y de aquellas variables sociodemográficas y psicosociales que puedan estar relacionadas con dichas actitudes. Este conocimiento constituye el paso previo para mejorar la postura de la gente hacia la vejez, dado que, los esfuerzos de la medicina para prolongar la vida no tienen sentido por sí solos si no nos esforzamos para mejorar la calidad de vida total al anciano.

El doctor Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la República Argentina y el más grande sanitarista de nuestro país, dijo:

“No basta con dar más años a la vida, es necesario también dar más vida a los años.”
“La salud es demasiado importante como para dejarla sólo en manos de los médicos.”
“Frente a la miseria, el hambre y la marginación, pobres causas de enfermedad son las bacterias y los virus”.

