

DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO SANO *

Dr. Jorge Litvak **

Cuad.Méd.Soc., XXX, 3, 1989./71-81

ABSTRACTS: *The study underlines the significance of the problem of health of people at advanced ages in the framework of morbidity for many countries at this time. It shows the determining factors of healthy ageing and the importance of political developments in a health program dedicated to this group.*

Key Words: AGEING · MORBIDITY · HEALTH POLICY.

INTRODUCCION

El mundo actual es testigo de un aumento impresionante, en términos absolutos y relativos, del número de personas de edad avanzada, y de la proporción de los muy ancianos, especialmente en los países en vías de desarrollo.

La principal causa de muerte ha cambiado en este siglo, en casi todos los países del mundo, de las infecciones agudas y diarreas de la infancia, a las enfermedades del corazón mucho más tarde en la vida. Este solo cambio, en una o dos generaciones, aumenta la expectativa de vida en 20 ó 30 años.

Cambios de esta magnitud limitan nuestra capacidad para comprender e interpretar su significado y menos, para predecir con exactitud el futuro: es un fenómeno social sin precedentes. Las predicciones que ahora hacemos, por lo tanto, sobre los cambios en los perfiles de salud en las próximas décadas, las enfermedades asociadas con el envejecimiento, y su consecuencia sobre las demandas de servicios de salud, representan proyecciones basadas en los conocimientos y las tecnologías actuales, en la intuición y en un poco de suerte.

La revisión del probable escenario de los países en vías de desarrollo en las próximas décadas destaca la importancia de la estrategia de atención primaria en la búsqueda de soluciones adecuadas para los problemas asociados con las transiciones demográficas y epidemiológicas. Particularmente, para obtener un impacto importante en la salud del adulto y del anciano, con el máximo de eficiencia social y de produc-

tividad de los recursos asignados al sector.

En 1980 había en el mundo, 370 millones de personas con más de 60 años. Para el año 2000 las proyecciones son de 590 millones, y para el año 2020, de casi mil millones. Estas proyecciones muestran además que el aumento de este grupo de edad será más evidente en los países en vías de desarrollo: mientras en el año 1980 la mitad de los ancianos vivían en las regiones en desarrollo, la proporción subirá a un 63% en el año 2000 y a un 72% en el año 2025.

El aumento del número de personas de edad avanzada repercute en forma importante en el financiamiento de los servicios de salud y de seguridad social. Las patologías más prevalentes en los adultos y los ancianos son las enfermedades crónicas, que requieren habitualmente de los niveles más complejos y más caros de atención. Por otra parte, uno de los problemas que enfrentan los países en vías de desarrollo para ampliar la cobertura y la estructura de los servicios de salud, es la limitada capacidad de financiamiento, por los restringidos ingresos de los Gobiernos.

En los países de América Latina, por ejemplo, el promedio de todo el producto interno bruto per cápita representa apenas la mitad del gasto en salud per cápita de los Estados Unidos.

El gasto público per cápita en salud promedio de

* Presentado en el Departamento de Salud Pública Colegio Médico de Chile, 18 de octubre de 1989.

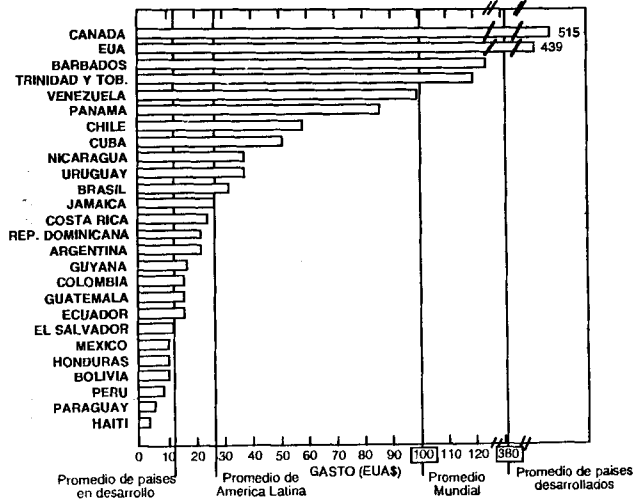
** Jefe Programa de Investigaciones sobre Envejecimiento Organización Mundial de la Salud.

América Latina es apenas un 25% del promedio mundial y el 6% del promedio de los países desarrollados,

con un margen muy amplio desde Barbados hasta Haití. (Gráfico 1).

GRAFICO 1

GASTO GUBERNAMENTAL PER CAPITA EN SAL'JD, POR PAIS Y PROMEDIOS PARA EL MUNDO, PAISES EN DESARROLLO, PAISES DESARROLLADOS Y AMERICA LATINA, 1980



Fuente: Health and the World Economy En. Sociology in medicine, Oxford University Press 1985

Debido a estas restricciones en el financiamiento del sector salud, los países tienden a orientar la producción de servicios hacia la satisfacción de las necesidades básicas y prioritarias para los grupos postergados. Mientras tanto, la rápida evolución de los perfiles de morbilidad y mortalidad y de las variables demográficas, particularmente el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, y el explosivo aumento del número de personas de edad avanzada, está creando la coexistencia de las necesidades habitualmente consideradas básicas, con estas nuevas prioridades emergentes, que son de igual importancia en cuanto a su trascendencia, pero que requieren soluciones técnicas de alto costo.

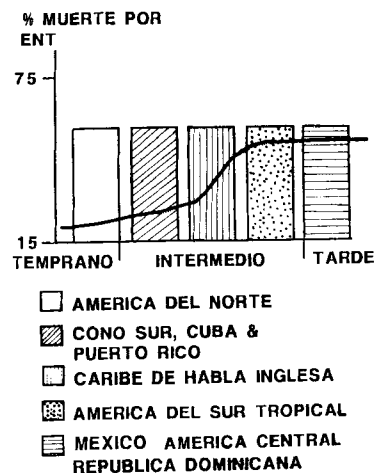
Para estos fines, los sistemas de prestación de servicios deben ampliar su cobertura de los niveles básicos e intermedios sin truncar la pirámide, y para ellos la atención primaria y sus componentes parecen ser la estrategia que permite permear todos los niveles de complejidad con el máximo de eficiencia y de productividad de los recursos.

En términos de perfiles de salud, los países en vías de desarrollo muestran también una heterogeneidad. En los países de América Latina y el Caribe por ejemplo, los patrones de mortalidad y morbilidad son bastante diferentes. Sin embargo, según pasan por distintas fases de desarrollo, en una u otra medida to-

dos parecen estar encaminados hacia las condiciones de salud que prevalecen en América del Norte y Europa. Se puede prever que las tendencias de la mortalidad proporcional por enfermedades no transmisibles se ajustarán aproximadamente a una curva sinusoidal o en "forma de S", en la cual hay tres fases definidas. (Gráfico 2).

GRAFICO 2

TENDENCIA DE LOS PERFILES DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA REGION, ALREDEDOR DE 1980.



En la primera fase, la mortalidad por enfermedades no transmisibles es baja y sólo aumenta paulatinamente; la población es relativamente joven, con un alto índice de natalidad, baja expectativa de vida y una carga relativamente pesada de mortalidad infantil y de enfermedades transmisibles. En la segunda fase, la proporción de defunciones por enfermedades no transmisibles se encuentra en un nivel intermedio y se incrementa con rapidez; el promedio de edad de la población aumenta a medida que disminuyen los índices de natalidad, se eleva la esperanza de vida y se controlan las causas de la mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles. En la tercera fase, la proporción de muertes por enfermedades no transmisibles es relativamente alta y asciende con menos rapidez hacia una asíntota. Esta tercera fase se manifiesta en poblaciones con una esperanza de vida alta, índices de natalidad bajos y niveles bajos y estables de mortalidad infantil y la causada por enfermedades

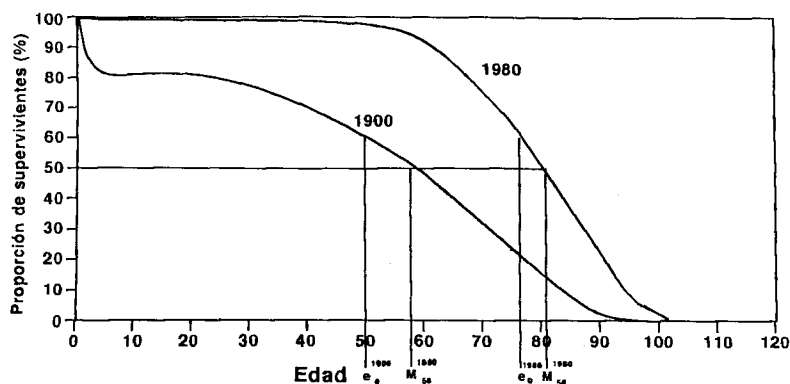
transmisibles. En una población de esta última categoría, se podría esperar que la mortalidad proporcional causada por enfermedades no transmisibles mostrara toda la tendencia secular en forma de "S", si se registraran datos suficientes, por ejemplo los correspondientes a este siglo.

Otra manera de expresar estas transiciones es a través de las tablas de mortalidad, que se derivan de la probabilidad de fallecer, en los diversos grupos de edad, y se expresan como curvas de supervivencia.

La curva de supervivencia de las mujeres en los Estados Unidos en 1900, representa esa fase temprana de la "transición epidemiológica", con una mortalidad considerable en el primer año de vida, una mortalidad importante durante los años intermedios y un aumento gradual en los últimos años. En 1980, en cambio, la curva muestra una mortalidad baja hasta la rápida aceleración en las edades avanzadas. (Gráfico 3).

GRAFICO 3

CURVAS DE SUPERVIVENCIA DE MUJERES NACIDAS EN LOS EUA EN 1900 Y 1980



e^{1900} y e^{1980} son las esperanzas de vida al nacer para mujeres en 1900 y 1980, respectivamente
 M_{50}^{1900} es la edad a la cual podía esperarse que sobrevivieran 50% de las mujeres sujetas a los riesgos de defunción de 1900
 M_{50}^{1980} es la edad a la cual puede esperarse que sobrevivan 50% de las mujeres sujetas a los riesgos de mortalidad de 1980

Si se observa la curva de supervivencia y mortalidad correspondiente a 1980 con la curva de morbilidad, obtenida de datos de registros de morbilidad específica por edad, se observa el impacto de las enfermedades no transmisibles del adulto y el anciano en el número de años que se espera vivir sin enfermedades después del nacimiento. (Gráfico 4).

Para completar la descripción del estado de salud de la población de edad avanzada, es preciso agregar

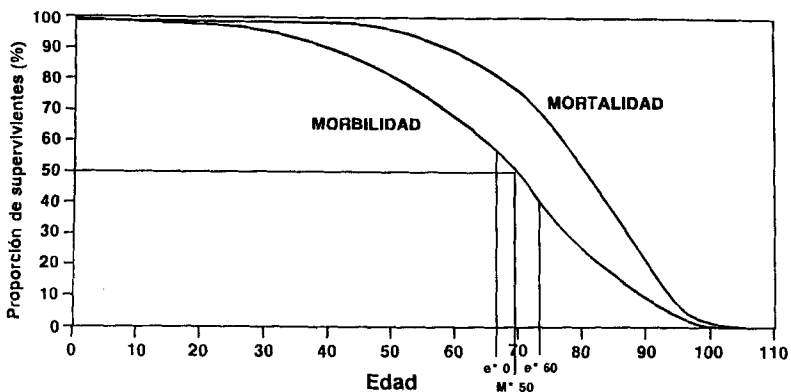
otro componente a la curva de supervivencia. Este componente representa la pérdida de la capacidad funcional (pérdida de la autonomía), que acompaña a la edad avanzada. (Gráfico 5). Incluyendo este componente, es posible relacionar la edad en que se pierde la autonomía con la morbilidad y la mortalidad en la población de edad avanzada. Teóricamente, es posible que una persona viva sin enfermedades de manera totalmente autónoma, hasta su muerte

"natural", por senectud biológica. De esta manera, la curva teórica de supervivencia puede llegar a ser

rectangular, con toda la cohorte de la población moviéndose hacia el punto de la máxima edad al morir.

GRAFICO 4

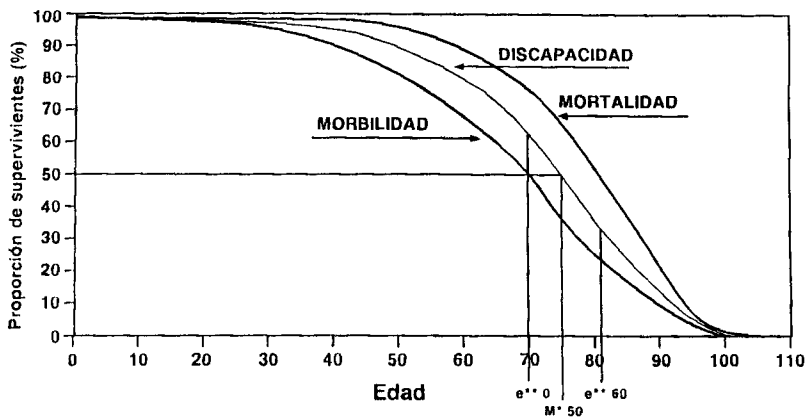
MORTALIDAD OBSERVADA Y CURVAS HIPOTETICAS DE SUPERVIVENCIA A LA MORBILIDAD CORRESPONDIENTES A MUJERES NACIDAS EN EUA EN 1980



e_0^* y e_{60}^* indican el número de años de vida exenta de enfermedades que se espera al nacer y a los 60 años de edad. M_{50}^* es la edad a la cual puede esperarse que 50% de las mujeres vivan exentas de enfermedades.

GRAFICO 5

MORTALIDAD OBSERVADA Y CURVAS HIPOTETICAS DE SUPERVIVENCIA A LA MORBILIDAD E INCAPACIDAD DE MUJERES NACIDAS EN EUA EN 1980



e_0^{**} y e_{60}^{**} indican el número de años de vida autónoma que se espera al nacer y a los 60 años, respectivamente. M_{50}^{**} es la edad a la que puede esperarse que 50% de las mujeres sobrevivan sin pérdida de la autonomía.

que actualmente se observa. (Gráfico 6). La curva de supervivencia de la morbilidad y de la discapacidad se aproximarían entonces a la curva de supervivencia de mortalidad. El número de años de vida esperado sin enfermedades ni discapacidades llegaría a ser casi idéntico al de la esperanza de vida.

Este concepto implica que la curva de supervivencia se hace progresivamente más rectangular a medida que se eliminan causas de mortalidad prematura. Implica que la duración total de la vida humana tiene un límite biológico, y que puede haber muerte sin enfermedad.

El desafío parece estar entonces en lograr una vida lo más larga posible, pero autónoma y activa. En agregar a la vida años independientes y sin limitaciones funcionales.

Naciones Unidas ha fijado la edad de 60 años como el comienzo de la vejez. Sin embargo, nadie llega a viejo, de repente, al cumplir 60 años. El envejecimiento tiene una connotación biográfica, dinámica. Es la acumulación continua de una serie de procesos sociales, conductuales y biológicos que se expresan, en

una serie de transiciones, del estado de salud hasta la muerte.

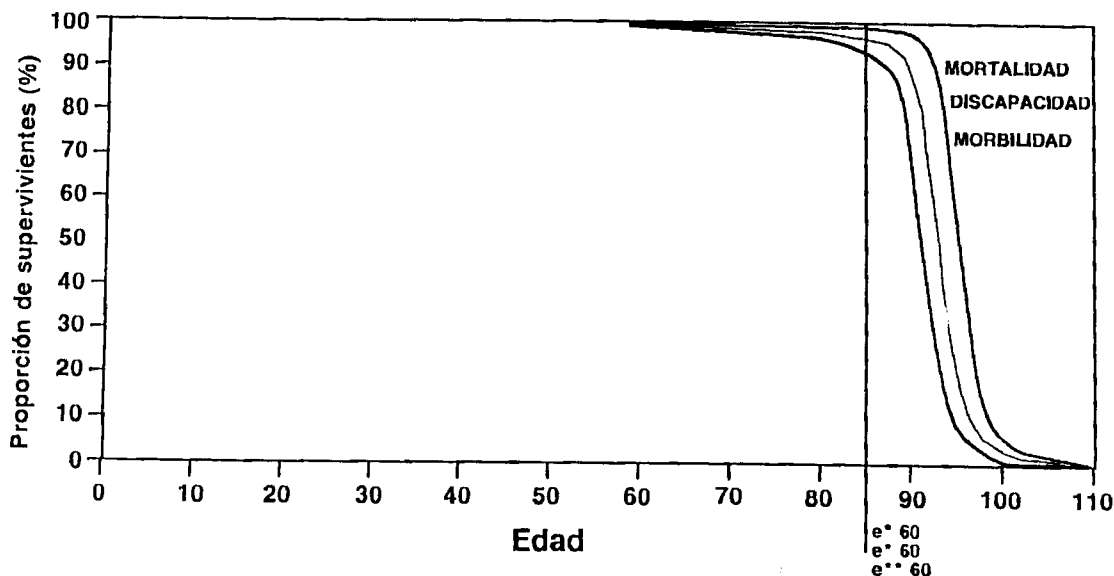
En el curso de este proceso, es posible pasar por grados variables de morbilidad y de pérdidas funcionales que limiten la autonomía. (Gráfico 7). La conservación de la autonomía, en un sentido multidimensional, que incluya no sólo la salud, sino que también una dimensión social y económica es la principal meta del envejecimiento sano.

Varios factores influyen en esta transición: algunos protegen la conservación de la autonomía y otros la deterioran. Las investigaciones que han ido identificando estos factores, han contribuido extraordinariamente en el último tiempo a la planificación de políticas y programas, destinados a lograr un envejecimiento lo más sano y activo posible.

Estos factores se relacionan con una serie de disciplinas que de una u otra manera tienen que ver con las transiciones del estado de salud en el proceso de envejecimiento, factores biomédicos, conductuales, psicosociales, económicos y ambientales.

GRAFICO 6

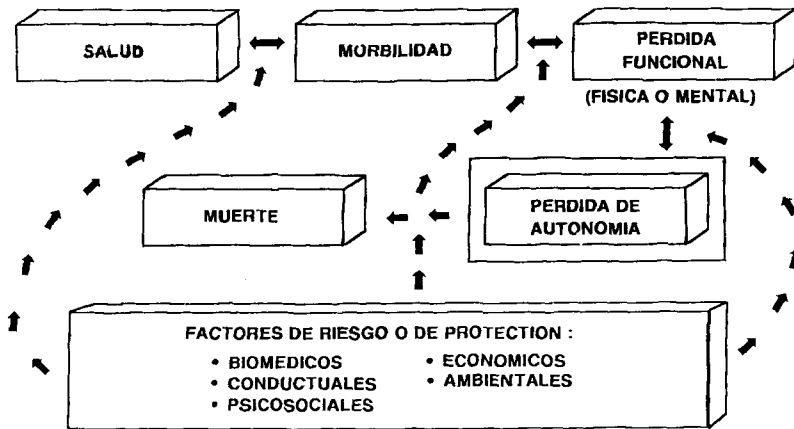
MORTALIDAD "RECTANGULADA" Y CURVAS HIPOTETICAS DE SUPERVIVENCIA DE LA MORBILIDAD Y DISCAPACIDAD EN POBLACION " SIN MORTALIDAD PREMATURA"



e_{60}^* y e_{60}^{**} indican la esperanza de vida a los 60 años, y el número de años de vida exenta de enfermedad y de discapacidades, respectivamente

GRAFICO 7

TRANSICIONES DEL ESTADO DE SALUD EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO



FACTORES BIOMEDICOS.

Los factores intrínsecos, genéticos, juegan un papel importante en la determinación del potencial máximo de sobrevivencia. Sin embargo, es en la regulación de ese potencial donde los factores extrínsecos desempeñan un papel fundamental. Estos influyen no sólo en la expectativa de vida, sino que en la calidad de la transición hacia el envejecimiento. La incidencia de la enfermedad coronaria por ejemplo, aumenta con la edad, y se considera dependiente del proceso de envejecimiento intrínseco. Sin embargo, su estrecha asociación con los estilos de vida y otros factores de riesgo extrínsecos han permitido modificar sustancialmente los años de vida perdidos por esta causa.

Las enfermedades guardan en general una estrecha asociación con la edad: 1) algunas enfermedades se relacionan con un grupo determinado de edad, y 2) otras enfermedades son directamente dependientes del envejecimiento.

Las enfermedades relacionadas con un grupo determinado de edad ocurren en un período específico de la vida, después del cual la frecuencia de esas enfermedades disminuyen o se mantienen en niveles bajos. Algunas enfermedades neurológicas corresponden a este tipo. La esclerosis lateral amiotrófica, por

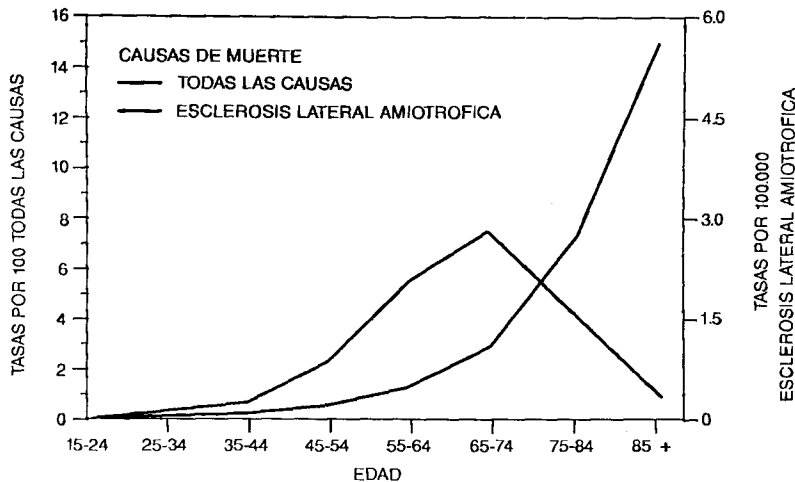
ejemplo, rara vez se presenta antes de los 40 años de edad y excepcionalmente aparecen casos nuevos después de los 55-60 años. La esclerosis múltiple y la esquizofrenia tienen patrones similares, e incluso recientes estudios epidemiológicos sugieren que la incidencia del cáncer declina después de los 85 años de edad. (Gráfico 8).

Las enfermedades dependientes del envejecimiento, en cambio, son aquellas asociadas al envejecimiento del huésped, y por lo tanto sus tasas de morbilidad, incapacidad y mortalidad siguen la curva de crecimiento exponencial de las tasas de mortalidad específicas para la edad. La más representativa de estas enfermedades es la enfermedad coronaria, cuya tasa de mortalidad es paralela a la curva de mortalidad por todas las causas. La presbicia y la diabetes tipo II corresponden también a este grupo, como lo son también las fracturas de cadera producidas por la osteoporosis, y la Enfermedad de Alzheimer.

Las enfermedades dependientes del envejecimiento, junto con los factores sociales y económicos que también dependen del envejecimiento, constituyen la principal causa de discapacidad y pérdida de autonomía de los ancianos. La autonomía, desde esta perspectiva multidimensional, es una buena medición del estado de salud de los ancianos.

GRAFICO 8

TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS SELECCIONADAS POR GRUPOS DE EDAD, 1978



Fuente: National Center for Health Statistic Vital Statistics of the United States. Volume II Mortality, Part A 1978

FACTORES CONDUCTUALES.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades asociadas con el envejecimiento es la gran tarea para los países que aún están a tiempo de hacerlo, particularmente en las regiones en desarrollo. La aplicación de las ciencias de la conducta a la promoción de estilos de vida más sanos se perfila como el próximo gran desafío para la salud pública. Se requerirán nuevas estrategias para orientar la planificación de la salud a largo plazo y poner en práctica las medidas que sean necesarias en poblaciones tan heterogéneas como las que integran los países en vías de desarrollo. El hecho concreto es que para muchos países las enfermedades crónicas constituyen un problema emergente que se puede prever y quizás evitar mediante actividades concretas de prevención primordial.

Una reciente revisión del estudio longitudinal de Alameda County, en California, identificó algunos factores predictores de un envejecimiento más sano. El estado de salud fue definido por el grado de capacidad física, particularmente para desarrollar las actividades habituales de la vida diaria. Los siguientes factores mostraron un alto peso predictivo de autonomía: normotensión, no ser fumador, peso normal, consumo moderado de alcohol y un nivel satisfactorio de ingre-

so económico del grupo familiar, estrechamente ligado al acceso a los servicios de salud.

Manton y sus colaboradores de la Universidad de Duke acaban de publicar un estudio sobre factores de riesgo y expectativa de vida, utilizando los datos del estudio de Framingham y un modelo de simulación computarizada. Los resultados demuestran que un hombre, a los 30 años de edad, puede aumentar su expectativa de vida en más de 15 años (de 74 a casi 90 años de edad), si elimina los factores de riesgo mayores, tales como el cigarrillo, la hipercolesteremia, la hipertensión y la obesidad.

Los cambios en los estilos de vida, dirigidos a reducir la prevalencia de los factores de riesgo para muchas de las enfermedades asociadas con el envejecimiento pueden influir sobre la edad de comienzo de esas enfermedades. Cualquier atraso en esa edad de comienzo puede tener un efecto importante en las tasas de incidencia. Es el caso, por ejemplo, de la osteoporosis y las fracturas de cadera. En los Estados Unidos se producen alrededor de 200.000 fracturas de cadera al año. Las tasas de incidencia de estas fracturas aumentan exponencialmente en la mujer desde los 40 años, doblando las cifras cada 5-6 años. La osteoporosis, a su vez, progresa en forma similar desde los 20 hasta los 90 años de edad. Si las investigaciones sobre los mecanismos de mineralización del

hueso nos señalan cómo demorar el proceso de osteoporosis en sólo 5 años, las tasas de fractura de la cadera pueden teóricamente disminuirse en un 50%. La postergación de la edad de comienzo de otras enfermedades, como la Enfermedad de Alzheimer, puede producir un impacto similar en su morbilidad y mortalidad. A lo mejor, la búsqueda de estas soluciones puede llevar a la meta ideal de postergar la edad de aparición de las enfermedades asociadas con el envejecimiento hasta más allá de la edad de la muerte.

FACTORES PSICOSOCIALES.

Una gran cantidad de investigaciones efectuadas en los últimos 10 años han destacado los efectos negativos que tiene la pérdida del control y la autonomía en las decisiones de la vida diaria sobre la calidad de la vida en el envejecimiento, en un sinnúmero de dimensiones fisiológicas y conductuales. Los ancianos, son más vulnerables a esta pérdida del control y la autonomía por discapacidad física, deterioro económico y desajustes en el núcleo social y familiar.

Uno de los fundamentos básicos de las políticas para la atención de los ancianos es la promoción del concepto de autoayuda y de la participación de la familia y de la comunidad como alternativas a la institucionalización. Al menos tres estudios epidemiológicos en los Estados Unidos, en California, Michigan y Carolina del Norte, han demostrado que los ancianos que cuentan con una red de apoyo de familiares y amigos tienen un menor riesgo relativo de muerte, y un mayor nivel de satisfacción y de ajuste a la vejez. Es probable que en la relación que existe entre el sistema nervioso central y el sistema inmunológico, los efectos psicológicos favorables producidos por el apoyo familiar y social, protejan contra el deterioro inmunológico del envejecimiento.

Por el contrario, la interrupción de este apoyo tiene un efecto negativo importante. Dos acontecimientos que han sido estudiados con algún detalle son la viudez y el cambio de la residencia habitual. Las tasas de mortalidad específicas por edad en los viudos son más altas que en los casados, y en el viudo más que en la viuda. Varios estudios longitudinales han demostrado que la máxima mortalidad se alcanza en los primeros seis meses después de la viudez (40% de exceso de mortalidad), y se nivela alrededor de los cinco años. No cabe ninguna duda que la dependencia del hombre anciano del apoyo físico y emocional de

la esposa, es mucho mayor que la dependencia que la mujer tiene del marido.

El cambio de residencia habitual es también un importante factor de riesgo para el anciano. Minkler distingue el cambio de una residencia a otra en la comunidad, del cambio de una residencia a una institución para ancianos. Mientras los primeros pueden producir un aumento de la morbilidad, expresada en el número de consultas médicas, la institucionalización ha demostrado consistentemente una mayor mortalidad, especialmente en los primeros seis meses después del cambio de la residencia habitual.

FACTORES SOCIOECONOMICOS

Existe una gran cantidad de información sobre la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la probabilidad de vivir hasta edades avanzadas en un nivel de salud aceptable. Los grupos de población con un menor nivel socioeconómico y con un menor nivel educacional, tienen tasas más altas de incidencia y prevalencia de las enfermedades más importantes, un mayor riesgo de morir por esas causas, y tasas más altas de letalidad. La expectativa de vida a los 25 años de edad de individuos con menos de cuatro años de educación es 7% menor en los hombres y 20% en las mujeres, comparadas con aquellos que han completado la educación secundaria. Los estudios de función cognitiva en los ancianos han identificado también consistentemente el bajo nivel educacional como un factor de riesgo importante en el deterioro de dicha función.

Se ha estudiado mucho la calidad de la vida del jubilado, comparada con la del que se mantiene activo en el trabajo hasta edades avanzadas. Esta comparación tiene poco sentido en aquellas sociedades pobres y especialmente agrícolas donde no existen posibilidades de acogerse a una jubilación satisfactoria y donde los ancianos trabajan hasta cuando pueden. Datos recientes de Perú y México, por ejemplo, muestran que el 64% y el 69% respectivamente de los hombres de más de 65 años forman parte de la fuerza de trabajo, comparado con el 17% en los Estados Unidos. En los niveles socio económicos más altos, el problema se relaciona en gran medida con los aspectos sociales de pérdida de status y de objetivos en la vida, que constituyen una causa importante de daños psicológicos, particularmente de depresión. Los altos índices de dependencia económica de la población de más de 65 años ejercen un efecto considerable sobre la capaci-

dad de la sociedad para proporcionar servicios sociales y de salud y pensiones de vejez adecuados. La participación de los ancianos en la vida económica, en cambio, fomenta la autonomía y reduce la necesidad del apoyo de la familia y de la comunidad. El problema de la mujer de edad avanzada es en este sentido motivo de especial preocupación, porque ésta tiene una menor posibilidad de mantener una autonomía económica y tiene más probabilidades que el hombre de quedar sola.

La cobertura de los servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe no es satisfactoria. A comienzo de la década del setenta, alrededor del 40% de la población no disponía de ningún tipo de servicios para el cuidado de su salud. Esta situación no ha cambiado mucho en la presente década. Por esta razón, los grupos humanos a los que se ha concedido una mayor prioridad en relación con la cobertura de servicios de salud han sido los habitantes marginados de las zonas rurales, las poblaciones marginales urbanas, las madres y los niños. La atención del adulto, y particularmente del anciano, ha sido descuidada, a pesar de los acelerados cambios epidemiológicos y demográficos. La falta de acceso a los servicios de salud, de programas de promoción de la salud y de prevención de daños y discapacidades han sido identificados en todos los estudios epidemiológicos longitudinales como uno de los principales factores de riesgo para lograr un envejecimiento sano.

FACTORES AMBIENTALES

La vivienda apropiada reduce la necesidad de establecer instituciones para los ancianos. El hacinamiento de familias multigeneracionales en viviendas inadecuadas, así como el aislamiento, al alterar las relaciones de la familia tradicional, constituyen una causa importante de depresión.

Para los que todavía están empleados, el ambiente de trabajo adquiere especial importancia. Los vapores y los gases, el exceso de calor y el saneamiento deficiente son factores de riesgo para las personas de edad avanzada que padecen enfermedades cardiovasculares o pulmonares crónicas. Un riesgo semejante se presenta cuando se elevan sustancialmente las concentraciones de la contaminación atmosférica.

Los ancianos son particularmente vulnerables a las deficiencias de la planificación ambiental y de medidas adecuadas de seguridad en el tránsito. Los acci-

dentos fuera del hogar constituyen en ellos una causa importante de morbilidad y mortalidad. Los pavimentos y la iluminación deficientes son causas de caídas, mientras que su menor agilidad y el tiempo insuficiente que se deja a los peatones en los cruces aumentan el riesgo de accidentes de tránsito.

La Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud aprobó en 1979 la primera resolución relacionada con la atención de los ancianos. En ella se destacó la necesidad de integrar los servicios para los ancianos en la atención primaria de salud. Se incorporaron, de esta manera, elementos de gran trascendencia relacionados con los componentes de esta estrategia a la definición de políticas para la atención de la población de edad avanzada: la extensión de la cobertura de los servicios, reordenados por niveles de complejidad y regionalización; equidad, oportunidad y eficiencia de los servicios; promoción de la salud y participación de la comunidad; cooperación multisectorial y cooperación internacional.

El Comité Asesor de Investigaciones de la OMS, reconoció posteriormente que la deficiencia de los programas nacionales relacionados con la salud de los ancianos se debe en gran medida a la carencia de datos demográficos y epidemiológicos, así como de otras fuentes de informaciones necesarias para readecuar los servicios sociales y de salud, y definir las políticas y los programas de acuerdo con la situación de cada país.

Esta necesidad de generar una información adecuada llevó a este comité a recomendar la creación de un programa internacional de investigaciones sobre el envejecimiento, el cual fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1987. Este programa inició sus actividades en Enero de 1988 en el Instituto Nacional sobre Envejecimiento de los Estados Unidos, por un convenio firmado entre la OMS y los Institutos Nacionales de Salud de este país.

El Programa identificó cuatro prioridades iniciales: determinantes del envejecimiento sano, demencias asociadas con la edad, osteoporosis y cambios inmunológicos asociados con el envejecimiento.

En esta oportunidad haremos mención solamente a la primera prioridad identificada por el programa, que se refiere a los determinantes del envejecimiento sano. Para estos fines, se está iniciando una investigación colaborativa interpaíses y multicultural sobre los factores que influyen en uno u otro sentido la transición entre salud, morbilidad y discapacidad en el

proceso de envejecimiento, en diferentes áreas geográficas, con el fin de generar información sobre los factores protectores de la autonomía que permitan desarrollar políticas y programas basados en hipótesis generadas y probadas en cada realidad. (Gráfico 9).

GRAFICO 9

DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO SANO

• ESTUDIO MULTINACIONAL SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO O DE PROTECCION DE LAS TRANSICIONES DEL ESTADO DE SALUD EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON EL FIN DE :

- COMPRENDER MEJOR EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO
- IDENTIFICAR FACTORES SUSCEPTIBLES DE INTERVENCION
- REORIENTAR LOS SERVICIOS DE ATENCION AL ANCIANO
- DEFINIR POLITICAS Y PROGRAMAS

• POSIBLES PAISES PARTICIPANTES

- FRANCIA, HOLANDA
- COSTA RICA, INDONESIA, ISRAEL, ZAMBIA

Los principales objetivos del proyecto son: a) identificar los factores que modulan las transiciones entre los diferentes estados de salud en el proceso de envejecimiento, y la progresión de los cambios funcionales asociados con el envejecimiento; b) obtener información sobre incidencia y prevalencia de morbilidad asociada con el envejecimiento y los factores de riesgo relacionados con ella, que puedan tener una aplicación en la planificación de servicios y en las medidas de prevención; y c) generar hipótesis en relación con estos objetivos que puedan tener validez en los diversos países participantes en la investigación.

El proyecto es básicamente un estudio longitudinal, que se efectuará en varios países, desarrollados y en vías de desarrollo, y que utilizará instrumentos estandarizados para resolver tales hipótesis, todas ellas relacionadas con los factores biomédicos, conductuales, psicosociales, económicos y ambientales y que influyen de una u otra manera en las transiciones del estado de salud en el envejecimiento.

En resumen, la necesidad de generar políticas y programas para atender las necesidades de los adultos y los ancianos debe estar necesariamente ligada al estudio y al análisis de la magnitud de sus problemas de salud y al establecimiento de métodos de atención integrados en los servicios sociales y de salud, a fin de asegurar la continuidad y la calidad de la atención. La investigación sobre la situación y las necesidades de las personas de edades más avanzadas en cada

país es en consecuencia, una necesidad básica para la definición de tales políticas y programas. En último término, es el escenario demográfico, social, cultural y económico de los países en vías de desarrollo el que influirá de una u otra manera en el estado de salud de esta población. Las investigaciones inter-países y multiculturales tendientes a generar algunas hipótesis básicas relacionadas con los determinantes del envejecimiento sano, como las que está desarrollando la OMS, agregarán a su vez importantes componentes de intervención.

La atención primaria de salud parece ser la principal estrategia para satisfacer las crecientes demandas de atención de la población adulta y anciana, particularmente a través de cuatro de sus componentes:

1) Promoción de la salud y prevención de las enfermedades asociadas con el envejecimiento, con la promoción y desarrollo de programas de acción comunitaria.

2) Desarrollo de la atención integral del adulto y el anciano en los servicios generales de salud, y promoción de investigaciones operacionales para mejorar el conocimiento sobre la disponibilidad y evaluación de los servicios para la atención de los ancianos y para reorientar la atención institucional.

3) Promoción del concepto de autoasistencia y de la participación de la familia y de la comunidad como alternativas para la institucionalización en la asistencia del anciano.

4) Desarrollo de investigaciones epidemiológicas transversales y longitudinales que proporcionen las informaciones sociales, económicas y culturales necesarias para el análisis crítico del sector salud, con el fin de adecuarlo a problemas emergentes como el del envejecimiento de la población. No obstante la clara responsabilidad nacional en el desarrollo de la tecnología y la investigación, estas requieren una vinculación estrecha entre países. Dicha cooperación y el acopio y difusión de información sobre el desarrollo de metodologías y pautas tendrá un efecto multiplicador y facilitará el tratamiento sistemático individual y por conjunto de países, para la identificación de problemas que les son comunes y sus soluciones posibles.

Es en este espíritu de respeto por los más altos valores humanos y el deseo de demostrar solidaridad con todos los miembros de la familia humana, incluyendo también al anciano como un grupo prioritario, que la Organización Mundial de la Salud desea que sea realidad el slogan "agregar vida a los años" y no

solamente "años a la vida". Al señalar este desafío, la OMS y sus gobiernos miembros enfrentan un riesgo y una esperanza. El riesgo es que la situación de los ancianos se haga cada vez peor si no se hace nada. Si los gobiernos actúan sólo como simples testigos del envejecimiento de sus poblaciones, los países en vías de desarrollo terminarán por inundarse de ancianos en-

fermos y discapacitados. La esperanza es que con la colaboración de las agencias nacionales e internacionales, y las comunidades académicas de todo el mundo, se encuentre un camino para agregar vida a los años, y no para vivir, como en el libro de Gabriel García Márquez, cien años de soledad.