

Los desafíos de la geriatría en el siglo XXI

Ocampo-Alfaro M. de J.

Médico internista Geriatra, jefe del departamento de Geriatría y Clínica de memoria del Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud. Jalisco.

La explosión demográfica del siglo XX dà origen a la implosión geriátrica en el siglo XXI.

Las sociedades actuales muestran dos tendencias en relación al proceso de envejecimiento: por un lado existe un incremento en la esperanza de vida y por otro el incremento en el número de sujetos envejecidos. Esto genera una necesidad incrementada de servicios en atención a la población envejecida no solo en el ámbito de la salud, sino de la seguridad social, empleo, vivienda, educación, servicios sociales ante una sociedad que poco a poco va transformándose, abandonando viejas creencias sobre la vejez y permitiendo la inclusión social de este grupo etáreo tan desprotegido.¹

Según el índice Global de Envejecimiento (2015) hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en el mundo, lo que representa el 12 por ciento de la población mundial, se espera que en el año 2050, 8 de cada 10 personas sea de 60 años y más.²

Y es que el envejecimiento poblacional mundial es un proceso inevitable que se está produciendo tanto en países desarrollados como no desarrollados y es en estos últimos donde mayor impacto se está produciendo constituyendo desafíos y situaciones de desventaja a los organismos encargados de garantizar que la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que los sujetos envejecidos puedan participar en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos ante una sociedad incluyente. Este es el gran reto de la cobertura universal de salud y seguridad social.²

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo, 2016) se espera que para 2030, en el país, la población de 60 años o más alcance 14.8 por ciento del total; el índice de envejecimiento crecerá pues se pronostica que habrá 63 personas en este rango por cada 100 menores de 15 años. Asimismo, en cuanto al índice de dependencia se esperan

24 adultos mayores por cada 100 en edad económicamente activa.³

Sabemos que el proceso de envejecimiento definido como una disminución de la capacidad funcional biopsicosocial del ser humano, el deterioro biológico se manifiesta en enfermedad. El proceso de envejecimiento es universal, inevitable, constante, individual y heterogéneo, este decline fisiológico será a partir de los 30 años de edad y es necesario resaltar que el desarrollo sigue presente y el permitir un normal o un acelerado proceso de envejecimiento dependerá del estilo de vida. Es importante reconocer que no tenemos en la actualidad estudios que nos hablen de factores biológicos predictivos de pérdida de la funcionalidad que nos permitan implementar estrategias para retardar este proceso, de igual manera desconocemos aún como incrementar la reserva funcional en el envejecimiento temprano (50-70 años) y como prevenir el decline o recuperar funcionalidad en el envejecimiento tardío (70 años o más),¹ el geriatra deberá buscar incrementar la resiliencia de los adultos mayores y reducir la presentación de fragilidad.⁴

Como alternativa ante el señalamiento de Ernest Gombrich⁶ la multiplicación de la población mundial es una catástrofe, un desastre y no sabemos cómo atajarla⁷ hoy sabemos que derivados de la transición epidemiológica y demográfica tenemos ciertamente una creciente población envejecida y longeva y que enfrenta grandes desafíos en varios frentes y que deben ser conocidos por el gerontogeriatra.⁵

Pobreza: es la mayor amenaza para que los adultos mayores logren mejorar su calidad de vida ya que sus riesgos más temibles son pobre control de enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones, generación de dependencia y aparición de maltrato cuyo origen fundamentalmente es al seno de la familia y posteriormente en la exclusión en las políticas de erradicación de la pobreza al considerarlos una carga económica.

Empleo: al ser excluidos los adultos mayores del ámbito laboral se garantiza un envejecimiento inseguro, sin seguridad social.

Atención Sanitaria: como sabemos urgen nuevas políticas para adaptar los actuales modelos asistenciales así como diseñar aquellos más apropiados acorde a las necesidades de este grupo social. Debe realizarse un énfasis en la intervención precoz de las enfermedades, la inter y multidisciplinariedad, promoción de la salud, prevención y tratamiento adecuado de las enfermedades, asistencia comunitaria, atención primaria, que constituyen el fundamento de la atención gerontogeriátrica.⁶ Formación de recursos humanos especializados en atención de este grupo, en los cuales se implemente y participe en actividades de investigación y utilizar estrategias mediante las cuales se capacite a otros profesionistas y especialistas en realizar valoración integral geriátrica, toma de decisiones, planificación avanzada y sensibilización para la atención de un grupo vulnerable.⁷ Este proceso es llamado Geriatrización el cual permite ajustar la atención sanitaria que se brinda en los servicios tanto comunitarios como hospitalarios de acuerdo con las necesidades crecientes de la población que envejece, utilizando las estructuras y tecnología ya instaladas, lo que trae aparejada una gran dosis de capacitación continuada del personal que ahí labora y que incluye a los profesionales, técnicos y los auxiliares. La Organización Mundial de la Salud considera que todos los profesionales sanitarios deberían recibir formación sobre las cuestiones relacionadas con el envejecimiento.³

La formación de geriatras, es decir, especialistas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades propias de los adultos mayores de acuerdo al indicador no cumple a nivel nacional por lo que este proceso constituye otro desafío para el siglo XXI. Pese a que el Consejo Mexicano de Geriatría ha certificado mas de 400 geriatras en México no existen suficientes geriatras para cubrir las demandas en México ya que de acuerdo al indicador a un geriatra le corresponderían 22,000 adultos mayores en comparación en la Unión Americana, La Sociedad Americana de Geriatría señala un indicador de un geriatra por cada 2,500 personas envejecidas.¹¹

Otras estrategias incluirán el desarrollo de políticas que fomenten el apoyo económico, nuevas líneas de investigación sobre el proceso de envejecimiento, salud y discapacidad.⁸

Hospitalización: Como ya se señaló existe una escasa oferta de servicios geriátricos que brinda el sector

público, los hospitales destinados a la atención de agudos en pacientes geriátricos son mínimos y el número de camas en el Sistema Nacional de Salud para este grupo etáreo no llegan a las 200, la mayor parte (77%) se encuentran en la Secretaría de Salud y 18 por ciento en el Instituto Mexicano del Seguro Social.⁸ Como resultado de la discapacidad, enfermedades crónico degenerativas y demenciales-envejecimiento se hace evidente la necesidad de contar con mayor apoyo de la familia o un cuidador. Las acciones de ambas no podrán sustituir a los sistemas de protección necesarios.

Discriminación: La discriminación está caracterizada por los atributos negativos de la improductividad, la ineficiencia, la enfermedad y la decadencia general, y en áreas de educación, vivienda, laboral. Así entonces, el envejecimiento lejos de verse como una etapa natural dentro del ciclo de vida, se liga a un proceso lleno de amenaza y degradación, por lo cual dicha condición no es esperada con felicidad.³ Suele ser una práctica habitual la discriminación por género así como por estereotipos negativos. Tal parece que el rostro de la vejez en México es femenino, vivir en pobreza, en soledad, analfabeta y con menor acceso a la cultura y adelantos tecnológicos.

Servicios Sociales: claramente insuficientes y debe pugnarse por una coordinación de los servicios sanitarios y sociales. El adulto mayor recluído en casa, con obstáculos para acceder a la atención primaria o pacientes terminales quienes deben contar con una evaluación geriátrica integral.

Educación: la población geriátrica mantiene un porcentaje elevado de analfabetismo y existe una correlación negativa de ésta con la salud como lo demuestra la encuesta en salud de adultos mayores (SABE). La ventaja de proporcionar educación permanente a todas las edades es notoria.⁵

El rol que juega la Geriatría en este siglo XXI tiene que ver con el conocimiento del cambio demográfico, que aun cuando la esperanza de vida se ha incrementado de forma sustancial ya que los mexicanos que cumplen hoy 60 años de edad tendrán una esperanza de vida de 22 años de los cuales solo 17.3 los vivirán en buen estado de salud ya que la pérdida de la funcionalidad y calidad de vida y bienestar estarán presentes,⁸ que el abanico de procesos crónico degenerativos se amplía y los eventos cardiovasculares, metabólicos y sus complicaciones contribuirán a la mayor mortalidad; que el estilo de vida saludable es fundamental para atenuar los embates del envejecimiento y la presentación de los grandes síndromes geriátricos tales como fragilidad,

trastorno neurocognitivo mayor (demencia, DSM V), riesgo nutricio, caídas, que requieren de un abordaje especializado por personal altamente capacitado, ético y con formación humanista.

El geriatra del siglo XXI ha incorporado a su valoración integral el concepto de calidad de vida, esta expresión fue usada por primera vez por el presidente de Estados Unidos, Lyndon Johnson en 1964 en un discurso acerca de los planes de salud. En este sentido, por calidad de vida se entiende: una expresión ligada a múltiples factores, tanto objetivos como subjetivos, con el bienestar y la satisfacción por la vida y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada con su propia experiencia, su salud y su grado de interacción social y ambiental.³

La calidad de vida se incorpora como herramienta para la evaluación de las necesidades de los adultos mayores y sus niveles de satisfacción, la evaluación de resultados de programas y servicios, la dirección y guía en la provisión de estos servicios que como sabemos existe una respuesta insuficiente en la cobertura universal.³

Elementos históricos sobre la formación geronto geriátrica: Aun cuando en 1950 se realizó la primera reunión para hablar de aspectos geronto geriátricos, - disciplinas dedicadas al estudio de los problemas del envejecimiento - no fue sino hasta 1980 cuando inicia de manera formal el entrenamiento en geriatría y en el año 2000 se contó con el primer programa en gerontología. Esto fue discutido en el primer artículo que habla sobre ello en 1959 por el Dr. Manuel Payno y luego el Dr. Armando Pichardo escribirá un artículo sobre la gerontología en México en 2009. Dado el proceso de envejecimiento acelerado por el que atraviesa nuestro país existe una extensa demanda para profesionales geronto-geriatras y que la sociedad demanda que este personal se encuentre mejor preparado para servir a la sociedad que envejece.⁹

En 2010 había 7 universidades con programas geriátricos en todo el país: 1) Universidad Nacional Autónoma de México 2) Instituto Politécnico Nacional, 3) Universidad Autónoma de Nuevo León, 4) Universidad de Guadalajara, 5) Universidad Autónoma del Estado de México, 6) Instituto de Estudios Superiores de Monterrey y 7) Universidad de Monterrey. Otro desafío de la geriatría es lograr el interés por los profesionistas para cursar la especialidad: por un lado el tiempo que inicialmente era de 6 años y actualmente el programa

es de entrada directa y se redujo a 4 años, por otro lado existen estereotipos negativos de trabajar con personas envejecidas y en tercer lugar, existe restricción en cuanto las oportunidades de trabajo.¹⁰ La facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México forma el 75 por ciento de los geriatras y alrededor del 60 por ciento de ellos se encuentran en la ciudad de México y en menor proporción en Monterrey, Guadalajara, San Luis Potosí y León.¹¹

Poco a poco las instituciones públicas y privadas están incluyendo especialistas en geriatría y gerontólogos, se imparten cursos al personal en la materia que son certificados por diversas Universidades. Y sobre todo la apertura de áreas de oportunidad con nuevos modelos de atención como la instalación del Centro de Alta Especialidad en el manejo agudo de las personas envejecidas localizado en Guadalajara, Jalisco adjunto al OPD Hospital Fray Antonio Alcalde así como el Hospital Geriátrico ubicado en el Municipio de Zapopan, Jalisco, adjunto al Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud. Este Hospital Geriátrico contará con sus propios modelos de atención, esto es centrados en el sujeto envejecido y pasar de un modelo curativo agudo a un manejo de largo plazo por condiciones mórbidas crónicas. Su personal brindará asistencia médica, docencia e investigación con lo cual estará en capacidad de responder en una mejor forma a los paradigmas del envejecimiento con trabajo multi e interdisciplinario que contribuyan a mejorar la salud de las personas envejecidas en México.

Ante un Sistema de Salud fragmentado como el que priva en el país, debe generarse un sistema de apoyo a largo plazo, una transformación que conlleve a un sistema de atención centrado en la persona envejecida y el geriatra debe ser ese agente de cambio en la promoción y fortalecimiento de un estilo de vida saludable que permita atenuar la discapacidad temprana.

Desde luego, las alternativas de solución dependerán del grado de solidaridad económica, intergeneracional, de género, salud, empleo, seguridad social y constituirán la clave para mejorar la imagen de la vejez y poder compartir el lema finlandés que reza: "La experiencia es el capital nacional" reconociendo las contribuciones de nuestras personas envejecidas para mejorar así las sociedades actuales.⁵

Todo es cuestión de tiempo, los de hoy seremos las personas mayores del mañana.

Dra. María de Jesús Ocampo Alfaro

Geriatra

Secretaría de Salud Jalisco

Hospital General de Occidente.

División de medicina interna. Departamento de Geriatría

Dirección postal: Av. Zoquipan 1050 Col. Zoquipan, Zapopan, Jalisco

C.P. 45170, Tel. 01 33 3030 6300 Ext. 6143

Correo electrónico: mocampo1@prodigy.net.mx

Referencias bibliográficas

1. García García, F. (2015). Demografía y epidemiología del envejecimiento. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. (pp.2-8). España: Elsevier .
2. Indice Global de Envejecimiento, AgeWatch (2015). Recuperado de www.globalagewatch.org
3. Soria-Romero, Z. y Montoya-Arce, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de Población 93.
4. Vellas, B y Morley, J. (2018). Geriatrics in the 21st Century. *J Nutr Health Aging*. 22 (2): 186-19
5. Ruperez Cantera, I. (2002). Envejecimiento, siglo XXI y solidaridad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 37 (2) : 3-6
6. Gutiérrez Robledo, L., García Peña, C. Medina Campos, R., Parra Rodriguez, L., López Ortega, M., Gonzalez Meljem, J. y Gomez Dantés, H. (s.f.) Estudio de Carga de la Enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Instituto Nacional de Geriatría.
7. Inzitari, M y Vazquez Ibar, O. (2015). La formación de residentes en Geriatría para los retos del siglo XXI. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* ; 50 (3): 105-106
8. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. (2016). México: Instituto Nacional de Geriatría
9. Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría (2016). Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría, A.C. (Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría: Historia). Recuperado de <http://www.amgg.com.mx/>
10. Instituto Nacional de Geriatría (2015) . Enseñanza de la Geriatría en México Recuperado http://www.geriatría.salud.gob.mx/contenidos/menu4/enseñanza_mexico.htm
11. Rivera-Hernandez,M.,Floresw Cerqueda,S. y García Ramirez,J. (2016).The growth of gerontology and geriatrics in Mexico: Past, present, and future. *Gerontology & Geriatrics Education*,DOI: 10.1080/02701960.2016.1247068