



**DE LA SALUD GUIADA POR LAS PRIORIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES:
UNA FORMA DE EJERCER EL DERECHO A SER PARTE DE UN EQUIPO DE SALUD
MÁS SEGURO Y EFICIENTE.**

*HEALTH CARE GUIDED BY THE PRIORITIES OF THE ELDERLY: A WAY TO EXERCISE THE
RIGHT TO BE PART OF A SAFER AND MORE EFFICIENT HEALTH TEAM*

Jose Francisco Parodi

Universidad de San Martin de Porres, Santa Anita, Peru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0336-0584>

E-mail: jparodig@usmp.pe

Jimena de Noriega Madalengoitia

Universidad de San Martin de Porres, Santa Anita, Peru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3550-0788>

E-mail: jaimie_denoriega@hotmail.com

Trabalho enviado em 13 de maio de 2022 e aceito em 05 de julho de 2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.



Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 15, N.03., 2022- Dossiê Demetrio de Falerio y la sociedad de envejecimiento- Coordenação Dr. Alejandro Klein, 2022, p. 1686 - 1704.

Jose Francisco Parodi, Jimena de Noriega Madalengoitia

DOI: 10.12957/rqi.2022.67206

RESUMEN

América Latina y el Caribe envejece rápidamente. Para el 2050 la población mayor conformará 25% de la población general, mientras los planes y presupuestos aún son insuficientes. La OMS declaró “la Década del Envejecimiento Saludable” entre el 2021 a 2030, como una oportunidad de acción concertada multisectorial, para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades. El envejecimiento saludable (con habilidad funcional), necesita que la atención en los servicios sea centrada en la persona, en lugar del manejo tradicional centrado en enfermedades. Este modelo se asocia a mejores desenlaces de salud y gestión más eficiente de los servicios.

Para esta transición hacia un modelo centrado en la persona, necesitamos cambios logísticos, de infraestructura, en los profesionales de la salud, además de incluir las prioridades de salud de las mismas Personas Mayores en los planes de cuidado..

La activación de las personas mayores para su autocuidado, es clave para llevar a la práctica la atención centrada en la persona. Los programas de promoción de la salud basados en evidencia implementados por pares o líderes comunitarios, han demostrado que pueden contribuir a lograr este objetivo.

Palabras Clave: Envejecimiento saludable, derechos humanos, prioridades de salud, persona mayor, atención centrada en la persona.

ABSTRACT

Latin America and the Caribbean are aging rapidly. By 2050, the elderly population will make up 25% of the general population, while plans and budgets are still insufficient. The WHO declared "the Decade of Healthy Aging" between 2021 and 2030, as an opportunity for concerted multisectoral action, to improve the lives of older people, their families, and their communities. Healthy aging (with functional ability), requires care in services to be centered on the person, instead of traditional disease-focused management. This model is associated with better health outcomes and more efficient management of services.

For this transition to a person-centered model, we need logistical, and infrastructure changes in the health professionals themselves, in addition to including the health priorities of the Elderly themselves in the care plans.

The activation of the elderly for their self-care is key to putting person-centered care into practice. Evidence-based health promotion programs implemented by peers or community leaders have been shown to help achieve this goal.

Key Words: Healthy Aging, , Human rights, Health priorities, older adult, patient-centered care



Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 15, N.03., 2022- Dossiê Demetrio de Falerio y la sociedad de envejecimiento- Coordenação Dr. Alejandro Klein, 2022, p. 1686 - 1704.

Jose Francisco Parodi, Jimena de Noriega Madalengoitia

DOI: 10.12957/rqi.2022.67206

INTRODUCCIÓN

América Latina y el Caribe ha envejecido rápidamente y en la mayoría de casos sin el planeamiento ni presupuesto disponible necesario. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre 2010 y 2030 la cantidad de personas mayores será el doble que ahora, y además proyecta que para el 2050, ellos conformarán el 25% de la población general.

Sin embargo, muchos de los países tienen una caótica dispersión jurídica para garantizar en los diferentes Estados, el total ejercicio de los derechos de los ciudadanos mayores de 60 años. Hasta el momento solamente 5 países de la región han firmado la carta de adhesión a la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

El envejecimiento además de implicar cambios biológicos, impacta también el ámbito familiar, social, económico e incluso laboral, pues se encuentra muy ligado a la jubilación. Suele ser una etapa de grandes cambios, y muchos de ellos, asociados a pérdidas físicas, emocionales y funcionales, por lo que muchas veces se ha relacionado a esta etapa de la vida, como una fase negativa, que hace pensar erróneamente en estigmas de dependencia y pérdida de autonomía. Sin embargo, con la vejez no todo es pérdidas, se ha trabajado mucho entre las relaciones de los conceptos de sabiduría y envejecimiento. Desde luego para una buena función cognitiva y emocional que permita expresarse como sabiduría, se requiere sentirse y mantenerse saludable.

La vejez ha ido transformándose a lo largo de la historia, pues ha tenido épocas en donde era muy valorada y respetada, donde envejecer era un honor, teniendo a las personas mayores en un sitio privilegiado, como individuos de mucha sabiduría, derivada de sus experiencias, por lo que eran personas admiradas y de gran valor. En nuestra región latinoamericana aún falta mucho trabajo para terminar con los prejuicios ageístas. Existe aún una mirada a las personas mayores con una visión negativa y muchas veces hasta discriminatoria. Aún falta mucho para reconocer el potencial aporte de las personas mayores a las familias, la economía y al desarrollo en general.

En este sentido, surge la importancia de reorientar la mirada hacia las personas mayores para revalorar el sentido de sus vidas desde una visión menos negativista, y por qué no de admiración y respeto a su historia de vida y experiencia, que vaya en contra de la falsa percepción de que toda persona mayor, indefectiblemente, termina siendo una carga para su familia y la sociedad. El logro de un envejecimiento saludable durante el curso de vida requiere de algunas condiciones como satisfacer las



necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al período entre los años 2021 a 2030, como la década del envejecimiento saludable, con la finalidad de cerrar brechas y desigualdades sanitarias para las personas mayores, y así garantizarles una vida plena y digna, procurando mejorar su participación en la comunidad. Se presenta como una oportunidad para los diversos actores de la sociedad (estado, sociedad civil, academia, medios de comunicación, etc.) para una acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, su familia y la comunidad donde viven.

Son cuatro las áreas de acción en las que se debe priorizar la colaboración y acción concertada: cambiar la forma de ver y sentir a las personas mayores, asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, ofrecer medicina personalizada, con atención integrada centrada en la persona, a través de servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores; y brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan.

DERECHOS HUMANOS Y ENVEJECIMIENTO: LA ADHERENCIA A LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA ES IR UN PASO ADELANTE.

Frente a esta necesidad imperante de uniformizar y tratar de alentar a los Estados a proteger a este grupo etéreo de peculiares necesidades, es que nace la aprobación, bajo la tutela de la Organización de Estados Americanos (OEA), del primer instrumento jurídicamente vinculante a nivel mundial: La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Cosa innovadora fue, que dicha Comisión cubrió la necesidad integradora y holística que el abordaje adecuado que los adultos mayores requiere, incluyendo diversos temas de suma importancia como la no discriminación por edad, la igualdad de sus derechos frente a cualquier otro grupo etéreo, su integración activa a la sociedad, entre otros, de gran trascendencia para promover su derecho fundamental de calidad y dignidad de vida.

Son muchas las aristas a abarcar sobre los derechos humanos en personas mayores, y en el actual status “post pandemia” con tantos resultados adversos sobre el sistema de salud, calidad de atención y el aumento de mortalidad en ellos, cobran aún mayor importancia para ser discutidos y



resaltados. Al respecto, valdría la pena señalar los derechos a la Salud, a la Seguridad Social, el derecho a la vida y dignidad de la misma, a la participación e integración, a la no violencia ni tratos crueles, a los cuidados a largo plazo, derechos que muchas veces, y de peor manera en el caos de la pandemia, han quedado siendo tinta muerta en el papel.

Para una mejor comprensión de las características de la persona mayor, es importante saber diferenciar los tipos de edad. Por un lado tenemos a la edad cronológica, probablemente la más conocida, que se refiere mera y arbitrariamente a la edad en años, y sobre la cual se define a este grupo etáreo, a menudo fijado su inicio por ley en nuestros países en 60 ó 65 años, y ligada muchas veces a la edad de jubilación, que trae consigo la disminución de responsabilidades y privilegios asociados a la pérdida del empleo formal.

La capacidad intrínseca, es otro concepto importante, que se refiere a la combinación de la capacidad física y mental de la persona, independientemente de la edad.

Por otro lado tenemos a la edad funcional, menos popular, pero tan o más importante de resaltar, ya que es aquella que se basa en la capacidad que tiene la persona adulta mayor para interactuar en su entorno físico y social, de manera independiente. Depende de la capacidad intrínseca y su coexistencia e interrelación con el entorno de la persona mayor.

Algo importante de señalar, es que la edad funcional, no siempre se correlaciona con la edad cronológica y está sumamente ligada a los hábitos de vida y exposición ambiental que ha tenido el individuo. Es precisamente la edad funcional, aquella que los estados debieran tener como objetivo de promover y reforzar desde la niñez y adultez joven incluso, para favorecer un envejecimiento saludable, independiente y digno.

No todos envejecemos de la misma manera, sino que existe una amplia heterogeneidad resultante de muchos factores que modulan el trayecto del curso de vida. Entre estos factores están la genética; los distintos eventos y circunstancias que se producen durante la vida de la persona, que interaccionan con estas predisposiciones genéticas; el estilo de vida que involucra la alimentación, nutrición, peso, sustancias nocivas (tabaco, alcohol) y el ejercicio que hayamos podido practicar, incluso desde nuestras edades más tempranas; los factores socioeconómicos, etc. La calidad de envejecimiento de una persona mayor, es el resultado de la interacción estos factores y de cómo la persona se haya “gastado o fortalecido” en el proceso (carga alostática vs resiliencia). Cada Persona Mayor es un individuo único en el mundo, y no podemos como sistema de salud, tratar a todos de la



misma manera. El abordaje de cuidado debe ser modulado por la habilidad funcional, las preferencias de usuario y la esperanza de vida activa a través de un enfoque de medicina personalizada.

FIN DE LA ERA DE LA ENFERMEDAD

Observando los resultados insuficientes de la medicina Occidental sobre las principales molestias en los pacientes mayores, nos hemos dado cuenta que ha llegado el momento de abandonar a la enfermedad como principal objetivo de la atención sanitaria.

Desde fines del siglo XIX la expectativa de vida era muy corta (menos de 50 años), con alta prevalencia de enfermedades infecciosas y únicas; por lo que en ese entonces, se consideraba a la enfermedad en sí el objetivo principal de la salud. Actualmente dicha expectativa de vida, supera ampliamente los 70 años, lo cual genera cambios y aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas a menor mortalidad inmediata, pero probablemente con mayor discapacidad a largo plazo. (prolongación de la vida pero con una prolongación de los años viviendo con discapacidad).

Muchas molestias o síntomas que perturban la calidad de vida del paciente, no pueden ser adjudicados a una sola enfermedad, incluso luego de exhaustivas pruebas clínicas y diagnósticas, como por ejemplo los mareos o el dolor crónico, conocidos por englobar causas tanto físicas como psicológicas diversas.

Por otro lado tenemos el efecto contrario, donde al ser las personas mayores frecuentemente multimórbidas (2 ó más enfermedades), y encontrarse bajo este enfoque -centrado en enfermedad-, suelen recibir diversos tratamientos farmacológicos, generando un efecto deletéreo en su salud al mezclar múltiples fármacos que interaccionan entre sí, y probablemente aumenten sus efectos adversos.

Surge de esta manera, la necesidad de dejar atrás esta forma ya obsoleta de enfocar el sistema de salud, que va tornándose cada vez más peligrosa e ineficiente, sobre todo con pacientes complejos como lo son nuestras personas mayores. Es momento de comenzar a evolucionar al enfoque centrado en la persona, donde las decisiones clínicas sean tomadas teniendo en cuenta una medicina más personalizada, donde importan no sólo las necesidades físicas o el tratamiento mero de las enfermedades, sino el deseo y objetivos del paciente como parte de su derecho a la salud, identificando y actuando sobre los factores modificables, biológicos y no biológicos; y no hacer funcionar todo en base a criterios diagnósticos rígidos, para poder brindar algún tratamiento. Claro está que la detección



de las enfermedades debe seguir siendo importante, pero ello debería ser integrado a un manejo más individualizado en donde se traten personas a través de un equipo multidisciplinario y no enfermedades en sí.

Las universidades y centros de formación de profesionales de salud y gestores sanitarios pueden ser un factor crítico para la solución y evolución que requieren los servicios. La enseñanza de medicina centrada en la persona, probablemente hoy más que nunca una necesidad. Esto requiere un reenfoque de los diseños curriculares y estrategias docentes, donde la formación transdisciplinaria es cada vez más necesaria.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La atención centrada en la persona es un modelo para adaptar los cuidados sanitarios a las particularidades de las personas mayores, reconociendo su ciudadanía e involucrando a los diferentes sectores de la sociedad para optimizar su capacidad intrínseca y habilidad funcional. El abordaje centrado en enfermedad en la medicina clínica puede causar un cuidado fragmentado y pobremente coordinado; y produce planes de tratamiento que son ineficientes, inefectivos o incluso dañinos para las personas con multimorbilidad.

El modelo de atención centrada en la persona, no ve a la persona como aparatos y sistemas aislados, sino como un ser armoniosamente engranado, que tiene la necesidad de ser enfocado de manera integral e individual, pues se ha visto que cada tratamiento podrá tener un impacto funcional muy distinto en diferentes personas a pesar de tener la misma enfermedad. No existe una persona mayor “típica” y la heterogeneidad en las personas mayores responde a factores internos y externos, dando la necesidad de difundir una medicina personalizada. La expresión sintomática y el impacto funcional de una enfermedad es multideterminado por una serie de factores (genéticos, psicológicos, sociales y ambientales, etc.). Es por ello que dentro de los objetivos de tratamiento bajo este enfoque, está el optimizar capacidades físicas y mentales, incluso cuando no puedan ser asociados necesariamente a alguna enfermedad específica. La finalidad es contribuir a que la persona pueda “lograr ser y hacer lo que considera valioso”. Las diferencias entre la atención centrada en la persona y la atención convencional se pueden ver a detalle en la tabla 1.



Diferencias entre la atención convencional y la atención integrada y centrada en las personas mayores.

ATENCIÓN CONVENCIONAL	ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LAS PERSONAS MAYORES
Se centra en una (o más de una) enfermedad.	Se centra en las personas y sus objetivos.
La meta es el tratamiento o la cura de la enfermedad.	La meta es potenciar la capacidad intrínseca.
La persona mayor es vista como un receptor pasivo de la atención.	La persona mayor es un participante activo en la planificación de la atención y el autocuidado
La atención se divide por enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.	La atención integra enfermedades, trabajadores sanitarios, entornos y etapas de la vida.
Los vínculos con la atención de salud y la atención a largo plazo son limitados o inexistentes.	Los vínculos con la atención de salud y la atención a largo plazo existen y son sólidos.
El envejecimiento se considera un estado patológico.	El envejecimiento se considera una parte normal y valiosa de la vida.

Adaptado de: WHO. Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud [Internet]. Ginebra; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf.nih.gov/pubmed/15003161%5Cnhttp://www.scielo.cl/pdf/u

Bajo esta consigna, los objetivos clínicos tienen que estar modulados por las prioridades del mismo paciente, desplazando a la supervivencia como desenlace principal, dando paso al protagonismo de otros desenlaces como calidad de vida, capacidad funcional y dignidad.

En un estudio en Michigan en personas mayores de 50 años, se les preguntó qué tan frecuente fueron tomadas sus preferencias personales en sus cuidados de salud, con más de 17.000 participantes, y demostró gran disparidad entre las personas que envejecen y el trato que reciben por parte del sistema de salud, viéndose afectada por factores como raza y etnia, tipo de aseguramiento e ingresos económicos.

Como mencionan Ekman y cols. los cuidados centrados en el paciente, lo reconocen como una persona con una historia de vida, con ciertas aptitudes y habilidades, más allá de cualquier enfermedad que pueda tener. Es decir, si yo como personal de salud, me dedico a tratar a “X”, paciente con hipertensión y diabetes, no estoy atendiendo una diabetes, sino que estoy atendiendo a “X”, padre y esposo, profesor jubilado de historia, que tiene habilidades para tocar instrumentos de cuerda, y a quien nunca en su vida le gustaría terminar sus últimos días en un ventilador mecánico o siendo alimentado por una gastrostomía si tuviera una demencia en estadio terminal.



Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 15, N.03., 2022- Dossiê Demetrio de Falerio y la sociedad de envejecimiento- Coordenação Dr. Alejandro Klein, 2022, p. 1686 - 1704.

Jose Francisco Parodi, Jimena de Noriega Madalengoitia

DOI: 10.12957/rqi.2022.67206

En múltiples estudios, se concluye, que la inquietud principal de los pacientes, no suele ser su enfermedad, sino ciertas molestias o pequeños detalles que ellos perciben alteran su calidad de vida y autonomía. Las personas que viven con una condición crónica de salud pasan solamente un pequeño porcentaje de su vida en un servicio de salud, es por esto que deben desarrollar habilidades y roles que le permitan aprender a convivir y manejar ciertas situaciones que se pueden presentar en su día a día.

El modelo centrado en la persona, se asocia a menor estancia hospitalaria, menos hospitalizaciones y mejor calidad en la atención, con una consiguiente mayor satisfacción de los pacientes.

Un estudio publicado en el 2021 menciona que los países regidos por el modelo de cobertura universal de salud, donde el estado financia la atención pública y privada (Beveridge), como Suecia, Noruega, España, Italia, Gran Bretaña, son más proclives a aceptar el concepto de una atención centrada en la persona.

¿SE PUEDE VIVIR SINTIÉNDOSE SALUDABLE A PESAR DE TENER 1 Ó VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS?

Uno de los indicadores más frecuentemente usados en los estudios sobre envejecimiento y salud, es el de autopercepción de salud. Al preguntar a una persona mayor sobre cómo se siente de salud, se puede obtener como respuesta: “me siento bien”. Esto se puede producir a pesar de vivir con 1 o más enfermedades crónicas.

¿Cómo hacer para lograr sentirse saludable a pesar de vivir con una o más enfermedades crónicas?. Lo primero que se necesita es un servicio de salud accesible y adecuado a las particularidades de las Personas Mayores. Lo segundo, es que la persona mayor se sienta autoeficaz para su cuidado y confiado en poder seguir las recomendaciones recibidas. Las personas mayores deben activarse en su cuidado y no ser pasivos en el proceso. El autocuidado eficiente requiere de adopción de roles, desarrollo de habilidades (incluidas la emocionales) y conductas que le permitan a una persona mayor convivir con una enfermedad crónica sintiéndose saludable.

Dentro de las habilidades a desarrollar están las que le permitan ser parte activa del equipo de salud. Los programas de promoción de la salud basados en evidencia han demostrado que pueden lograr esto, además de mejorar la autopercepción de salud, cambiar conductas de cuidado y los indicadores



de uso adecuado de los servicios de salud. Entendiendo a la fragilidad como un estado de alto riesgo de discapacidad o de poca capacidad intrínseca, vale la pena mencionar que se ha reportado que las personas mayores con baja autoeficacia que viven en comunidad incrementan en 41% su riesgo de desarrollar fragilidad en 7 años.

Se recomienda que el mejorar la autoeficacia se considere en los programas multicomponente de prevención y manejo de la fragilidad y envejecimiento saludable.

¿PODRÁN LOS SISTEMAS DE SALUD AFRONTAR LA TRANSICIÓN A LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA?

Frente a la transición demográfica y la epidemiológica, se ha descrito la necesidad de una tercera transición: La transición clínica. Los intentos por alcanzar un sistema de salud más integrado y centrado en la persona, tienen aún barreras logísticas, de infraestructura, de percepción de los mismos profesionales de la salud y de la misma comunidad incluídas las personas mayores.

Este paso, necesita una acción integral, integrada e intersectorial, de manera que se puedan abordar las diversas esferas de la persona mayor: física, cognitiva, afectiva, social y funcional. La falta actual de coordinación y comunicación entre las diversas especialidades y servicios del sistema de salud, fragmentan, complican y hacen más peligrosa la atención. La pobre coordinación también entre los servicios sociales y los servicios de salud define una de las principales áreas de trabajo de la Década del Envejecimiento Saludable: El desarrollo e implementación de un sistema de cuidados de largo plazo.

Para afrontar estos retos, se requiere la persistencia y colaboración de los estados, líderes políticos, profesionales y gestores de los servicios, de la academia, de las organizaciones internacionales, y de la sociedad en general. A pesar que, la geriatría y gerontología propone hace varios años el abordaje integral y multidisciplinario, la realidad de los sistemas de salud actuales, aún no permiten la fluidez articulada del mismo; y la mayoría de los servicios de salud, trabaja y diseña sus estrategias enfocadas en órganos o enfermedades.



Enfocarse en la persona es medicina personalizada, y requiere enfocarse en el envejecimiento saludable, en el que cuidar para mejorar la función o incluso una muerte digna, está primero que el curar; y esto significa fundamentalmente optimizar la habilidad funcional.

Existen muchas formas de plantear el envejecimiento saludable, una de ellas es el envejecimiento activo, que supone tomar decisiones personales acertadas, para ganar años con satisfacción y calidad de vida, logrando bienestar físico y social. Dicha satisfacción va a depender del significado que le da al individuo el hecho de realizarla.

La OMS afirma que existen 3 dimensiones que las personas mayores pueden ser optimizadas a través de un envejecimiento saludable: la salud, la participación y la seguridad.

Con respecto a la salud, debemos tomar en cuenta las políticas que promueven la prevención y promoción de la misma. Pasar de tratar enfermedades, a prevenirlas durante todo el curso de vida, enseñando estilos de vida saludable que involucren tanto la parte física y mental, como la psicológica.

La participación, permite vivir el envejecimiento desde un punto de vista positivo, reforzando el nuevo rol social que llega con la edad, siendo por ejemplo: cabeza de familia; miembro con mayor experiencia que puede brindar ayuda y consejo a otros; o manteniendo la socialización también, al explorar las bondades de tener nietos.

La seguridad entendida como el soporte, apoyo y cuidados cuando sea necesario, teniendo en cuenta el tema de la seguridad al prescribir o medicar, para minimizar efectos adversos.

La Organización Panamericana de la Salud presentó un documento con un marco conceptual actualizado y recomendaciones sobre cómo construir salud a lo largo del curso de vida, incluido el envejecimiento. En este documento el potencial beneficioso de actuar en una etapa de vida para influir en la otra resaltando que esta relación no es solamente hacia adelante. Por ejemplo, personas mayores alfabetizadas en salud, pueden ser claves para el desarrollo de salud y conductas saludables en los nietos.

La transición a este modelo más adecuado, requiere cambios a profundidad y comenzar desde la base: la educación de los profesionales de salud, para evitar encontrar en ellos resistencia que ayude a perennizar el abordaje tradicional.

Otro reto será organizar un cambio en las coberturas en salud, dando la oportunidad a los políticos, gestores y líderes del rubro, de articular las decisiones que permitan asumir los problemas sanitarios, teniendo en cuenta los objetivos y aspiraciones del paciente, que debieran cobrar importancia



como parte de su derecho al respeto de su autonomía y dignidad, más allá de cualquier enfermedad que presente. Un reto fundamental es mejorar el acceso oportuno y universal a audífonos, anteojos, bastones, andadores, etc.

Existen varios modelos de cuidado integrado que fomentan el enfoque de medicina personalizada centrada en la persona, y que incluso emplean las tecnologías de la información y comunicación para presentarse como herramientas de fácil aplicación y uso, capaces de facilitar el trabajo multidisciplinario e integral a nivel primario. Un ejemplo es la Atención integrada para las Personas Mayores (ICOPE), que es un modelo impulsado por la OMS/OPS para poder promover el envejecimiento saludable de manera descentralizada en el primer nivel de atención. Emplea diversos algoritmos de fácil aplicación incluso para agentes comunitarios, promotores de salud, asistentes sociales, entre otros. Otra de sus bondades es que evalúa al paciente de manera integral, involucrando las diferentes esferas: cognitiva, física, funcional, nutricional y social, individualizada a cada caso según sus características, para proponer acciones preventivo promocionales de salud y fomentar el autocuidado.

Sin embargo, un programa solamente funciona si las recomendaciones (prescripciones) que hace el personal de salud son recibidas por personas que tienen confianza de que pueden seguirlas. Por esto, un programa de valoración y prescripción de recomendaciones, como ICOPE es esencial pero no suficiente. Los programas comunitarios basados en evidencia complementan el enfoque para la atención integral a las personas mayores que tienen alguna enfermedad crónica, porque mejoran la autoconfianza y habilidades de las personas para seguir las recomendaciones.

Otro programa interesante y con mucha evidencia en comunidad, residencias e incluso en hospitalización de agudos, es el Vivifrail, un programa de ejercicio multicomponente, que se presenta como herramienta preventivo promocional contra la inactividad y sedentarismo, centrada en la persona, pues permite adaptar la prescripción de dicho ejercicio a las capacidades de la persona mayor, y puede ser llevada a cabo por personal del primer nivel de atención, igualmente en pacientes empoderados y enfocados a llevar un envejecimiento lo más activo posible.

Todo este cambio de enfoque, que no es fácil, vale realmente la pena si pensamos que es la única forma de asegurar de manera plena la mayoría de derechos de las personas mayores.



LAS PRIORIDADES DE SALUD DE LOS ESTADOS Y LAS PRIORIDADES DE SALUD DE LAS PERSONAS, ¿APUNTAN A LO MISMO?

La lógica y la teoría de gestión estratégica dicen que sí, sin embargo la realidad dice que, actualmente, esto no es necesariamente cierto, sobre todo en las personas mayores con multimorbilidad. La toma de decisiones en las personas con multimorbilidad es modulada por la certeza de los beneficios y cuánto tiempo se requiere para que estos se alcancen. La decisión es aún más confusa para la persona cuando se tiene metas diferentes por cada médico especialista y a éstas, se suman las metas de gestión particulares del servicio.

En la atención de las personas mayores, los resultados de salud están determinados por los perfiles de riesgo de los pacientes y las intervenciones que reciben. Las intervenciones deberían ser el resultado de un proceso dinámico de toma de decisiones médicas que tiene en cuenta los objetivos y preferencias de los pacientes, y las opciones de tratamiento viables. Los objetivos y las preferencias generalmente se relacionan con la función, y las opciones de tratamiento dependen en parte del conocimiento de qué tan bien responden los pacientes a los tratamientos anteriores (considerando la edad media de los estudios, el número de paciente necesarios a tratar -NTT y el tiempo en el que se espera el beneficio funcional) y el estado funcional actual.

La definición de las prioridades de salud por el usuario ayuda al proveedor de salud a alinear sus intervenciones con las reales necesidades de la persona. Al mismo tiempo se ha demostrado que se reduce el daño producido por los tratamientos y se mejora la adherencia de la persona con las actividades de cuidado.

En un ensayo clínico que buscaba evaluar si la atención guiada por las prioridades del paciente se asociaba con una percepción de estos sobre que su atención estaba más enfocada en sus propias metas de salud y menos onerosa con respecto a la atención, comparándola con las percepciones de los pacientes que recibieron atención habitual. El estudio concluye que incluir la preferencias de la persona disminuye la carga de tratamiento (la carga de trabajo que impone la asistencia sanitaria a los pacientes y el efecto que esto tiene sobre la calidad de vida) y disminuye las atenciones médicas no deseadas.

Se han reportado metodologías por las cuales a través de facilitadores, las personas mayores con multimorbilidad pueden identificar metas realistas y alcanzables. Los médicos pueden usar esta



información en la toma de decisiones, variando o adecuando las actividades de atención médica que eran consideradas útiles o molestas.

Lo que más importa en la vida y la salud es diferente para todos. Cuanto más sepan la persona mayor y su equipo de atención médica sobre lo que más les importa, mejor podrán trabajar juntos para alinear sus decisiones de atención médica con sus disfrutar de salud.

En la herramienta virtual myhealthpriorities.org el proceso inicia con la identificación y selección de las cosas que más le importan a la persona relacionadas con 4 áreas de salud: conectando (con familia y amigos, comunidad y espiritualidad), gestión de vida (salud, síntomas y calidad de vida), disfrutando de la vida (productividad, aprendizaje y recreación) y funcionamiento (dignidad e independencia). (Fig.1) Posteriormente luego de una estrategia de priorización se analiza qué tan realista y alcanzable es la selección, y se procede a una estrategia de revisión de síntomas y problemas de salud para encontrar un equilibrio entre el objetivo de salud que desees y las tareas de atención médica que la persona estaría dispuesta y es capaz de hacer para lograr este objetivo. El penúltimo paso consiste en revisar las conductas saludables que tiene en casa, la disposición para realizar ciertas pruebas diagnósticas o tratamientos, el acceso a un servicio médico y a servicios comunitarios. Al final, se evalúa si lo que quiere lograr lo puede hacer con los recursos que cuenta, y cuál es la ayuda específica que necesita de los servicios de cuidado.

LLEVANDO A LA PRÁCTICA EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE SOBRE SUS DERECHOS Y LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Bajo este panorama, el autocuidado aparece como estrategia ideal para la promoción y cuidados de salud de la persona mayor. Es necesario antes hacer un análisis de la situación actual de salud, incluyendo las competencias de todo el equipo sanitario, que nos permita definir las necesidades de acción. Según eso, debemos buscar y seleccionar un programa o estrategia de promoción de la salud basada en evidencia y verificar las condiciones para su aplicación e implementación sostenida en nuestro medio. Es importante recordar que muchos de los programas de promoción basados en evidencia son implementados directamente por pares, es decir líderes comunitarios capacitados.



La OMS define el autocuidado como las acciones habitualmente tomadas con respecto a la salud por las personas, familia, vecinos, compañeros, en el ámbito extrahospitalario, es decir en su hogar y/o en la comunidad.

El concepto de empoderamiento, se refiere a mucho más que capacitar y responsabilizar a los pacientes, e involucra inculcarles un sentimiento de poder y libertad, basados en su autonomía, para poder tomar decisiones adecuadas sobre su salud y calidad de vida.

Este empoderamiento en salud, implica fortalecer el autoconcepto y tomar conciencia de las capacidades de uno mismo, y lo que debe generar, es un sentimiento de pertenencia y de poder trascender, que trae consigo un compromiso de participación, tanto para el bienestar propio, como el de los demás. Es hacer sentir al paciente que toma las riendas de su vida. Su aplicación permitiría que las personas mayores puedan aplicar conceptos que ayuden a la prevención, mantenimiento y autocuidado de su propia salud. La idea es que todo esto, sensibilice no sólo a las personas mayores, a su familia, a las instituciones y a la comunidad en general, a comprometerse y tomar acciones que contribuyan a lograr un cambio y obtener el bien común.

En un estudio Mexicano del 2017, donde participaron 250 personas mayores jubiladas que tenían acceso a los servicios de salud, con el objetivo de ser evaluadas para comprobar el impacto y eficacia de un programa de empoderamiento en autocuidado y condiciones de salud en las personas mayores, se demostró que dicho programa, logró impactar en el mejoramiento de la calidad de vida.

Frente a todo esto, se proponen desde hace un tiempo, los sistemas de salud “amigables” con la persona mayor, que buscan abordar de manera más adecuada la complejidad de este tipo de usuario. Las características de estas iniciativas deben ser: seguir prácticas basadas en evidencia científica; no causar daño; seguir la línea de los objetivos y aspiraciones de la persona mayor y su familia. Para ello mencionan que es importante tener en cuenta 4 pilares (4M): la Medicación, teniendo en cuenta la prescripción adecuada, minimizando efectos adversos para no interferir con la funcionalidad; la parte Mental (cognitiva y emocional); la Movilidad que le permite a la persona poder mantenerse lo más funcional posible y así cumplir sus deseos; y finalmente las Metas y preferencias de salud del individuo y su familia (lo que Más le importa).

Para poder aplicar este tipo de sistema amigable con las personas mayores, es muy importante el trabajo del equipo multi y transdisciplinar, además de entender que el paciente y su familia y/o cuidador, forman parte muy importante del mismo.



Finalmente todo debe enfocarse en el hecho de cambiar las perspectivas negativas y erróneas con respecto a las personas mayores, y entender que nosotros como sociedad debemos ser facilitadores de este cambio en donde se les reconozca como personas con un gran potencial de aportar a la comunidad en base a sus experiencias de vida, y a lo cual nosotros como comunidad debemos retribuir dándoles las herramientas para continuar activos como miembros en pleno uso de sus derechos, dedicándose a todo aquello que les cause satisfacción y bienestar. Estos ciudadanos mayores han demostrado que pueden ser motores del desarrollo y determinantes para la economía familiar.

Para los que al leer esto aún hablan de las personas mayores en tercera persona, le queda el “reto de la construcción”: construir los escenarios donde se quieran desempeñar y vivir cuando sean mayores y construir su propia estrategia para envejecer saludablemente, incluyendo cuál sería su plan si se llegan a tener discapacidad.



BIBLIOGRAFÍA

BOYD CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Reviews* 2010; 32:451.

Cesari, Matteo et al. The Geriatric Management of Frailty as Paradigm of the End of the Disease Era. *European Journal of Internal Medicine*, 2016, 31: 11–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.005>.

Davenport, Claire, Jennifer Ouellet, and Mary E. Tinetti. Use of the Patient-Identified Top Health Priority in Care Decision-Making for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *JAMA Network Open*, 2021, 4(10): 1–6.

DeBartolo, Kate, Cayla Saret, and Patty Webster. How to Have Conversations with Older Adults About ‘What Matters’, 2021. http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/AgeFriendlyHealthSystems_How-to-Have-Conversations-with-Older-Adults-About-What-Matters.pdf.

Guzmán Olea, Eduardo et al., Eficacia de Un Programa de Empoderamiento En La Capacidad de Autocuidado de La Salud En Adultos Mayores Mexicanos, 2017.

Heredia Lima, Cayetano, CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION, La Medicina Centrada En El Paciente Como Método Clínico Patient-Centered Medicine as a Clinical Method, 2016, 50–59.

Herrera A, Guzmán A. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Rev Med Clin Condes*. 2012; 23 (1):65-76 6.

High KP, Zieman S, Gurwitz J, Hill C, Lai J, Robinson T, et al. Use of Functional Assessment to Define Therapeutic Goals and Treatment. *J Am Geriatr Soc*. 2019;1–9.

Hladek MD, Zhu J, Buta BJ, Szanton SL, Bandeen-Roche K, Walston JD, et al. Self-efficacy proxy predicts frailty incidence over time in non-institutionalized older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2021

HOGEMANN, Edna Raquel. A Fragilidade Da Noção De Direitos Humanos No Marco Da Crise Dos Fundamentos Da Razão Moderna. *Revista Quaestio Iuris*, 2016, 9(4): 1787–1805.

https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp

Huenchuan, Sandra, and Luis Rodríguez-Pinero. 2010. “Envejecimiento y Derechos Humanos: Situación y Perspectivas de Protección.” *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*: 144.



Quaestio Iuris, Rio de Janeiro, Vol. 15, N.03., 2022- Dossiê Demetrio de Falerio y la sociedad de envejecimiento- Coordenação Dr. Alejandro Klein, 2022, p. 1686 - 1704.

Jose Francisco Parodi, Jimena de Noriega Madalengoitia

DOI: 10.12957/rqi.2022.67206

Institute for Health Improvement. Age-Friendly Health Systems : Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults. Institute for healthcare improvement (April), 2019, 1–61. www.johnahartford.org.

Liang, Shide et al. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2015, 3(1): 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpj.2015.06.056> <https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827> <https://academic.oup.com/bioinformatics/article-abstract/34/13/2201/4852827/internal-pdf/semisupervised-3254828305/semisupervised.ppt> <http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005> <http://dx.doi.org/10.1016/j.str.2013.02.005>

OMS. 2020. “Década Del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Primer Informe de Progreso, Marzo Del 2019.” : 1–7.

Organización Panamericana de Salud. Manual. Guía Sobre La Evaluación y Los Esquemas de Atención Centrados En La Persona En La Atención Primaria de Salud., 2020, : 1–96.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Construir Salud a lo largo Curso de vida [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>

Plasencia-Castillo CI, Salvatierra-Hoyos BK, Velásquez-Guillén JM, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Polifarmacia y mortalidad en adultos mayores: El rol del sexo y la comorbilidad - Dialnet. Rev Habanera Ciencias Medicas [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 25];21(1). Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4147>

Rodriguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F, Sinclair AJ. The Third Transition: The Clinical Evolution Oriented to the Contemporary Older Patient. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 Mar 10];18(1):8–9. Available from: [http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)30483-2/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30483-2/abstract)

Rosengren, Kristina, Petra Brannefors, and Eric Carlstrom. Adoption of the Concept of Person-Centred Care into Discourse in Europe: A Systematic Literature Review. Journal of Health Organization and Management, 2021, 35(9): 265–80.

Suarez Cuba, Miguel Ángel, Medicina Centrada En El Pte. Rev Med La Paz (1976). 2012, http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011.

Tavares, Jane, Ann Hwang, and Marc Cohen. Tracking Progress on Person-Centered Care for Older Adults: How Are We Doing? (January), 2021. www.TheSCANFoundation.org.

Tinetti M, Naik A, Dindo L. Mis prioridades de salud [Internet]. 2021 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://myhealthpriorities.org/>

Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, Costello DM, Esterson J, Geda M, et al. Association of Patient Priorities–Aligned Decision-Making With Patient Outcomes and Ambulatory Health Care Burden Among Older Adults With Multiple Chronic Conditions. JAMA Intern Med [Internet]. 2019 Dec 1



Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 15, N.03., 2022- Dossiê Demétrio de Falerio y la sociedad de envejecimiento- Coordenação Dr. Alejandro Klein, 2022, p. 1686 - 1704.

Jose Francisco Parodi, Jimena de Noriega Madalengoitia

DOI: 10.12957/rqi.2022.67206

[cited 2022 May 10];179(12):1688. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama-internalmedicine/fullarticle/2752365>

Valarezo García CL. Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo. *Maskana*. 2016; 7(2).

Whitley, Elise, Michaela Benzeval, and Frank Popham. Population Priorities for Successful Aging: A Randomized Vignette Experiment. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 2020, 75(2): 293–302.

Sobre os autores:

Jose Francisco Parodi

Médico Especialista en Geriatria Doctor en Medicina Master en Salud Pública con Mención en Epidemiología Responsable del Centro de Investigación del Envejecimiento - CIEN. Facultad de Medicina Humana . Universidad de San Martín de Porres. Miembro del Comité Ejecutivo de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor - ALMA.

Universidad de San Martín de Porres, Santa Anita, Peru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0336-0584>

E-mail: jparodig@usmp.pe

Jimena de Noriega Madalengoitia

Médico Geriatra; Jefe de Consulta Externa Geriatria Centro Médico Naval, Lima – Perú; Docente de Geriatria de las facultad de Medicina Humana de Universidad San Martín de Porres; Miembro de la Sociedad Peruana de Geriatria y Gerontología; Miembro de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos Universidad de San Martín de Porres, Santa Anita, Peru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3550-0788>

E-mail: jaimie_denoriega@hotmail.com

Os autores contribuíram igualmente para a redação do artigo.



Quaestio Iuris., Rio de Janeiro, Vol. 15, N.03., 2022- Dossiê Demetrio de Falerio y la sociedad de envejecimiento- Coordenação Dr. Alejandro Klein, 2022, p. 1686 - 1704.

Jose Francisco Parodi, Jimena de Noriega Madalengoitia

DOI: 10.12957/rqi.2022.67206