RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

EDITORIAL

Carmelo S. Gómez Martínez[1].

[1]Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España.

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(2).711.5-9

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 10 SUPLEMENTO 2 NOVEMBRO 2024

Los retos del envejecimiento global en los proximos 25 años

Cuando hablamos de envejecimiento poblacional solemos hacerlo con un pleno ánimo positivo. Efectivamente, desde mediados del pasado siglo XX el hemisferio norte del planeta ha venido experimentando una elevación de la esperanza de vida, más o menos en términos absolutos. Hay que agradecerlo a las políticas sociales y sanitarias, con mayores y mejores coberturas, al menos desde un punto de vista relativo. Durante unos tres decenios la población mundial también experimentó una elevación sin precedentes, igualmente desde un punto de vista absoluto; en los países de los que hablamos se conoció como "baby-boom" debido al aumento de nacimientos. A finales del siglo pasado los países, mayormente situados por encima del ecuador en la franja más occidental, han sufrido una disminución progresiva de nacimientos. Esto ha dado como resultado un fenómeno conocido como inversión de la pirámide poblacional. En definitiva, hay muchos más mayores que hace ochenta años, y menos nacimientos, mientras sigue creciendo el número total de habitantes en el planeta. Estos datos deberíamos analizarlos de una manera más exhaustiva para poder sacar aquellas conclusiones que nos permitan conocer la dinámica social que la motiva, y en base a ella los posibles retos que este fenómeno demográfico nos impone a las generaciones actuales y venideras. Es relevante desmenuzar mucho más los datos. El envejecimiento no es algo de lo que debamos arrepentirnos, tampoco es una enfermedad. Envejecer es, como poco, el resultado del esfuerzo de los seres humanos para superar exitosamente los diversos eventos que amenazan su supervivencia. Este último es un punto crucial de nuestra reflexión, pues venimos contemplando ciertas expresiones por parte de mandatarios, y altos cargos de organismos internacionales que transmiten que el envejecimiento es "un problema", o "una carga"; esto es transmitido a los mayores que suelen ver afectada su autoimagen social en términos peyorativos.

Es muy relevante observar de cerca las consecuencias directas de un nuevo término conocido como "esperanza de vida libre de discapacidad". Esta es la franja de tiempo transcurrido desde que cumplimos los sesenta años hasta el momento en el cual la persona experimenta algún tipo de "discapacidad" que le impide o bien le dificulta en extremo realizar su vida sin depender de otras personas. En las proyecciones demográficas que manejamos actualmente sabemos que el aumento de la esperanza de vida se ha conseguido a costa de vivir más años con discapacidad, la cual va a desembocar en "dependencia" a todos los niveles en más o menos tiempo. Algo que debemos asumir es que, salvo casos muy concretos, el paso de una vida sin dependencia a otra con dependencia va a estar mediado por una situación muy concreta denominada "fragilidad". Dicha fragilidad se puede definir en términos de "vulnerabilidad" de la persona frente a eventos estresantes del entorno que le rodea. Vista de esta forma la fragilidad es multifactorial.

Por un lado, sabemos que la fragilidad física va a venir condicionada por factores genéticos y epigenéticos. No podemos olvidar la carga genética que portamos cada uno y que nos va a ayudar o bien nos va a complicar un poco más el éxito evolutivo cuando nos exponemos a situaciones de riesgo. Pero, sin obviar dicha herencia cromosómica, debemos centrar nuestra atención en aquellos factores que sin ser de tipo genético pueden instaurarse en nuestra biología condicionando nuestro metabolismo y con ello aumentar los riesgos en términos de salud. Visto así, desde un punto de vista orgánico somos espectadores del aumento en cuanto a prevalencia de enfermedades típicas de edades muy avanzadas como los distintos tipos de demencia. Nuestra sociedad vive más, es cierto, pero también las personas tienen más enfermedades crónicas (artrosis, artritis, diabetes, hipertensión arterial, entre otras), es generalmente más sedentaria, y asume hábitos poco saludables como fumar y beber desde edades muy tempranas, lo cual va a condicionar el tipo de envejecimiento que experimente cada una. Todo ello va a provocar verdaderos síndromes como la polifarmacia, las caídas, la inmovilidad, la demencia, el dolor crónico, entre otros.

También existe la fragilidad psicológica, mental y emocional, fruto de una mayor exposición a factores estresantes relacionados con el trabajo, e incluso con el ocio mal entendido. Vivimos más años, pero a costa de padecer más depresiones, más cuadros ansiosos. Ello supone un aumento descontrolado del número de suicidios en personas mayores de sesenta y cinco años. Además de la polifarmacia, consecuencia de la necesidad de tratamientos para hacer frente a las patologías de tipo físico, debemos añadir el aumento progresivo de la ingesta de ansiolíticos y analgésicos en edades más avanzadas. En esta dimensión también aparecerán síndromes concretos como la depresión.

Además, es fácil intuir que los cambios experimentados que han favorecido una mayor esperanza de vida no siempre lo han hecho de manera paralela a la dinámica social de la comunidad en la que se vive. Siguiendo a Biung Chul Han, nuestra sociedad vive mucho más focalizada en el trabajo, asumido como éxito existencial, con una perspectiva más "autoexplotadora", y donde el ocio se ha transformado en una explotación total de los rendimientos del trabajo que en cualquier época precedente. En este escenario no nos debe extrañar que cada vez más se nos ha ido apartado del cuidado de los hijos, y desde hace unos años, también del cuidado de nuestros padres y abuelos. Las familias son mononucleares, en viviendas diseñadas para tal fin y propósito. Si épocas precedentes debíamos trabajar en función del tamaño de nuestra familia, en este siglo XXI nuestra familia es más o menos extensa en función de nuestro trabajo. Entre otros elementos, esta transformación social ha dado como resultado a mayores tasas de personas mayores que viven separadas de sus hijos y nietos; si estos quisieran cuidarles no podrían hacerlo en sus propias casas ya que no tienen espacio material ni tiempo para ello. Así vistos, los mayores pasan a ser una carga, pero no por ellos mismos sino por el rol que le ha adjudicado la sociedad. En esta situación podemos eviden-

ciar como ha ido aumentando el número de personas mayores que viven solas sin quererlo, fenómeno que en España se denomina "soledad no deseada". Esta falta de interés por el bienestar social de los mayores provoca que se conviertan en seres vulnerables, siendo víctimas de maltrato institucional, intrafamiliar, de género, y muchos de estos de tipo físico, psicológico, social, sexual, y/o económico. Quizás el maltrato institucional sea el menos evidente para los ojos menos entrenados, pero uno de los más crueles por su implicación macrosocial, ya que se extiende desde el poder ejecutivo y legislativo hasta todas sus instituciones sociales y sanitarias. La Organización Mundial de la Salud ha denominado "Edadismo" a las actuaciones más o menos voluntarias que derivan en una discriminación de las personas mayores.

Quizás sea relevante reflexionar acerca de un elemento que desde nuestro convencimiento traspasa las dimensiones de la persona vistas hasta ahora. La ciencia como producto humano y a su vez como motor de cambios humanos tiene un papel muy destacado en cuanto a impulsora de mejoras sociales y sanitarias de las personas, de la sociedad. Mucha de la producción científica reciente se suele centrar en mejoras biológicas con la finalidad de seguir aumentando la esperanza de vida, en primer lugar, y de la mejora del estado de salud, después. Sería bueno abrir un debate público en torno a la necesidad de proyectos de investigación centrados en la aplicación práctica e inmediata de sus resultados. También en la necesidad de investigaciones en torno a la calidad de vida percibida de las personas mayores, no tanto desde un punto de vista cuantitativo, como de la relevancia de nuevos proyectos con metodología cualitativa, que ayuden a entender mejor los motivos de los fenómenos sociales. Si la sociología como ciencia fuese la competente en este campo ya habría investigaciones merecedoras de estima, algo que no ha ocurrido. Es el momento de la antropología social y cultural.

Entrando en el apartado conclusivo de nuestra reflexión podemos afirmar que los retos deberíamos plantearlos desde dos grandes miradas. Una seria acerca de como deberíamos atender a los mayores con los que convivimos actualmente. La otra perspectiva se centraría en de cómo deberíamos prevenir aquellos problemas que actualmente llevarán a un envejecimiento patológico a las personas en edades medianas. Centrándonos en los puntos para mejorar la vida de los mayores en la actualidad estamos convencidos que las políticas sociales y sanitarias deberían centrarse en prevenir la fragilidad, y todos los factores que la provocan, al menos desde un punto de vista secundario y terciario. De una manera más concreta es necesario incluir la mirada especializada de la geriatría en todos los entornos asistenciales, de atención hospitalaria y de atención primaria, públicos y privados, sanitarios y sociales. Actualmente, la medicina y enfermería especializadas en geriatría no son de implantación global, solo en algunos países, y dentro de estos únicamente en unas provincias y no en otras. Se deben mejorar los protocolos de derivación entre niveles asistenciales. De manera paralela se debe trabajar a nivel macro y microsocial en políticas integradoras de las personas

mayores, abandonando y castigando legalmente aquellas de foco edadista, sobre todo las que provocan la soledad ni deseada y permiten el maltrato sin castigo; en este último punto se debería trabajar más y mejor en poner en marcha protocolos de detección y abordaje del maltrato a personas mayores. A un nivel mucho más focalizado en lo social en la actualidad deberíamos estudiar los motivos por los que no hay un número suficiente de plazas públicas destinadas a atender a personas mayores en situaciones de desprotección social, como son las plazas de residencias y centros de día, y también las de ayuda en el hogar; también se deben mejorar las condiciones de las personas que deciden renunciar totalmente o en parte a un trabajo renumerado para quedarse en casa cuidando de su madre o abuela.

Si nos centramos en los retos que se nos presentan en un futuro próximo proponemos centrarnos en la mejora ostensible de las políticas sanitarias que pongan el acento en la prevención frente a la atención institucional. Como decíamos más arriba la prevención de la fragilidad pasa por eliminar o paliar los factores que la provocan. Hacen falta programas especializados de prevención del suicidio en personas mayores. Se necesitan enfermeras especialistas en geriatría o al menos con una cualificación profesional en geriatría mucho mayor que la actualmente ofrecen nuestras universidades; deben estar presentes en los centros de salud, así como en unidades de hospitalización en calidad de enfermeras de práctica avanzada (EPA). Por el perfil asistencial de las personas mayores que recurren a una residencia de mayores en la actualidad intuimos que este recurso está sufriendo una transformación radical, de manera que ya no será solo de índole social sino más bien de tipo sanitario. Esto supondrá un nuevo reto a los gestores públicos pues estos mayores son ciudadanos de pleno derecho que pueden ser discriminados si se les excluye de la atención sanitaria pública, que deberá articularse a su vez para desarrollar su labor adecuadamente en este nuevo recurso. Además, deberán potenciarse exponencialmente las políticas sanitarias y sociales para permitir el envejecimiento en el propio hogar de manera exitosa, o al menos prolongarlo lo máximo posible. Como extensión de lo anterior debería contemplarse la probabilidad de morir en la casa propia sin necesidad de desplazarse, salvo contadas ocasiones, a instituciones; para ello es fundamental aumentar los dispositivos de cuidados paliativos y formarlos adecuadamente en la atención geriátrica.

Nos queda mucho por hacer, y eso empezando más pronto que tarde. Pero no debemos desanimarnos antes de comenzar, pues algunos ya hemos comenzado. La creación de redes internacionales de profesionales debidamente formados y motivados son una semilla elemental de la que esperamos que tanto los que estamos como otros que vengan la alimenten con nuevos miembros y estímulos. Los mayores que nos vieron nacer merecen que correspondamos sus esfuerzos y desvelos para con nosotros con nuestra preocupación y motivación para dignificar sus días. De no hacerlo así habremos herido de muerte la única esperanza de la humanidad, que no es otra que protegernos los unos a los otros.

Autor
Carmelo S. Gómez Martínez
https://orcid.org/0009-0004-2031-9366

Autor Correspondiente/Corresponding Author:
Carmelo S. Gómez Martínez – UCAM, Murcia, España.
gomezmartinezcarmelo@gmail.com

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.