

ENVEJECIMIENTO: UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA. MÉRIDA-VENEZUELA**AGING: A CHALLENGE FOR PUBLIC HEALTH. MERIDA-VENEZUELA**Contreras, Lisbeth¹; y Chipia, Joan²¹Profesora de Epidemiología. Grupo de Investigación en Bioestadística Educativa. Facultad de Medicina.²Profesor de Bioestadística. Grupo de Investigación en Bioestadística Educativa. Facultad de Medicina-ULA.**Resumen:**

El objetivo de la investigación es diseñar una propuesta para un plan de acción de atención integral en salud pública para el adulto mayor, considerando aspectos: epidemiológicos, psicológicos, comunitarios y médicos, en Mérida-Venezuela. Lo cual se justifica porque en los últimos años se ha observado un notable incremento en la población de adultos mayores a 60 años y las demandas en los aspectos económicos, culturales, recreacionales, nutricionales, sociales y sanitarios son necesarios para brindar una atención integral de calidad en salud pública. Metodología: enfoque cualitativo; tipo documental; diseño no experimental. El plan de acción propuesto busca afrontar el reto del envejecimiento en el siglo XXI, centrado en tres ámbitos primordiales como son: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar de la vejez con la creación de un entorno propicio y favorable para todas las edades, para apoyar las políticas orientadas al mejoramiento del envejecimiento, y la posibilidad de reorientar la manera en que el Estado, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad perciben a los adultos mayores, vinculando el envejecimiento con marcos de desarrollo social y económico. Conclusiones: se determinó la necesidad de servicios de salud de calidad; porque como se evidenció en la revisión de la literatura venezolana, no existe preparación desde el punto de vista de infraestructura, personal de salud, educación continua y trabajo de educación para la salud en las comunidades, donde se concientice a la colectividad sobre la importancia del cuidado del anciano en el hogar.

Palabras clave: Salud Pública; Adulto Mayor; Plan de Acción.**Abstract:**

This research focuses in the development of a proposal for an action plan in the order of a the integral attention regarding public health care for the elderly, being considered aspects like: epidemiological, psychological and community factors, as well as medical access, in Merida-Venezuela. This research is justified by the fact that in recent years there has been a notable increase in the population of adults over 60 years and subsequently the increased demand in economic, cultural, recreational, nutritional, social and health care, which are essential to provide comprehensive quality care in the public health spectrum to the elderly. Methodology: qualitative approach, documentary type, non-experimental design. The proposed action plan seeks to address the challenge of aging in the 21st century, focusing on three key areas: first of all, aging and development, health promotion and the well-being of elderly by the creation of a supportive environment; second of all, supporting policies aimed at improving aging; and finally, the possibility of reorienting the way in which the State, Non-governmental organizations and Society perceive the elderly, linking aging within the frame of social and economic development. Conclusions: the need for quality health services was determined. In that order, as evidenced in the review of the Venezuelan literature, there is no preparation regarding infrastructure, health personnel, continuing education and health education within the communities, where the community should be aware of the importance of the elder care at home.

Keywords: Public Health; Elderly; Action plan.

Introducción:

La salud pública, a grandes rasgos se puede definir, como la disciplina encargada del estudio para mejorar las condiciones de vida en las poblaciones, por lo tanto, deberá enfocar sus actividades a la protección de la salud de sus integrantes, y la forma de avanzar en esta tarea ha sido cuidando cada una de las etapas que integran su desarrollo físico, mental y social desde el momento de su concepción, nacimiento, desarrollo, maduración y envejecimiento (OMS, 2008; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014).

Latinoamérica caracterizada por poblaciones jóvenes donde las primeras etapas de la vida, niñez y adolescencia, solían ser la composición de un alto porcentaje de la población y cuya estructura se caracterizaba por una tasa de fecundidad alta y la presencia de una gran población de niños ha cambiado desde los años 80 hasta la actualidad. En las pirámides poblacionales se observan que el proceso de envejecimiento va en aumento, el mismo, se expresa habitualmente en la ampliación proporcional de personas mayores y, en él influyen aspectos como la disminución de la fecundidad y la mortalidad, mejoras en la condición de vida de la población, mayor disponibilidad de servicios de salud, y las migraciones, también pudieran contribuir al mismo. El incremento de adultos mayores, sin duda, demandará la necesidad de mayores servicios, relativos a los aspectos educacionales, económicos, sociales, sanitarios, medioambientales, recreativos y generacionales, entre otros.

El presente trabajo se basó en una revisión documental de diferentes trabajos realizados a nivel mundial, regional y local con la finalidad de darle un enfoque distinto al envejecimiento de la población en Mérida- Venezuela, creando un plan de acción donde se contribuya al envejecimiento activo o mejor llamado “darle vida a los años”. Dicho plan tuvo como fundamento las experiencias de países donde ya están afrontando la realidad de la prolongación

de la vida, que trae consigo un alto gasto público, por lo tanto es necesario fortalecer la promoción para la salud y la prevención de las enfermedades, así como el retraso de las diferentes complicaciones relacionadas con las enfermedades crónico-degenerativas, por lo general presentes en este ciclo vital.

Se afirma que actualmente, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%, donde muchas de estas personas inclusive serán mayores de 80 años. Los autores mencionan que en Italia se proyecta más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el año 2024 y en China en el 2050 se proyecta 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años (Berrío, 2012).

Resulta oportuno indicar que la transición demográfica de los países de América Latina y el Caribe, se caracteriza por el rápido crecimiento del número de adultos mayores, debido al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, los avances médicos y sanitarios, han conducido a la reducción de las tasas de fecundidad y los niveles de mortalidad, permitiendo disfrutar de índices de esperanza de vida impensables hace algunas décadas, para ésta Región, pudiendo alcanzar, en promedio, los niveles observados en el mundo desarrollado (CEPAL, 2011)

En 1950, la brecha entre hombres y mujeres era muy pequeña, la esperanza de vida para un hombre de 60 años era de 15 años, mientras que para una mujer de la misma edad era de 16 años. Esa diferencia se ha ampliado con el tiempo, y en 2010 llegaba ya a 3 años (20 años de esperanza de vida para los hombres y 23 años para las mujeres). Se prevé que esa distancia se mantenga casi constante en lo que resta del siglo XXI (CEPAL, 2011).

A continuación se presenta la Tabla 1 para observar el proceso de envejecimiento en América Latina:

Tabla 1.

Indicadores del proceso de envejecimiento 1950-2050.

<i>Indicadores del proceso de envejecimiento</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>	<i>2050</i>	<i>2100</i>
Población de 60 años o más en miles	27774	35285	43167	50975	57732	75551	64660
Porcentaje de personas de 60 años o más	5	7	0	2	6	4	5
Edad mediana	6,3	6,6	7,2	8,2	9,9	25,8	36,0
Índice de envejecimiento	18,6	19,7	21,7	24,2	27,5	41,7	47,9
Relación de dependencia total	14,8	16,7	19,9	25,7	35,7	154,4	241,1
Relación de dependencia de 60 y más años	95,1	85,9	77,3	67,1	60,3	74,2	103,6
	12,2	12,3	12,8	13,7	15,9	45,0	73,2

Fuente: CEPAL (2011).

Como se puede observar desde 1970 hasta el año 2010 el número de personas adultas mayores de 60 años ha ido subiendo y para este año, ya se presentaban 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. Según las previsiones, a mediados de siglo la región ya habrá sobrepasado el valor de 154 adultos mayores por cada 100 menores y convergerá con América del Norte a finales de siglo, con un índice de envejecimiento de 240. Esto significa que, a mediados del siglo XXI, una gran parte del mundo en desarrollo puede llegar a la etapa del proceso de envejecimiento de la población en que se encuentran actualmente los países desarrollados. Sin embargo, las condiciones que se dan en las regiones en desarrollo no son las mismas que en las desarrolladas, ni en términos económicos, ni en el ámbito social, porque el envejecimiento va más rápido que los países desarrollados, por lo tanto, los países en vías de desarrollo y aquellos llamados en transición, tendrán menos tiempo para adaptarse a las consecuencias de este fenómeno. Es importante señalar que América Latina presenta sus diferencias entre países que la integran, según su situación en el proceso de transición demográfica, para ello se han establecido distintos grupos de acuerdo con el índice de envejecimiento estimado para 2010-2015,

considerando la transición demográfica y tipología para los países de América Latina y el Caribe (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Transición Demográfica y Tipología para países de América Latina y el Caribe.

Grupo	Indicadores	Países
Grupo 1. Países de transición insipiente	Natalidad alta y mortalidad alta	Bolivia, Haití, Honduras, Nicaragua
Grupo 2. Países de transición moderada	Natalidad alta, mortalidad moderada	El Salvador, Guatemala, y Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela.
Grupo 3. Países en plena transición	Natalidad moderada, mortalidad moderada-baja	Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá,
Grupo 4. Países de transición avanzada	Natalidad baja y mortalidad moderada-baja	Argentina, Chile, Cuba, Uruguay, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico.

Fuente: CEPAL (2011).

En Venezuela, se han hechos aportes importantes orientados hacia la protección del adulto mayor en cuanto seguridad social (pago de pensiones y bono de alimentación) se refiere, pero aún existen muchos aspectos de los cuales no se ha adelantado en relación a mejorar su calidad de vida, tal es el caso de las políticas de salud, las mismas, no se encuentran adaptadas al contexto geriátrico, sin embargo, en el estado Mérida se han realizado aportes a nivel investigativo desde el punto de vista de salud y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, donde los resultados obtenidos reflejan que las condiciones no son las adecuadas para su bienestar físico, mental y emocional (Camba y Flores, 2010).

Por otra parte, el Estado no cubre los aspectos de atención primaria gerontológica, los planes de recreación sólo se aplican a un limitado número de ésta población a nivel nacional, no existen planes de viviendas adecuadas para los adultos mayores, y la capacitación/educación sólo se implementó para el Distrito Capital, dejando desasistido el resto del país, de manera que se crea

la necesidad de un plan de acción integral para mejorar la calidad de la atención en salud pública para los adultos mayores en el estado Mérida- Venezuela, que contribuya con su calidad de vida.

El objetivo general es diseñar una propuesta para un plan de acción de atención integral en salud pública para el adulto mayor, considerando aspectos: epidemiológicos, psicológicos, comunitarios y médicos, en Mérida-Venezuela.

Los objetivos específicos son: 1) Explorar los programas de salud existentes y la calidad de atención para los adultos mayores en el estado Mérida- Venezuela y los implementados a nivel internacional. 2) Describir la epidemiología de las enfermedades existentes en los adultos mayores en Mérida-Venezuela. 3) Caracterizar las acciones psicológicas que determinan la calidad de la atención del adulto mayor en el contexto del estudio. 4) Plantear una adecuada atención comunitaria para el mejoramiento de la calidad de atención en el adulto mayor en el estado Mérida-Venezuela. 5) Articular el plan de acción para el mejoramiento de la atención de los adultos mayores en Mérida- Venezuela.

Se han propuesto una variedad de teorías para tratar de explicar la naturaleza del envejecimiento que se esbozan en la presente investigación en dos tipos: las teorías estocásticas y las teorías deterministas.

Teorías estocásticas

El genoma es el principal protagonista y se incluyen fenómenos ambientales que involucran al entorno celular como responsable de la homeostasis; entre ellas se encuentran las *teorías genéticas*, de las que se explican tres: a) *Teoría de la regulación génica*: es el desequilibrio entre las fases de reproducción y desarrollo de la célula. Durante la fase de reproducción, la célula es menos apta para defenderse de factores adversos; b) *Teoría de la diferenciación terminal*: aquí se expresan modificaciones en la expresión genética; c) *Teoría de la inestabilidad del genoma*:

pueden producirse modificaciones al nivel del ADN, afectando la expresión de los genes sobre el ARN y proteínas originados por diferentes factores. “Estas tres teorías genéticas confieren al entorno celular el papel de ser el responsable de todos los daños provocados al azar en el ADN” (D’Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teoría de la mutación somática: el envejecimiento se produce como resultado de la acumulación de las mutaciones del ADN nuclear de las células somáticas. Comfort, en 1979, refirió que la lesión del ADN sería de modo fundamental al nivel mitocondrial. Miquel y Fleming refirieron la falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador del oxígeno, por tanto, las células perderían su capacidad de regenerar o reparar las mitocondrias y se verían con una capacidad disminuida de sintetizar ATP, con lo cual su funcionamiento fisiológico y la muerte serán la consecuencia. (D’Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teorías de los radicales libres: Denham Harman, en 1956, postula que los daños al azar son producidos por radicales libres reactivos formados dentro de las células, éstos pueden oxidar biomoléculas y conducir la muerte celular, así como a daño tisular. Las reacciones oxidan sobre todo a las lipoproteínas de membrana (D’Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teoría error- catástrofe: Orgel la propuso en 1963 y la modifico en 1970, donde explica que la síntesis de proteínas contenía errores, al tener proteínas mal formadas, en el siguiente paso duplicador se tendría más errores y así sucesivamente, hasta que se tiene una catástrofe en la homeostasis celular (D’Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teorías de las uniones cruzadas de estructuras celulares: Los enlaces moleculares entre proteínas y ácidos nucleicos aumentan. Brown en 1991 explicó que la glicación no enzimática ejerce su papel en las complicaciones de la diabetes (D’Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teoría de la acumulación de productos de desechos: Sheldrake en 1974, dijo que la acumulación de sustancias o productos de desechos celulares se produce por alteraciones metabólicas. Siendo un material represor en la teoría de restricción del codón o el factor de senescencia propuesto por Jazwinski en 1990 (D'Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teoría inmunológica: La involución del timo es responsable de la inmunidad defensiva. Se argumenta que la proliferación de los linfocitos T depende de la interacción de la interleucina 2 (IL-2) con un receptor específico. Las T en reposo no poseen receptores para IL-2 ni producen IL-2, las células T activadas durante la linfoproliferación sintetizan estas dos proteínas, por causa de la necesidad de IL-2 para la proliferación de las células T, por tanto, se ha hipotetizado que la disminución en la linfoproliferación que se presenta con la edad se debe a una producción disminuida de IL-2, expresión reducida del receptor IL-2 o ambas (D'Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teorías deterministas

Teoría de la capacidad replicativa finita de las células: Hayflick y Moorhead en 1961 demostraron que los fibroblastos humanos normales podían duplicarse 50 veces y después morían. Esperanza de vida finita. Los telómeros pueden ser el reloj de la pérdida de capacidad proliferativa. En 1990, Harley observó que la longitud de los telómeros se hace más pequeña con el número creciente de duplicaciones. Esta hipótesis postula que la telomerasa está reprimida durante la diferenciación de las células somáticas, por tanto, la longitud de los telómeros, así como la actividad de la telomerasa, han sido propuestos como biomarcadores del envejecimiento (D'Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005).

Teorías evolutivas: La senescencia es una adaptación necesaria programada perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos, constituye una característica normal en la vida de los

animales superiores y en el ser humano. Por desgracia, la mayor parte de las especies animales no llegan a viejas y mueren por accidentes. Los genes del envejecimiento se instalan cómodamente en espera del tiempo para expresarse (D'Hyver de las Deses y Gutiérrez, 2005). Desde la perspectiva de la biología del individuo, el envejecimiento como proceso se ha marcado en la iniciativa de identificar los marcadores biológicos tempranos, es decir, los mecanismos intrínsecos del envejecimiento y de las enfermedades que contribuyen a la fragilidad clínica, identificando los momentos en que empieza a producirse esos procesos y su influencia en la calidad de vida de las personas mayores, donde la interacción enfermedad- enfermedad y enfermedad- envejecimiento señalan los efectos diferenciales en el desarrollo de la fragilidad y discapacidad (Rodríguez, Rodríguez, Sancho y Díaz, 2012). Por lo tanto, el proceso de envejecimiento reviste una gran variedad de cambios fisiológicos que determinan un comportamiento particular, y conocer estos mecanismos abre las puertas a todo un campo de investigación que permita hacer un manejo acertado de la población anciana.

Metodología:

Es un estudio con un enfoque cualitativo, es de tipo documental y un diseño no experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). *Variables de la investigación:* Calidad de Atención en Salud Pública, la cual se divide en Atención médica, Participación Social, Familiar. *Población,* las propuestas van dirigidas a las personas de 60 años y más o adultos mayores de Mérida-Venezuela.

Resultados:

Luego de la revisión documental y entrevista con expertos en el área de interés, se propuso un plan de acción para la población de adultos mayores del estado Mérida- Venezuela como una manera de afrontar el reto del envejecimiento en el siglo XXI para ésta población, centrado en

tres ámbitos primordiales como son: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar de la vejez con la creación de un entorno propicio y favorable para todas las edades, para apoyar las políticas orientadas al mejoramiento del envejecimiento, y la posibilidad de reorientar la manera en que el Estado, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad perciben a los adultos mayores, vinculando el envejecimiento con marcos de desarrollo social y económico, con el objetivo de promover la solidaridad entre las generaciones, combatir la discriminación de las personas de edad, orientando a potenciar la capacidad a participar a nivel familiar y social como forma de inclusión de este grupo etario en todos los sectores y en cada etapa de la vida (Naciones Unidas, 1983; Naciones Unidas, 2001; Naciones Unidas, 2002; Naciones Unidas, 2003).

Dicha propuesta se plantea partiendo del diagnóstico regional de los adultos mayores, luego se procederá a ofertar dicho diagnóstico a los Distritos Sanitarios, y de allí a la red ambulatoria, con la finalidad de que se detecte oportunamente los diferentes riesgos y daños a la salud de manera integral en este grupo poblacional, para incorporarlos en programas de fomento de la salud, prevención, atención integral, rehabilitación y evaluación de las capacidades de cada uno de ellos y así incluirlos en: actividad laboral, recreacional, cultural, social y de comunidad, culminando con una evaluación del plan para conocer los avances alcanzados con la implementación del mismo.

La propuesta se estructura en el cruce de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que se muestran a continuación.

Fortalezas:

-Se dispone de políticas y leyes enfocadas hacia la protección social, las cuales se adhieren a los convenios internacionales.

-Existencia de instituciones gubernamentales centrales que contribuyen a la recreación, educación y ayudas económicas. (INASS)

-Ajuste económico de jubilaciones y pensiones equiparándose con el sueldo mínimo y la asignación del bono alimentario.

-Se creó la Universidad del adulto mayor en la capital de Venezuela, donde el grupo etéreo son facilitadores a la población más joven en diferentes enseñanzas (danza, música, cultura); y de igual forma se instruyen en áreas de interés.

-Institutos universitarios orientados al fortalecimiento de la investigación acerca del proceso de envejecimiento, para mejorar los indicadores de estado de independencia funcional en el adulto mayor, optimizando la Calidad de la Atención de salud.

-La existencia de universidades, institutos técnicos, que colaboren con la creación de cursos de actualización técnica necesaria para la atención del adulto mayor autónomo, frágil y vulnerable.

-Exhortar a las entidades gubernamentales se referencien en los países desarrollados acerca del tema de envejecimientos, y así fomentar un trabajo intersectorial y una comunicación transversal como herramienta para el desarrollo.

Debilidades:

-Escaso capital humano profesional y actualizado en los programas de atención primaria de salud para los adultos mayores.

-Inexistencia de talleres para la actualización de los trabajadores en el área de atención primaria de salud para el adulto mayor.

-Los programas de recreación, turismo, y educación, no se implementa en todo el territorio nacional sólo en el Distrito Capital.

-Poca concientización por parte de las autoridades gubernamentales nacionales, regionales, municipales y locales, acerca de la importancia de la familia como eje primordial para la felicidad del adulto mayor.

-Las instituciones sanitarias no presentan infraestructura adecuada para una atención gerontológica de calidad.

Carencia de planificación acerca de los servicios sociales necesarios para los adultos mayores.

-Limitadas oportunidades de empleo para el adulto mayor, necesario para cubrir sus necesidades básicas.

-La inexistencia en infraestructura de establecimientos sanitarios adecuados para la atención del adulto mayor en las zonas rurales.

-Escasa promoción del envejecimiento saludable, y educación de actividades (planes de atención primaria gerontológica.

-Inexistencia de transporte público, acordes para los adultos mayores de 60 años.

-Ausencia de programas educativos y formativos (primaria y secundaria), hacia el fomento del aprendizaje acerca del estilo de vida que favorecen a los adultos mayores.

-Vacío de una modalidad de atención comunitaria para los adultos mayores.

-Asistencia de programas de atención masiva, sin un contexto adecuado para dar respuestas a largo plazo.

-Carencia en la renovación curricular en los componentes geriátricos.

Oportunidades:

- La misión vivienda, se pueden ajustar para acomodar las casas de los adultos mayores o familias que tengan dentro de sus integrantes un adulto mayor.

-La existencia de escuelas de audiovisuales, pueden elaborar videocintas, anuncios de servicio público y estrategias de comunicación para difundir mensajes sobre la forma de envejecer con salud y la importancia de mantenerse activo.

-Uso de los medios de comunicación y redes sociales, como herramientas para promover cambios e inculcar el nuevo paradigma del envejecimiento activo, contribuyendo con la cultura de solidaridad intergeneracional.

-Instaurar alianzas con programas de la OPS sobre envejecimiento y salud.

Amenazas:

-No se cuenta con una revisión continua de organismos externos como la OMS, OPS acerca de políticas, indicadores, que permitan modelar, evaluar y afianzar los avances realizados para tener un envejecimiento activo.

- Las áreas sociales como parques, plazas, calles; no sean ajustado a las necesidades de aquellos adultos con discapacidades.

-Carencia de recursos financieros externos provenientes de la empresa privada y/o instituciones internacionales que permitan dar calidad de atención a los adultos mayores.

-Ausencia de un programa de medicamentos esenciales para los adultos mayores, por lo que no cumplen con los tratamientos de una forma eficiente.

-Escasas políticas sanitarias ajustadas al contexto geriátrico.

-Carencia de capacitación de segunda ocupación para los adultos mayores.

Tabla 3. Cruces FODA

Alternativas Fortalezas-Oportunidades	Alternativas Debilidades-Oportunidades
<p>-Generar ambientes familiares, recreacionales, instituciones sanitarias y educacionales acorde a la protección y apoyo al adulto mayor mediante la integración de instituciones públicas, privadas o sin fines de lucro.</p> <p>- Fortalecer e implementar programas individualizados en promoción y prevención para mantener la autonomía funcional del adulto mayor.</p> <p>-Suscitar alianzas con organismos internacionales para la creación de una red de centros colaboradores especializados en “darle vida a los años”.</p> <p>- Contribuir a crear entornos favorables que fomente una adecuada relación interpersonal del adulto mayor con su entorno social afianzando su bienestar biopsicosocial.</p>	<p>-Desarrollar programas de empleo para los adultos mayores.</p> <p>-Fomentar mecanismos que logren la integración de comunidades de adultos mayores sin conocimientos en los avances tecnológicos, para capacitarlas e integrarlas a fuentes de trabajo.</p> <p>- Facilitar la participación de los adultos mayores en actividades grupos comunitarios, culturales y sociales intergeneracionales apoyado en la experiencia obtenida de los mismos.</p> <p>- Fortalecer la solidaridad mediante la equidad y la reciprocidad entre las generaciones.</p> <p>- Proponer alianzas con la OPS para la actualización continua del personal de salud y así dar una atención de calidad al adulto mayor.</p>
Alternativas Fortalezas-Amenazas	Alternativas Debilidades-Amenazas
<p>- Explorar Los escenarios nacionales e internacionales para obtener la colaboración con recursos (monetarios, educativo, investigativo o materiales), que permitan mejorar la calidad de atención del adulto mayor.</p> <p>- Crear un instrumento que permita la revisión continua de las políticas e indicadores ajustados a las normativas de las instituciones internacionales para afianzar los avances del envejecimiento activo.</p> <p>- Desarrollar un programa ajustado a las necesidades del adulto mayor para la entrega de medicamentos esenciales.</p> <p>- Promover la participación plena de las persona mayores en la comunidad, en base a los principios del envejecimiento activo.</p>	<p>- Establecer mecanismos efectivos de coordinación y cooperación dentro de la administración gubernamental y entes internacionales como la OPS y la OMS:</p> <p>- Impulsar la formación y cualificación de profesionales.</p> <p>- Fomentar la investigación gerontológica interdisciplinaria y el intercambio de experiencias en esta materia, a nivel estatal e internacional.</p>

Fuente: Contreras (2016).

Conclusiones:

Como se evidenció en estudios venezolanos, y al compararlo con los programas de salud a nivel internacional aplicado a los adultos mayores no se pudo constatar que no se han desarrollado desde los puntos de vista de: infraestructura, personal de salud, educación continua y trabajo de educación para la salud en las comunidades, donde se conciente a la colectividad sobre la importancia del cuidado del anciano en el hogar, por lo cual se puede avizorar la poca existencia de un programa efectivo hacia el enfrentamiento de este fenómeno en la población que contemple además un diagnóstico epidemiológico, psicológico, comunitario, y clínico, donde se determine que esta manifestación poblacional trae consigo el hecho que Venezuela es un país sub-desarrollado, para otros en transición, donde los problemas básicos sanitarios relevantes son la desnutrición, enfermedades epidémicas, educación muy reducida a conocimientos necesarios para la mejora de la calidad de vida y con una economía en declive, originando que ésta realidad merme los esfuerzos para el logro de las necesidades sociales en este grupo de edad.

Según las proyecciones del CEPAL, Venezuela se encuentra en el segundo bloque de los países de Latinoamérica y el Caribe para el envejecimiento de la población ,y las mismas irán en aumento hasta finales del siglo XXI, por ello la necesidad de trabajar no sólo en materia de seguridad social, sino en darle calidad a ese aumento de los años en la esperanza de vida alcanzada por este continente, pues no tiene sentido la prolongación de la vida sin que existan familias sensibles para el cuidado integral del adulto mayor y de ser necesario instituciones que garanticen su calidad de vida.

A pesar de que Venezuela aún se encuentra dando sus primeros pasos en adecuar las condiciones de salud, ambiente y comunidad, hay avances a nivel de políticas públicas, las mismas se encuentran en la Constitución Nacional, donde se defiende y entrega vital importancia

a los derechos del adulto mayor tales como: el respeto, la igualdad, la equidad, donde no debe existir discriminación y además se le otorga a la familia el contexto de protección social principalmente a los adultos mayores.

De igual forma se menciona el derecho a la salud y la protección que debe brindar el sistema de seguridad social y la prestación a la vejez, la misma consiste en un pago periódico calculado en el sueldo mínimo vigente; hay una legislación que protege al adulto mayor y se adhiere a los convenios internacionales donde se garantizan los derechos humanos.

En cuanto a los programas de atención primaria en salud para el adulto mayor, se determinó que no se han desarrollado plenamente, por lo que se debe tomar en cuenta que dicho proceso está asociado a una disminución en la ejecución de actividades vitales y potenciales aunado a un incremento de la susceptibilidad a enfermar o morir; esto lo señalan los estudios realizados con respecto al envejecimiento, donde sobresale que la vulnerabilidad originada con la edad viene de la mano con los estilos de vida poco saludables, mal funcionamiento, poca adaptación del organismo al medio ambiente, y pobre apoyo familiar.

Otro punto significativo es la epidemiología de la vejez la cual se encuentra asociada con las enfermedades crónico-degenerativas tales como: las neurológicas, cerebrovasculares, cardiovasculares, metabólicas, reumatológicas, así como aquellas relativas a lo netamente social, las cuales originan la disminución de las capacidades físicas, funcionales y psíquicas en el adulto mayor. Por lo tanto el proceso salud-enfermedad debe ser enfocado integralmente, incorporando medidas preventivas y de cuidado, orientadas hacia la autosuficiencia y la disminución de la discapacidad, control del deterioro físico y psíquico producto de los factores de riesgo propios del envejecimiento.

En esta investigación se evidenció que la base fundamental para una atención de calidad en la presencia de la familia, siendo esta el núcleo de apoyo principal para el adulto mayor, donde la convivencia funcional juega un papel importante en la vida del mismo, generando aspectos positivos sobre su bienestar físico, mental y espiritual lo cual favorece el mantenimiento de la salud.

Es necesario la evaluación de cada uno de los ámbitos que involucra un envejecimiento saludable, se encontró la importancia de los avances logrados en las asambleas internacionales donde se enfocan los aspectos más importantes como la necesidad de orientar políticas sanitarias adecuadas para éste grupo etario, la necesidad de mayor cantidad de personal, equipos multidisciplinarios e intersectoriales capacitados y actualizados, la necesidad de incorporar a las comunidades con campañas educativas para toda la población con todos los aspectos relacionados al proceso de envejecimiento, de manera de fomentar los cuidados integrales y los aspectos sanitarios necesarios para darle mayor funcionalidad y disminuir la discapacidad que en la mayoría de los casos son prevenibles.

Recomendaciones:

Luego de la valoración teórica realizada se determinó que en Mérida- Venezuela se debe comenzar a incorporar dentro de sus indicadores de salud, aquellos específicos acerca de la morbimortalidad en los adultos mayores de 65 años, de manera que se recolecten datos necesarios para la planificación en la implementación de acciones de mejoras en la calidad de atención en salud de este grupo etáreo, y así diagnosticar asertivamente a dicha población desde el ámbito físico, psíquico, nutricional, morbilidad, grado de autonomía, fragilidad y vulnerabilidad.

También es sumamente importante la estratificación del adulto mayor a nivel socio-familiar, para que el personal de salud debidamente capacitado pueda brindar el apoyo en aquellos casos que son necesarios, como es lo es en la disfuncionalidad familiar, por otra parte es necesario la producción de historias clínicas bien fundamentadas por equipos multidisciplinarios y especialistas en geriatría, para la creación de protocolos sencillos e individualizados que permitan el empoderamiento de los planes para envejecer activamente y finalmente es necesario la promoción en la población de adultos mayores con contenidos acerca del envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados

Referencias:

Berrío, M. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública, *Revista Colombiana Anestesiología*, 40(3) ,192–194.

Camba, N. y Flores, R. (2010).Protección social al adulto mayor: un análisis del ordenamiento jurídico venezolano. *Revista Gaceta Laboral*, (16) 1, 63-90.

CEPAL (2011).Observatorio Demográfico. .Envejecimiento Poblacional. [Datos en línea]. En CEPAL: Envejecimiento poblacional. Disponible: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2011/S1100942.pdf>

Contreras, L. (2016). *Propuesta de un plan de acción para una atención integral en salud pública para el adulto mayor. Mérida- Venezuela. 2016*. Trabajo de la Maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Instituto Internacional de Estudios Globales para el Desarrollo Humano.

D'Hyver de las Deses C., Gutiérrez L. (2005).Geriatría. México: Editorial Manual Moderno.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª. Ed.) México D.F.: Mc Graw Hill.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2014). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid: Autor.

Naciones Unidas (1983). *The Vienna International Plan of Action on Aging was adopted by the World Assembly on Aging held in Vienna, Austria from 26 July to 6 August 1982*.

New York: Autor. Recuperado de:
<http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>

Naciones Unidas (2001). *Derechos humanos y Personas de edad*. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_469_1.pdf

Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*.

New York: Autor. Recuperado de:
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>

Naciones Unidas (2003). *Declaración Política y Plan de acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. New York: Autor. Recuperado de: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Autor.

Rodríguez, V., Rodríguez, L., Sancho, M., y Díaz, R. (2012) Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(4), 174-179. Recuperado de: <http://www.elsevier.es>