

*Paper*

## **La vejez no es una enfermedad: críticas a la recategorización de la OMS postpandemia COVID-19**

**Miralles, Mónica Teresita; Fusco, Mara; Florentin, Raúl**

[monica.miralles@fadu.uba.ar](mailto:monica.miralles@fadu.uba.ar); [monica\\_miralles@uca.edu.ar](mailto:monica_miralles@uca.edu.ar)

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Centro de Investigación en Diseño Industrial de Productos Complejos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Ingeniería y Ciencias Agrarias. Laboratorio de Biomecánica e Ingeniería para la Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; Universidad Tecnológica Nacional. Facultad Regional Haedo. Morón, Argentina; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ingeniería. Departamento de Electrónica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Línea temática 3. Categorías: consensos y conflictos

### **Palabras clave**

CIE-11, Envejecimiento, Adulto Mayor, Viejo, COVID-19

### **Resumen**

La novedad de la OMS, a partir de enero 2022, de recategorizar a la vejez como enfermedad (CIE-11) requiere una reflexión crítica. Para llevarla a cabo

se toma como modelo de base la jerarquía de necesidades de la pirámide de Maslow, reformulada para el adulto del mayor, extendiendo la misma con una categoría -derivada de la necesidad de autorrealización- que involucra dimensiones no consideradas en las anteriores necesidades, según aportes de autores como S. Singh. Se trata de una categoría compleja donde aparecen aspectos asociados con la religión, la espiritualidad, o con el particular sistema de creencias. Se sostiene que la vejez no es una enfermedad y se aportan argumentos en contra de esta conflictiva recategorización.

### **Nueva categoría del adulto mayor postpandemia COVID-19: la vejez es una enfermedad**

¿La vejez es un estadio de la vida o es enfermedad?, ¿es salud o patología? Esta discusión, que se creía superada, volvió a resurgir en 2019 y fue dirimida a partir de enero de 2022 por la OMS, con la reciente CIE-11 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, cuya sigla en inglés es CIE), que incluyó la vejez como patología (CIE-11, 2022)<sup>1</sup>. La CIE-11 es la base estandarizada de vigencia mundial para identificar las tendencias y estadísticas sanitarias mundiales. Contiene miles de códigos únicos para referir a lesiones, enfermedades y causas de muerte, codificando más de 1,6 millones de situaciones clínicas. La nueva versión también incluye recomendaciones de diagnóstico actualizadas para las afecciones de salud mental y la documentación digital de los certificados COVID-19. La CIE es utilizada por las compañías aseguradoras de salud, por gestores de los programas nacionales de salud, por especialistas en recopilación de datos y por cualquier otra persona o agente gubernamental o económico que siga los progresos de la salud mundial y tenga que decidir sobre la asignación de recursos en salud.

En el caso de la vejez, se trata de una inclusión considerada estigmatizante y discriminatoria por instituciones de todas partes del mundo ligadas a la salud de la persona adulta (PA) (Leiva-Ordoñez., 2021), ya que, se trata de una reedición del “viejismo”<sup>2</sup> de R. Butler (Butler, 1980), quien advertía que las actitudes y creencias, los comportamientos discriminatorios y las normas

---

<sup>1</sup> La categoría de “síntomas generales” del “MG2A - old age”, incluye como diagnóstico a personas mayores o senescentes sin psicosis o con debilidad senil.

<sup>2</sup> El viejismo (ageism) se define como una alteración en los sentimientos, creencias o comportamientos en respuesta a la edad cronológica percibida de un individuo o un grupo de personas, donde los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados de acuerdo con estereotipos negativos basados en la afiliación grupal.

institucionales ligadas a políticas sanitarias están fuertemente relacionadas y se refuerzan mutuamente unas a otras (Levy y col. 2002a y 2002b).

Esta nueva categoría es contraria a lo dictado en la Asamblea General de la Organización para las Naciones Unidas (ONU) sobre la anunciada “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030”, consagrada a “lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades” (ONU, 2002).

En nuestro país, el 3 de agosto de 2021, bajo el título “La vejez no es una enfermedad”, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) elaboró un informe expresando su oposición a la intención de la OMS de incluir la vejez como enfermedad (INADI, 2019).

En efecto, inmediatamente después de la pandemia, hay una doble estigmatización de las personas mayores (PM): todos pertenecen ahora a la categoría “enfermo” según la OMS, a la que se podría sumar la subcategoría de “viejo enfermo secuestrado por COVID-19”, presente en todos los países.

Por su parte, la palabra envejecimiento remite a viejo, término que también se usa para animales y cosas en desuso o denigradas. A diferencia de hablar de ancianidad, que refiere a la conexión con el pasado (familiar o colectivo) indicando un reconocimiento a cierta retro trascendencia, o bien, referir a persona de la tercera edad (designando a una etapa etaria -comparable en duración a otras fases anteriores de la vida- todavía por transitar), o de persona adulta mayor (PAM), donde se pone el acento en la autonomía, o de personas adultas (PA), término adoptado por la gerontología actual; hablar de “viejo” y asociar abiertamente a la vejez con la enfermedad, se considera un retroceso con serias consecuencias para las PM y la sociedad en general.

A continuación, se procede a realizar una reflexión crítica a esta recategorización.

### **Desarrollo del trabajo**

Para realizar la crítica a esta recategorización estigmatizante de la vejez se parte del modelo de realización humana conocido como pirámide de Maslow (Maslow, 1943) que jerarquiza las cinco principales necesidades humanas, considerando que, a medida que se satisfacen las más básicas, se desarrollan otras necesidades y deseos más elevados. Así, desde la base hacia la cima, se encuentran: a) las necesidades fisiológicas (supervivencia, alimentación, descanso, etc.), b) las necesidades de seguridad (física, familiar, de propiedad privada, etc.), c) las necesidades de afiliación (amistad, afectos, sexualidad), d) las necesidades de reconocimiento o estima (autorreconocimiento, confianza, respeto, éxito) y, finalmente, e) las necesidades de la autorrealización (moralidad, creatividad, espontaneidad, falta de prejuicios, aceptación de hechos, resolución de problemas, etc.).

Esta pirámide originada en la psicología humanista, diseñada para el marketing empresarial en los años 40, puede ser reformulada para el armado de una arquitectura que permita reflexionar y criticar esta recategorización de la OMS de la vejez como enfermedad.

Atendiendo a las críticas históricas de este modelo (la falta de matices, lo discutible de la jerarquización o el etnocentrismo) se asume que las categorías deben ser pensadas como verdaderos “territorios” en el sentido dado por Deleuze en *Mil Mesetas: Capitalismo y esquizofrenia* (Deleuze y Guattari, 1988). El concepto de territorializar y desterritorializar, es decir, generar lo nuevo, a diferencia del calco, lo meramente reproductivo donde se dan complejas intrarrelaciones, con sus propias topologías y entretejidos, a diferentes escalas. Siempre hay devenir y movimiento y, por lo tanto, creatividad. En este nuevo modelo, la pirámide tiene que permitir generar nuevas extrarrelaciones con lo heterogéneo, lo impensado.

El rasgo esencial del modelo, adaptado al AM, es considerar que estas categorías dinámicas, están estrechamente interrelacionadas y que ligadas a acciones humanas observables y medibles integradas en un modelo global, es decir, dentro de una praxeología. En el caso del AM, en particular, las interrelaciones no son rígidas (hay plasticidad), y la densidad de relaciones no es constante (heterogeneidad). La idea es pensar en inter e intrarrelaciones adaptativas, donde pueden aparecer nuevas necesidades, o desaparecer otras, generando un *locus* cambiante a lo largo del tiempo. La pandemia COVID-19 es un buen ejemplo para la inclusión de novedad al modelo.

Se coincide con S. Sarwant (Sarwant, 2012) en la necesidad de agregar una subcategoría que condense los nodos que este autor llama HWW (en inglés Health, Wellness and Well-being) haciendo cada una de ellas referencia a todo un subconjunto de necesidades más abstractas relacionadas con la autopercepción corporal (no fisiológica), la mental y la espiritual (alma) del AM, respectivamente.

A continuación, se realiza una serie de críticas a esta recategorización de las PM en la CIE -11, en torno a conceptos específicos, desde el modelo propuesto, teniendo en cuenta que se considera que la jerarquización es solo esquemática para ordenar la discusión ya que, todas las necesidades deben estar presentes y ser satisfechas en forma simultánea, acordando con la postura de Clayton Alderfer (teoría ERG; existencia, relación y crecimiento) (Bostan et al, 2009).

### ***Las necesidades fisiológicas y la vejez como enfermedad***

La inclusión de la vejez como una expresión de enfermedad hace que la OMS se aleje del criterio que sostuvo desde 1990 (OMS, 1999), que corresponde al de “salud funcional”. Esta noción fue elaborada para destacar que una persona

puede estar funcionalmente sana, aun cuando padezca enfermedades crónicas. Un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no define el estado de salud de las PAM en término de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

En la década de los 60, la imagen del AM provenía de estudios de diversas disciplinas con personas enfermas o institucionalizadas. Usualmente se hacían generalizaciones, desde un porcentaje muy pequeño, quedando un estereotipo de declinación psico-física como imagen final. Esa imagen cultural cambia en los años 60 cuando comienza a reconocerse un potencial en el AM y en planes para estimularlo (estudios, viajes, actividades sociales, ejercicios físicos, nutrición). De allí surge el concepto de la OMS de salud funcional. Desde esta perspectiva funcional, un AM sano transita el proceso de cambio con adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

### ***Las necesidades de seguridad y la vejez como enfermedad***

El AM se enfrenta a un cambio de su estatus social. Se lo separa del sistema productivo y pasa de ser un agente cargado de experiencia, a ser un jubilado. Esta nueva clasificación social en muchos casos conduce a fenómenos como la llamada “jubilopatía”, es decir, el ingreso a una profunda depresión por la imposibilidad de reconectar con otros proyectos. Por ello, la sociedad tiene que contribuir a que la PA pueda prepararse para este pasaje y evitar el síndrome de quiebre social que se produce cuando la PM es inducida a adoptar el rol del enfermo, incapaz o limitado, ya que ésta termina identificándose con dicho rol.

La ciencia y la tecnología en el siglo XXI contribuyen a la cultura del eterno presentismo de la juventud (sin memoria), donde la vejez y la muerte son fenómenos a postergar o, en el mejor de los casos, a extirpar (transhumanismo).

La vejez se produce dentro de una sociedad atravesada por “tecnologías disruptivas” (Stiegler, 2019), que impactan sobre el sentido y el significado de los ciclos biológicos, en particular sobre el último. La sociedad global del turbocapitalismo en crisis no puede imaginar un futuro y, por lo tanto, la esperanza se percibe en los poderes de la ciencia de lo artificial diseñada por “la reducida elite de la innovación”, impuesta por sobre la ciencia de lo natural. Lo cierto es que, en esta sociedad tan particular, sigue habiendo pandemias difíciles de controlar, con alto costo biológico (individual y social) y graves problemas sin resolver sobre la sustentabilidad en el planeta (cambio climático, eliminación de residuos, etc.). En este mundo de la artificialidad el futuro es ciencia ficción. Una solución para el AM se postula en la robótica. El sueño de máquinas o interfases capaces de brindar algún tipo de cuidado o compañía,

iniciando en una nueva cultura del cuidado que requiere de un profundo debate ético.

En la última etapa de la vida, ese AM “analógico”, es instantáneamente llevado, en una invisible máquina del tiempo, a un futuro dentro del presente, en el cual no tiene ni el tiempo ni los elementos culturales adecuados para una conveniente construcción de sentido. Elementos culturales que otrora fueron contruidos en una cultura que priorizaba el intercambio humano. Ya Maslow afirmaba, en relación a las necesidades de seguridad, que los individuos van a preferir lo que les es familiar, antes que lo desconocido. Podemos enfatizar que esta preferencia se va a potenciar con el paso del tiempo.

Argentina comparte con otros países de América Latina un sistema de salud basado en la articulación de los subsectores público, privado y de obras sociales. Dicho sistema, en los últimos años, ha sufrido los embates de la fragmentación y el desfinanciamiento del subsector público con consecuencias negativas sobre profesionales, administradores de servicios y compañías farmacéuticas y de tecnología médica. El hecho de clasificar a los adultos como enfermos agrava la situación sanitaria.

Han aparecido en los últimos años posturas filosóficas (Redeker, 2017) que distinguen entre *geronticidio* (la muerte del AM por la disminución de pensiones, recorte de servicios médicos, costo prohibitivo de geriátricos, obligación de trabajar hasta edades avanzadas, eutanasia, etc.) y *gerontocidio* (el suicidio del AM). Muchos profesionales de la salud han hablado, en relación a lo ocurrido durante la pandemia, incluso, de homicidios silenciosos.

La pandemia fue el escenario privilegiado de diferentes teorías conspiratorias que dieron lugar al concepto de infodemia que, según la OMS, consiste en la práctica de difundir noticias falsas sobre la pandemia, aumentando el pánico en las sociedades.

A diferencia de las epidemias de SARS (2002-2003) y de las gripes aviar y porcina (2009-2010), que fueron asociadas, en algunos casos, al fantasma de las “plagas” de la antigüedad (lo apocalíptico), el COVID 19, en cambio, estaba en consonancia con grupos convencidos que la pandemia había sido diseñada para “limpiar” al mundo de los AM. Es decir, reforzaban la idea de un “geronticidio programado” gestado por sectas secretas, poderes mundiales poseedores de tecnologías ultra desarrolladas ligados a los gobiernos del mundo, del que hablaba Redeker. Las noticias más negativas vinculadas con estos temas estuvieron asociadas a diversas expresiones en los medios públicos. Una extrema fue en Tennessee, durante una transmisión de WKRN con la reportera Elizabeth Lane, pudo leerse en la pancarta de un militante anti-



COVID "sacrificar a los débiles"<sup>3</sup> sin quedar claro el objetivo de quien lo portaba.

Se concluye que este cambio de categoría de la OMS contribuye a reforzar al síndrome de quiebre social e impacta negativamente sobre el sistema de salud.

### ***Las necesidades de afiliación y la vejez como enfermedad***

El reconocimiento del valor y de la utilidad social de las personas incide en un mejor nivel de funcionamiento psicológico y en la calidad de vida, y al mismo tiempo, disminuye el riesgo de mortalidad o puede constituirse en un indicador de un envejecimiento exitoso. Las personas de 75 años o más, que se sienten necesitadas por los otros, a diferencia de aquellas que no lo sienten, tienen menos probabilidades de morir en los próximos diez años.

No podemos ignorar que cualquier pandemia es un acontecimiento que impacta particularmente en la vejez y en los paradigmas ligados al proceso de envejecimiento, por ello, un repaso de lo ocurrido en nuestro país durante 2020-2021, se vuelve necesario.

De acuerdo a lo informado por el Centro de Estudios Políticos para Personas Mayores y la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria, para el año 2019 las proyecciones indicaban que 6.983.377 habitantes de nuestro país eran personas de 60 años y más (15,5%), siendo 43% varones y 57% mujeres. Se trata de una población feminizada que se enfrentó a la pandemia COVID-19 con el siguiente cronograma: el 31 de diciembre de 2019 la República Popular China notificó la detección de una nueva infección llamada posteriormente COVID-19, en la provincia de Wuhan; el 3 de marzo de 2020 se conoció en Argentina el primer caso (importado) de coronavirus positivo en CABA; el 11 de marzo de 2020 la OMS asignaba al COVID-19 la condición de pandemia; el 19 de marzo de 2020 el gobierno argentino, por Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 2973) (ver Boletín Oficial de la República Argentina, 19-03-2020) estableció a partir del 20 de marzo al 8 de noviembre (8 meses), el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO). El mismo consistió en la restricción de movimientos ambulatorios de toda la población. Este decreto fue seguido de otros 47 convalidados por el Senado de la Nación durante la pandemia, relacionados al ASPO, a la doble indemnización laboral y a otras medidas de ayuda social como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE). Es decir, la suma de dinero destinada a sanear las problemáticas generadas por el ASPO, en torno a la recepción de ingresos, por parte de los hogares.

---

<sup>3</sup> Ver minuto 1:36 del canal de TV de Nashville, Tennessee: <https://www.wkrn.com>.

Argentina fue uno de los países más restrictivos (Hale, 2021) y tuvo impacto directo en el bienestar emocional de las personas (incertidumbre, frustración, temor, aburrimiento, confusión con posible deterioro en la salud mental).

A las personas de 60 años o más se les concedió -por decreto- una licencia con goce íntegro de sus remuneraciones. Los cuidadores de adultos mayores, formales e informales, fueron exceptuados de cumplir el aislamiento con la finalidad de garantizar la continuidad de la asistencia. Respecto de las personas que residían en establecimientos geriátricos se determinó la suspensión de visitas familiares presenciales. En mayo de 2020 el documento del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires titulado "COVID-19 Recomendaciones para la prevención y abordaje en residencias para personas mayores y plan de contingencia" (Ministerio de Salud, 2020) estableció la normativa a seguir.

Los mayores picos de contagio en Argentina se registraron en septiembre de 2020, mayo 2021 y diciembre 2021/enero de 2022 en correlación con los picos de decesos. Encuestas longitudinales realizadas durante ese periodo ponen en evidencia la declinación de aspectos positivos como autoconocimiento, tiempo, salud, tranquilidad, afecto. Pero, a medida que se extiende el encierro, los testimonios negativos fueron agravándose con una sensación de encierro que resulta agobiante, donde el aislamiento obligatorio fue cercenando las libertades y convirtiendo a todas las PM en prisioneros. Las PA experimentaron pérdida de sociabilidad, hartazgo, incertidumbre, enojo, bronca, amargura, incomodidad, molestia, ansiedad, angustia, tristeza, miedo, depresión, agobio, soledad y frustración.

Desde las informaciones de la Dirección de Epidemiología e Información Estratégica y de la Dirección de Personas Adultas Mayores, en 2020, se presentaba la infección por COVID-19 afectando de manera más grave a las PM debido a la inmunosenescencia, la multimorbilidad y la fragilidad de éstas. Los subgrupos más vulnerables fueron los de las personas en condiciones de proximidad y/o hacinamiento; exposición a brotes en eventos, los AM asistidos por personal de salud y/o con dependencia física. En este sentido, los datos convergían a aquellos derivados de la situación internacional. Según informes de la OMS, más de la mitad de los fallecidos en Europa corresponden a personas internadas en residencias para PM, con porcentajes alarmantes (superiores al 50 %) en diferentes países.

El 3 de agosto de 2020, se informaba que en Argentina los mayores de 60 años fallecidos eran el 81.9 % (3121, sobre un total de 3813). Esta cifra representa una tasa de letalidad de personas de más de 60 años del 10.5 %, es decir, 5 veces más que la letalidad país (2%). La mediana de edad estuvo en 71 años, siendo el 52.2 % de los casos mujeres. Otro dato no menor fue que el 65.7 % de los casos reportaban algún tipo de comorbilidad, siendo las más importantes (más de 1000 casos) diabetes, enfermedades neurológicas y renales, insuficiencia cardíaca, exfumadores, EPOC y obesidad. En España el



escenario equivalente se ha calificado como “emergencia geriátrica” (Bonanad et al., 2020).

Al COVID se sumó el dengue. Así como en el resto de la región de Latinoamérica, Argentina registró en la temporada 2019-2020 uno de los brotes más importantes de dengue. Al menos el 3,8% de los casos confirmados de COVID-19 reportó síntomas que podrían corresponder a ambas enfermedades.

Es decir, la pandemia constituye un acontecimiento que ha golpeado fuertemente a todos los habitantes del planeta, especialmente, a las PM dejando, en muchos casos, secuelas que están en la actualidad siendo estudiadas.

Por ello, considerar ahora que ser viejo es ser enfermo impacta en los cambios de la constitución familiar (que dejó de lado el rol de abuelo, para pasar a nuevas formas de relaciones), como también en la importancia de que los AM cuenten con amigos y redes sociales y sean incluidos en diferentes tipos de comunidades culturales, sociales, deportivas y recreativas. Es decir, actividades que mejoran la calidad de vida, y la prolongan.

### ***Las necesidades de reconocimiento o de estima y la vejez como enfermedad***

La consideración de la vejez como una enfermedad conlleva a una valoración social negativa en la cual las PM son consideradas un conjunto de enfermedades, lo que multiplica y connota, a su vez, a otras imágenes negativas como la de poseer una autonomía limitada, ser asexuadas, con dificultades cognitivas, improductivas, entre otras (Maglioco y Ponce, 2016). Es decir, tiende a un cambio cultural, donde el AM se infantiliza, se vuelve una carga -que solo puede empeorar con el tiempo- y pasa a ser parte de un imaginario social, generalista e insensible, a las diferencias individuales.

Los deseos de las PM dejan de ser considerados, al igual que sus opiniones. Ello abre la posibilidad a posibles abusos de poder (deja de conducir vehículos, no controla su dinero, o incluso, puede ser objeto de internaciones involuntarias). Ello conlleva a toda una tipología de diferentes tipos de violencias, directas o indirectas, siendo estas últimas clasificables en culturales o estructurales. Las PA sufren muchos tipos de maltrato, el más frecuente es el psicológico, siendo las mujeres de más de 75 años las más amenazadas, generalmente por sus propios familiares dentro de sus casas.

En cuanto al servicio médico se puede reflejar en una falta de interés por llegar a un diagnóstico que no sea la *leitmotiv* “es la edad”, e incluso, inducir a una victimización de la persona adulta. Muchos AM se encuentran solos y deprimidos” (Whitbourne 2002) y ello se naturaliza dado que el estereotipo es instalar que los adultos mayores son personas cognitivamente y psicológicamente disminuidas.

Por su parte, y asociado con el creciente costo *per cápita* de la salud, y en particular la del AM, la atención médica se ha ido descentralizando, en un proceso que aceleró la pandemia. Consultas en línea, automonitoreo de signos vitales, envío de datos médicos en forma remota a ignotas bases de datos, son ejemplos bien conocidos. Pero no todos los adultos mayores cuentan con el acompañamiento para una burocracia digital diseñada principalmente para bajar costos, disfrazada de mejoras ligadas al cuidado de la salud.

### ***Las necesidades de autorreconocimiento y la vejez como enfermedad***

El término 'empoderamiento' refiere a una sensación de mayor capacidad y competencia para poder concertar acciones. Este concepto resuena a partir del reconocimiento social de grupos minoritarios diversos que, desde 1982, tienden a una imagen social del AM no estereotipada (Iacub, 2012).

El empoderamiento se logra aumentando la capacidad de una persona de cuestionar y resistir al poder que se ejerce sobre ella. Se trata de un proceso de reconstrucción de la identidad, que puede promover cambios personales y sociales en cada sujeto. Esta toma de conciencia de sus propios intereses, y de cómo éstos se relacionan con los intereses de los otros, produce una nueva representación de sí y genera la dimensión de un colectivo con determinadas demandas comunes.

En el caso de las PM se trata de que vivan de una manera que maximice su calidad de vida en todas sus dimensiones. El considerar al AM como enfermo, precisamente lleva a lo opuesto. Conduce a aumentar el riesgo personal de la PA, ya que repercute en el AM, generando una identificación con dichas creencias y poniendo en duda sus capacidades, a la vez que causa aislamiento, baja autoestima y depresión. Concentra la atención del AM en una autopercepción focalizada en la transformación de su cuerpo, en vez de alentar su creatividad, la posibilidad de definir nuevos proyectos de vida, de reconocer sus valores, de afianzar su autonomía.

El desempoderamiento aparece, entonces, como una respuesta ante una serie de prejuicios y estereotipos que llevan a que la PM tenga una expectativa de dependencia, sin capacidad de encontrar salidas, pérdida de autoestima y de propósito vital.

Una de las dimensiones del empoderamiento es precisamente la referida al empoderamiento de la salud (Quintero cruz et al, 2017). Refiere a las habilidades que permiten a la persona convertirse en responsable de tomar decisiones para el control diario de los problemas de su salud (Serrani et al 2014). En esta conexión entre necesidades, hay autores que definen una variable llamada *locus de control de la salud (LCS)*, para designar a las percepciones de los individuos con relación a lo que consideran que controla su salud (Wallston et al 1976), ya sea si la salud depende de su propia conducta (LCSI); si considera que no tener ningún rol y todo depende del azaroso

contexto (LCSA), o bien, si asumen que los resultados se deben al control de otras personas cercanas (familiares, médicos, cuidadores) (LCSO). La actitud en cada caso es diferente siendo el rol más favorable y activo el LCSI, tanto para la persona como para el servicio de salud (mucho menor dependencia).

### ***Las subcategorías cuerpo-mente-alma***

En este apartado se pretende destacar la importancia de la información mediática sobre la forma de envejecer. Los AM, cada vez están más familiarizados con los medios sin tomar todavía una actitud activa en la búsqueda de información o en el chequeo de la misma. Hay fuerte evidencia que las informaciones positivas mejoran la salud, las actividades cotidianas, la memoria, mientras que las negativas acentúan o producen deterioro físico (por ej. cardiovascular) o, incluso, el acortamiento respecto a la expectativa de vida. Las penosas imágenes durante la pandemia de las evacuaciones de AM de los geriátricos, como la de cementerios o traslado de féretros, impactan en forma particular sobre personas en las que la percepción del tiempo comienza a ser crítica, ya que el futuro se percibe acotado. Por todo ello la nueva categorización CIE-11 impacta negativamente.

Desde las imágenes positivas la pandemia aportó innumerables muestras ejemplares de AM. Una de las que cobró mayor notoriedad es la del veterano de guerra, Capitán Tom Moore, del Reino Unido, quien, con sus 99 años, dando 100 vueltas al patio de la casa, en solo tres semanas (hasta llegar a la fecha de su 100<sup>avo</sup> cumpleaños), recaudó 45 millones de dólares para el Servicio Nacional de Salud (NHS), entrando en el libro de récords Guinness.

La concepción que tuvieron de jóvenes los actuales AM influye también sobre esta etapa evolutiva. Abordar la influencia de los sistemas de creencias se vuelve una interesante línea de investigación que puede aportar datos sobre políticas para el futuro acompañamiento social.

Desde 1984, la espiritualidad es uno más de los ejes en los programas de la OMS y en 1988 la incorpora a la definición misma de salud, considerada como bienestar en los planos físico, mental, espiritual y social (Giumbelli 2017). La espiritualidad, la religiosidad son dimensiones indispensables para el bienestar integral, sin ella la salud no es completa.

Para Deleuze las actividades creativas trazan una línea de fuga que separa la enfermedad de la salud, son una iniciativa de salud. Se cae en la enfermedad cuando el movimiento vital se detiene por cotidianidad o, por un impulso demasiado violento que lo destruye (locura). La salud está relacionada al movimiento y éste a la creación. No es lo mismo autoperibirse o ser señalado como viejo enfermo, que como PAM creativa.

Desde los *locus* considerados del LCSA surgen las creencias religiosas (reconocimiento de una deidad o deidades todopoderosas capaces de interceder en la vida cotidiana con la que se interactúa mediante la oración,

meditación o rituales individuales o colectivos), o bien, la espiritualidad (la creencia en la existencia de un ente superior que da significado a todo el universo, que puede estar ligado a cierto tipo de trascendencia) (Saearsky et al 2005). Desde la idea de salud surge, a su vez, la idea del abandono de lo que se es, en post de ir al encuentro de nuevas formas de vida posibles.

Hay evidencia que la religión colabora en lograr una mejor calidad de vida que la alcanzada por personas no creyentes, como también que, a medida que aumenta la edad y, sobre todo a partir de los 75 años, las personas se inclinan más a las religiones y a los diferentes ritos (misa, rezos, lectura de libros religiosos). En resumen, la gente se vuelve más religiosa a medida que envejece. La naturaleza y el significado de la religión cambian con el tiempo, y ese cambio es particular de cada grupo étnico y para cada persona.

Transitar la enfermedad y la muerte llevó, en tiempos de pandemia, y sobre todo en barrios populares a un intenso dialogo entre sacerdotes, pastores, y representantes de diferentes comunidades religiosas. De ellas emergieron voluntarios y militantes que distribuyeron comida, aislaron a enfermos asintomáticos en camas ofrecidas dentro de las instituciones no hospitalarias, entre otras actividades solidarias. Celebraciones virtuales, homilías grabadas, Ramadán dentro de los hogares, baños rituales con las normas de distanciamiento y cuidado, misas por plataforma como YouTube, los Via Crucis de Pascua on online son algunos ejemplos. En Argentina la colaboración entre comunidades religiosas y el Estado fue convergente. Según la Segunda Encuesta Nacional sobre Creencias y Actitudes Religiosas alrededor del 60% de los argentinos se relaciona con sus dioses sin mediación de instituciones (Mallinaci 2020).

Por ello, luego de transitar dos años de pandemia donde la OMS fue omnipresente y donde de la noche a la mañana dejó de serlo, la recategorización de la vejez como enfermedad, contraria a décadas de aportes y voces acreditadas de diversos organismos de todas partes del mundo, se considera un verdadero retroceso con consecuencias impredecibles.

## **Conclusiones**

En este trabajo se realizó una crítica a la reciente categorización de la OMS de la vejez como enfermedad (CIE-11) tomando como modelo de base la pirámide de Maslow desde una nueva mirada y adaptada a las necesidades de los adultos mayores. Población que fue estadísticamente la más sufriendo durante la pandemia COVID-19, y a partir de la cual nace la subcategoría de AM secuelado. Un crisol de nuevos conceptos emerge partir de la intra-inter y extrarralaciones del modelo, algunos de los cuales fueron presentados (salud funcional, quiebre social, jubilopatía, desempoderamiento, geronticidio, entre otros). En una sociedad tan cambiante, los ciclos vitales se alteran y con ello el ritmo requerido para encontrar significados y sentido, se acelera, en particular en una sociedad atravesada por pandemias. La vejez no es una enfermedad.

La tercera edad debería ser cuidada a lo largo de todas las otras fases evolutivas previas, a partir de programas educativos concretos y de políticas de prevención articuladas a lo largo de todo el ciclo vital.

A partir de todo lo analizado surge la necesidad de un urgente llamado a lograr generar un sistema en el país que fomente la participación del AM en el tejido social, para contrarrestar los efectos devastadores de las diferentes políticas de aislamiento social sostenidas durante los dos últimos años y ganar un fuerte fortalecimiento del sistema de salud en todas sus dimensiones.

### **Agradecimientos**

Esta investigación ha sido financiada parcialmente por el Proyecto interdisciplinario UBACyT 20620190100005BA y el financiamiento otorgado por la Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad de Ingeniería y Ciencias Agrarias, en el marco del Proyecto Modelos Biomecánicos del LaBIS-UCA.

### **Bibliografía**

- Bonanad, C. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Revista Española de Cardiología, 73(7), 569-76.
- Bostan, Ionel, et al. (2009) «HRM Motivational Component: Maslow and Alderfer, Contrast Perspectives». SSRN Electronic Journal, 2009. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.2139/ssrn.1340959>.
- Butler. (1980). Ageism: A Foreword. J Soc Issues, 36(2), 8- 11.
- CIE-11. (2022) Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión: para estadísticas de mortalidad y morbilidad (versión: 05/2021). Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/835503193>. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/546689346/mms/unspecified>
- Deleuze, Gilles, Guattari Félix (2002). Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia. 5. ed, Pre-Textos.
- Giumbelli. (2017). What Is Spirituality For? New Relations between Religion, Health and Public Spaces. En J. M. Ruy Blanes, Secularisms in a Postsecular Age? Religiosities and Subjectivities in Comparative Perspective. Nueva York: Palgrave-Macmillan.



Hale, Thomas, et al. (2021) «A Global Panel Database of Pandemic Policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker)». *Nature Human Behaviour*, vol. 5, n.º 4, abril de 2021, pp. 529-38. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>.

Iacub. (2012). *El poder de la vejez*. Buenos Aires: PAMI.

INADI. (2019). *La vejez no es una enfermedad*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-vejez-no-es-una-enfermedad>

Leiva-Ordóñez. (2021). Inclusión de la palabra la vejez en el CIE-11: una decisión controversial. *Cartas al editor. Rev Med Chile* (149), 1241-1242.

Levy B. R., Slade M. D. Kasl S. V. (2002 a). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, P409-P417.

Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., Kasl, S. V. (2002 b). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 261-270.

Maglioco, D. y Ponce, S. (2016). *Discriminación por edad. Vejez, estereotipos y prejuicios*. Buenos Aires: INADI.

Mallinaci. (2020). *Religiones y creencias en Argentina (2008-2019). Resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Creencias y Actitudes Religiosas en Argentina. Sociedad y Religión* (55).

Maslow, A. H. «A Theory of Human Motivation» *Psychological Review*, vol. 50, n 4, julio de 1943.

Ministerio de Salud (2020). «COVID-19 Recomendaciones para la prevención y abordaje en residencias para personas mayores y plan de contingencia»

OMS. (1999). *El movimiento mundial en pro del envejecimiento activo. Programa Envejecimiento y Salud*.

ONU. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el e envejecimiento Madrid, 8 a 12 de abril*. Nueva York: Naciones Unidas. Obtenido de <https://undocs.org/sp/A/CONF.197/9>

Quintero-Cruz MV, Figueroa-Solano N, García- Puello F, Suárez-Villa M. (2017). *Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores*.

Redeker, R. (2017). Bienaventurada vejez. Traducción del francés de Elisabeth Lager Emma Rodríguez Camacho. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

Serrani-Azcurra. (2014). Elders Health Empowerment Scale. Spanish adaptation and psychometric analysis. *Colomb Med.*, 45(4), 179–85.

Singh, Sarwant. (2012). *New Mega Trends: Implications for Our Future Lives*. Palgrave Macmillan.

Stiegler, B. (2019). *The Age of Disruption: Technology and the Madness of Computational Capitalism*. Traducción al inglés de Daniel Ross. Cambridge: Polity.

Sawatzky, Rick, et al. (2005). «A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life». *Social Indicators Research*, vol. 72, n.º 2, junio de 2005, pp. 153-88. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5577-x>.

Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *J Consult Clin Psychol.*, 44(4), 580–585.

Whitbourne, Susan Krauss. (2002). *The aging individual: physical and psychological perspectives*. (2nd ed.). Springer Pub. Co.

Willenheimer R, Erhardt LR. (2020). Value of 6-min-walk test for assessment of severity and prognosis of heart failure. *Lancet*, 355(9203), 515-516.