



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License

Análisis de la incorporación de la categoría *vejez* en la decimoprimer Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) desde un perspectiva demográfica y de derechos humanos*

Gilbert Brenes-Camacho**
Laura Débora Acosta***
Moisés H. Sandoval****
Carolina A. Guidotti-Gonzalez*****
Verónica Montes de Oca*****

Introducción

Está anunciado que para 2022 se comenzará a implementar la décimoprimer Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La CIE-11 es «la norma internacional para el registro, notificación, el análisis, la interpretación, y la comparación sistemática de datos de mortalidad y morbilidad» (OMS, 2021a). La comisión encargada de actualizar la CIE-11 propuso incorporar la categoría *vejez* dentro de la clasificación.

Este documento surge como respuesta a la iniciativa de la Red de Envejecimiento de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), que, tal como diversas asociaciones de geriatría y gerontología en el mundo, está preocupada por las consecuencias negativas que puede llegar a producir la utilización del término *vejez* en la nueva CIE. Por esta razón, la Red de Envejecimiento encomendó a una comisión *ad hoc* que analizara la bibliografía

* Los autores son miembros de la Red de Envejecimiento de la Asociación Latinoamericana de Población (REnv-ALAP).

** Centro Centroamericano de Población (CCP), Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica (gbrenes@ccp.ucr.ac.cr; <http://orcid.org/0000-0002-3163-7018>).

*** Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Córdoba, Argentina (laudeac@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-3107-4892>).

**** Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile, Macul, Chile (msandoval@inta.uchile.cl; <http://orcid.org/0000-0003-0112-2045>).

***** Instituto de Psicología Social, Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento. Facultad de Psicología, Universidad de la República (UdelaR) y Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (UdelaR), Montevideo, Uruguay (cguidotti@psico.edu.uy; <http://orcid.org/0000-0001-9388-6602>).

***** Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Cídad de México, México (vmoiis@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-9485-9232>).

actualizada del tema. Sobre la base de este proceso de estudio y reflexión, la comisión elaboró el presente artículo, que tiene como objetivo analizar los argumentos a favor y en contra de esta decisión, y las implicancias que esto conlleva para el conjunto de la sociedad, desde una perspectiva demográfica y de derechos humanos.

Contexto histórico de las clasificaciones internacionales de enfermedades (CIE)

El origen de las clasificaciones de causas de muerte y enfermedades se remonta a la época del Renacimiento en Europa. El formato de clasificaciones internacionales que se usa en la actualidad inició en 1900, con la primera revisión a partir de las recomendaciones sugeridas por el Congreso Internacional de Estadística llevado a cabo en Viena en 1891 (MORIYAMA *et al.*, 2011). Desde sus inicios, el objetivo de las CIE ha sido estadístico, y su implementación por parte de varios países en forma simultánea ha permitido mejorar la comparabilidad intranacional e internacional de las estadísticas de salud. Esta comparabilidad favorece los análisis epidemiológicos y demográficos, y facilita la comunicación entre investigadores, profesionales de las ciencias médicas y autoridades de salud de distintos países, con el fin de armonizar criterios de diagnóstico y definir políticas públicas sanitarias (como, por ejemplo, las cuarentenas impuestas para el control de epidemias). Las industrias relacionadas con este sector han ampliado la gama de campos en los que se utiliza la CIE, en particular para la categorización de egresos hospitalarios, la sistematización de cobros en los centros sanitarios, y la administración de los seguros de salud (HIRSCH *et al.*, 2015; LAGUNA HILLS; MANCHIKANTI; PURDUE PHARMA, 2015; MORIYAMA *et al.*, 2011).

El problema de la clasificación de causas de mortalidad y morbilidad asociadas a las edades avanzadas se viene tratando desde la concepción misma de las clasificaciones. En los documentos propuestos por el epidemiólogo inglés William Farr, en los congresos internacionales de mediados del siglo XIX, ya se incluía la categoría *muertes por vejez*. En la VI revisión (1948), que coincide con el liderazgo asumido por la OMS, se da un nuevo paso relevante para el estudio del envejecimiento, pues se combinan las secciones «Senilidad» y «Condiciones mal definidas» en una sola sección (MORIYAMA *et al.*, 2011).

En cada nueva revisión se presentan mejoras en la clasificación de enfermedades, a través de un proceso del que participan médicos, estadísticos y expertos de todo el mundo. Como fue mencionado, en la decimoprimer revisión se ha propuesto la inclusión de la categoría *vejez* como parte del Grupo 21 «Síntomas, signos o hallazgos clínicos anormales». Esto ha generado controversia, particularmente en la comunidad científica y en los organismos dedicados a defender los derechos de las personas mayores.

El dilema estadístico de la categoría *vejez*

La CIE debe mejorar en cada revisión la clasificación con el fin de proporcionar datos útiles para la prevención, la asignación de recursos o la evaluación (OMS, 2021a), por lo que

se plantea el debate sobre en qué medida se mejorarían estos aspectos si se equiparara la *vejez* a una enfermedad. A través del tiempo, las CIE han recibido críticas sobre la definición de sus categorías. En un estudio comparativo internacional sobre las inconsistencias para clasificar defunciones por tumores de la CIE-9, se hallaron tasas de inconsistencias de 6% y 16% entre países. Los autores señalaron razones como el idioma o la falta de claridad en los mecanismos biológicos que relacionan la causa primaria con las causas secundarias (PERCY; MUIR, 1989). Estos hallazgos sugieren que algunas categorías son difíciles de codificar con detalle, lo cual afecta la comparabilidad internacional y perjudica a su vez la validez de la información obtenida (MCKENZIE *et al.*, 2011; PERCY; MUIR, 1989).

Algunas propuestas metodológicas han cuestionado también la operacionalización estadística del constructo *vejez*. Por ejemplo, el umbral de 65 años surge históricamente de la edad recomendada para otorgar beneficios de los sistemas de previsión social (OTERO, 2013), pero, por otro lado, existe una alta variabilidad individual y colectiva en los procesos de envejecimiento. Incluso la propia OMS (1984) propuso un corte de edad distinto para clasificar a las personas mayores en países desarrollados y aquellos en desarrollo, ya que son evidentes las condiciones sociales que distinguen a las vejeces de los países según su grado de desarrollo. Hippolyte D'Albis y Fabrice Collard (2013) plantean cambiar las categorizaciones tradicionales de los grupos etarios para tener en cuenta los cambios en la estructura por edad que experimentan las poblaciones con el descenso de la natalidad y la mortalidad. Así, con el método de las «edades prospectivas», Warren Sanderson y Sergei Scherbov (2005, 2008) propusieron indicadores de envejecimiento poblacional que tuvieran en cuenta los cambios en el tiempo restante de vida, pues, a medida que aumenta la esperanza de vida, se amplía la duración de la *vejez*. Los autores aducen que los umbrales mutables permiten incorporar indirectamente los cambios en las condiciones de vida de las personas, en la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Las propuestas de medición de la esperanza de vida saludable también se contraponen a la conceptualización meramente biologicista de la *vejez*, como el deterioro de funciones fisiológicas. Los avances en tecnología médica y en políticas de salud pública han favorecido la compresión de la morbilidad y, con ello, el aumento en la esperanza de vida saludable en distintos países del mundo (CAO *et al.*, 2020). Cada vez hay una mayor proporción de personas con 65 años y más que perciben o reportan tener buena salud. De hecho, Alana Officer *et al.* (2020) muestran que los países con mayor esperanza de vida saludable y con mayor proporción de personas mayores presentan en promedio una menor probabilidad de actitudes edadistas¹ entre sus habitantes.

Todos estos cuestionamientos estadísticos sugieren que, al igual que la categoría *senilidad*, la de *vejez* tendrá las características de ambigüedad típicas de las causas «mal definidas» (código «basura»), según la denominación de Lene Mikkelsen, Nicola Richards y Alan López (2018). Las categorías «mal definidas» afectan la comparabilidad y la precisión

¹ El edadismo se refiere a la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismos por razón de la edad (OMS, 2021c).

de los análisis de las causas de muerte y de morbilidad, y dificultan sugerir políticas públicas sanitarias que puedan tener impacto en el mejoramiento de la salud en la población. Los demógrafos y bioestadísticos han dedicado tiempo considerable a reducir la prevalencia de causas mal definidas en sus análisis, por lo cual incluir a la *vejez* como categoría creemos que revertirá parte de ese esfuerzo para mejorar estas clasificaciones.

Desde este grupo, la categoría *vejez* también se puede considerar como *código no útil* en tanto va a propiciar un subregistro de defunciones por las verdaderas causas inherentes. En otras palabras, es un incentivo perverso para que personal de salud y registrador utilice la categoría *vejez* sin tratar de especificar mejor las causas próximas de las defunciones (o morbilidades) entre personas de edad avanzada. Estos procedimientos poco prolijos de clasificación estadística podrían sobre todo dificultar el diagnóstico correcto de causas de muerte entre las personas mayores, y reducir la probabilidad de innovadoras intervenciones de salud pública o desarrollar tecnologías que promuevan la longevidad y el envejecimiento saludable.

Limitaciones y ventajas en la categoría *vejez* en la CIE-11

En el Cuadro 1 (anexo) se exponen algunos de los principales argumentos a favor y en contra del uso del término *vejez* como causa de enfermedad o problema relacionado con la salud. Las discusiones de la última década desde los ámbitos médico, clínico o de las ciencias de la salud-enfermedad no muestran consensos, ya que la discusión apela a los procesos biológicos de los seres humanos con respecto al paso del tiempo, a la pérdida de la inmunidad y de la funcionalidad, o a las características genéticas de las personas. Pero en esta controversia se abren también espacios vinculados a las nuevas terapias que ofrece el mercado, así como a procesos en los que la industria puede aportar al bienestar de las personas adultas mayores. Es así que se alude a procesos biológicos como una red compleja que determina el envejecimiento (GEMS, 2015; BULTERIJS *et al.*, 2015; ZHAVORONKOV; BHULLAR, 2015; ZHAVORONKOV; MOSKALEV, 2016; BLAGOSKLONNY, 2018; KHALTOURINA *et al.*, 2020)

Por el contrario, quienes están en contra de considerar a la *vejez* como una enfermedad (CHMIELEWSKI; STRZELEC, 2020; FULOP *et al.*, 2019; GOLUBEV, 2021), indican que el envejecimiento puede ser regulado pero no tratado y tienen en cuenta las intervenciones de política pública que se hacen a lo largo del curso de vida como manera de aumentar la esperanza de vida y favorecer el envejecimiento saludable. También indican que el envejecimiento es un proceso universal y que considerarlo una enfermedad llevaría a asumir a todas las personas mayores como enfermas, con consecuencias edadistas y discriminatorias, y si bien el reconocimiento del envejecimiento como enfermedad puede favorecer el destino de recursos a la investigación tendiente a retrasar sus efectos adversos, puede ser también una estrategia que persiga ciertos intereses económicos.

En este sentido, Tamas Fulop *et al.* (2019) indican que hay una corriente en gerontología que busca el reconocimiento del envejecimiento como enfermedad para favorecer a la industria farmacéutica. Aunque mencionan que la causa más importante del envejecimiento es el tiempo, los estudios sobre los determinantes sociales de la salud muestran que no es solo el tiempo de vida el que propicia el envejecimiento, sino que inciden también las condiciones sociales, económicas y culturales de las personas. Estas situaciones pueden ser favorables o con riesgos que demeritan la calidad del tiempo vivido en el curso de la vida. Estos autores entienden que el proceso de envejecimiento es mucho más heterogéneo que cualquier enfermedad, lo cual cobra sentido ante la diversidad de situaciones a las que se exponen las personas. Además, sugiere políticas que puedan mejorar el proceso de envejecimiento desde etapas tempranas de la vida, además de advertir el riesgo de considerar a las personas mayores como enfermas. Esto último cobra relevancia frente al proceso de estigmatización que se observó a raíz de la pandemia de COVID-19 en muchos países.

La clasificación en el contexto de los derechos humanos de las personas mayores

Un segundo aspecto, aun más importante, al considerar eminentemente a la *vejez* como un problema de salud es propiciar un argumento que refuerce visiones y prácticas edadistas y discriminatorias sobre la población mayor. Es así que la OMS ha lanzado una campaña mundial en torno a la Década de Envejecimiento Saludable para combatir el edadismo, que implica juzgar a las personas por su edad, propiciar estereotipos y prejuicios así como prácticas discriminatorias (OMS, 2021c). En particular, en los países de la región de América Latina y el Caribe —que están experimentando un proceso de envejecimiento poblacional acelerado (UNFPA, 2012; ONU, 2013)—, se constatan elevadas proporciones de pobreza, desigualdades, escaso desarrollo institucional, baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y de cuidado (HUENCHUAN, 2018). En nuestra región de América Latina y el Caribe se ha producido un fenómeno, conocido como viejismo, que atenta contra las personas mayores y su envejecimiento. En este contexto, equiparar la *vejez* con una enfermedad «fortalece el discurso viejista que podría profundizar peligrosamente las brechas de desigualdades que afectan ya a las distintas vejeces al promover la idea errónea de que las personas mayores de 60 años están enfermas por el solo hecho de haber llegado a esa edad» (MONTES DE OCA; VIVALDO, 2021). Ciertamente, no toda persona enferma es una persona mayor, del mismo modo que no toda persona mayor está enferma.

Debido a la particular vulnerabilidad social de las personas mayores, se han generado instrumentos internacionales para proteger sus derechos humanos, como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (2002), la Declaración de Santiago de Chile (2003), la Declaración de Brasilia (2007), la Carta de San José de Costa Rica (2012), el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) y la Declaración de Asunción (2017). Estos instrumentos se han originado en el

ámbito de organismos internacionales como la Organización de Estados Americanos (OEA), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Con estos instrumentos se busca reconocer que las personas independientemente de su edad tienen derechos humanos fundamentales que deben ser garantizados: una vida digna, independiente y autónoma. El riesgo de considerar a la *vejez* como una enfermedad dentro de la CIE-11 es que se pueden vulnerar los derechos al acceso a la salud y a servicios dignos, pues se promoverían conductas discriminatorias hacia las personas mayores a través de la generación de estigmas o etiquetas que podrían provocar limitaciones de asignación de recursos que afecten a su salud y la provisión de los servicios.

El reconocimiento del envejecimiento como construcción social

La discusión e investigación sobre la *vejez* muestra que es una etapa de la vida que no solo responde a factores biológicos o genéticos, sino que está condicionada por el contexto social. El proceso de envejecimiento de las personas depende de su posición en la estructura económica y social, de la cultura, de las interacciones entre las generaciones, del desarrollo institucional y de la percepción que tienen de sí mismas.

La institucionalidad internacional ha reconocido a la *vejez* como una construcción socio-histórica que ha variado en el tiempo en función de las propias expectativas de una sociedad que envejece, y que quedan expuestas en los instrumentos normativos mencionados. Sin embargo, aunque en los últimos años ha habido una tendencia a la incorporación en estos documentos de un enfoque del envejecimiento y la *vejez* centrados en la perspectiva del curso de vida,² ese proceso no ha seguido una tendencia lineal y ha presentado avances y retrocesos. Graciela Zarebski (2021) hace un análisis comparativo de la concepción del envejecimiento en los últimos documentos de la OMS: a través de la revisión del *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (2015), los manuales ICOPE (WHO, 2019) y la Declaración de la OMS *Hacia el Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030* (2021) evidencia inconsistencias en la forma en cómo se lo define. El análisis destaca el pasaje de una concepción basada en la perspectiva teórica del curso de vida en la que las personas mayores podrían ubicarse en grupos según su capacidad funcional e intrínseca³ a una concepción en la que el declive de las capacidades sería un trazo inexorable en la vida, que parte de un paradigma deficitario del envejecimiento.

A partir de lo anterior, consideramos que la inclusión de la categoría *vejez* como una clasificación análoga a una enfermedad en la CIE-11 representa un retroceso sociohistórico que promoverá confusión estadística y prácticas discriminatorias y que generará una

² Esta perspectiva tiene una vocación interdisciplinaria y pone en consideración las interacciones y la interdependencia entre el desarrollo biológico y el psicológico de los individuos, los cambios del contexto sociohistórico en el que transcurren sus vidas, así como los modelos de curso de vida producidos socialmente (LALIVE D'EPINAY *et al.*, 2005).

³ En esta concepción los servicios de salud tendrían el cometido de prevenir, ralentizar, o incluso revertir, el deterioro.

invisibilización de numerosas investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la longevidad que se han desarrollado en el mundo, así como una tendencia regresiva en materia de derechos humanos que trascenderá a las generaciones siguientes.

Reflexiones finales desde la Demografía

Desde la perspectiva de la Red de Envejecimiento de la ALAP, se considera inadecuada la inclusión de la categoría *vejez* dentro de la CIE-11 porque se contradice con los avances teóricos, metodológicos y científicos ya señalados en la incorporación de la perspectiva social y de curso de vida en la comprensión de la *vejez* por parte de la OMS.

La *vejez* no puede entenderse como un simple proceso biológico, químico o genético de deterioro fisiológico. El concepto de *vejez* permea distintos ámbitos sociales, políticos y económicos: se emplea tanto en la delimitación de prestaciones de los servicios de salud, en instituciones financieras, en los servicios públicos, así como también está presente en las distintas comunidades culturales y en la interacción privada al interior de los hogares.

En este sentido, operacionalizar la *vejez* como una clasificación asociada únicamente con el deterioro de la salud puede afectar la definición del concepto desde estos otros ámbitos. Los actores sociales públicos y privados podrían limitar o variar en forma perjudicial su interacción con las personas mayores y resaltar solo la noción biológica del deterioro. Por ejemplo, en los seguros de salud, las primas a los productos adquiridos por la población mayor podrían elevarse eventualmente y perjudicar el acceso de estas personas a este tipo de bienes y servicios. Se reconoce entonces que, aunque la CIE-11 esté dirigida primordialmente a las estadísticas de salud, las decisiones conceptuales que se tomen pueden tener alcances mayores en otras áreas, en particular las políticas públicas.

Estrictamente, en los estudios de población, y en lo que respecta a los análisis de mortalidad y morbilidad, el cambio en la CIE-11 no suma una mejora en el entendimiento de las dinámicas demográficas. Por el contrario, la clasificación de *vejez* seguiría siendo considerada como una causa mal definida (*categoría basura*).

A su vez, en las clasificaciones pasadas la causa definida antes como *senilidad* se consideraba también una categoría basura (MIKKELSON; RICHARDS; LOPEZ, 2018), por lo que en la CIE-11 se eliminaría en favor del término *vejez*. Sin embargo, esta decisión no necesariamente mejorará los procesos estadísticos de clasificación. Así, un nuevo nombre —*vejez*— para una causa que ya estaba mal definida —*senilidad*— puede afectar en forma negativa los avances que se venían desarrollando en la capacitación de personal de salud para el registro adecuado de las causas de muerte y egresos hospitalarios.

Como demógrafos, consideramos necesario avanzar en un término que reduzca la probabilidad de clasificación de causas mal definidas, que permita extraer información más precisa sobre las causas de muerte y enfermedad, y que no fomente comportamientos de discriminación edadista. En este sentido, coincidimos con lo expresado por la Academia de Medicina del Adulto Mayor (CANO-GUTIÉRREZ *et al.*, 2021) que sería más apropiado

enfocarse en términos que reflejen el estado de envejecimiento patológico, como por ejemplo *fragilidad* o *pérdida de la capacidad intrínseca*, acordes al marco teórico sobre envejecimiento saludable que han impulsado en los últimos años la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A partir del llamado de los científicos de múltiples disciplinas, geriatras y gerontólogos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con personas mayores a inicios de enero de 2022, la OMS dio marcha atrás a establecer desde este año la categoría *vejez* como causa de muerte. No hay duda de que estas decisiones deben estar consensuadas, y que la población mundial y los científicos deben estar actualizados de estas discusiones, debido a que estas pueden dañar el bien colectivo de la salud mundial y su análisis.

Referencias

BLAGOSKLONNY, M. V. Disease or not, aging is easily treatable. **Aging**, v. 10, n. 11, p. 3067-3078, 2018.

BULTERIJS, S.; HULL, R. S.; BÖRJK, C. E.; ROY, A. G. It is time to classify biological aging as a disease. **Frontiers in Genetics**, v. 6, art. 205, 2015. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgene.2015.00205/full>.

CAO, X.; HOU, Y.; ZHANG, X.; XU, C.; JIA, P.; SUN, X.; SUN, L.; GAO, Y.; YANG, H.; CUI, Z.; WANG, Y.; WANG, Y. A comparative, correlate analysis and projection of global and regional life expectancy, healthy life expectancy, and their GAP: 1995-2025. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 2, 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33110572/>.

CANO-GUTIERREZ, C.; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L. M.; LOURENÇO, R.; MARÍN, P. P.; MORALES MARTÍNEZ, F.; PARODI, J. La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, n. e112, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.112>.

CHMIELEWSKI, P. P.; STRZELEC, B. If ageing is a disease, then life is also a disease. **Anthropological Review**, v. 83, n. 3, p. 307-315, 2020.

D'ALBIS, H.; COLLARD, F. Age groups and the measure of population aging. **Demographic Research**, v. 29, p. 617-640, 2013.

FULOP, T.; LARBI, A.; KHALIL, A.; COHEN, A. A.; WITKOWSKI, J. M. Are we ill because we age? **Frontiers in Physiology**, v. 10, art. 1508, 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.01508>.

GEMS, D. The aging-disease false dichotomy: understanding senescence as pathology. **Frontiers in Genetics**, v. 6, art. 212, 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fgene.2015.00212>.

GOLUBEV, A. G. An essay on the nominal vs. real definitions of aging. **Biogerontology**, v. 22, p. 441-457, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10522-021-09926-x>.

HIRSCH, J. A.; LESLIE-MAZWI, T. M.; NICOLA, G. N.; OKLU, R.; SCHOPPE, K. A.; SILVA, E.; MANCHIKANTI, L. The ICD-10 system: a gift that keeps on taking. **Journal of Neurointerventional Surgery**, v. 7, n. 8, p. 619-622, 2015.

HUENCHUAN, S. (ed.). **Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible**. Perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago: CEPAL, 2018. (Libros de la CEPAL, n. 154).

KHALTOURINA, D.; MATVEYEV, Y.; ALEKSEEV, A.; CORTESE, F.; IOVITA, A. Aging fits the disease criteria of the international classification of diseases. **Mechanisms of Ageing and Development**, v. 189, art. 111230, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mad.2020.111230>.

LAGUNA HILLS, C. A.; MANCHIKANTI, L.; PURDUE PHARMA, L. P. First, do no harm by adopting evidence-based policy initiatives: the overselling of ICD-10 by congress with high expectations. **Pain Physician**, v. 18, p. E107-E113, 2015.

LALIVE D'EPINAY, C.; BICKEL, J. F.; CAVALLI, S.; SPINI, D. Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire. In: GUILLAUME, J. F.; LALIVE D'EPINAY, C.; THOMSIN, L (ed.). **Parcours de vie: regards croisés sur la construction des biographies contemporaines**. Lieja: Université de Liège, 2005. p. 187-210.

MCKENZIE, K.; FINGERHUT, L.; WALKER, S.; HARRISON, A.; HARRISON, J. E. Classifying external causes of injury: history, current approaches, and future directions. **Epidemiologic Reviews**, v. 34, n. 1, p. 4-16, 2012.

MIKKELSON, L.; RICHARDS, N.; LOPEZ, A. D. **Redefining 'garbage codes' for public health policy: report on the expert group meeting, 27-28 February 2017**. Melbourne, Australia: Bloomberg Philanthropies Data for Health Initiative, Civil Registration and Vital Statistics Improvement, University of Melbourne, 2018.

MONTES DE OCA, V.; VIVALDO, M. **México: Día mundial para la toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez**. México DF: Red Latinoamericana de Gerontología, 2021. Disponible en: <https://www.iis.unam.mx/blog/dia-mundial-para-la-toma-de-conciencia-del-abuso-y-maltrato-en-la-vejez/#:~:text=Cada%2015%20de%20junio%20se,%2C%20psicol%C3%B3gica%2C%20patrimonial%20e%20institucional>.

MORIYAMA, I. M.; LOY, R. M.; ROBB-SMITH, A. H. T.; ROSENBERG, H. M.; HOYERT, D. L. **History of the statistical classification of diseases and causes of death**. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2011.

OEA – Organización de los Estados Americanos. **Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores**. Washington DC: OEA, 2015. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

OFFICER, A.; THIYAGARAJAN, J. A.; SCHNEIDERS, M. L.; NASH, P.; DE LA FUENTE-NUNEZ, V. Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 9, p. 3159, 2020.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Clasificación Internacional de Enfermedades 11a. revisión**, 2021a. Disponible en: <https://icd.who.int/es>.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Década del envejecimiento saludable 2021-2030**. Washington DC: OMS, 2021b. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Informe mundial sobre edadismo**. Resumen. Washington DC: OMS, 2021c. Disponible en: <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. Washington DC: OMS, 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf.

OPS – Organización Panamericana de la Salud/OMS – Organización Mundial de la Salud. **Atención integrada para las personas mayores (ICOPE)**. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, DC: OPS, 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSPFHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

OTERO, H. Representaciones estadísticas de la vejez: Argentina, 1869-1947. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 7, n. 13, p. 5-28, 2013.

PERCY, C.; MUIR, C. The international comparability of cancer mortality data: results of an international death certificate study. **American Journal of Epidemiology**, v. 129, n. 5, p. 934-946, 1989.

SANDERSON, W. C.; SCHERBOV, S. Average remaining lifetimes can increase as human populations age. **Nature**, v. 435, n. 7043, p. 811-813, 2005.

SANDERSON, W. C.; SCHERBOV, S. Rethinking age and aging. **Population Bulletin**, v. 63, n. 4, p. 1-16, 2008.

STEIN, D. J.; LUND, C.; NESSE, R. M. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 26, n. 5, p. 493, 2013.

TYRER, P. A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 20, n. 4, p. 280-285, 2014.

UNFPA – Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas. **Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge**. New York: Help Age International, 2012.

UNITED NATIONS. **World population ageing 2013**. New York: United Nations, 2013.

ZAREBSKI, G. La Organización Mundial de la Salud: del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la Gerontología. **Revista IGERMED** (en prensa), 2021. Disponible en: <https://www.fundacionsidom.org/assets/documentos/investigaciones/0c4ef-graciela-zarebski-oms.pdf>.

ZHAVORONKOV, A.; BHULLAR, B. Classifying aging as a disease in the context of ICD-11. **Frontiers in Genetics**, v. 6, art. 326, 2015. DOI: 10.3389/fgene.2015.00326.

ZHAVORONKOV, A.; MOSKALEV, A. Editorial: should we treat aging as a disease? Academic, pharmaceutical, healthcare policy, and pension fund perspectives. **Frontiers in Genetics**, v. 7, art. 17, 2016. DOI: 10.3389/fgene.2016.00017.

Sobre los autores

Gilbert Brenes-Camacho es doctor en Sociología por la Universidad Wisconsin-Madison. Investigador y profesor catedrático en el Centro Centroamericano de Población (CCP), Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica.

Laura Débora Acosta es doctora en Demografía, magíster en Salud Pública. Investigadora adjunta del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Universidad Nacional de Córdoba.

Moisés H. Sandoval es doctor en Demografía por Cedeplar, Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil. Profesor asistente en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile.

Carolina A. Guidotti-Gonzalez es doctora en Demografía por la Universidad Estadual de Campinas (Unicamp). Docente e investigadora del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento y profesora adjunta del Instituto de Psicología Social de la Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Verónica Montes de Oca es doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Población por El Colegio de México. Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dirección para correspondencia

Gilbert Brenes-Camacho

Centro Centroamericano de Población (CCP), Universidad de Costa Rica
Código postal 11501 – San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica

Laura Débora Acosta

Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Unidad Ejecutora de CONICET y Universidad Nacional de Córdoba
Avenida Valparaíso s/n, Ciudad Universitaria
Código postal 5000 – Córdoba, Argentina

Moisés H. Sandoval

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile
Avenida El Líbano, 5524, Macul
Santiago de Chile, Chile

Carolina A. Guidotti-Gonzalez

Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República
Calle Tristán Narvaja, 1674
11200 – Montevideo, Uruguay

Verónica Montes de Oca

Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad de la Investigación en Humanidades, Ciudad Universitaria, Coyoacán
4510 – Ciudad de México, México

Recibido para publicación en 02/12/2021
Aceptado para publicación en 05/01/2022

Anexo

CUADRO 1
Principales argumentos a favor y en contra de la consideración del envejecimiento como enfermedad,
según autor y año de publicación

Autor	Año	Concepción de envejecimiento	Argumento
Gems	2015	Considera que la teoría evolutiva indica que el envejecimiento es muy parecido a una enfermedad genética: es un conjunto de patologías resultantes de mutaciones genéticas.	El desarrollo de terapias geroprotectivas que intervengan en el proceso de envejecimiento tendría grandes beneficios en la protección contra enfermedades de la vejez. Desarrollo de terapias preventivas para desacelerar el desarrollo de enfermedades de la vejez.
Bulterijs <i>et al.</i>	2015	Tradicionalmente, el envejecimiento se ha visto como un proceso natural, pero no una enfermedad.	Sin embargo, los autores argumentan que lo que se considera como una enfermedad está influenciado por el contexto histórico, y encuentran muchos beneficios al considerar al envejecimiento como una enfermedad por ejemplo, el desarrollo de drogas geroprotectivas o medicina regenerativa
Zhavoronkov y Bhullar	2015	El envejecimiento es un proceso multifactorial que lleva a la pérdida de funcionamiento, múltiples enfermedades y a la muerte.	Mejoraría la investigación en envejecimiento y la regulación de suplementos, así como la industria del bienestar. Aumento de la «longevidad productiva», que probablemente reduzca costos en salud, aumente la productividad y el crecimiento económico. Indican que hay cuestiones éticas en considerar a un grupo portador de enfermedades a partir de una edad específica, pero consideran mayor el beneficio.
Zhavoronkov y Moskalev	2016	Envejecimiento = enfermedad	Argumentan que puede conducir a una asignación más eficiente de recursos al permitir organismos de financiación y otras partes interesadas para utilizar años de vida ajustados (QALY) y años de vida saludable (HYE) como métricas al evaluar programas de investigación y clínicos. Los autores proponen comenzar con la reclasificación de la pérdida de músculo relacionada con la edad (sarcopenia), la cual es una condición médica tratable. Indican que reconocer una condición o un proceso crónico como una enfermedad, es una meta importante para que la industria farmacéutica, la comunidad académica, compañías de cuidado de la salud, aseguradoras, hacedores de política, y los individuos; así como la presencia de una condición en la nomenclatura y clasificación de enfermedades impacta enormemente en su tratamiento, investigación, y rehabilitación.
Blagosklonny	2018	Envejecimiento = Enfermedad	El envejecimiento es una enfermedad debido a que inevitablemente lleva a la muerte. El envejecimiento y la enfermedad son inseparables. Aun no siendo una enfermedad, lo importante es que el envejecimiento es tratable (realiza una síntesis sobre drogas que intervienen).

(continúa)

(continuación)

Autor	Año	Concepción de envejecimiento	Argumento
Fulop <i>et al.</i>	2019	Existen muchos conceptos y más de 300 teorías que intentan explicar el envejecimiento. Ninguna de ellas captura este fenómeno complejo y multifactorial. El concepto de envejecimiento puede ser ampliamente conceptualizado como el producto del paso del tiempo, lo que define el envejecimiento como un proceso natural, incluyendo un deterioro progresivo de funciones fisiológicas, un incremento de la susceptibilidad a padecer ciertas enfermedades y un proceso intrínseco relacionado con la edad de pérdida de la viabilidad e incremento de la vulnerabilidad, llevando en última instancia a la muerte	El envejecimiento no es una enfermedad, porque es un proceso inevitable y universal, mientras que la mayoría de las enfermedades están relacionadas con susceptibilidades/ vulnerabilidades del individuo y la mayoría de ellas, incluso las crónicas, son prevenibles. La causa más importante del envejecimiento es el tiempo, mientras que las enfermedades usualmente tienen causas específicas conocidas. En otras palabras, el envejecimiento es progresivo e irreversible, mientras que las enfermedades son reversibles y discontinuas. Finalmente, lo más importante, el envejecimiento puede ser regulado, pero no tratado, mientras que las enfermedades pueden ser en última instancia tratadas, incluso si aún al día de hoy no se sabe cómo. El proceso de envejecimiento es mucho más heterogéneo que cualquier enfermedad. El reconocimiento de que el envejecimiento es un proceso de toda la vida, puede ayudar a diseñar intervenciones en las etapas tempranas que tienen consecuencias en las enfermedades crónicas (EC). Los autores indican que se debería cambiar el foco de «envejecimiento=enfermedad» a «envejecimiento=adaptación» lo cual puede llevar a EC o esperanza de vida saludable. Otro argumento en contra es que si el envejecimiento fuera considerado una enfermedad, todas las personas mayores deberían considerarse enfermas.
Khaltourina <i>et al.</i>	2020	El «envejecimiento biológico», puede definirse como una red interrelacionada y compleja de desviaciones fenotípicas deletéreas progresivas (con respecto al fenotipo del adulto joven) subyacentes al envejecimiento biológico, que conduce a una disminución de la adaptabilidad fisiológica de los individuos, y a la función mental, así como la resiliencia.	Indican que el envejecimiento se ajusta a los criterios de lo que se considera enfermedad según la OMS. Los autores exponen una serie de marcadores, explicación etiológica, relación con factores genéticos, aunque no incluyen cuál sería el tratamiento (y la respuesta que se espera al mismo), salvo para condiciones específicas ligadas al envejecimiento, como la sarcopenia o el tratamiento de enfermedades crónicas específicas.
Chmielewski y Strzelec	2020	El envejecimiento es un grupo de cambios acumulativos, universales, progresivos, y perjudiciales, que ocurren a lo largo del tiempo debido al fallo gradual de los mecanismos de mantenimiento, llevando a un incremento del riesgo de enfermedad y muerte.	Indica que en la actualidad hay dos paradigmas: el tradicional donde el envejecimiento es un proceso natural y distinto a una patología y el nuevo, donde la dicotomía senescencia-patología es artificial y falsa. Propone entonces analizar desde el concepto de necesidades en salud. Concluye que el envejecimiento no puede ser interrumpido o revertido. Solo se puede modular hasta cierto punto. Por lo tanto, solo las intervenciones holísticas y las estrategias basadas en la evidencia podrían ser útiles para posponer el envejecimiento y prevenir las enfermedades relacionadas con la edad.
Golubev	2021	El envejecimiento puede definirse como el producto de las interacciones químicas entre los metabolitos libres y los metabolitos incorporados en macromoléculas.	Al definir lo que el envejecimiento es, se puede definir lo que el envejecimiento no es, por lo tanto, no es una enfermedad.