

## II. SALUD PÚBLICA



# CAPÍTULO 4

## ENVEJECIMIENTO Y SALUD

M<sup>a</sup> Victoria Zunzunegui Pastor

### 1. Introducción

El siguiente capítulo aborda el tema del envejecimiento poblacional y sus repercusiones en la sociedad y los sistemas de servicios y cuidados. El capítulo está dividido en cuatro apartados. En primer lugar, se presentan algunos aspectos que diferencian el envejecimiento poblacional de España de lo que ocurre en otros países de la OCDE; en segundo lugar, se revisa la información disponible sobre el estado de salud y la capacidad funcional de las personas mayores de 65 años según encuestas realizadas en los últimos cinco años; en tercer lugar, se analizan las repercusiones de los cambios demográficos y sociales en el bienestar de las personas mayores. Por último, se analiza la situación de la atención sociosanitaria cuatro años después de la publicación del Plan Gerontológico. Se termina con tres recomendaciones que pueden ser útiles para la planificación, puesta en marcha y evaluación de las reformas necesarias.

### 2. Aspectos diferenciales del envejecimiento poblacional en España

El envejecimiento de las poblaciones humanas es un fenómeno universal que plantea nuevos retos para la formulación de políticas sociales y sanitarias. El desarrollo económico y la urbanización de las sociedades industriales ha producido cambios en los sistemas de cuidados para las personas mayores dependientes. Mientras que en las sociedades tradicionales, el apoyo económico, afectivo, e instrumental que necesitan las personas mayores con pérdidas de autonomía procede de la familia, en los países industrializados, el desarrollo económico se ha visto acompañado por una transferencia de esta responsabilidad familiar a una responsabilidad pública. Los estu-

dios internacionales demuestran que actualmente la familia continua siendo la principal fuente de apoyo de las personas mayores, por encima de las diferencias culturales, políticas y económicas de las distintas sociedades pero el bienestar de las personas mayores depende del equilibrio entre el apoyo familiar y el apoyo del Estado.

En España, como en los restantes países de la OCDE existe un acuerdo sobre el papel del Estado en la redistribución de los recursos entre generaciones y en la provisión de servicios orientados a disminuir el riesgo de los efectos adversos de la pérdida de autonomía que acompaña al envejecimiento (OCDE, 1996). La política de protección social hacia las personas mayores se basa en el apoyo económico por medio de las pensiones de jubilación y de los servicios a través de los sistemas sanitarios y sociales. En España, como en otros países desarrollados, el Sistema de Protección Social y el Sistema Nacional de Salud se fundamentan en los principios de universalidad en el acceso a los servicios y en la responsabilidad de las Administraciones Públicas en la provisión de estos servicios.

La situación de la sociedad española difiere de la de otros países de la OCDE por varios motivos:

- 1) Los cambios demográficos en España están ocurriendo a una velocidad mayor que en otros países desarrollados debido a la extraordinaria disminución en la fertilidad y al aumento en la esperanza de vida. Si bien, en todos los países de la OCDE la población mayor de 80 años es el grupo demográfico con mayor crecimiento, en España se espera que este grupo aumente en un 66% su tamaño entre 1986 y 2010, superando el millón y medio de personas (OCDE 1994, INSERSO 1989).
- 2) En ausencia de una oferta de servicios de atención sociosanitaria, la familia asume la práctica totalidad de los cuidados de los mayores dependientes. La cobertura de los programas públicos de atención a domicilio es inferior al 1% de la población mayor y la oferta pública de instituciones es también muy escasa, con excepción de Cataluña (Generalitat de Catalunya, INSERSO 1996).
- 3) La sociedad española ha sufrido cambios profundos económicos y sociales, como consecuencia del desarrollo industrial de las últimas décadas, el establecimiento de un régimen democrático y la integración en el marco europeo. Se observan cambios de valores en todos los segmentos de la sociedad y en particular en las personas mayores y en las mujeres. Las personas mayores tienden a valorar más su independencia económica y su capacidad

de valerse por sí mismos. Se pasa de equiparar el bienestar en la vejez a la experiencia de ser bien atendidos por la familia a equiparar el envejecimiento con éxito a la capacidad de mantener la autonomía. Las mujeres se incorporan al trabajo fuera del hogar y aspiran a obtener una independencia económica similar a la de los hombres de su misma edad y condición social.

- 4) Las políticas de protección social y el establecimiento del régimen de pensiones ocurren de forma tardía en nuestro país, coincidiendo con el cuestionamiento del Estado del Bienestar en otros países del mundo desarrollado. La universalidad del Sistema de Salud se implanta en 1992 coincidiendo con un cuestionamiento de la capacidad del sistema sanitario para cubrir las demandas de la población. El Plan Gerontológico de 1993 que tenía entre sus objetivos establecer un sistema de atención sociosanitaria en la comunidad que favoreciera el mantenimiento de la autonomía no ha sido implementado por falta de asignación de recursos (Plan Gerontológico). Cataluña es la única Comunidad Autónoma española que ha desarrollado un modelo de atención sociosanitaria para las personas mayores dependientes (Generalitat de Catalunya, 1990).
- 5) El alto índice de desempleo (20-22% de la población activa) lleva, en ocasiones, a situaciones familiares donde las pensiones de jubilación constituyen una proporción importante de los ingresos familiares y la superación de la barrera de los 65 años conlleva una mejora en ingresos económicos para grandes sectores de la población afectados por el desempleo o por el empleo precario (Espejo Espejo et col, 1997).

Los puntos 1 a 5 permiten establecer diferencias importantes entre las condiciones de vida y la situación social de los mayores españoles y la de personas mayores en otros países de la OCDE. España está sometida a un rápido envejecimiento poblacional, en un contexto social con una fuerte estructura familiar pero con cambios demográficos y sociales que sugieren que el actual modelo de cuidados basado exclusivamente en la familia no será viable en un futuro inmediato.

### **3. El estado de salud y la capacidad funcional de las personas mayores en España**

En la Tabla 4.1 se presentan algunos indicadores sociodemográficos y de salud que describen 2 poblaciones rurales (Gonzalo E, Valderrama E) y 5 poblaciones urbanas (Espejo J; Lopez-Torres J, Zunzunegui MV, Eiroa P, Encuesta de Salud Barcelona

1992) de personas mayores españolas. Algunas de estas encuestas son directamente comparables (Córdoba y Vigo) (Espejo J, Eiroa P) por utilizar idéntica metodología (OARS). La comparación entre las encuestas restantes tiene algunas limitaciones por diferencias metodológicas pero los estudios que se presentan han sido seleccionadas por la disponibilidad documental de informes científicos, su reciente realización (1992-1996) en muestras aleatorias de la población y tasas de respuesta superiores al 75% en personas mayores que residen en su domicilio.

Tabla 4.1. *Indicadores sociodemográficos y de estado de salud según diversas encuestas en poblaciones de mayores de 65 años. España (1992-1996)*

Años de realización	RURAL		URBANO				
	1996	1995	1993	1993	1993	1994	199-ESB
Localidad	Villanueva (Huelva) n=370	Osuna n=395	Leganés n=1284	Albacete n=787	Vigo n=841	Córdoba n=816	Barcelona n=385 n=508
Tamaño de muestra							
Edad	65+ (%)	70+ (%)	65+ (%)	65+ (%)	65+ (%)	65+ (%)	H y M.Tot. 65+(%)
Edad							
65-74	51	41	60	58	57	64	63 54 58
75-84	38	48	30	34	30	29	31 35 33
85+	11	10	10	8	13	7	6 11 9
Tipo de convivencia							
Solo	17	19	12	15,1	10	14	8 32
Con cónyuge (solo)	41	--	37		23	32	62 28
Con cónyuge e hijos	17	--	19		22	29	23 12
Con hijos	17	--	24		34	13	5 10
Otros	8	--	8		10	10	2 18
Nivel de instrucción							
Analfabetos	34	38	20	26		20	1 23
Primaria incomp.	64	45	60	50	51	56	33 44
Primaria completa	2	17	20	14	48	24	26 19
Estudios sup.(bachí o univ.)				10			30 14
Autopercepción de salud							
Muy buena y buena	36	38	31	42	49	52	65 52
Regular	54	43	50	42	38	36	29 39
Mala y muy mala	10	18	19	16	13	11	7 8
Déficit cognitivo		15	6	22	6	5	
Trastornos crónicos							
Cero		22	4	15		4	18 9*
Uno o dos		49	31	50		29	23 17
Tres y más		24	65	35		67	59 73
Sintomatología depresiva		41	40	23	37	32	15 27
Actividades básicas de la vida diaria							
Depend. en al menos una	27	15	16	29	20	17	9 8
Actividades instrumentales de la vida diaria							
Depend. en al menos una	72		39	83	46	59	11 15

\* Las categorías para Barcelona son: Ninguna, 1, 2+.

Las distribuciones de edad de los estudios seleccionados son similares a la media estatal. Según los datos del censo de 1995, el 9% de los mayores de 65 años en el Estado Español tienen más de 85 años. En la Tabla 4.1, entre el 7 y el 11% de la población mayor de 65 años ha cumplido los 85 años. Las ciudades que son capitales de provincia tienen una población menos envejecida (alrededor del 7% son mayores de 85 años). La estructura de género de las poblaciones en las distintas encuestas es aproximadamente de 4 hombres por cada 6 mujeres (razón de masculinidad 0,66) y similar a la estructura del Estado. Después de los 85 años, la razón de masculinidad es de 0,44 o de 3 hombres por cada 7 mujeres.

La distribución del nivel de instrucción muestra grandes diferencias geográficas. Dos de cada tres personas mayores son analfabetas en las zonas rurales de Andalucía, una de cada cinco en las ciudades examinadas, a excepción de Barcelona capital donde solo el 1% de los hombres y el 14% de las mujeres mayores de 65 años son analfabetas (Refs). La cualificación profesional varía de forma similar, aunque no se muestra en la Tabla 4.1 por ausencia de información en algunas de las encuestas incluidas. En Córdoba, en Vigo y en Leganés, las clases profesionales I, II y III suponen alrededor del 10% de la población mayor. En cambio en Barcelona, son las clases I, II y III incluyen al 26% de la población mayor.

Se observan diferencias geográficas importantes en la forma de convivencia. Según una encuesta del INSERSO a nivel estatal realizada en 1994 en 2495 personas mayores que residen en sus domicilios, el 16% viven solos, el 39% con su pareja, el 17% con su pareja y algún hijo, el 21% con algún hijo y el 7% con otros familiares. Según vemos en la Tabla 4.1, la proporción de personas mayores que viven solas es superior en las zonas rurales que en las ciudades; y es superior en la ciudad de Barcelona (22%) que en las otras ciudades incluidas. Cabe destacar que la proporción que reside con los hijos en Barcelona es muy baja (8%) comparando con otras localidades españolas pero todavía bastante superior a los datos de convivencia con hijos en ausencia de pareja de los países europeos y norteamericanos (inferiores al 5%).

En resumen, considerando los datos de las diferentes encuestas se observa que el nivel de instrucción y la cualificación profesional de los mayores españoles se sitúa en el rango inferior de los países de la OCDE, aunque existen variaciones entre las zonas urbanas y rurales. Las formas de convivencia están en transición; la proporción de personas mayores que viven solas es muy inferior a la de los países europeos y el porcentaje de la población mayor que convive con los hijos es todavía elevado. La población de la ciudad de Barcelona tiene indicadores sociodemográficos intermedios entre los del resto de España y los países de la OCDE.

Está bien documentado que el estado de salud percibida varía poco con la edad y depende fuertemente del estado socioeconómico. Así, en las zonas rurales y en las poblaciones con bajo nivel de instrucción, la proporción de personas que se sienten bien o muy bien de salud es inferior a la de aquellas poblaciones con un mayor desarrollo socioeconómico. El 60% de la población mayor de 65 años de Barcelona, la población con nivel de instrucción y cualificación profesional más elevados entre los datos de la Tabla 4.1, percibe que su salud es buena o muy buena. Esta proporción es comparable a la de las poblaciones mayores de los países de la Unión Europea, Canadá y Estados Unidos. Las restantes poblaciones estudiadas tienen una peor percepción de su salud, muy similar al dato facilitado por la ENS 1995 sobre el conjunto del Estado Español (38% de los encuestados decían percibir su salud como buena o muy buena).

En cuanto a las estimaciones de prevalencia de déficit cognitivo, las encuestas que utilizan metodologías comparables (tests de función cognitiva basados en pruebas cortas de 8 a 10 preguntas poco sensibles al nivel de instrucción) sitúan la prevalencia de déficit cognitivo en 6%. Ahora bien, la frecuencia de déficit cognitivo aumenta marcadamente con la edad, y pasa del 1% en el grupo de 65 a 74 años al 33% en el grupo de mayores de 85 años.

La salud mental esta poco estudiada en poblaciones españolas de personas mayores. Las encuestas existentes ponen de manifiesto frecuencias elevadas de sintomatología depresiva, particularmente cuando los datos se comparan con resultados de encuestas que utilizan los mismos instrumentos (CES-D, GDS) en poblaciones mayores norteamericanas y australianas. Además, tres estudios (Zunzunegui, Gonzalo, López-Torres) reportan doble frecuencia de este problema en mujeres que en hombres. De nuevo, la encuesta de la ciudad de Barcelona estima prevalencias de síntomas depresivos y ansiedad similares a las de los estudios norteamericanos.

Aunque variable, la proporción de personas mayores que dice no padecer ninguna enfermedad crónica es muy pequeña y por tanto la cronicidad es el estado normal de las personas mayores. La variabilidad puede deberse en parte a variaciones en el tamaño y a la naturaleza de las listas de trastornos crónicos utilizadas en las distintas encuestas.

A pesar de esta presencia constante de enfermedades crónicas, la gran mayoría de las personas mayores conserva intacta su capacidad funcional para el cuidado personal. Solo una proporción relativamente pequeña que varía entre el 8% de Barcelona y el 28,7% de Albacete necesita ayuda para realizar las actividades de cuidado personal. Aunque este rango de variación es amplio y pone de manifiesto la

necesidad de hacer estudios locales, la media de las proporciones de personas con necesidad de ayuda para su cuidado personal se sitúa alrededor del 15%.

La proporción de personas que dice necesitar ayuda en las actividades de mantenimiento del hogar es mucho mayor que la proporción que necesita ayuda para el cuidado personal y también más variable en los estudios citados. Se mantiene la tendencia a mayores necesidades de ayuda en las zonas rurales y menor necesidad de ayuda en la ciudad de Barcelona que en las demás ciudades estudiadas.

El análisis comparativo que aquí se presenta está sujeto a limitaciones. Quizás la más importante sea la falta de exhaustividad: Pueden existir otros estudios realizados en poblaciones españolas no institucionalizadas en el periodo considerado (1992-1996) que hayan pasado inadvertidos en nuestra búsqueda bibliográfica. Sin embargo, los estudios seleccionados ponen de manifiesto una variabilidad geográfica considerable tanto en la estructura social como en los indicadores de estado de salud. Cabe destacar que las encuestas de salud nacionales o autonómicas llevadas a cabo en el periodo considerado no miden algunas dimensiones de salud que integran los conceptos de funcionalidad y bienestar mental y han sido escasamente analizadas. Las publicaciones existentes no nos han permitido examinar las diferencias en estado de salud de las personas mayores según Comunidades Autónomas y distritos sanitarios dentro de cada Comunidad Autónoma.

Las publicaciones que presentan los resultados de los estudios citados demuestran que las desigualdades de salud acumuladas a lo largo de la vida se manifiestan con claridad en la vejez: Las variables sociodemográficas y económicas están significativamente asociadas al estado de salud y a la capacidad funcional a nivel individual. Además, el envejecimiento poblacional tiene lugar en un contexto social y el estado de salud de las diversas poblaciones de personas mayores depende no solo de las experiencias vitales de cada uno de sus miembros sino también de las características socioeconómicas y culturales de las sociedades donde envejecen. Este carácter local del proceso de envejecimiento se pone de manifiesto en las estimaciones disponibles sobre el estado de salud y la capacidad funcional de las personas mayores en las localidades españolas de la Tabla 4.1.

#### 4. Las repercusiones de los cambios demográficos y sociales en el bienestar de las personas mayores

En 1997, el 14% de la población española tiene más de 65 años; en 1977, esta población suponía el 10%. Los principales componentes del cambio poblacional son la fertilidad y la mortalidad. En España la fertilidad (número esperado de

hijos que tiene una mujer al terminar su periodo fértil) ha alcanzado mínimos históricos (1,2 hijos por mujer), muy lejos de 2,1 (la fertilidad necesaria para el remplazamiento). Para la mortalidad, se debe tener en cuenta: 1) La esperanza de vida al nacer se sitúa en máximos históricos, 81 años para mujeres y 74 años para hombres; 2) gran parte de estas ganancias en esperanza de vida se deben a disminuciones en mortalidad después de los 65 años (25% en el aumento de esperanza de vida de los hombres y 50% en el aumento de esperanza de vida de las mujeres se debe a la disminución de la mortalidad después de los 65 años en los países desarrollados (Myers). Es decir, se observa una mayor supervivencia a edades avanzadas. En España, la esperanza de vida después de los 65 años es de 15 años para los hombres y de 19 años para las mujeres (García-Barbero & Goicoechea); 3) la mayor parte de las defunciones se producen después de los 65 años: En España, 4 de cada 5 defunciones se producen después de los 65 años y el 44% de las defunciones se producen en mayores de 80 años. Hay que tener en cuenta que en 1980, únicamente el 32% de estas defunciones se producían en mayores de 80 años. En este proceso de desplazamiento de mortalidad, las principales causas de defunción son las enfermedades crónicas. Como consecuencia de estos cambios en los patrones de morbilidad existe un aumento de incapacidades funcionales que demandan cuidados de larga duración. Es conocido que el 20% del gasto sanitario se emplea en atender a las personas en su último año de vida pero los últimos estudios demuestran que los costes de aquellos que mueren después de los 80 años no llegan al 80% de los costes de aquellos que mueren entre los 65 y 79 años (Scitovsky). Parece que son los más jóvenes de los mayores los que se benefician más frecuentemente de la alta tecnología. Si estos estudios se confirmaran en España, podríamos decir siguiendo a Abel Smith (OCDE, 1996) que el desplazamiento de la muerte a edades superiores de 80 años reduce los gastos en salud. En relación a los cambios de salud asociados al envejecimiento poblacional, hay dos temas que destacan por su importancia: las enfermedades neurodegenerativas y el carácter dinámico de las transiciones entre estados funcionales.

Entre las enfermedades neurodegenerativas, las demencias cobran gran importancia por la magnitud del problema actual y el aumento esperado debido al incremento del número absoluto de mayores de 85 años. La incidencia de demencia aumenta con la edad. Diversos estudios internacionales coinciden en estimar la incidencia en el grupo de 65 a 74 años en 2,4%, en el grupo de 75 a 84 años en 11,1% y en el grupo de 85 y más años en 34,5%. Según estas estimaciones, podemos concluir que en España en 1997 hay entre 450.000 y 500.000 de demencia; de los cuales, aproximadamente el 20%, es decir, 100.000 personas, tienen menos de 75 años. La prevención primaria de la demencia está todavía lejos puesto que no se conocen las interacciones de los factores genéticos y ambientales que operan

en su origen. Entre los factores ambientales, el bajo nivel de instrucción mantiene las asociaciones más fuertes y consistentes en los distintos estudios. Las personas con bajo nivel de instrucción tienen aproximadamente 4 veces el riesgo de demencia de las personas con estudios superiores (*Canadian Health and Aging Study*). Otros factores ambientales en estudio son la edad materna, el haber padecido trauma craneal con pérdida de conocimiento y el abuso del alcohol. El diagnóstico precoz de la demencia será importante cuando se disponga de un tratamiento efectivo. Aunque los avances en la investigación farmacológica en este campo son muy rápidos todavía no se dispone de dicho tratamiento. Los cuidados que debe recibir un paciente con demencia son continuos. En España, la casi totalidad de personas con diagnóstico de demencia viven en la comunidad. Un estudio realizado en Madrid demostró que solo 1 de 20 casos diagnosticados se encontraba en una residencia (Bermejo et al, 1997). Esto lleva a plantear la atención del binomio demente-cuidador principal. Un estudio reciente realizado en nuestro país demuestra que la depresión es frecuente en personas que cuidan a personas mayores con pérdidas de autonomía, que el apoyo familiar y la religión pueden jugar papeles protectores, y por último, que la atención de servicios sociales públicos a estas familias afectadas por demencias y otras enfermedades incapacitantes es prácticamente inexistente. Las fuentes de apoyo externa a la familia son de pago privado (Zunzunegui, 1997)

Estudios recientes realizados en Estados Unidos y en nuestro país (Béland F, 1997) ponen de manifiesto el carácter dinámico de las transiciones entre niveles de funcionalidad. En particular, las transiciones desde un estado de limitación funcional (incapacidad preclínica) a un estado de capacidad total son tan frecuentes como las transiciones desde un estado de limitación funcional (incapacidad preclínica) a un estado de incapacidad más avanzada. Las posibilidades de prevención de la incapacidad funcional radican tanto en la prevención de las enfermedades crónicas como en el tratamiento preventivo y rehabilitador cuando se presentan los primeros indicios de limitaciones funcionales. Para llevar a cabo este tratamiento, es necesario disponer de un sistema de atención sociosanitaria que ofrezca un amplio rango de servicios multidisciplinares y flexibles con capacidad de adaptación a cada nivel de funcionalidad.

El envejecimiento poblacional conlleva un cambio en las estructuras familiares:

- 1) A nivel mundial se observan cambios en el estado civil de las personas mayores de 65 años. En España, disminuye la proporción de solteros, aumenta la proporción de personas que están casadas, disminuye el número de viudos y aumenta ligeramente el número de divorciados;
- 2) Se produce una disminución de los hogares multigeneracionales, aunque todavía un número elevado de personas mayores viven con sus hijos, tanto porque los hijos no han abandonado el hogar paterno

como porque las personas mayores afectadas de incapacidades pasan a vivir con los hijos. Como hemos visto en el apartado anterior, en España la proporción de personas mayores que residen con los hijos es elevada y además, esta proporción aumenta en el grupo mayor de 75 años.

Los estudios recientes demuestran que en España, la ayuda familiar continua siendo muy intensiva (INSERSO 1996; Béland F 1995b). Las familias se hacen cargo de sus mayores con graves problemas de incapacidad casi en solitario. Esta solidaridad familiar se hace con frecuencia con grandes limitaciones para la persona cuidada y con pérdidas de salud física y mental de los cuidadores principales. Las personas con pérdidas de autonomía tienden a coresidir con sus cuidadores familiares. Las personas con necesidades de ayuda en el cuidado del hogar reciben esta ayuda de sus familiares cercanos. Además, existe un grupo de personas que tiene graves incapacidades y no reciben ayuda. Suelen ser mujeres mayores, sin hijos, con bajo nivel de instrucción y muy aisladas de los servicios comunitarios.

En los últimos años, la sociedad española ha sufrido transformaciones profundas que empiezan a manifestarse en algunos grupos sociales, las sociedades urbanas y las clases profesionales y de técnicos intermedios (Bazo MT). En primer lugar, se advierten cambios en valores y normas sociales de las personas mayores sin pérdidas de autonomía que originan otra distribución del tiempo libre y la actividad en la vejez. Se valora la capacidad de ser valido y de ser autosuficiente. Cuando aparecen las primeras limitaciones funcionales y se instaura la dependencia, los mayores rechazan la institucionalización pero desean mantenerse en su domicilio. En segundo lugar, las redes sociales y el apoyo social esta centrado en las relaciones familiares pero cambian los roles de la mujer en la familia y en la sociedad. Los hombres tienden a responsabilizarse en mayor medida de los problemas domésticos y las mujeres reivindican su lugar fuera del hogar y su independencia económica.

Además de estos cambios sociales en estructura familiar, formas de convivencia y valores sobre autonomía e independencia, existen transformaciones económicas que favorecen la autonomía de las personas mayores (el establecimiento de las pensiones), tema ya planteado en la introducción. En el momento actual, las pensiones de los abuelos forman parte importante de la economía familiar de muchas familias y este fenómeno puede contribuir, al menos de forma indirecta, a la continuidad del sistema de apoyo exclusivamente familiar que se observa en nuestro país y que es excepcional en el conjunto de países europeos.

La escasez de posibles cuidadores familiares (por el cambio demográfico) unida a los cambios en estructura familiar y tendencias hacia menor coresidencia nos lle-

van a concluir que el actual sistema de cuidados basado en la mujer cuidadora, esposa o hija, no se prolongará en el futuro. Por el contrario, el Estado deberá asumir la responsabilidad de prestar los cuidados adecuados para las personas mayores con pérdidas de autonomía, en el momento en que las pérdidas de autonomía lleven a solicitar esta ayuda de fuentes externas a la familia.

## 5. Los servicios de larga duración: hacia un cambio en los sistemas de cuidados a las personas mayores. Experiencias actuales e innovaciones

### 5.1. La situación de la atención sociosanitaria en 1997

Algunas de las encuestas anteriormente citadas examinan los patrones de utilización de servicios sanitarios y sociales: médico, enfermería, urgencias, especialistas (oftalmólogo, dentista, psiquiatría), hospitales, utilización de medicamentos, rehabilitación y servicios de ayuda a domicilio. No presentamos una tabla de síntesis debido a la escasez de publicaciones sobre el tema. Los resultados informan que más del 90% de las personas mayores han consultado con su médico en el periodo de un año, ya sea directamente en el Centro de salud o por consulta en el domicilio. No se observan diferencias de acceso a los servicios de atención primaria en base a características sociodemográficas, y parece que la utilización de servicios está fundamentalmente determinada por las necesidades de salud y modificada por las redes de apoyo social familiar. La frecuencia de la utilización de urgencias y hospitales se sitúa en rangos similares a las de otros países europeos y americanos. También el consumo de medicamentos es muy similar al consumo de los mayores en estudios comunitarios de Estados Unidos y Suecia (Zunzunegui, 1997). Las diferencias con otros países radican en los servicios preventivos y en los servicios sociales. Los mayores españoles van menos al dentista, al oftalmólogo, a los servicios de salud mental y a los servicios de rehabilitación que sus homólogos europeos y norteamericanos. Los mayores españoles reciben pocos servicios sociales, cuya naturaleza se encuentran prácticamente reducida al programa de atención a domicilio que suele ser responsabilidad de los gobiernos locales, ayuntamientos y diputaciones. A excepción de Cataluña, la escasa utilización de servicios sociales puede explicarse por la escasez de oferta. No existen programas de vivienda alternativa, centros y hospitales de día en la inmensa mayoría de las localidades españolas.

Se deben considerar dos mitos sobre la oferta y demanda de los servicios y el envejecimiento poblacional a la luz de la evidencia procedente de diversos estudios:

## 5.2. El aumento en la utilización de hospitales es atribuible al envejecimiento de la población

El aumento de la utilización de hospitales observado en los distintos países desarrollados se atribuye al envejecimiento poblacional y a la intensificación de servicios. Como ocurre en otros países, en España una parte relativamente pequeña del incremento observado se puede atribuir al envejecimiento de la población (Gornemann 1997, Figuras 4.1 y 4.2). La mayor parte del incremento en la utilización de los hospitales se debe a la intensificación de servicios. Para cada paciente con un diagnóstico concreto, se utilizan más recursos hospitalarios ahora que hace diez años. Las causas de la intensificación de servicios son complejas (nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, expectativas de la sociedad sobre el tipo de atención médica que se debe recibir, etc.) pero *no están relacionadas* con el aumento en el número de personas mayores. Ahora bien, como los pacientes mayores tienden a tener más enfermedades, la proporción de ingresos que corresponde a las personas mayores ha aumentado considerablemente.

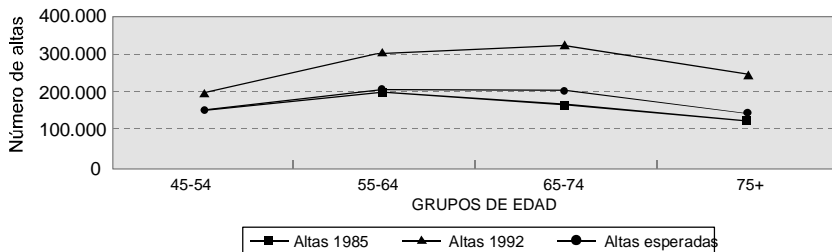


Figura 4.1. Altas hospitalarias en España, 1985-1992. Población masculina mayor de 45 años

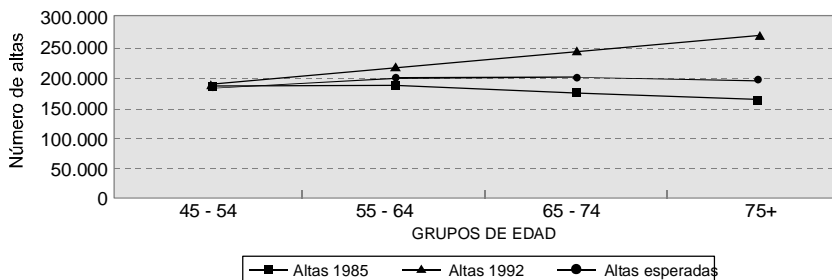


Figura 4.2. Altas hospitalarias en España, 1985-1992. Población femenina mayor de 45 años

### 5.3. Si construimos suficientes residencias y plazas de hospital de larga estancia, habremos resuelto la atención a los enfermos crónicos con incapacidades funcionales

Las residencias de ancianos fueron concebidas para dar un hogar a las personas mayores con dificultades económicas y sociales. Actualmente y con el actual sistema de pensiones, las residencias para válidos dejan de tener sentido y se pone de manifiesto la necesidad de orientar todas las plazas de residencia disponibles para el cuidado de personas con incapacidades graves y enfermedades degenerativas sin posibilidad de recuperación. En los países desarrollados, con una fuerte red sociosanitaria en la comunidad, se estima que entre el 4 y el 5% de las personas mayores son candidatas a entrar en una residencia, por encontrarse en situaciones de grave incapacidad y carecer de suficientes recursos sociales de apoyo en la comunidad. Quizás en España, donde la proporción de personas mayores institucionalizadas no llega al 3%, y la mayoría de plazas existentes son privadas, existe en algunas regiones una escasez de plazas residenciales pero se debe tener en cuenta que la solución residencial no es la más humana ni la más económica, sobretodo cuando la asignación de plazas de residencias no se realiza según criterios de necesidad basados en la capacidad funcional o las plazas existentes están ocupadas por personas que no cumplen estos criterios de necesidad (Roca E, 1996).

La estrategia de reducción de costes en otros países ha consistido en la reducción de plazas institucionales, tanto hospitales como residencias de ancianos y el fortalecimiento de la atención sociosanitaria en la comunidad. El modelo de atención de larga duración que se impone en los países desarrollados está centrado en los servicios de atención primaria sanitarios y sociales, basado en las necesidades de la persona mayor con pérdidas de autonomía y sus cuidadores principales (clientes), con un punto de entrada único que utiliza criterios de admisión basados en la valoración funcional integral realizada por un equipo multidisciplinar y ofreciendo un espectro continuo de servicios y cuidados que se asignan de forma dinámica y flexible según las necesidades. En este modelo, la geriatría juega un papel importante, *asesorando* a los equipos de atención primaria sobre los planes de tratamiento que se deben seguir en los casos complejos que exceden la experiencia y capacidad de los servicios de Atención primaria. Un modelo de cuidados con estas características, centrado en el cliente, con criterios de admisibilidad y continuidad, puede resultar la mejor forma de proveer servicios de calidad al mínimo coste (Bergman, Challis, Kane).

## 6. Líneas de futuro

Después de exponer la situación demográfica y social, describir los indicadores de salud relevantes al envejecimiento y comentar los patrones de utilización de servicios dentro de la oferta de servicios existente, nos parece conveniente realizar algunas recomendaciones para afrontar el hecho naturalmente positivo del envejecimiento poblacional y las necesidades de cuidados que plantean las personas mayores con pérdidas de autonomía:

- 1) *Desarrollar un sistema de indicadores* que permita conocer la evolución del estado de salud y la utilización de servicios de las personas mayores a nivel local con el objetivo de monitorizar el estado de salud, y la eficacia y calidad del sistema de servicios con el fin último de evitar las desigualdades entre grupos de población y conseguir una atención de calidad-eficiencia. En la situación actual, las estadísticas habitualmente disponibles son muy limitadas puesto que no contemplan dimensiones fundamentales en el concepto de salud de las personas mayores, tales como capacidad funcional, salud mental, función cognitiva y movilidad, que determinan las necesidades de servicios y cuidados. También se carece de instrumentos específicos para medir la oferta y la demanda de servicios específicos para el mantenimiento de la autonomía, y mucho menos su calidad.
- 2) *Reorganizar los servicios sanitarios a cuidados preventivos que permitan mantener la capacidad funcional e integrar la atención sanitaria y la atención informal.* Los servicios sanitarios deben de incluir las actividades de los equipos geriátricos para orientar los planes de tratamiento al mantenimiento de la función y la rehabilitación. Para ello sería necesario crear unidades de geriatría que sirvan de apoyo a los equipos de Atención Primaria en el manejo de los casos complejos, que mantengan consultas de geriatría en los servicios hospitalarios de urgencia y que realicen interconsultas con los demás servicios del hospital. Los médicos geriatras y las enfermeras especialistas en geriatría juegan un papel insustituible en un modelo de atención a las personas mayores vulnerables como *asesores* de los profesionales sanitarios y sociales del primer nivel asistencial, que son los que tienen la responsabilidad del manejo del caso.
- 3) *Establecer un sistema de cuidados de larga duración para las personas mayores con incapacidades funcionales.* En la situación actual, y admitiendo que nuestro actual sistema de atención al anciano (basado casi exclusivamente en los cuidados que presta la familia) no es viable y dejando al margen de la dis-

cusión cualquier argumento sobre su bondad o deseabilidad, nos parece urgente la adopción de un modelo de atención al anciano con pérdidas de autonomía que respete los valores fundamentales de cobertura universal y responsabilidad pública de la provisión de servicios pero que permita su organización y gestión a nivel local. Este sistema de servicios integrados de atención a las personas mayores con pérdidas de autonomía debería: a) desarrollar modalidades de financiación; b) elegir los medios necesarios: red institucional, red comunitaria, responsabilidades médicas, paramédicas y de servicios sociales; c) desarrollar criterios de admisibilidad al sistema de cuidados de larga duración que pudieran ser aplicados en el centro local a los candidatos que lo solicitaran; d) definir prestaciones, responsabilidad clínica y persona gestora del caso; e) desarrollar sistema de evaluación de calidad de cuidados.

Las tres líneas de intervención están íntimamente relacionadas. Es necesario contar con un sistema de indicadores que permita monitorizar los resultados en salud del sistema de cuidados; es necesario reorganizar los cuidados sanitarios incluyendo la especialidad de Geriatría; y por último es necesario desarrollar un modelo de atención sociosanitaria en la comunidad.

## 7. Conclusiones

- El envejecimiento de las poblaciones humanas es un fenómeno universal. Los cambios demográficos en España están ocurriendo a una velocidad mayor que en otros países desarrollados debido a la extraordinaria disminución en la fertilidad y al aumento en la esperanza de vida.
- El desarrollo económico y la urbanización de las sociedades industriales han producido cambios en los sistemas de cuidados para las personas mayores dependientes. La familia continúa siendo la principal fuente de apoyo de las personas mayores, por encima de las diferencias culturales.
- El alto índice de desempleo (20-22% de la población activa) lleva, en ocasiones, a situaciones familiares donde las pensiones de jubilación constituyen una proporción importante de los ingresos familiares y la superación de la barrera de los 65 años conlleva una mejora en ingresos económicos.
- La proporción de personas mayores que viven solas es muy inferior a la de los países europeos y el porcentaje de la población mayor que convive con los hijos es todavía elevado.

- La cronicidad es el estado normal de las personas mayores. Según los datos facilitados por una encuesta de la ENS de 1995 el 38% de los encuestados decían percibir su salud como buena o muy buena.
- La prevalencia del déficit cognitivo es de un 6%. Ahora bien, la frecuencia de déficit cognitivo aumenta marcadamente con la edad y pasa del 1% en el grupo de 65 a 74 años al 33% en el grupo de mayores de 85 años.
- Las desigualdades de salud acumuladas a lo largo de la vida se manifiestan con claridad en la vejez. Las variables sociodemográficas y económicas están significativamente asociadas al estado de salud y la capacidad funcional a nivel individual.
- Las estadísticas habitualmente disponibles son muy limitadas puesto que no contemplan dimensiones fundamentales en el concepto de salud de las personas mayores, tales como capacidad funcional, salud mental, función cognitiva y movilidad que determinan las necesidades de servicios y cuidados.

## 8. Recomendaciones

- Se precisa desarrollar un sistema de indicadores que permita monitorizar la evolución del estado de salud y la utilización de servicios de las personas mayores a nivel local.
- Deben reorganizarse los servicios sanitarios a cuidados preventivos que permitan mantener la capacidad funcional e integrar de atención sanitaria y atención informal.
- Es necesario establecer un sistema de cuidados de larga duración para las personas mayores con incapacidades funcionales.
- Este sistema de servicios integrados de atención a las personas mayores con pérdidas de autonomía debería: a) desarrollar modalidades de financiación; b) elegir los medios necesarios: red institucional, red comunitaria, responsabilidades médicas, paramédicas y de servicios sociales; c) desarrollar criterios de admisibilidad al sistema de cuidados de larga duración que pudieran ser aplicados en el centro local a los candidatos que lo solicitaran; d) definir prestaciones, responsabilidad clínica y persona gestora del caso; e) desarrollar sistema de evaluación de calidad de cuidados.

## BIBLIOGRAFÍA

Bazo MT. *La sociedad anciana*. CIS 1990.

Béland F, Zunzunegui MV. La utilización de los servicios médicos y sociales por las personas mayores de Leganés *Revista de Gerontología* 1995; 5: 309-324.

Béland F, Zunzunegui MV. The elderly in Spain. The dominance of family and the withdrawal of the State. in *The social networks of older people*. Ed. Litwin H. Praeger Publishers 1996.

Béland F, Zunzunegui MV. *Predictors of functional status in a population of community dwelling elderly in Spain*. Submitted for publication 1997.

Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Brunelle Y, Kaufman T, Tousignant P. *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*. Rapport a la Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Montréal. Québec. 1997.

Bermejo F, Colmenarejo C. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo. Capitulo 5. en *Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos*. Editorial SG. Caja Madrid 1993.

Bermejo F., Ribera J, Trincado R, Olazaren J, Fernández C, Gabriel R, Grupo NEDICES. Aspectos del cuidado sociofamiliar al paciente con demencia. Datos estudio poblacional en dos zonas de Madrid. *Revista de Gerontología* 1997; 7: 92-99.

Canadian Study of Health and Aging. The Canadian study of health and aging. Risk factors for Alzheimer Disease in Canada. *Neurology* 1994; 44: 2073-2080.

Canadian Study of Health and Aging. The Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *Canadian Medical Association J* 1994; 150 (6): 899-913.

Cerdá Díaz, López-Torres Hidalgo J, Fernández Olano, López Verdejo, Otero Puime A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. *Atención Primaria* 1997; 19: 32-40.

Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Trask K. Care management and health care of older people: the Darlington Community care project. England: PSSRU, University of Kent at Canterbury. 1995.

Coria F, Gómez de Caso JA, Minguez L, Rodríguez Artalejo F, Claveria LE. Prevalence of age-associated memory impairment and dementia in a rural community. *J Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 1993; 56: 973-976.

Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària. bases d'un model d'atenció socio-sanitària, del seu finançament i del desplaçament de recursos- 1990/1995. *Programa Vida als Anys*. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària, 1989.

Eiroa Patiño P, Vázquez-Vizoso F. L., Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. *Medicina Clínica* 1996;106:641-648.

*Encuesta de Salud de Barcelona 1992*. Instituto Municipal de la Salud. Barcelona.

Espejo Espejo J., Martínez de la Iglesia J., Aranda Lara J.M., Rubio Cuadrado V., Enciso Bergé I., Zunzunegui Pastor MV, Pérula Rodríguez, Fonseca del Pozo FJ. Capacidad fun-

cional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Atención Primaria* 1997;20:3-11.

García-Barbero M, Goicoechea J. *Health care Delivery Profiles and Innovations in Selected European Countries*. OMS. Oficina Regional Europea. WHO/ICP/DLVR94 02/MT02(A). 1997.

Gonzalo E. *Análisis de las necesidades de salud, percepción y provisión de servicios socio-sanitarios en los ancianos de una área de Andalucía. Informe técnico del proyecto Tipping the Balance*. Escuela Andaluza de Salud Pública 1996.

Gornemann I, Zunzunegui MV. Patrones de utilización de servicios hospitalarios y envejecimiento poblacional en España. 1985-1992 en *Actas del VIII Congreso de la Asociación latina para el análisis de los sistemas sanitarios. La reforma de los modelos sanitarios, la definición del producto y las necesidades de gestión*. Granada Junio 1997.

INSERSO. *La tercera edad en España: Aspectos cuantitativos. Servicios Sociales*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid 1989

INSERSO. *Plan Gerontológico*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1993.

INSERSO. *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Servicios Sociales*. Ministerio de Servicios Sociales. 1997

Kane RL. Health care reform and the care of older adults. *J American geriatrics Society* 1995;43:702-706.

Kendig H, Hashimoto A, Coppard LC. *Family support for the elderly*. Oxford Medical publications 1992.

López-Torres Hidalgo J, Fernández Olano C, Cerda Díaz R, López Verdejo MA, Marin Nieto E, Otero Puime A. Características Sociosanitarias de los ancianos con déficit cognitivo. *Rev Española Geriatría Gerontología* 1997; 32(3): 144-150.

Myers G. Demographic aging and family support for older persons. in Hendig H, Hashimoto A, Coppard L. *Family support for the elderly. The international experience*. Oxford University Press 1992. Oxford.

OCDE. La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement. *Études de politique de santé* no. 8. Paris. OCDE, 1996.

OCDE. The reform of health care systems. A review of seventeen OECD countries. OECD. *Health Policy Studies* no. 5. Paris. OCDE 1994.

Roca E. El acceso a las residencias de ancianos: la selección como proceso de diferenciación social. *Rev Gerontología* 1996; 6:114-118.

Scitovsky AA. *Medical care in the last twelve months of life*. The Milbank Quarterly 1988; 66.

Valderrama Gama E. *Situación sociosanitaria de los ancianos en una población rural*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. 1997

Zunzunegui MV, Béland F. La salud de las personas mayores en Leganés. *Revista de Gerontología* 1995; 5: 245-258.

Zunzunegui MV, Béland F, Llacer A, Leon V. Gender differences in depressive symptoms among spanish elderly. Aceptado en *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997.

Zunzunegui MV, Béland F, Recalde JM. La utilización de los medicamentos por las perso-

nas mayores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 1997; 32:109

Zunzunegui MV, Béland F, Llácer A, Keller I. *Family, Religion and Caregiving for Disabled Elderly in Spain* (en proceso de revisión), 1997.