

# SIE 7 E DIAS

MEDICOS

**MAYORES  
EN EL TERCER  
MILENIO**



## LA PORTADA

Por más que a nuestro ilustrador, conocedor de la realidad sanitaria española, se le haya ocurrido diseñar con fármacos la silueta de un anciano para crear la portada de este número especial de SIETE DÍAS MÉDICOS, esperemos que no sean únicamente medicamentos lo que podamos ofrecer a nuestros mayores en el siglo XXI.

- 5 ▶ EDITORIAL  
Los mayores del XXI
- 6 ▶ Atención a los mayores: ¿a quién corresponde?  
*José Manuel Ribera Casado*
- 17 ▶ La salud del mayor: perspectivas y límites desde la atención primaria  
*P. Regato Pajares*
- 22 ▶ Persona mayor y demografía. ¿Hacia dónde vamos?  
*A. Abellán García*
- 29 ▶ De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales  
*T. Sancho Castiello*
- 36 ▶ ¿De qué enferman nuestros mayores?  
*A.J. Cruz Jentoft*
- 42 ▶ Qué hacer ante un paciente con demencia  
*P. Gil Gregorio*
- 56 ▶ Evitemos las caídas  
*M. Lázaro del Nogal*
- 62 ▶ La incontinencia del mayor: un reto médico y social  
*C. Verdejo Bravo*
- 69 ▶ Edad e hipertensión. ¿Una unión inevitable?  
*F. Guillén Llera*
- 83 ▶ Mejor nutrición, más vida  
*A. Sastre Gallego*
- 97 ▶ Hay que moverse  
*J.A. Serra Rexach*
- 104 ▶ Fármacos y ancianos. Mucho margen para la mejora  
*E. Vargas Castrillón, A. Terleira Fernández*
- 111 ▶ El reto de la calidad asistencial  
*J.A. García Navarro*
- 122 ▶ Decálogo de las personas mayores

**Director:** Josep María Ferrando Colea  
**Subdirector:** Juan Manuel Barberá  
**Redactora-jefe:** Mercedes López Mongay  
**Redacción:** Cristina Mallo, Jesús Garrido, Javier March Román, Ángel López del Castillo, Angels Bermejo  
**Colaboradores:** Javier Gracia, Jordi Muntaner, Eulàlia Valls  
**Corresponsales:** Andalucía oriental: Francisco Acedo. Andalucía occidental: Alfonso Pedrosa. Baleares: Emilio Morancho. Cantabria: Victoria Lemaar. Comunidad Valenciana: José Vicente Morant. Galicia: Fausto Monroy. Navarra: Xabier González. País Vasco: María José Esnal

**Director médico:** Ramón Planas Vilà  
**Redactores-jefes médicos:** Xavier Tena Marsà (Barcelona) y Gustavo López Alonso (Madrid)  
**Diseño:** Javier Noguera  
**Corrección:** Aurora Pereira, Adela Resurrección  
**Diagramación:** Emili Sagóls, Climent Ambrós  
**Producción:** Carlos Bueno García  
**Fotografía:** Ismael Gerardo Martínez, Gonzalo Santomá, AGE, EFE, Firo Foto, Index, Zardoya

**Edita:**  
Ediciones Mayo, SA  
e-mail: edmayo@edicionesmayo.es

**Director de publicaciones:**  
Antonio Vasconcellos Santiago

**Redacción y Administración:**  
Muntaner, 374, 4.º. 08006 Barcelona.  
Tel.: 932 090 255. Fax: 932 020 643  
e-mail: edmayore@edicionesmayo.es

**Publicidad:**  
Barcelona: Muntaner, 374, 4.º.  
Tel.: 932 090 255. Fax: 932 020 643  
Madrid: Segre, 29, 1.º B. 28002 Madrid.  
Tel. 914 115 800. Fax: 915 159 693  
e-mail: mayomad@edicionesmayo.es

**Impresión:** Rotographik - Giesa.  
Tel.: 934 150 799

**Depósito legal:** B. 37615 - 1988

**Soporte válido Ministerio de Sanidad:** SV 88036 R.  
ISSN0214-3011

**Suscripciones:** 40 números al año  
60,25 euros

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional.  
Miembro de la Federación Internacional de la Prensa Periódica.  
Control voluntario de la difusión por

APP  
ASOCIACIÓN DE Prensa PROFESIONAL

FIPP



## Los mayores del XXI

¿Qué va a ser de los ancianos españoles en el siglo XXI? No creemos que, hoy por hoy, haya alguien capaz en nuestro país de responder a esta pregunta con la seriedad debida y tanta perspectiva. Hablamos de «mayores», pero en realidad queremos decir paciente geriátrico, que no es el anciano sano sino el de riesgo, el frágil, el que comienza a dar señales de discapacidad o minusvalía.

Dice la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, y dice bien, que «el envejecimiento de un país es consecuencia de su progreso» y, sobre todo, que «en ningún caso este envejecimiento debe presentarse como una carga o problema». ¿No tienen ustedes la impresión de que es justamente así, en plan «carga», como está comenzando a pensarse e incluso a decirse del envejecimiento progresivo de la población española, muchas veces por aquellos que tienen el deber de imaginar y ofrecer soluciones para quienes se han dejado una buena parte de la salud en el empeño de hacer más grande y próspero este país? Nosotros sí la tenemos, acostumbrados como estamos a escuchar grandilocuencias y brindis al sol cuando de los mayores se trata. El corolario es, que los niveles de progreso de este país no se corresponden con los de protección sanitaria y social que precisan nuestros ancianos, enfermos o sanos.

Es tiempo de plantear con rigor, realismo y verosimilitud un debate sobre el futuro de los mayores; de decir con valentía lo que se podrá ofrecer a los ancianos en general y al paciente geriátrico en particular, para que todos tengamos claro lo exigible a la solidaridad de las familias y lo que es demandable a los poderes públicos.

Ahora que todas las comunidades autónomas tienen transferidas las competencias y los recursos, ha llegado el momento de actuar y

decidir entre lo deseable y lo posible, aunque las noticias que se nos den no pinten el mejor caleidoscopio. Si no se puede garantizar que los pacientes geriátricos españoles dispondrán de una estructura socio-sanitaria digna y acorde con sus necesidades y las de sus deudos, dígame. Y si lo que se vislumbra en lejanía es que no será posible más que con la participación constante y sonante de la ciudadanía, dígame también. Cualquier cosa menos la indefinición y la demagogia.

Por supuesto, no estamos hablando sólo de las necesidades estrictamente médicas de los mayores, sino de algo mucho más ambicioso: de ese entramado socio-sanitario global que precisa España, con cerca de 7 millones de ancianos en 2001, una previsión de más de 8 millones y medio en 2026 y donde una cuantía cada vez más alta de esta población será dependiente o se verá obligada a vivir sola.

También los profesionales sanitarios tienen que pararse a reflexionar y cambiar sus hábitos y concepciones en torno a los ancianos, muchas veces acusados con ligereza de hipocondriacos, cuando no de meros consumidores de recursos, y a menudo preteridos en la atención o no tomados tan en serio como merecen.

Nuestra geriatría/gerontología, es la especialidad que más cartas en el asunto debiera tomar pero, paradójicamente, es una de las que menos satisfacciones pueden ofrecer a los ancianos, el objeto de su atención. Adolecemos, y lo seguiremos haciendo, de la geriatría que necesita la sociedad española de ahora y del futuro. Pero, con ser malo, eso no es lo peor. Lo peor es que –servicios sociales a un lado– ni tan siquiera el primer escalón asistencial, el forzosamente llamado a atender en primera instancia a un colectivo de personas cada vez más numeroso, es capaz de ofrecer a los mayores, sanos o «geriátricos», mucho más que un vademécum farmacológico...

¿Qué será de nuestros mayores? ¡Ay!

7<sup>TM</sup>

## Atención a los mayores: ¿a quién corresponde?

► J.M. Ribera Casado  
Coordinador

La pregunta que da título a este capítulo puede no ser tan simple como tal vez parezca a primera vista. La realidad es que cuestiones equivalentes a ésta se plantean con excesiva frecuencia dentro de los ambientes médicos de las más variadas especialidades, por más que en la mayoría de los casos no pasen de la categoría de discusión gremial bastante estéril en aras de obtener mayores cotas de poder, o un territorio más amplio en el que desarrollar la especialidad. Cuando uno va acumulando años, como es el caso de quien esto firma, es suficiente con mirar hacia atrás y hacer un poco de memoria para poder enumerar algunas de las muchas situaciones en que ha vivido este tipo de discusión a lo largo de su vida profesional.

La respuesta elemental y correcta en todos los casos es que esa patología objeto de discusión o aquella técnica más o menos novedosa debe corresponder a quien sepa manejarla de manera más correcta, con independencia de lo que ponga en su tarjeta de visita profesional. De todas formas, quizá no esté mal del todo teorizar algo sobre estas cuestiones, especialmente cuando hablamos de un colectivo tan amplio y complejo como es el de las personas mayores. Vamos a ello, intentando hacerlo a partir de algunas evidencias.

### Primera evidencia: los cambios demográficos

La realidad es que esta discusión no se plantearía nunca si no hubiera ancianos, o si éstos fuesen tan pocos y estuvieran tan localizados que no pudieran ser

considerados como un colectivo con rasgos específicos comunes.

Dice la teoría que para el nacimiento de una especialidad es necesario que se produzcan varias circunstancias. Las más importantes son las siguientes: a) la existencia de un amplio cúmulo de conocimientos específicos sobre la materia; b) un volumen de población suficiente como para justificar la presencia de un conjunto de profesionales dedicados a esa parte de la medicina, y c) la aceptación por parte de la propia sociedad civil, a través de sus sistemas de representación social y científica, de esa especialidad.

Todas estas circunstancias se han producido en el mundo desarrollado a lo largo del siglo XX. Por esta razón, no debe extrañar que haya sido ese siglo, y de forma especial su segunda mitad, el momento histórico del nacimiento y consolidación de la geriatría. De hecho, la propia palabra *geriatría* en su sentido actual fue acuñada por Nascher (1863-1944) en Estados Unidos en 1909 y los principales principios que han venido regiendo el concepto de «asistencia geriátrica» proceden de las publicaciones de Majorie Warren (1897-1960) en el Reino Unido en los últimos años treinta y primeros cuarenta.

Si nos atenemos a nuestro país, resulta interesante recordar que en 1900 el número de españoles mayores de 65 años era inferior al millón, lo que representaba un 5,2% de la población total. La proporción de mayores de 80 años era prácticamente simbólica. La esperanza de vida al nacer en aquel momento era de 34 años para los hombres y de

36 para las mujeres, muy próxima a la de un romano del siglo I.

Cien años después los datos son muy diferentes, como se expone en otro capítulo de esta monografía. El número de españoles con más de 65 años en el año 2001 se estima en 6.678.500 personas, lo que representa un «índice de envejecimiento» del 17%. Los datos oficiales del padrón de habitantes de 1996 muestran 1.376.207 compatriotas con 80 o más años. Las previsiones para el año 2026 nos hablan de 8.608.000 mayores de 65 años, un 22,3% del total de la población española. Añadamos que la esperanza de vida actual al nacer se sitúa en nuestro país en más de 82 años para las mujeres y en 75 para los hombres. En 1994 un español de 65 años tenía aún una esperanza de vida de 16 años si era varón y de 20 si era mujer. Se sabe que al menos 86 de cada 100 mujeres que nacen hoy en España van a vivir más de 65 años.

También han cambiado otras características de este colectivo de las personas mayores. En 100 años hemos pasado de una integración prácticamente absoluta del mayor en su entorno familiar a unas cifras que nos dicen que más del 20% de esta población vive sola, elevándose a cerca del 30% entre las mujeres con más de 75 años. Son proporciones que van creciendo y que nos aproximan poco a poco a la tasa media de alrededor del 40% de mayores que viven solos en los países de la Unión Europea. En el medio residencial, inexistente 100 años antes, vive un 3% de estos ancianos. Aunque se calcula que entre un cuarto y un tercio de este colectivo puede

todavía ser calificado como analfabeto funcional, la proporción un siglo antes era próxima al 100%. Diré, por último, que hoy la salud es, a juicio de ellos, su principal problema según todas las encuestas en este sentido; y la posibilidad de disponer de una atención sanitaria especializada, la primera de sus demandas en materia de salud.

Además, el paciente anciano es el principal ocupante de camas hospitalarias, el que genera mayor mortalidad, estancias más prolongadas y mayor número de reingresos. También el que acude con mayor frecuencia al centro de atención primaria y el primer y más numeroso consumidor de fármacos. Añádase a ello que el anciano es el paciente con mayor número de problemas paramédicos asociados, lo que hace que resulte más incómodo para muchos médicos, tanto por demandar mayor tiempo y atención, como –y lo veremos en seguida– por presentar problemas para cuya solución el profesional no ha sido habitualmente preparado de forma específica.

Estos escuetos datos de sociodemografía sanitaria bastan para entender el porqué del nacimiento y desarrollo de una especialidad como la geriatría, que se define como «la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales del anciano en situación de salud y de enfermedad». Dicho de otra forma, que pretende poner orden, ofrecer respuestas específicas y profesionalizadas a los problemas de salud que de forma también específica afectan a este segmento de la población. Pretende hacerlo, además, a través de un equipo multidisciplinario y en el contexto de lo que se denomina atención geriátrica integral. De hecho, la geriatría alcanzó rango oficial como especialidad médica en nuestro país en 1978.

¿Se desprende de las evidencias que acabo de exponer que todo anciano deba ser atendido por un geriatra, de igual forma que el pediatra reclama la aten-

ción integral del niño? Ya veremos que no. Pero antes merece la pena recordar otras cuestiones de interés

### Segunda evidencia: los cambios individuales y sociales vinculados al envejecimiento

Este terremoto demográfico operado en el último siglo implica la necesidad de conocer lo que lleva detrás y también la de prever sus eventuales consecuencias en todos los órdenes.

Si nos ceñimos al ámbito estrictamente médico, lo primero que hay que tener claro es que el anciano no es simplemente un adulto mayor. En el curso del



AGE FOTOSTOCK

envejecimiento se producen importantes pérdidas en prácticamente todos los órganos y aparatos. Se pierden buena parte de las reservas funcionales y ello convierte al individuo de edad avanzada en un ser mucho más vulnerable ante cualquier tipo de estímulo nocivo.

En la génesis de los cambios que tienen lugar durante el proceso de envejecer inciden tres grandes tipos de factores muy relacionados entre sí. El primero sería consecuencia de los cambios fisiológicos propiamente dichos, del «uso» del propio cuerpo. Su comprensión viene de la mano del «por qué» envejecemos, de las llamadas teorías del envejecimiento, acerca de las

cuales no podemos profundizar ahora. Quede claro, sin embargo, que se trata de un fenómeno universal en la medida en que afecta a todos los individuos, y que existen diferencias importantes en la cadencia con la que estos cambios van teniendo lugar tanto cuando comparamos diferentes personas entre sí, como cuando lo hacemos entre los distintos órganos y aparatos de un mismo individuo.

El segundo tipo de cambios que acontece mientras envejecemos viene condicionado por las distintas enfermedades o intervenciones quirúrgicas que se han ido sucediendo a lo largo de la vida. Son cambios que han ido dejando su impronta y a las que el organismo ha tenido la obligación de adaptarse asumiendo las eventuales limitaciones de este proceso adaptativo.

El tercero sería el derivado de la influencia de los factores ambientales. Del tipo de vida a que ha estado sometido el individuo. Son condicionantes que, en muchos casos, constituyen por sí mismos eso que llamamos «factores de riesgo» para determinadas situaciones morbosas.

Conocer la existencia de estos cambios, saber cuáles son y cómo se producen, tenerlos en cuenta a la hora de establecer una aproximación diagnóstica y terapéutica en el paciente anciano es una necesidad ineludible para todo profesional que atiende personas de edad avanzada dentro del ámbito de la salud. De forma específica para el geriatra. Por extensión, constituye un deber del propio geriatra propagar este mensaje entre el resto de los profesionales que atienden población anciana desde cualquier especialidad clínica y muy especialmente entre aquellos compañeros que ejercen en la atención primaria. Adelanto ya que el médico de atención primaria debe participar en estos conocimientos y va a erigirse en el primer punto de llamada por parte del anciano con problemas de salud y en la base de cualquier relación con las estructuras

geriátricas organizadas que pueden existir en su entorno.

Las consecuencias del envejecimiento poblacional no pueden contemplarse únicamente desde una perspectiva individual más o menos medicalizada. Alcanzan también a los ámbitos socioeconómico y cultural. Pensemos en lo que representa el gasto sanitario en hospitalización, fármacos, programas de rehabilitación, etc., o en otras partidas importantes directa o indirectamente relacionadas con la salud: residencias asistidas, centros de crónicos, pensiones de jubilación, etc. Parece evidente que una atención sanitaria profesionalizada puede ayudar a poner orden en todo ello, y, desde luego, contribuir a reducir el gasto.

Algo parecido puede decirse cuando nos aproximamos al campo de la investigación. Hablamos de una especialidad relativamente joven, cuya incorporación al acervo científico ha sido tardía. Valgan como prueba las fechas de aparición de las principales publicaciones de la especialidad, todas ellas en los últimos 50 años, mucho más tarde de las equivalentes de otras especialidades médicas. Se hace necesario profundizar en este terreno para conocer mejor los problemas que afectan al anciano desde el punto de vista epidemiológico, etiopatogénico y conceptual (por qué envejecemos), fisiopatológico (cómo envejecemos), o de valoración clínica y respuesta terapéutica.

Se necesitan también estudios que analicen los beneficios que puede representar una prevención adecuada, o la valoración geriátrica exhaustiva como instrumento de trabajo en geriatría. Los que pueden derivarse de una buena educación sanitaria a la población, o estudios que midan qué sistemas de planificación asistencial pueden ser los más eficientes tanto desde el punto de vista de salud como de economía.

Deben también incluirse en este apartado referido a las con-

secuencias del envejecimiento a lo que ello representa en el apartado de la docencia. Es evidente que se necesita formar especialistas en geriatría, pero también que resulta necesario facilitar formación e información geriátrica a los profesionales médicos de atención primaria o de cualquier otra disciplina que atienden población mayor. Esto es así tanto referido a los estudios de pre y posgrado de medicina como en los orientados hacia otras profesiones sanitarias como la enfermería, el trabajo social, la rehabilitación, la terapia ocupacional, la farmacia, etc. En menor medida, esta apreciación cabría también para otras áreas de conocimiento aparentemente más alejadas, bien con rango universitario, como la psicología o sociología, bien de un nivel más modesto, como la de auxiliar de clínica.

### Tercera evidencia: organización asistencial y realidad española

Hablar de «evidencias» en este terreno y referirlas a nuestro país puede ser muy breve. La realidad es que, desde el punto de vista asistencial, el desarrollo de la geriatría en España es muy pobre y está limitado a una parcela muy reducida del mundo hospitalario y, también parcialmente, al mundo residencial. Ocasionalmente, algunas comunidades autónomas o sectores sanitarios disponen de «planes geriátricos» más o menos elaborados, normalmente en fases previas a su desarrollo propiamente dicho.

En España, como se decía, el reconocimiento oficial de la especialidad de geriatría data de 1978, y desde ese año vienen formándose especialistas a través del sistema MIR. Paralelamente se creó la Comisión Nacional de la Especialidad, mediante la cual se establecieron los criterios y programas necesarios para acceder al título de especialista.

En el momento actual, y mientras no entren en vigor otros pla-

nes o normas más recientes, conviene recordar que siguen vigentes documentos oficiales elaborados en los años noventa. Así, durante el año 1993 se publicaron el «Plan Gerontológico Nacional», por parte del ministerio de Asuntos Sociales, y las «Bases para la ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores», por parte del INSALUD. En 1996 el propio Ministerio de Sanidad y Consumo publicó los «Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores», como documento complementario de los dos anteriores.

Estos documentos, teóricamente vigentes aún tras el cambio de siglo, ofrecen un modelo de desarrollo de la especialidad con base hospitalaria pero muy integrado en la atención primaria y que intenta sacar el máximo partido, a través sobre todo de programas de evaluación geriátrica, de los recursos existentes tanto en materia sanitaria como social.

En ellos se reitera que «el sistema de servicios ha de ser integral..., interdisciplinario... y rehabilitador». Entre los objetivos genéricos aplicables a la salud de las personas mayores se habla de «potenciar las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de la salud»..., de «garantizar una adecuada articulación entre los niveles de atención primaria y especializada» y de «garantizar la continuidad de los cuidados a los diferentes niveles». En el último de los documentos citados se dedica un capítulo específico, relativamente detallado, a lo que la Administración entiende como «atención primaria de salud a las personas mayores». En él se destaca como objetivo general para el médico de atención primaria el de «colaborar en el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud».

Otros documentos doctrinales importantes al respecto son las

«Recomendaciones del Consejo de Europa» (1985), las de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena 1982), las de la propia Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (1986) o los incorporados en el texto presentado por el Defensor del Pueblo al Parlamento español en los meses finales de 1999. En todos ellos se recuerda que la organización general de la asistencia geriátrica debe ser integral, con objetivos preventivos, asistenciales, rehabilitadores y sociales.

Esta organización debe ser sectorizada, al igual que la del resto de la población, con áreas que abarquen idealmente entre 150.000 y 300.000 habitantes, lo que supone unos 20.000-40.000 ancianos. En cada sector cabe considerar diferentes niveles: una atención ambulatoria o extrahospitalaria, una atención hospitalaria y una atención que podríamos llamar «posthospitalaria», que en determinado número de casos va a tener lugar en el medio residencial. Todos estos niveles deben mantener entre sí una coordinación permanente.

**Cuarta evidencia: la realidad de la geriatría. ¿Qué es ser geriatra?**

Como en cualquier otra especialidad, el elemento genérico que debe definir al geriatra es su profesionalidad en el campo objeto de su dedicación. El geriatra es un experto en el viejo. Y lo es por voluntad propia. Ello lleva implícito que ni le sorprende ni le disgusta tener que atenderlos, cosa que no se puede decir de otros muchos colegas, para los que representa un mal trago tener que recibir a un paciente mayor. Implica también no adoptar actitudes discriminatorias (ageístas) de ningún tipo.

Evidentemente, lo anterior, con ser cierto y muy importante, no justificaría en sí mismo la especialidad. ¿Qué añadimos? Ante todo un conocimiento de lo que representa desde el punto de vista fisis y patológico el proceso de envejecer en los térmi-

nos que se apuntaban en el segundo apartado de este escrito. Durante el envejecimiento se producen cambios muy importantes en el organismo. Se trata de un proceso continuo que determina modificaciones, tanto fisiológicas como derivadas de la patología acumulada durante la vida, así como condicionadas por el tipo de vida que ha llevado el individuo.

Todos estos cambios dan como resultado un comportamiento diferente en su manera de enfermar y, lógicamente, en la vía de aproximación diagnóstica y en la actitud terapéutica ante el paciente mayor. Entre las consecuencias más importantes se

muy distintas áreas. Se trata de algo a lo que la geriatría es especialmente sensible, como se demuestra en la práctica diaria.

Otro elemento diferenciador es el que hace alusión a la «valoración geriátrica». Se trata de una técnica –la herramienta del geriatra ha sido llamada– que pretende un análisis multidimensional (clínico, de la función física, de la función mental y de la situación social) del anciano. Ello supone añadir al conocimiento de lo estrictamente médico una información cualificada sobre los aspectos funcionales (discapacidades) físicos, mentales y sociales, con lo que ello representa de posibilidades a la hora de lograr



AGE FOTOSTOCK

cuentan una mayor coincidencia de diversas patologías en un mismo individuo (pluripatología), mayor tendencia a la cronicación de éstas, mayor prevalencia de situaciones de incapacidad, mayor necesidad de cuidados continuados y una utilización más extensa de los recursos sociales, que deberán ser siempre contemplados en paralelo con los sanitarios.

Además, por todo lo que se acaba de indicar, atender a pacientes de edad avanzada obliga, en mayor medida que en ninguna otra época de la vida, a un trabajo multidisciplinario, colaborando con otros profesionales, médicos o no, procedentes de

una ubicación óptima del paciente y programar un seguimiento.

Desde una perspectiva clínica, el geriatra añade un conocimiento en cuanto a las peculiaridades condicionadas por la edad, referidas a síntomas, signos físicos y hallazgos exploratorios. Las «manifestaciones atípicas» son muy frecuentes y pueden inducir a error en el caso de desconocerlas y no tomarlas en cuenta. Desde esta misma perspectiva adquieren especial relevancia los problemas relativos a la farmacología: manejo de los fármacos, riesgo de yatrogenia, etc.

Otra cuestión que el médico no geriatra suele tomar poco en consideración es la relativa a los

llamados grandes síndromes geriátricos (caídas, inmovilidad, incontinencias, úlceras por presión, trastornos del sueño o de la nutrición, etc.). Son problemas muy habituales, típicos de las personas mayores, que generan una alta morbimortalidad y que tienen sus propios factores de riesgo sobre los que es posible actuar desde la prevención primaria y secundaria.

Desde el punto de vista conceptual, además, el geriatra debe ser capaz de tener respuesta para las preguntas relacionadas con las teorías del envejecimiento. También para aquellas que versan sobre los aspectos demográficos más llamativos en relación con la sociedad española o sobre conceptos generales en esta materia, como los de «expectativa de vida», «índice de envejecimiento», «índice de dependencia», etc.

También debe estar informado el geriatra acerca de los diferentes niveles asistenciales con los que se trabaja en geriatría, así como sobre los recursos sociales existentes. Saber cuándo y cómo se puede y se debe recurrir a unos u otros. Hablamos aquí de unidades de agudos, de unidades de media y de larga estancia, de hospitales de día, centros de día, programas de atención a domicilio (sociales y médicos), centros sociosanitarios, residencias, etc. Debe estar informado acerca de las políticas sanitarias en relación con el mayor.

Más en común con otras especialidades podemos situar los conocimientos requeribles a nivel epidemiológico y, sobre todo, a nivel de prevención, aunque también aquí existen peculiaridades. La prevención incluye los apartados tradicionales acerca de la lucha contra los factores de riesgo, las vacunaciones, la promoción de medidas higiénicas y saludables, educación sanitaria, etc. Incluyen, sobre todo, el convencimiento de que ninguna edad es suficiente como para no poder actuar preventivamente sobre muchos de los problemas de salud que afectan al individuo.

En último término, quien más se puede beneficiar de una atención geriátrica especializada es el que conocemos como «paciente geriátrico», que tiene muchos elementos en común con el llamado «anciano frágil». El paciente geriátrico viene a representar no más del 15-20% de los pacientes mayores que acuden a consulta o a un hospital. Su perfil más habitual es el de un individuo de edad avanzada –normalmente por encima de los 80-85 años–, con pluripatología, problemas crónicos, multimedicado, portador de uno o más síndromes geriátricos, con algún tipo de limitación funcional física, psíquica o ambas, habitualmente un problema social añadido y sobre el que aparece un proceso agudo como elemento desequilibrador.

Una mínima referencia a las enfermedades más comunes nos lleva a precisar que éstas dependen del nivel asistencial que se considere. En los ancianos que viven en el medio comunitario las más habituales son las relativas a los órganos de los sentidos, las osteoarticulares y las referidas al aparato cardiovascular, incluida la hipertensión. En el medio residencial habría que añadir las neuropsiquiátricas, con la demencia en primer término, pero también las secuelas de ictus y los síndromes extrapiramidales. En el hospital los principales motivos de ingreso son, por este orden, la insuficiencia cardiaca y las infecciones respiratorias. Además, en todos los niveles tienen una alta prevalencia los llamados síndromes geriátricos.

#### **Quinta evidencia: es necesario decidir en función del principio «lo mejor para el paciente»**

Los cuatro principios básicos de la bioética (autonomía, igualdad, beneficencia, no maleficencia) deben ser aplicados también en este punto. Especialmente el de beneficencia, que debe ser entendido en un sentido muy amplio. Con este referente como

telón de fondo y lo ya comentado en los tres apartados anteriores, voy a intentar concretar «mi» respuesta a la pregunta inicial del capítulo.

El primer objetivo es intentar evitar una confusión frecuente por parte de muchos médicos: paciente anciano y paciente geriátrico no son conceptos sinónimos. El primer concepto, obviamente, hace alusión de forma exclusiva a la edad. En el segundo caso la edad no es el único ni, tal vez, el principal determinante para definir el concepto de paciente geriátrico. Incorpora como añadidos a una edad avanzada las ideas de pluripatología y de deterioro funcional, con presencia de incapacidades físicas, psíquicas y eventuales problemas sociales asociados. Incorpora ese concepto de fragilidad al que me refería más arriba. Sobre todo ello el «paciente geriátrico» suele añadir algún proceso agudo que puede constituirse en la razón inmediata de la consulta o de la hospitalización. Evidentemente, cuanto más años tenga una persona más posibilidades tendrá de cumplir los criterios de paciente geriátrico que acabo de enumerar.

Delimitar una edad como frontera puede tener importancia, sobre todo, a efectos de los estudios epidemiológicos. En ese contexto suele aceptarse la edad de jubilación como referencia (en España en torno a los 65 años). En los países en vías de desarrollo el corte suele establecerse en los 60. Todavía habría que señalar la tendencia creciente en la bibliografía médica a establecer como una subcategoría especial la de los «muy viejos», englobando en ella a aquellas personas que superan los 80 u 85 años.

En cualquier caso, la visión del paciente anciano desde la geriatría, sea éste o no paciente geriátrico –y esta visión debe tenerla tanto el geriatra profesional como el médico de atención primaria o el especialista de cualquier área clínica que atiende pacientes ancianos–, añade a la

que puede tener el internista tradicional un conocimiento más real de los cambios que el envejecimiento ha originado en el individuo, una utilización efectiva de herramientas técnicas muy eficaces como la ya mencionada «valoración geriátrica exhaustiva», y una mayor experiencia en el manejo integral de los problemas, abarcando, junto a los estrictamente clínicos, aspectos sociales, de capacidades y de comportamiento. Además, desde la geriatría nunca se va a rechazar al viejo por el hecho de serlo (ageísmo), ni se va a utilizar la edad *per se* como criterio de discriminación ante determinadas decisiones.

Desde el punto de vista médico, los ancianos tienen: a) algunas enfermedades específicas de su edad muy raras o inexistentes en edades anteriores (p. ej., amiloidosis cardiaca, carcinoma de próstata, etc.); b) otras con una incidencia y prevalencia mucho más alta que en edades anteriores (infecciones, tumores malignos, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, diabetes, etc.), cuya aparición se ha visto facilitada por los cambios ocurridos en el organismo pero que no se comportan igual que a otras edades; c) las mismas enfermedades que a cualquier otra edad, pero con peculiaridades semiológicas, diagnósticas y terapéuticas que es necesario conocer, y d) con mucha más frecuencia, pluripatología y compromiso de otros órganos y sistemas en el curso de las enfermedades habituales. Además, en mayor medida que en otras edades, todos estos procesos vienen modulados por problemas socioeconómicos, psicológicos y de comportamiento. También se hace más necesario tomar en consideración factores como la rehabilitación, la reinserción social, etc.

En resumen, el paciente anciano padece más enfermedades, es más vulnerable ante cualquier tipo de agresión, sus mecanismos de defensa son más limitados, su reserva fisiológica es

menor, las patologías se implican unas sobre otras en mayor medida que en otras edades, se manifiestan, diagnostican y tratan en muchas ocasiones de otra forma y tienen una mayor implicación social. Son aspectos específicos del paciente geriátrico que el médico que atiende ancianos, sea o no geriatra, debe conocer.

Por estas razones, la atención médica de la persona mayor debe recaer en alguien –geriatra o no– que conozca bien todas estas peculiaridades. El geriatra va a ser especialmente útil ante un «paciente geriátrico», sobre todo cuando éste se encuentra en el medio hospitalario, dada su

distintos de los que pueda obtener cuando es atendido por otros profesionales preparados.

Junto a este concepto de paciente geriátrico y sus diferencias con el paciente anciano, un segundo punto que requiere aclaración es el de «asistencia geriátrica». Se entiende como tal «aquel conjunto de niveles asistenciales que, desde una óptica sanitaria y social, debe garantizar la calidad de vida de los ancianos que viven en un área sectorizada, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquéllos presentan». Su objetivo prioritario es el de conseguir que el anciano



STOCK PHOTOS

mejor capacitación profesional para el manejo de los problemas médicos y paramédicos que plantea el anciano «complejo» cuando enferma. Es difícil cuantificar qué proporción de pacientes mayores de 65 años se atienden a este concepto. Como se ha señalado, puede estar en torno al 10-15% de los que llegan a ingresar en un hospital, en proporciones tanto más altas cuanto mayor es el corte de edad que se establezca. Probablemente esta cifra se aproxima al 100% por encima de los 90 años.

En el paciente anciano sin más, con un menor grado de complejidad, los beneficios de una atención específica por el geriatra son menores y no muy

permanezca, o se reintegre, en su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar y seguridad.

Una asistencia geriátrica bien concebida presupone la adopción de medidas políticas globales que contemplen aspectos amplios y diversos. Aspectos que incluyen puntos tan variados como un nivel adecuado de pensiones, unos servicios sociales lo más completos posible y pensados para el colectivo de ancianos al que van dirigidos, o unas medidas de política sanitaria que contribuyan a prevenir enfermedades, faciliten la asistencia integral al anciano cuando éstas se presenten y tengan en cuenta las patologías crónicas e incapacitantes.

tantes a efectos de servicios específicos de recuperación, de residencias asistidas, etc.

En nuestro país la asistencia geriátrica en estos momentos no está suficientemente ordenada ni homogeneizada. Las transferencias a las diferentes comunidades autónomas en materia de sanidad y de servicios sociales han determinado que exista una legislación muy variable –en algunos casos ninguna– y que, casi como regla básica, al anciano se le siga mirando con prevención, como sujeto generador de gasto y que para la solución de sus problemas de salud –y los sociales vinculados a la misma– se recurra a las normas comunes, sin tener en cuenta los aspectos específicos derivados de la edad.

Si vamos a lo cotidiano, cabe decir que en la atención primaria el cuidado del anciano debe recaer, lógicamente, en el médico de familia, y será el centro de salud o el ambulatorio el punto de referencia en este sentido. Eso obliga al médico de familia, o a quien en su caso ejerza esa función, a tener un conocimiento adecuado de lo que son los principios de la medicina geriátrica, teniendo en cuenta que el paciente mayor va a consumir una parte fundamental de su actividad profesional. Lo ideal sería que esta formación se adquiriese durante el periodo de pregrado y, después, mediante rotaciones específicas a lo largo del periodo de residencia. Como habitualmente esto no es así, el médico de atención primaria con sentido de la responsabilidad se va a ver en la obligación de suplir estas carencias por otros medios, que van desde cursos de reciclaje hasta lecturas o programas específicamente orientados a tal fin.

La atención domiciliaria del anciano también corresponde a este profesional. Esto será así tanto en el caso del anciano con enfermedad aguda que viene realizando una vida normal y nunca ha precisado ingreso hospitalario, como en aquel que ha sido dado de alta de un hospital

o que presenta procesos crónicos más o menos incapacitantes. En este último tipo de pacientes pueden desempeñar una importante aportación los equipos de ayuda a domicilio, tanto en su versión social como médica o de enfermería. Los equipos médicos de atención a domicilio pueden tener su base en el hospital de referencia o en el propio centro de atención primaria, pero, en cualquier caso, deberían incorporar un geriatra como coordinador-consultor. En los últimos años, dentro del territorio INSALUD, se ha creado la figura de los Equipos Sociosanitarios de Atención Domiciliaria (ESAD), vinculados a la atención primaria. Estos equipos deberían incluir a un geriatra y pueden constituir otro punto de encuentro entre ambas especialidades.

En las previsiones del INSALUD –o en las equivalentes de las diferentes comunidades autónomas, una vez producidas las transferencias–, los centros de atención primaria, en coordinación con el hospital terciario correspondiente a su sector, deben desempeñar, además, una labor preventiva, educativa y de seguimiento que cubra al menos los siguientes aspectos:

a) Actividades de promoción y educación para la salud: corrección de hábitos tóxicos, promoción de la actividad física, consejos sobre nutrición, utilización adecuada de los medicamentos y prevención de las caídas, preparación para la jubilación y formación de cuidadores.

b) Actividades preventivas: vacunación de gripe y tétanos, valoración de la agudeza auditiva y visual. También, de acuerdo con los programas específicos que en cada caso deben ser diseñados, llevarán a cabo revisiones sistemáticas de determinados parámetros físicos y analíticos (presión arterial, peso, hormonas tiroideas, sangre, glucemia y colesterol, etc.), en plazos que pueden variar según los casos.

c) Actividades de seguimiento: especialmente en los casos en

los que se requiere una recuperación mediante rehabilitación física o psíquica, o en aquellos otros que exigen una valoración periódica de determinados procesos crónicos.

Si, como es deseable, la atención primaria se encuadra en el marco de un área de salud donde exista un servicio de geriatría hospitalario (o, en su defecto, una unidad hospitalaria de valoración y cuidados geriátricos), aumentan considerablemente las posibilidades de intercomunicación y de actuación eficaz en este terreno.

El servicio de geriatría de un hospital terciario constituye el vértice de la pirámide asistencial del sector y debe estar integrado y coordinado con el resto de las unidades asistenciales. Su principal objetivo es mejorar la asistencia al anciano enfermo, de forma específica a aquel que ha sido definido como «paciente geriátrico». En paralelo, debe prestar un servicio al hospital dentro del área asistencial que le corresponde, ofrecer posibilidades docentes al personal médico y paramédico, contribuir a la educación sanitaria de enfermos y familiares y, según sus posibilidades, realizar una función investigadora en el área de la gerontogeriatría.

Debe tener una concepción centrífuga: todo lo que pueda ser atendido fuera del hospital no tiene por qué serlo dentro. Con ello se reducen ingresos y se fuerza la relación con la atención primaria, con los eventuales hospitales de apoyo, con las residencias y con los servicios sociales del área correspondiente. Este principio es válido tanto antes de acudir el anciano al hospital como, sobre todo, una vez que ha sido atendido en él. Esto es así tanto por criterios económicos (la medicina extrahospitalaria es siempre más barata que la hospitalaria) como, sobre todo, por razones conceptuales y humanas: el anciano no debe organizar su vida en torno al hospital, sino buscar su inserción en geografías que le sean

más próximas y con una menor carga negativa en la medida en la que van a estar menos medicalizadas.

En los últimos años se insiste mucho en utilizar como expresión mágica el término «socio-sanitario» y su derivado «centros sociosanitarios», sin muchas veces tener claro lo que con ello se quiere decir. En puridad, tras esa idea se esconde un principio básico en geriatría: aquel que enuncia que en el anciano la problemática social aparece indisolublemente unida a la salud y que resulta imposible en muchos casos resolver los problemas de salud sin atender al mismo tiempo los problemas sociales acompañantes.

En nuestro país, la Ley General de Sanidad prevé una asistencia universal, gratuita y a demanda para los problemas de salud que en absoluto está reconocida en términos equivalentes para los problemas sociales. Ello genera tensiones y desigualdades múltiples y dificulta grandemente la solución de los problemas que tienen muchos ancianos. Disponer de un recurso asistencial como son los centros sociosanitarios, concebidos como un paso intermedio entre el hospital y la residencia, adscritos a las distintas áreas de salud, podría contribuir a paliar esta situación. El médico de atención primaria debe ser consciente de esta circunstancia, intentar conocer los recursos sociales disponibles en su área de salud y colaborar con el geriatra, si procede, en la búsqueda de estas soluciones.

Dos niveles asistenciales son especiales puntos de encuentro entre la atención primaria y la geriatría hospitalaria: los hospitales de día y los programas de atención a domicilio. No es éste el lugar para entrar en detalles que, por otra parte, están bien definidos en la última de las publicaciones del INSALUD antes reseñada. En ese contexto, así como en el del intercambio de información y discusión de casos concretos a través de sesiones clínicas conjuntas y

actividades equivalentes, pueden y deben entablarse relaciones recíprocas de la máxima utilidad. Otra posibilidad es la de llevar a cabo rotaciones periódicas de diferentes médicos del área por el servicio de geriatría hospitalario correspondiente. La idea central debe ser que entre ambos sistemas –atención primaria y geriatría hospitalaria– la comunicación sea fluida y constante, con unos criterios de actuación comunes, basados en protocolos de elaboración conjunta, siempre que ello sea posible.

La doctrina oficial del INSALUD, similar a la establecida en algunas comunidades autónomas con competencias transferidas, como la catalana, estableció en su momento otro nexo importante como fueron las llamadas «comisiones sociosanitarias de área», donde a la representación de la atención primaria y de la geriatría hospitalaria se añade la de las diferentes instancias sociales que pueda haber en el área. Estas comisiones, que teóricamente ofrecían otro importante lugar de encuentro y colaboración, en la práctica han tenido por lo general una vida efímera y poco resolutiva al no haber recibido la infraestructura personal y material mínima para su funcionamiento.

Antes de concluir todavía merece la pena citar algún otro punto importante donde es posible, y deseable, la colaboración entre la atención primaria y la geriatría. Me estoy refiriendo al ámbito de la formación especializada. Los programas del MIR de familia, sólo en algunos sitios de forma excepcional, incluyen rotaciones por servicios geriátricos. Esto implica que, al acabar la residencia, la formación geriátrica del médico de familia suele ser más bien escasa. En el momento actual son las iniciativas privadas de las diferentes sociedades científicas, así como las de otras instancias como los colegios médicos, fundaciones privadas o la propia industria farmacéutica, quienes están contribuyendo de manera generosa, y por lo gene-

ral poco reconocida, a paliar este déficit. Una estructuración de la asistencia geriátrica tal como ha sido esbozada en estas páginas supondría, sin duda, un salto cualitativo importante también en este terreno.

Brocklehurst JC. Academic Geriatric Medicine in Great Britain. En: Michel JP, Rubenstein LZ, Vellas BJ, Albaredo JL eds. Geriatric programs and departments around the world. París, Serdi, 1998; 81-84.

Defensor del Pueblo. La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid, 2000.

Geriatría. Guía de formación de especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura, Madrid, 1996; 223-238.

Guillén LLera F, Salgado Alba A, García Fernández JL, Díaz de la Peña J. Organización geriátrica de un área sanitaria. *Medicine* 1987; 86: 3.601-3.607.

Guillén LLera F, Ribera Casado JM. Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 236-238.

INSALUD. Bases de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.

INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1996.

Plan Gerontológico Nacional. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1993.

Ribera Casado JM. Medicina geriátrica. Definición y razón de ser de la geriatría. Concepto de enfermo geriátrico. En: Díaz Rubio M, Espinós D, eds. *Tratado de Medicina Interna*. Madrid, Panamericana, 1994; 2.913-2.940.

Ribera Casado JM, Cruz-Jentoft AJ, Bravo Fernández G, Guillén LLera F. Health care for older persons: A country profile-Spain. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 67-69.

Ribera Casado JM. Geriatría: conceptos y generalidades. En: Ferreras & Rozman, eds. *Medicina Interna*. Decimocuarta edición. Madrid, Ediciones Harcourt, 2000; 1.481-1491.

Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, eds. *La atención al anciano en el medio sanitario (Clínicas Geriátricas XIV)*. Madrid, Edimsa, 1998.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Geriatría XXI*. Madrid, Edimsa, 2000.

Société Française de Gérontologie. *Place de la Geriatrie/Gérontologie dans la formation et l'exercice des médecins en Europe. Actes Séminaire Européen*. París, 1995.

# La salud del mayor: perspectivas y límites desde la atención primaria

▶ P. Regato Pajares

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Fundación Progreso y Salud. Sevilla

Actualmente el 97% de la población mayor vive en el medio comunitario y depende, desde el punto de vista de la atención sanitaria, de los equipos de atención primaria (EAP). El volumen de trabajo que genera la atención a la población mayor es cada vez más elevado, lógicamente por el envejecimiento de la población. Según la encuesta de Geriátría XXI, el 46,58% de las personas atendidas en las consultas de los EAP es mayor, más del 60% de los pacientes atendidos por casi un tercio de los médicos de atención primaria pertenece al grupo de mayores y más del 15% de estos profesionales atiende a un porcentaje igual de pacientes con edades de 80 años y más. Adicionalmente, a la alta presión asistencial que supone para los médicos de atención primaria la atención a las personas mayores hay que sumar un mayor tiempo de dedicación: un promedio de 10,3 minutos, del que un 22,8% de los médicos de EAP no dispone<sup>1</sup>.

La atención a los mayores en este ámbito asistencial supone, ante todo, enfrentarse a un colectivo que no es homogéneo ni en sus necesidades de asistencia ni en sus estados de salud y dependencia. Por otra parte, hay que tener en cuenta que si bien el papel de la atención primaria es fundamental en el mantenimiento y mejora de la salud de este grupo de población, la salud es la llave que abre la puerta del envejecimiento activo y, por tanto, somos una parte de un conjunto de determinantes, sectores y políticas que deben

complementarse y coordinarse para conseguir el objetivo.

## Situaciones de los mayores

A efectos de explicar la variedad de situaciones con que nos encontramos en atención primaria y poder delimitar las actuaciones que llevamos a cabo, podemos hablar de:

– *Mayor sano*: no padece enfermedades ni presenta una relevante problemática funcional, mental o social. Constituye el grupo más numeroso, pues a medida que aumenta la perspectiva de vida parece mantenerse durante más tiempo el estado de salud (retraso en la pérdida de funcionalidad). Sobre él habrá que realizar las actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas, atender los problemas que puede ir presentando (demanda) y mantener un estado de alerta ante un posible deterioro (más intenso frente al paciente etiquetado de *persona mayor de alto riesgo*: aquel que, por determinadas características o condiciones clínicas, mentales o sociales, tiene mayor probabilidad de sufrir un deterioro que le lleve a una pérdida funcional, de tener que ser ingresado o institucionalizado, etc.). Aunque clásicamente se ha clasificado al anciano frágil en función de criterios predeterminados, su cribado en las intervenciones cada vez se realiza de manera más genérica, viendo si tiene alteradas algunas de sus actividades básicas o, sobre todo, instrumentales. En este grupo hay que llevar a cabo cada año una valoración geriátrica integral y las actividades preventivas y de promoción de la salud que correspondan.

– *Mayor enfermo*: presenta un proceso agudo o crónico, similar a los de otras edades, sin cumplir las características que definen al paciente geriátrico (edad avanzada, pluripatología, incapacidad progresiva, posible deterioro mental y presumible déficit de soporte social). Para la atención de los procesos del anciano enfermo es fundamental una buena formación clínica y el conocimiento de las peculiaridades fisiopatológicas y de abordaje de esta edad.

– *Paciente discapacitado o geriátrico*. Ante este paciente es fundamental un abordaje multidisciplinario, y a veces intensivo y continuado. Aquí adquieren relevancia los programas de atención domiciliaria por parte de los EAP, máxime cuando en su mayor parte van a permanecer en la comunidad y tener como referencia el centro de salud. Además, se hace imprescindible una coordinación estrecha tanto con la atención especializada como con los servicios sociales y el apoyo informal<sup>2</sup>.

## El proceso de atención a los mayores en atención primaria

Para un correcto manejo del paciente anciano en atención primaria son fundamentales cuatro aspectos: la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud, el empleo de la valoración geriátrica global, una correcta instrucción y abordaje de los principales síndromes geriátricos, y los cuidados de larga duración mediante el desarrollo de la atención domiciliaria sociosanitaria.

### Actividades preventivas y de promoción de la salud

Para fomentar el envejecimiento activo, según dice la OMS, es necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración<sup>3</sup>. Es obvio que a través de la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud, que comienzan en la infancia, ya estamos contribuyendo al envejecimiento saludable. No obstante, hay que tener en cuenta que el objetivo de estas actividades en los mayores es el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad; es decir, la prevención del deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, la recuperación del nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud y de la calidad de vida, así como un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales.

Debido a la heterogeneidad de la población mayor, se deberá decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad del individuo como por la expectativa de vida. En esta población, la prevención secundaria y la terciaria son más relevantes, ya que están enfocadas a la prevención de incapacidades<sup>4</sup>.

Por tanto, es necesario incidir en la realización de dichas actividades en la población mayor sin discriminación por razones de edad. La expectativa de vida después de los 65 años es de 18 años para las mujeres y de 14 para los hombres, una cantidad considerable de tiempo para realizar cambios de comportamientos y percibir los beneficios en salud.

La evidencia científica con estudios aleatorizados en esta población es escasa. Muchas veces, la implantación de estas actividades obedece más a la extrapolación de los resultados obtenidos en otros grupos de edad y a la eficacia obtenida en cuanto a mejoría funcional y de calidad de vida cuando se adoptan dichas medidas en estudios descriptivos. Algunas de las recomendaciones para los mayores proceden de evidencias indirectas de los programas de valoración geriátrica. Aunque los objetivos de la valoración geriátrica global (VGG) se extienden más allá de la prevención, hay muchas similitudes conceptuales entre la VGG en el medio comunitario y los cuidados preventivos<sup>4,5</sup>.

Se ha demostrado que las personas mayores son especialmente receptivas a los consejos sanitarios de sus médicos para reducir el riesgo y mantener niveles óptimos de independencia funcional. Por ello, hay que desterrar el mito de la falta de capacidad de cambio y de aprendizaje de los mayores.

Así, a la hora de realizar actividades de prevención y promoción de la salud hay que tener en cuenta una serie de principios metodológicos:

- Confiar en su capacidad para mejorar sus hábitos.
- Valorar su experiencia y su saber.
- Aprovechar su interés por el mantenimiento de su salud.
- Aprovechar su mayor tiempo libre.
- Utilizar un lenguaje claro y respetuoso.
- Utilizar medios que favorezcan la comprensión y el recuerdo.
- Adaptarse a su capacidad física, mental y sensorial.

Las actividades de promoción de la salud y prevención en la población mayor recomendadas por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)<sup>2, 4-6</sup> se reflejan en la tabla 1.

### Valoración geriátrica global

Es la valoración y detección multidimensional de déficit en la esfera clínico-médica, funcional, mental y social, con el fin de conseguir un plan racional e integrado de tratamiento y seguimiento. Está orientada a la funcionalidad del individuo y, por tanto, no se centra exclusivamente en un área, sino en el conjunto de ellas.

Los aspectos más representativos de cada área son los siguientes:

– Valoración clínico-física. Además de las actividades de promoción y prevención recomendadas en esta población (inmunización, nutrición, hábitos tóxicos, evaluación sensorial, presión arterial), suele incluir una recopilación de los problemas médicos relevantes y de la medicación consumida.

– Valoración funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El deterioro funcional puede ser resultado de una alteración tanto física como mental o socioambiental. La valoración de la capacidad funcional puede llevarse a cabo mediante la observación del paciente en la consulta o domicilio, interrogando de manera dirigida al paciente, su familia o ambos, o usando cuestionarios estructurados.

– Valoración mental: cognitiva y afectiva.

– Valoración social. Recoge principalmente interacción y recursos sociales (cuidador, convivencia, asistencia «reglada», relaciones y actividad social) y entorno (barreras arquitectónicas, seguridad en el domicilio).

En la aplicación de dichas valoraciones se aprecian diferencias que estarán en función de su realización en todos por encima de una edad (estrategia universal) o en subgrupos de riesgo o con ciertas condiciones geriátricas; de la intensidad de la intervención, tanto en contenido como en profesionales implicados e incluso en las estrategias de seguimiento, y del lugar de realización (domicilio o consulta).

**TABLA 1**

Actividades de promoción de la salud y prevención en la población mayor

**MAYORES DE 65 AÑOS**

Promoción de la salud

Tabaco: detección y consejo para cese

Alcohol: detección y consejo para cese

Ejercicio físico: consejo de su práctica regular

Nutrición: valoración en grupos de riesgo y consejo. Medición periódica de peso y tener su talla

Vacunación antigripal

Vacunación antitetánica-diftérica

Vacunación antineumocócica

Osteoporosis: ingestión de 800-1.500 mg de calcio al día

Cribado y actividades de prevención terciaria

HTA: medición. Si >140/90, incluir en programas de control y seguimiento

Hipercolesterolemia: determinación hasta los 75 años

Cáncer de mama: mamografía periódica hasta 70-75 años

Cáncer de cérvix: si no se realizaron citologías previas, dos citologías con intervalo anual

Hipoacusia: cribado mediante interrogatorio o audioscopio, derivando si hay alteraciones

**MAYORES DE 75 AÑOS**

Déficit visual: cribado con métodos sencillos (optotipos o anamnesis), y derivar al oftalmólogo si hay alteración

Caídas: medidas para reducir el riesgo, e intervención multifactorial individualizada y en domicilio en los que se han caído recientemente

Demencia: permanecer alerta ante datos de posible deterioro cognitivo o funcional

Polifarmacia: revisión periódica y regular de fármacos

Incontinencia urinaria: interrogatorio para su detección y estudio básico en los casos

En general, los resultados de los ensayos clínicos de VGG realizada en el medio comunitario parecen demostrar un aumento de la supervivencia, disminución de las admisiones (y estancia media) hospitalarias, en urgencias y de la institucionalización definitiva, y mejor funcionalidad y retraso de la discapacidad, así como satisfacción con la intervención. Se ha observado una disminución de los costes económicos globales o beneficio coste-efectividad en algunos de los estudios que han analizado este aspecto. Algunos estudios refieren resultados más específicos, según su contenido: aumento en la cobertura de inmunizaciones y disminución en el consumo de medicamentos, caídas o la percepción de sobrecarga por parte de los cuidadores. En contraposición,

parece haber un incremento de la utilización de consultas de atención primaria y de recursos sociales y domiciliarios.

Aunque la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) recomienda la VGG en sus unidades de atención hospitalaria y de consulta ambulatoria, así como en los pacientes institucionalizados, todavía no existen suficientes indicios como para recomendar su aplicación sistemática en nuestro medio a la población general anciana o a un subgrupo predefinido de ella.

De la VGG parecen beneficiarse más los mayores de 75 años, los que presentan discapacidades leves o moderadas (sobre todo recientes y con razonable posibilidad de reversión) y los que tienen un mal soporte social.

En la actualidad, su aplicación debe individualizarse en función

de la finalidad y del tipo de pacientes.

Es conveniente asimismo aplicar estrategias de seguimiento y de cumplimiento de las medidas terapéuticas y planes desencadenados<sup>4</sup>.

Según la encuesta Geriatria XXI, un 59,6% de los médicos de atención primaria refiere utilizar técnicas específicas de valoración geriátrica integral en su práctica con las personas mayores. El porcentaje es superior en los centros de salud (67%) y en el ámbito urbano (69%). Los médicos con menor tiempo de ejercicio profesional utilizan más estas técnicas<sup>1</sup>.

*Abordaje de los síndromes geriátricos*

En los mayores se detectan problemas de alta prevalencia que pueden constituir una fuente

importante de incapacidad. Son los llamados síndromes geriátricos, entre los que destacan el deterioro cognitivo y la demencia, el síndrome confusional, la incontinencia urinaria, la inestabilidad y las caídas, la polifarmacia, la inmovilidad, las úlceras por presión, la desnutrición, las alteraciones en la visión y audición, el estreñimiento y la depresión. Cualquier patología puede expresarse a través de alguno de estos síndromes y, por el contrario, una persona mayor con uno de ellos puede presentar una enfermedad específica. Además, en la población mayor es frecuente encontrar una infrarreferencia de estos problemas provocada por la atribución de causalidad relacionada con la edad y el convencimiento de que no existe una cura. Asimismo, es necesario tener en cuenta que algunas enfermedades tienen una presentación atípica y conocer los aspectos fisiopatológicos diferenciales a estas edades<sup>7</sup>.

Todo ello hace que la formación clínica de los profesionales de los EAP en este ámbito sea en este momento una prioridad, puesto que en los dos aspectos antes reseñados, las actividades preventivas y la valoración geriátrica integral, se ha ido avanzando en los últimos años.

#### *Atención sanitaria domiciliaria*

La atención domiciliaria en atención primaria tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de salud de aquellas personas que por problemas físicos, psíquicos o sociales no pueden desplazarse al centro de salud, ya sea mayor o con cualquier tipo de gran dependencia. Habitualmente se sustenta en un programa de salud, y en la cartera de servicios de atención primaria se corresponde con dos servicios: atención al paciente inmobilizado y al paciente terminal.

Sus objetivos generales son fomentar la autonomía y el autocuidado en aquellos pacientes que no pueden desplazarse al centro de salud, apoyar y enseñar a la familia, favorecer la coor-

dinación de los servicios formales con el cuidado informal, disminuir los ingresos hospitalarios, retrasar la institucionalización definitiva y procurar una muerte digna.

A pesar de los años de desarrollo de estos servicios en atención primaria, su cobertura dista mucho de ser la recomendable. Según la cartera de servicios, la atención domiciliaria debería cubrir a un 11% de los mayores de 65 años, mientras que el promedio de visitas programadas por médico/día es de 1 y para las enfermeras de 1,4.

En esta realidad confluyen múltiples razones: la excesiva presión asistencial de los médicos, una organización interna demasiado rígida, la no asunción clara de la responsabilidad sobre estos servicios por parte de los profesionales de enfermería –basada en la provisión de cuidados y el apoyo a los cuidadores–, la falta de coordinación sociosanitaria imprescindible para la permanencia de los mayores en su entorno y la no priorización por parte de las instituciones sociales y sanitarias de este nivel y lugar de atención, confiadas todavía en la provisión de estos cuidados por parte de las familias.

Todo ello está llevando al surgimiento, tanto en el ámbito social como en el sanitario, de iniciativas públicas y privadas de equipos de soporte que corren el peligro de convertirse en estructuras paralelas, fragmentando la continuidad de los cuidados, encareciendo aún más el proceso de atención y, lo que es más grave, haciendo recaer sobre los familiares los costes económicos, físicos y sociales del cuidado de los grandes dependientes. De esta manera se está perdiendo la perspectiva del derecho a los cuidados de larga duración y de la protección a la dependencia<sup>8</sup>.

#### **Cartera de servicios en atención primaria**

Todas las actividades que hemos comentado hasta ahora se arti-

culan en los EAP a través del servicio número 316 de la cartera del ya desaparecido INSALUD, que con algunas modificaciones y actualizaciones representa lo que ofertan los EAP a la población mayor y los criterios de calidad por los que, luego, son evaluados los profesionales de atención primaria. Se trata de un documento de mínimos perfectible, dinámico, abierto y sujeto a la evidencia científica, cuyos contenidos se resumen como sigue:

- Valoración geriátrica elemental de las personas mayores según actividades de promoción y prevención, entre otros aspectos recomendados. Incluye el cribado y actuación sobre los ancianos de riesgo.

- Valoración en toda persona con edad  $\geq 75$  años, cada 2 años:

- Anamnesis y aplicación de medidas preventivas específicas de esta edad: recogida de los principales problemas clínicos y de los ingresos hospitalarios, revisión de fármacos y regímenes terapéuticos, interrogatorio sobre problemas de agudeza visual, auditiva y de riesgo nutricional; pérdidas de orina (incontinencia urinaria), antecedentes de caídas, sus posibles causas y el riesgo de sufrirlas (alteración de la marcha, polimedicación...), y una mínima valoración social (convivencia, relación social, ayuda domiciliaria).

- Exploración física. Debe incluir otoscopia –para detección de tapón de cerumen u otras posibles alteraciones auditivas–, cribado con optotipos de alteración visual, y peso y talla de referencia. Asimismo, hay que practicar una exploración basada en hallazgos (marcha y equilibrio, hidratación, presión arterial si no ha habido cribado previo, etc.).

- Consejo/información sobre alimentación, ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud, uso apropiado de medicamentos, prevención de accidentes domésticos, higiene personal y otras actuaciones generadas con la evaluación (p. ej., interconsulta con el

oftalmólogo, protocolo de HTA, abordaje de incontinencia...).

– Pertenencia o no al grupo de ancianos de riesgo y el/los motivos que definen su caso. La cartera de servicios emplea el cuestionario de Barber o instrumentos similares como cribado, aunque sería más adecuado cribar la incipiente disminución de funcionalidad (cuestionarios de valoración funcional), o situaciones de riesgo contrastadas (enviudamiento, reciente hospitalización, etc.).

– Valoración geriátrica más amplia en ancianos seleccionados (de riesgo). Ésta debe ser anual, pues aunque el cribado sea bianual la valoración de estos pacientes tiene que tener una menor periodicidad para su seguimiento. El cuestionario de Barber selecciona aproximadamente un 65% de los cribados; si consideramos como reciente la alteración de las principales escalas que valoran actividades de la vida diaria, seleccionaríamos aproximadamente un 30% de los cribados. Esta segunda opción es más realista<sup>5,10</sup>.

– Historia clínica. En la historia clínica de todo anciano de riesgo quedará registrada cada 2 años una valoración que incluya, al menos, diagnóstico de los problemas de salud relevantes (HTA, diabetes, EPOC...), valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria –mediante la aplicación de la escala de Barthel, índice de Katz o de Lawton y Brody (u otra instrumental)–, anamnesis de síntomas y equivalentes depresivos –a través, por ejemplo, de la escala geriátrica de depresión–, valoración mental de la función cognitiva –mediante el test de Pfeiffer (puro cribado) o el miniexamen cognitivo de Lobo, más amplio–, valoración social respecto a la red de apoyo familiar y social, situación económica y de vivienda, cambios de domicilio y utilización del ocio/tiempo libre.

– Exploración dirigida. Por ejemplo, si se detecta un deterioro en las pruebas de valoración cognitiva, habrá que ampliarla con valoración física neurológica...

– Plan de cuidados. Debe incluir al menos intervenciones, actividades o ambas en función de los problemas identificados. Si, por ejemplo, se detecta un deterioro cognitivo, habrá que aplicar una batería de pruebas diagnósticas.

### Límites y perspectivas

No cabe duda de que la sensibilización y el interés de los profesionales de la atención primaria por los problemas sanitarios del envejecimiento son cada vez mayores. Hasta aquí hemos explicado lo que hacemos habitualmente en este ámbito asistencial en relación con la salud de la población mayor; no obstante, existen múltiples limitaciones que habría que tener en cuenta para seguir avanzando y mejorando la atención sanitaria de este colectivo:

1. Adecuar los cupos de médicos y enfermeras teniendo en cuenta el número de mayores de 65 y de 80 años, precisados de más tiempo de atención. Una atención cada vez más compleja y que requiere un abordaje integral.

2. Mejorar la formación de los profesionales de atención primaria en el pregrado, posgrado y formación continuada, tanto en aspectos clínicos como funcionales y psicosociales, y con especial hincapié en el empleo de la VGG como herramienta de valoración y manejo de población anciana y el correcto abordaje de los principales síndromes geriátricos.

3. Demandar servicios y unidades de geriatría en todas las áreas que apoyen y se coordinen con los EAP y los servicios sociales, garantizando la atención integral del mayor y la continuidad de los cuidados.

4. Impulsar la atención domiciliaria sociosanitaria utilizando la metodología de la gestión de casos, donde la enfermera de atención primaria o el trabajador social podrían ser los líderes del proceso de atención, y superando a este nivel la separación clásica entre lo social y lo sanitario,

que deben complementarse e integrarse, junto con el apoyo informal.

5. Promover el envejecimiento activo a través de la colaboración intersectorial con todos los agentes implicados.

6. Apoyar, atender, formar e informar a los cuidadores acerca de sus derechos y de los recursos sociosanitarios que pueden utilizar para aliviar su carga y mejorar su autocuidado y el cuidado que prestan.

7. Detectar precozmente el maltrato y los abusos con la población mayor.

8. Sensibilizar y formar a los profesionales en relación con aspectos bioéticos y legales como la incapacitación o el testamento vital.

1. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. SEGG. Madrid, 2000.
2. SemFYC. Programas Básicos de Salud. Programa del Anciano. Valoración Geriátrica (n.º 7). Madrid, Doyma, 2000.
3. Health and Ageing: A Discussion Paper. WHO. Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades no Contagiosas, 2001.
4. De Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín Lesende I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Actualización 2001 PAAPS. Aten Primaria 2001; 28 Supl 2: 161-180.
5. Atención al anciano. Grupo de trabajo de Atención al Anciano de la semFYC. Madrid, Eurobook, 1997.
6. Libro de demencia de la semFYC. Grupo de trabajo de Demencias de la semFYC. Madrid, 1999.
7. SemFYC. Programas Básicos de Salud. Programa del Anciano. Síndromes Geriátricos (n.º 8). Madrid, Doyma, 2000.
8. Modelos de organización de la atención domiciliaria. Documentos semFYC n.º 15. Barcelona, 2000.
9. Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD. Secretaría General. Madrid, 1995.
10. Martín Lesende I, Martínez M, Rodríguez M, Maza S, Martín LC. Barber's questionnaire utility in detecting elderly at risk of institutionalisation, hospital admission, or death in six months. Poster en el Foro de Valencia. 1 al 4 de abril de 2002.

## Persona mayor y demografía. ¿Hacia dónde vamos?

► A. Abellán García

Consejo Superior de Investigaciones Científicas

El envejecimiento demográfico es el gran desafío del tercer milenio, pues traerá consigo una transformación notable de todas las esferas de la vida familiar, social, sanitaria, económica y política.

Sin embargo, esta afirmación, repetida sistemáticamente, aún está lejos de ser comprendida. Cada individuo en su vida personal entiende perfectamente la importancia de la edad: nadie se atreve a acometer tareas o desarrollar papeles cumplidos los 80 años como si tuviese 20; asume que con mucha edad no se es capaz de realizar determinadas funciones y sabe que tiene algunos riesgos de enfermedad añadidos. Un día cada año suma un dígito a su edad cronológica; es consciente de los años que tiene. La edad es respetada.

¿Sucede lo mismo en la sociedad? ¿Respetan y asume la sociedad la edad del conjunto? ¿Se da cuenta de que el envejecimiento obliga a tomar precauciones, a acometer tareas o a planificar situaciones de una forma diferente? No es igual para un país tener un 3-4% de personas de edad en el conjunto nacional y que la mitad de su población esté por debajo de los 24 años, como ha sido la norma durante decenios y centurias, que tener un 30% de personas por encima del umbral de los 65 años, o incluso más, y que la mitad de la población supere los 49 años, cosa que ocurrirá en España, por ejemplo, antes de mediados de este siglo. La nueva sociedad hacia la que nos dirigimos estará envejecida como nunca antes había sucedido; no hay referencias históricas en ningún país de situaciones similares.

¿Podrá desarrollar la sociedad las mismas actividades? ¿Consiguirá mantener ingresos públicos crecientes? ¿Distribuirá el gasto social de la misma forma como lo ha hecho hasta ahora o necesitará cambiarlo? ¿Hemos entendido el desafío?

### En camino hacia el primer puesto mundial del envejecimiento

En los primeros meses de 2003 el número de personas de edad en España ya habrá superado el listón de los 7 millones. Y eso a pesar de que estamos viviendo en estos primeros años del siglo XXI (y hasta 2006 aproximadamente) una ralentización del crecimiento de efectivos, resultado del menor número de nacimientos en los años 1937-1941, determinado por la Guerra Civil (con la excepción del pico de nacimientos de 1940, debido a concepciones inmediatas tras la finalización de la contienda), que rompió hogares ya constituidos, retrasó matrimonios por celebrar y pospuso concepciones, con lo que nacieron unos 700.000 niños menos en esos 5 años de lo que hubiera sido normal. A los nacidos entonces les está llegando ahora la edad de jubilación, con gran alivio para el sistema de protección social (menos pensiones).

Pero la cifra no dejará de crecer conforme avanza el siglo. En especial a partir de la tercera década, los años 20, cuando lleguen al umbral de los 65 años las generaciones del pequeño *baby-boom*, que se desarrolló entre la segunda mitad de los años cincuenta y la primera de los setenta, de menor entidad y unos 10 años retrasado respecto al fenómeno que vivieron la

mayoría de los países europeos, Estados Unidos, Canadá y Australia. En ese momento, unos 47.500 españoles cumplirán 65 años cada mes.

Mientras esto sucede, en esa misma década, hacia 2026, España empezará a perder población total. Las defunciones habrán superado a los nacimientos. Los movimientos migratorios no podrán compensar ni el envejecimiento de la estructura demográfica (se necesitarían millones de inmigrantes adicionales), ni la pérdida de población; a lo sumo, podrían retrasar ese declive demográfico.

En 2050, España tendrá 41,2 millones de habitantes, de los que un 31,1% serán personas mayores: casi uno de cada tres ciudadanos. Para Naciones Unidas, las cifras son algo más dramáticas y España sería el país más viejo del mundo, con un 37,6% de su población por encima de los 65 años, en un conjunto nacional de 10 millones menos de habitantes que los calculados por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

### Más padres que hijos, más abuelos que nietos

El envejecimiento también significa cambios en las relaciones entre los diferentes grupos de edad. Mientras ha aumentado la longevidad y se ha reducido la tasa de fecundidad, estamos presenciando un hecho históricamente nuevo: cada vez entran más generaciones en edades intermedias que tienen más padres vivos que hijos.

Si *grosso modo* consideramos la edad de los posibles abuelos (65 y más) y la de los posibles nietos (menos de 15), ya existen

más abuelos que nietos; por supuesto, se habla de cómputo global, pues no todos los mayores han tenido descendencia.

En los últimos años se hace más frecuente el hijo único, y por esta tendencia en las siguientes generaciones el número de tíos o sobrinos descenderá rápidamente. Los abuelos serán un recurso abundante, pero la figura del primo será más bien escasa.

Un repaso rápido a la pirámide de 2040 nos refleja la inversión de la estructura demográfica, que ya no tiene forma de pirámide (figura 1). La generación del *baby boom* se habrá jubilado (si entonces la edad se mantiene a los 65 años) y la carga sobre el sistema de protección social será máxima.

Esto significa otro grave problema que se avecina: la transformación sin precedentes del tamaño y número de generaciones de la misma familia conviviendo al mismo tiempo, aunque no en el mismo lugar. Las familias no están preparadas para asumir la carga de cuidados de los viejos más frágiles y que necesitan atención.

La estructura de los grupos envejecidos también cambiará internamente: el peso de los octogenarios será incluso mayor que actualmente. Ahora representan el 22,6% de los mayores, pero en 2050 serán uno de cada tres (32,3%). Bastantes de esos octogenarios habrán tenido sólo un hijo o ninguno, muchos estarán viudos (viudas), no se habrán casado nunca o serán divorciados (porcentaje ahora insignificante, 1,1%, pero que aumentará en el futuro).

La longevidad trabaja en un sentido y el tamaño familiar en otro: aquélla aumenta, éste disminuye, por lo que es difícil aceptar que los gobiernos sigan pensando que las familias asuman la carga de cuidados de larga duración que precisan los mayores dependientes.

### Hacia un nuevo contrato social y familiar

Pero no sólo el tamaño medio familiar y el número de genera-

ciones coexistiendo a la vez crearán presión sobre la familia. Además de esos cambios, hay que añadir el proceso que tendrá en los próximos lustros un mayor efecto sobre las posibilidades de mantenimiento de los cuidados familiares: la participación sostenida de las mujeres en el mercado de trabajo.

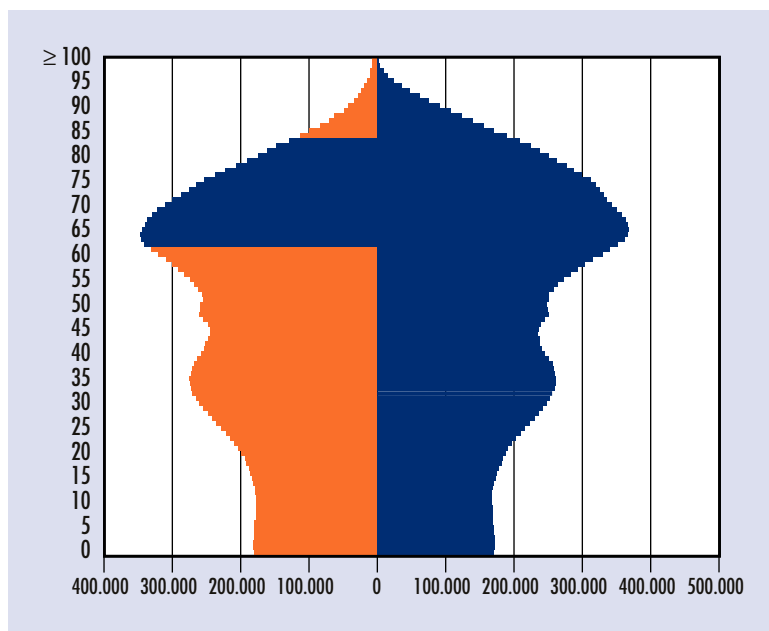
En 1970 no llegaba al 20% la proporción de mujeres entre 40-50 años, por ejemplo, enroladas en el mercado laboral; hacia 2010, dos de cada tres estará en la fuerza activa, y seguirá aumentando la proporción según avance el siglo. Ese ejército de reserva del que tradicionalmente se ha servido la sociedad para atender a los dependientes, se habrá reducido sustancialmente. La mujer está poniendo encima de la mesa el problema de los cuidados: la necesidad de una nueva reasignación de tareas en el hogar y la familia, y una más flexible coordinación del trabajo y de la vida familiar.

También se producirán cambios en el modo de vida de los mayores. Un mayor deseo de independencia y de no interferir o condicionar la vida de los hijos se traducirá en un debilitamiento de los lazos familiares, que servirían de redes de seguridad para

los mayores dependientes. Esta carga habrá de ser asumida por el sector formal: el sector público (con financiación exclusivamente pública o sistemas de copago) o el privado (mercado, seguros de dependencia, etc.). Ahora sólo uno de cada 10 dependientes es atendido por las redes formales. En unas décadas habrá de superar a la ayuda informal o familiar. El coste para las familias y el Estado será mucho más grande.

### Demografía y seguridad nacional

Sin pretender extraer lecciones de las implicaciones del envejecimiento más allá de lo evidente, podría someterse a consideración el hecho de que las tendencias demográficas suelen estar ligadas a ciclos de esplendor o decaimiento de la cultura y de la fortaleza de los estados. Por ejemplo, los países que bordean el Mediterráneo han cambiado en los últimos decenios, pero cambiarán más su presencia demográfica en el futuro. En 1950, el «Norte» (España, Francia, Italia y Grecia) representaba un 74% de un conjunto cuyo «Sur» (Marruecos, Argelia, Túnez, Libia y Egipto) alcanzaba el 26% (figura 2). Pues bien, en 2050 sólo será el 38%, mientras que



► Fig. 1. Población según sexo y edad. España, 2040

los países ribereños del citado Sur ya habrán alcanzado los 239 millones de habitantes, por sólo 145 los países europeos.

Marruecos, que tenía tres veces menos población que España, superará en más del 60% la población española en 2050, fecha en la que aún no habrá alcanzado el nivel de envejecimiento y carga por vejez que España tiene ya actualmente.

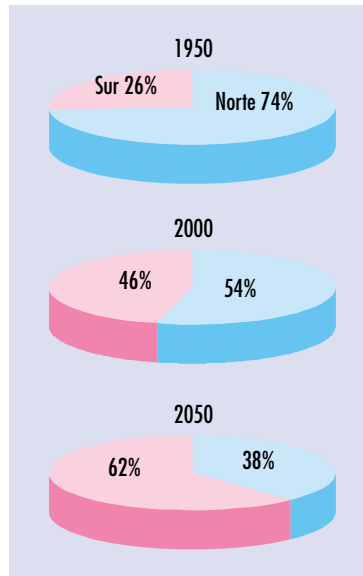
¿Conseguirán esos países superar su actual nivel de desarrollo y participar abiertamente en relaciones económicas y comerciales y constituirse y permanecer como vecinos políticamente estables?

El gasto social y los recursos humanos invertidos en salud y cuidados de larga duración, destinados a la vejez, competirán con los de defensa. El ejército tendrá un problema de abastecimiento crónico de mano de obra y competirá además con el sistema económico, que atraerá a los mejor preparados. Las familias serán más remisas a que sus escasos hijos formen parte de fuerzas de defensa, por la aversión cada vez más generalizada al riesgo.

La «revolución de la longevidad», además de años ganados a la muerte, ha tenido un efecto colateral: conforme se ha comprobado que se puede vivir más, los valores de la vida y de la salud han pasado a primer plano (Michaud), y, por ejemplo, resultará contradictorio realizar un gran esfuerzo económico en tecnología sanitaria por salvar vidas y someter al mismo tiempo a los jóvenes a un riesgo bélico de muerte o discapacidad. Todo ello contribuirá sin duda a un necesario replanteamiento de las cuestiones de seguridad nacional. Es posible que la tecnología deba sustituir lo que no proporciona la demografía.

### ¿Y si las previsiones son peores?

Estas previsiones demográficas para el 2050 se basan en unas hipótesis de fecundidad y de longevidad. La fecundidad habrá



▶ Fig. 2. El peso demográfico en el Mediterráneo

rebotado hasta 1,6 hijos por mujer, según Naciones Unidas, desde los 1,1 de estos años atrás (el rebote para el INE se sitúa en el 1,42). La esperanza de vida también habrá seguido creciendo lentamente hasta los 82,6 años, más de 1 año ganado por cada decenio transcurrido. La previsión del INE es que se alcancen 81, 12 años de vida media (esperanza de vida al nacer) y que se estabilice a partir de 2026.

Pero ¿y si la fecundidad no rebota como se ha calculado? ¿Y si la longevidad crece más rápido de lo previsto? Las cifras serían en este caso más dramáticas. Pero también puede cambiar la tendencia. Los factores que actúan sobre los comportamientos reproductores de las parejas son múltiples y muy complejos. Las causas del avance de la esperanza de vida son también diversas, pero las mejoras sanitarias tienen un gran papel y los profesionales de la medicina tendrán en buena medida un protagonismo destacado y no dejarán de trabajar en el sentido de la mejora de la esperanza de vida. Esto nos lleva a plantear la siguiente cuestión.

### El límite de la vida

Hasta ahora se sigue produciendo una prolongación de la vida

media de las generaciones de españoles (tabla 1). A los 70 y 75 años se han producido los mayores incrementos en los últimos dos decenios; en las próximas dos décadas se prevé que continúe este incremento.

Esto sucede en la mayoría de los países del mundo. De forma global no se ha podido fijar un umbral máximo de duración de la vida. Las hipótesis planteadas han sido superadas. Los 85 años propuestos por Naciones Unidas u Olshansky (1990) como esperanza de vida máxima hacia la que confluiría la población mundial, ya no son defendibles. Este grupo de autores considera que la esperanza de vida máxima no está lejos de la actual. Pero la longevidad de la especie humana no es una constante intangible. De hecho, la esperanza femenina en algunos países ya supera ese umbral. Y un límite teórico de esperanza de vida debe ser más alto que la esperanza de vida observada, medida.

Algunos biólogos asumen que los límites están determinados genéticamente. Sin embargo, los factores genéticos operan de forma compleja; de hecho, determinada propensión a padecer una enfermedad o discapacidad puede ser modificada por cambios en los comportamientos del individuo. La esperanza de vida no estaría determinada por un proceso unidimensional de senescencia. Y como ésta puede alterarse, podría incluso hablarse de límites entre 100 y 125 años (Strehler, Calment) o incluso más (Rosenberg). No se conocen bien los efectos de la edad de los padres en el momento de la procreación sobre la esperanza de vida de su descendencia (se han estudiado más otras consecuencias de la paternidad o maternidad tardías), ni tampoco si los padres transmiten su longevidad a sus hijos.

Caselli y Vallin consideran que toda suposición es en principio válida. Estos autores incluso hipotetizan con un límite de 150 años. Con una fecundidad de

**TABLA 1**  
Esperanza de vida a distintas edades. España, 1980-1998

	1980	1998	Incremento (%)
<b>AMBOS SEXOS</b>			
0 años	75,62	78,71	4,1
1 años	75,55	78,08	3,3
5 años	71,75	74,16	3,4
10 años	66,87	69,22	3,5
15 años	61,96	64,28	3,7
20 años	57,12	59,42	4,0
25 años	52,33	54,59	4,3
30 años	47,52	49,77	4,7
35 años	42,74	45	5,3
40 años	38	40,28	6,0
45 años	33,37	35,62	6,7
50 años	28,86	31,05	7,6
55 años	24,53	26,62	8,5
60 años	20,42	22,32	9,3
65 años	16,52	18,25	10,5
70 años	12,95	14,44	11,5
75 años	9,83	10,96	11,5
80 años	7,24	7,95	9,8
85 años	5,27	5,45	3,4

Fuente: INE: tablas de mortalidad.

2,1 hijos por mujer, la población mundial se duplicaría antes de estabilizarse, pero el precio a pagar sería un envejecimiento extraordinario (un 59% de la población estaría por encima de los 60 años). Pero si la tendencia del hijo único prevaleciese, la especie humana desaparecería en cuestión de siglos, aunque antes de ese momento la estructura por edad sería espectacular: con 150 años de esperanza de vida, un 74% de la población sería centenaria, un 91% tendría más de 60 años y sólo un 2% estaría por debajo de 20 años. Muchos gerontólogos no se atreven a señalar un límite mientras las tasas de mortalidad sigan descendiendo; y esto sucede entre los grupos de más edad, toda vez que las tasas en los grupos inferiores no parecen tener mucho recorrido a la baja. Los tratamientos y el manejo de enfermedades crónicas y discapacidades que domi-

nan la mortalidad en edades altas siguen progresando.

Las previsiones han subestimado tradicionalmente el progreso de la supervivencia. Lo cierto es que la extensión de la vida (y un aumento considerable de las personas de edad) es consecuencia de una disminución sensible de la mortalidad en las edades elevadas, y el descenso aún tiene recorrido. Por todo lo dicho, parece razonable realizar la siguiente afirmación: la medicina trabajará para alargar la vida de los viejos.

Dado que, según las tablas de mortalidad, más del 85% de los españoles nacidos ya sobrevive hasta los 65 años y es muy difícil mejorar la supervivencia de los jóvenes y adultos, pues la probabilidad de muerte es ya muy baja, sólo se pueden conseguir sustanciales mejoras de la esperanza de vida al lograr reducir la mortalidad de las personas ya viejas. (Se pueden mejorar las

mueres violentas, por accidente de tráfico, que es la primera causa de muerte entre las personas de 15-34 años, causa en la que la medicina tiene poco que decir.)

Si se quiere reducir la mortalidad y aumentar la esperanza de vida, habrá que actuar sobre las causas de muerte de los mayores. La medicina parece abocada a realizar grandes progresos en alargar la vida de los ancianos, pues a las otras edades ya ha hecho lo que podía.

### Los patrones de mortalidad y enfermedad

El patrón de mortalidad varía según la edad de la persona. En torno a los 20 años predominan las causas violentas, como los accidentes de tráfico: un 34-44% de las muertes de mujeres y hombres entre 15 y 24 años. Entre los 25 y 34 años sigue siendo la primera causa de muerte, aunque con menor importancia relativa pues ya empieza a pesar otra causa, el SIDA, seguida del suicidio.

Entre los 65 y 74 años la isquemia cardiaca es la principal causa de muerte en ambos sexos; otras enfermedades del aparato circulatorio son también importantes, y hace su aparición el cáncer en puestos altos de la lista: cáncer de pulmón como segunda causa entre hombres y de mama como cuarta entre mujeres. A edades superiores los problemas degenerativos (cáncer) dejan paso a otros como las enfermedades cerebrovasculares, isquemia cardiaca y otras enfermedades del corazón, y a continuación empiezan a aparecer ya las muertes por demencia y Alzheimer, quinta causa en importancia entre los varones de 85 y más años y cuarta entre las mujeres de ese grupo de edad.

Obviamente, con el cambio futuro de estructura demográfica, y aunque no cambiasen las tasas en esta distribución de mortalidad, las enfermedades degenerativas habrán sustituido básicamente a otras causas como desencadenantes de la muerte.

### Algunas prioridades de política sanitaria

La permanente pregunta sobre cómo se viven los años ganados a la muerte empieza a tener respuesta. A falta de más estudios de detalle, muy necesarios, parece que el porcentaje de años vividos libres de incapacidad aumentará más que los años vividos con mala salud. Pero este efecto no se trasladará como alivio al sistema sanitario, pues la llegada de cohortes cada vez más numerosas mantendrá la cifra de personas con discapacidades cada vez más alta. Cada persona vivirá algo más de tiempo que ahora con problemas de incapacidad, que es lo que debería importar a los responsables de las políticas sanitarias, aunque su periodo de buena salud también aumente.

Las discapacidades entre los mayores proceden fundamentalmente de las deficiencias osteoarticulares (cuello, columna vertebral o extremidades); 757.413 mayores declaran tener discapacidad con ese origen —un 11,8% de todos los mayores—, constituyéndose en el problema funcional más importante (1999).

Las enfermedades del sistema osteoarticular no son letales, aunque causan los mayores problemas de funcionamiento, de realización de actividades de la vida diaria y de participación en la sociedad. Las demencias serán otro grupo de enfermedad discapacitante en ascenso fuerte. Son las que originan las mayores dependencias.

Una reflexión sobre este fenómeno debería llevar a una reconsideración de las prioridades en políticas de salud. Hasta ahora la medicina parece centrarse en aquellos problemas que causan mayor mortalidad y sobre los que se obtienen rápidamente resultados medibles, a través de indicadores y tasas, por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida. Es decir, el sistema sanitario parece trabajar sobre todo para alargar la vida.

Sin embargo, la eliminación de las enfermedades osteoarticula-

res (principales causantes de fragilidad y dependencia) daría lugar a importantes aumentos de la esperanza de vida libre de discapacidad y dependencia, pero ese avance no influiría apenas en la esperanza de vida total. Si los recursos en investigación y desarrollo biomédico son limitados, cabría preguntarse qué es lo más prioritario: investigar para ganar años a la muerte o mejorar la calidad de los años que restan por vivir.

### ¿Se adaptan los recursos hospitalarios a la nueva estructura demográfica?

En los últimos 14 años, el número de pacientes de edad se ha más que duplicado (medidos como ingresos y altas en hospitales). Entre 1985 y 1999 casi un millón de ciudadanos adicionales ha pasado por un hospital para tratamiento de sus dolencias; un 93% de ese incremento se ha centrado exclusivamente en el grupo de personas mayores (tabla 2).

Este incremento no sólo es debido a una mayor presencia de ancianos en la sociedad, sino a unas mayores tasas de morbilidad; también puede ser resultado de la expansión del sistema sanitario que induce una mayor demanda, una mayor propensión de los profesionales a intensificar tratamientos hospitalarios o bien un aumento de la prevalencia de la discapacidad: más tiempo, más personas viviendo con más problemas. Se precisan estudios de detalle pues la influencia de uno u otro factor puede ser diferente.

Los mayores absorben buena parte de los recursos del sistema de salud; es como si los nuevos hospitales construidos en los ochenta y noventa sólo hubiesen sido destinados para personas mayores. Esta tendencia continuará en el futuro. Es decir, la medicina hospitalaria trabajará para los mayores y las inversiones en nuevos equipamientos serán destinados fundamentalmente a los mayores.

Es de sentido común pensar que los recursos humanos, en

hospitales, ambulatorios, centros de salud, es decir, en el sistema nacional de salud, crecerán de la misma forma que la población y las dolencias asociadas a esa nueva estructura demográfica. ¿Está preparado el sistema sanitario para dotar plazas de geriatras, gerontólogos y otras disciplinas en relación con el patrón de morbimortalidad, en vez de seguir un modelo académico de esferas de influencia?

### Las reformas sociales se adivinan cada vez más difíciles

Este crecimiento de los efectivos de edad en situación de necesidad (incluso si las tasas de discapacidad permaneciesen estables, el número de dependientes crecería notablemente por la estructura por edad de los ya ancianos) producirá una paradoja. El poder político se sentirá más presionado por las demandas crecientes de este colectivo; en cambio, necesitará cada vez más su voto, por lo que las reformas sociales que eviten subidas de impuestos y contengan el gasto social, se harán cada vez más difíciles. Actualmente los mayores representan uno de cada cinco votos. A mediados de siglo serán el 37,2% de todos los votantes; pero más del 50% del electorado, si se contabilizan los votantes que estén próximos a la jubilación, y que estarán especialmente interesados en el marco jurídico en que su retiro se va a producir y en los beneficios de las políticas de gasto social que podrán o no conseguir.

### Conclusiones

El envejecimiento ocasionará nuevas cargas a la sociedad. El gasto público en pensiones será más elevado que el actual; habrá más personas viviendo más tiempo y con prevalencia de discapacidad y enfermedad alta, con un gasto sanitario mucho más elevado. El efecto del envejecimiento trascenderá la esfera del gasto público, también transformará la familia y la carga por

**TABLA 2**

Altas hospitalarias según edad y diagnóstico definitivo (ambos sexos), 1985-1999

Diagnóstico Enfermedades	Enfermos totales		Incremento 1985-1999	Enfermos de ≥ 65 1985	Incremento	
	1985	1999			1999	
Total	3.514.843	4.502.777	987.934	683.564	1.599.918	916.354
I. Infecciosas	95.781	75.201	- 20.580	10.513	15.979	5.466
II. Tumores	232.820	349.604	116.784	75.830	160.016	84.186
III. Endocrinas	57.813	79.545	21.732	20.505	29.905	9.400
IV. Sangre	18.312	33.873	15.561	5.863	17.505	11.642
V. Mentales	84.990	108.438	23.448	9.110	18.611	9.501
VI. Nerviosas	142.042	219.217	77.175	44.483	109.932	65.449
VII. Circulatorias	266.794	540.433	273.639	124.785	343.690	218.905
VIII. Respiratorias	287.863	436.095	148.232	67.709	212.571	144.862
IX. Digestivas	384.883	510.858	125.975	86.278	189.821	103.543
X. Genitourinarias	238.047	283.762	45.715	46.698	93.859	47.161
XI. Parto	562.207	503.541	- 58.666	0	0	0
XII. Piel	57.768	50.748	- 7.020	7.432	10.756	3.324
XIII. Huesos	126.979	256.304	129.325	22.866	85.582	62.716
XIV. Congénitas	35.923	35.975	52	1.275	1.810	535
XV. Perinatales	39.190	55.435	16.245	0	0	0
XVI. Mal definidas	267.734	286.787	19.053	53.267	98.106	44.839
XVII. Traumatismos	296.190	347.969	51.779	45.219	108.063	62.844
Otras causas	319.506	328.992	9.486	61.728	103.715	41.987

Fuentes: INE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1985.

INE: INEBASE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1999. Madrid, INE, 2002.

Nota: terminología usada en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1996 (p. 283-286); correspondencia con los diagnósticos y la clasificación internacional de enfermedades (9.ª revisión) y la de Defunciones según la Causa de Muerte 1995 (p. 313-315).

ella soportada, la solidaridad intergeneracional, la economía (consumo y actividad productiva) e incluso la política.

La sociedad tiene una tarea importante de toma de conciencia. Los estudiosos habrán de profundizar en las cuestiones directamente relacionadas con el proceso de la discapacidad y la enfermedad. Los políticos habrán de asumir su papel y no posponer decisiones sobre la estructura del gasto social. Los individuos deben interesarse no sólo por su envejecimiento personal sino por el del conjunto de la sociedad, y prepararse para tiempos más largos vividos tras la jubilación; esta misma podría modificar al alza su edad habitual; nuevos hábitos de ahorro y nuevas estrategias residenciales habrán de implementarse de acuerdo a las necesidades pro-

pias. Una nueva política familiar se abrirá camino, pues no puede dejarse todo el peso del envejecimiento en que los miembros de la familia cuiden unos de otros, en un contexto de familias más reducidas y con mayor presencia de la soledad.

Caselli G, Vallin J. Une démographie sans limite? *Population* 2001; 56: 1-2, 51-84.

Instituto Nacional de Estadística: Tablas de mortalidad.

Instituto Nacional de Estadística: Inebase, bases de datos electrónicas.

Instituto Nacional de Estadística: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999; bases de datos electrónicas.

Manton KG, Stallard E, Tolley HD. Limits to human life expectancy: evidence, prospects and implications. *Population and Development Review* 1991; 17: 603-636.

Michaud Y. Changements dans la violence: essais sur la bienveillance universelle et la peur. *Odile Jacob* 2002; 290.

Murray CJL, López AD. The global burden of disease. *Harvard School of Public Health*, 1996; 900.

Naciones Unidas: World Population Ageing, 1950-2050. Nueva York, 2002.

Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel C. In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity. *Science* 1990; 2: 634-640.

Organización Mundial de la Salud: Burden Disease Project. Versión electrónica.

Puga González MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Una previsión al año 2010. Madrid, Fundación Pfizer, 2002; 209.

Strehler BI. Implicaciones of aging research for society. *Proceedings, 58th Annual Meeting of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, 1975; 34, p. 5-8.

# De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales

▶ T. Sancho Castiello

Vocal de Ciencias Sociales y del Comportamiento. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

Cuando en 1988 un reducido grupo de profesionales recibió el encargo de diseñar una planificación sobre las personas mayores para la década de los noventa, el panorama del que tuvieron que partir para construir un proyecto de esa envergadura estaba presidido por la escasez y la desinformación en casi todos sus ámbitos de aplicación.

Desde la mayoría de las disciplinas no estrictamente sanitarias (demografía, economía, sociología, psicología), la vejez no era todavía objeto de interés y mucho menos de investigación. Sólo disponíamos de algún estudio sociológico pionero, como el Informe Gaur (1975), y unos pocos trabajos realizados con motivo de la celebración de la I Asamblea Mundial del Envejecimiento (1982).

Esta falta de información para elaborar un diagnóstico riguroso de la situación de los mayores de 65 años y su consiguiente identificación de necesidades se correspondía fielmente con la raquítica oferta de recursos de todo tipo para las personas mayores. Lo comentaremos más adelante.

La publicación del Plan Gerontológico supuso un cambio cualitativo para el área del conocimiento relacionada con la vejez, constituyéndose rápidamente en un decisivo referente, no tanto por su contribución al crecimiento y desarrollo de los servicios, que también lo hizo, como por su clarificación conceptual en la organización y formulación de respuestas a sus necesidades.

Como es bien conocido, este plan se estructuró en cinco áreas

de actuación (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación) sistematizadas en líneas de actuación, objetivos, medidas para su desarrollo y entidades responsables de su aplicación. Su carácter de integralidad ha sido quizás una de sus más importantes fortalezas y ha condicionado el diseño de posteriores planificaciones en materia de vejez. Pero también su carácter innovador emerge a lo largo de esta planificación en bastantes momentos:

- Por primera vez en España se establecen índices de cobertura de servicios sociales a lograr en una década, posibilitando así la comparabilidad con otros países y modelos de atención.

- Se planifica el desarrollo de servicios inexistentes en nuestro país hasta ese momento: centros de día, estancias temporales en residencias, sistemas alternativos de alojamiento.

- Se explicitan actuaciones de coordinación sociosanitaria prácticamente desconocidas en el sector si exceptuamos el programa «Vida als Anys» (1986) y la iniciativa del Dr. Salgado Alba a través de SAGECO (1984), ambas lideradas desde el sector sanitario. La importancia de este tema es hoy indiscutible.

- Se aborda esta planificación desde la perspectiva de género y teniendo en cuenta las necesidades de los cuidadores familiares. Es paradójico, pero en el «paraíso del cuidado familiar» que es nuestro país no se había producido una sola iniciativa, ni de intervención ni de investigación, sobre el sistema de apoyo informal.

- Se dedican dos áreas de esta planificación a facilitar el acceso de las personas mayores a los bienes culturales, a la educación, al aprendizaje y a la participación social. Todo ello en un momento histórico en el que la vejez empezaba a salir de su triste luto riguroso y a disfrutar con ilusión de la reincorporación a la colorista vida ciudadana que la consolidación de la democracia nos ofrecía.

- Y, sobre todo, se sistematizaban las bases de un modelo público de servicios sociales de inspiración comunitaria. El lema «envejecer en casa», difundido ampliamente por organismos internacionales como la OCDE, protagonizaba por primera vez el diseño de nuestra política social.

En definitiva, en un corto espacio de tiempo se consiguió homogeneizar nuestro discurso sobre la vejez y sus necesidades con el de los países más avanzados en políticas sociales.

Parecería que, a la hora de planificar, de elaborar programas, de conceptualizar, 20 años de distancia no son casi nada y que el periodo de «crecimiento sin política» (Jamieson, 1991) correspondiente a la década de los ochenta (años sesenta y setenta en Europa) se superó con creces. Sin embargo, la puesta en práctica de las planificaciones y la posterior evaluación de lo realizado arroja muchas sombras y retos por alcanzar.

Más allá de su papel de referente teórico de las diferentes políticas que se han desarrollado en nuestro país, el específico grado de ejecución del Plan

Gerontológico ha de valorarse como bastante escaso (Informe de evaluación del P.G. 1992-1997). Su reducida dotación presupuestaria, el escaso crecimiento del gasto en servicios sociales del Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones locales, así como las dificultades del proceso de descentralización territorial de las competencias y de la gestión de los servicios sociales, coincidentes en el tiempo con la plena vigencia de este plan, se configuran como causas esenciales de esta situación. A ello habría que añadir otra valoración más cualitativa. La sociedad española, en ese momento y también ahora, sigue percibiendo los problemas de atención a las personas mayores como un asunto que se mueve en el ámbito de la privacidad, de lo íntimo, y no tanto como una responsabilidad de los poderes públicos y de la sociedad en general. En definitiva, su grado de presión para que nuestro sistema de protección social disponga de respuestas adecuadas a las necesidades de las personas mayores todavía es escaso. Esta situación va a cambiar antes de lo esperado.

#### **De la planificación gerontológica a la atención sociosanitaria**

Como hemos dicho, en la década de los noventa se produce un auténtico auge de la planificación gerontológica. El traspaso de competencias en materia de servicios sociales a las comunidades autónomas genera un amplio proceso de reorganización y diseño de programas de actuación en la mayoría de ellas. Las administraciones locales, posteriormente afectadas también por procesos de descentralización autonómica, asumen nuevas competencias en la gestión de servicios fundamentalmente comunitarios, que generan otras planificaciones no siempre coincidentes en objetivos a cumplimentar ni en los medios necesarios para hacerlas realidad.

*Asegúrese la recepción habitual de esta revista: suscríbase*

Actualmente contamos con multitud de documentos que no vamos a analizar aquí. En algunas comunidades autónomas, durante este periodo, se han difundido dos y tres planificaciones en función de las sucesivas opciones políticas que han asumido el poder. A fin de cuentas, son decisiones políticas las que presiden la organización de las intervenciones, e incluso las que seleccionan unas u otras causas de los problemas y los medios para solucionarlos (F. Ballesteros, 2000). En todo caso, uno de los aspectos más destacables de este proceso es la progresiva sustitución de los planes gerontológicos de carácter más general por los programas de atención sociosanitaria dirigidos a personas en situación de dependencia. Desde su tímida formulación en el Plan Gerontológico, hemos pasado a que éste sea el tema crucial de los modelos de atención a las personas mayores. En la tabla 1 se recoge una selección de los documentos producidos desde las administraciones autonómicas.

En este momento casi todas las comunidades autónomas disponen de algún documento, norma, programa o plan que reconoce la necesidad de afrontar la protección a la dependencia desde la atención sociosanitaria. Existen otros proyectos en marcha a los que no se hace referencia por no haber sido publicados o estar en fase de debate.

No vamos a entrar en análisis detallados de los modelos y documentos citados, dada la complejidad de esta tarea, la variedad de programas y políticas que los sustentan y la disparidad que se observa entre las diferentes comunidades autónomas. En unos casos los proyectos o modelos proceden de sus respectivos planes gerontológicos, en otros se han realizado programas sociosanitarios específicos y en algún caso se han incluido en sus planes de salud. Asimismo, la diferente denominación que utilizan unos y otros

(red sociosanitaria, sistema de coordinación o espacio sociosanitario) revela distintas formas de entender la organización del sistema de atención y diferentes tradiciones en el peso de los sectores implicados, sociales o sanitarios. La elaboración desde la SEGG y la AMG del Informe del Defensor del Pueblo sobre este tema supuso un importante esfuerzo de sistematización de las iniciativas existentes hasta ese momento, a disposición de los lectores.

En definitiva, podemos concluir que la producción en el

ámbito de la planificación gerontológica es más que notable. Pero ¿cuáles son sus resultados prácticos?

### La cuantificación de la dependencia

Recientemente han sido difundidos los primeros resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada y financiada por el INE, IMSERSO y Fundación ONCE. Esta macroencuesta, a través de la cual han sido entrevistadas unas 220.000 personas en 79.000 hogares, ofrece infor-

**TABLA 1**  
Iniciativas de atención sociosanitaria de las administraciones autonómicas

<b>A) Programas sociosanitarios</b>	
Programa «Vida als Anys» de la Generalitat de Catalunya (1986). Primera experiencia de desarrollo de la atención sociosanitaria en nuestro país	
Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. D/16. 1998	
Programa Sociosanitario de Galicia (PASOS). 1998	
Programa PALET de la Comunidad Valenciana. Acuerdo de 16 de mayo de 1995. Programa especial de atención sociosanitaria a pacientes ancianos, con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal	
Plan de Acción Sociosanitaria de las Personas Mayores de Cantabria. 1999-2005	
Programas sociosanitarios de las diputaciones forales vascas	
Plan Foral de Atención Sociosanitaria del Gobierno de Navarra. Junio 2000	
<b>B) Planes gerontológicos o de atención a las personas mayores</b>	
Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía (Ley 6/1999)	
Plan de Atención a las Personas Mayores de Castilla-La Mancha. 1998-2002	
Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid. 1998	
Plan Galego de Persoas Maioras 2001- 2006	
Plan de Atención para las Personas Mayores de Extremadura. 2001-2005	
Plan Estratégico de las Personas Mayores de la Islas Baleares. 2001-2004	
Plan Gerontológico de La Rioja	
<b>C) Planes de salud</b>	
Plan de Salud de Canarias (D/37. 1997)	
II Plan Andaluz de Salud.	