

TODO UN RETO PARA LAS DÉCADAS VENIDERAS

(Implicaciones del envejecimiento de la población para la planificación estratégica de servicios sanitarios en España)

Hablar de las implicaciones que la evolución demográfica, y en especial el envejecimiento de nuestra población, va a tener sobre la planificación estratégica en nuestro país, puede inducir a dar por sentado que la práctica usual aquí frente a un problema es abordar su solución mediante la planificación estratégica. Por el contrario, y aunque no es este el foro para discutirlo en extensión, se debería constatar en primer lugar que en este terreno se ha avanzado poco más allá de la formulación de su necesidad, la puesta en pie de algunas unidades y unas cuantas declaraciones de buenas intenciones. Desgraciadamente, por mucho que nos duela, no queda otro remedio que reconocer que el inmediatismo y la improvisación han sido y son dos componentes con un peso mayor de lo que sería deseable en las políticas de salud y de bienestar social en nuestro país. Aunque algunos indicios apuntan en la dirección correcta, cualquiera que conozca los servicios sanitarios españoles estará de acuerdo en que *queda aún mucho por hacer*.

Dicho esto, intentaremos a continuación realizar una serie de reflexiones que pensamos pueden contribuir a establecer una línea de abordaje estratégico para afrontar una situación «nueva» -la aparición en nuestro país de un importante contingente de personas mayores de 65 años- y sus implicaciones en la planificación de servicios de atención a la salud.

¿Cuáles son las raíces de dicho fenómeno? Sabido es que la actual situación es el resultado de un proceso complejo en el que se han conjugado factores demográficos, socioló-

gicos, económicos, políticos, culturales y sanitarios¹.

Cambios demográficos

Desde el punto de vista demográfico general la situación podría caracterizarse, entre otros rasgos, por los siguientes:

- un *aumento de la esperanza media de vida*, debido a un descenso en las tasas de mortalidad (tanto general como en diferentes grupos de edad, y en especial por el importante descenso en la mortalidad infantil) y
- un *descenso mantenido de las tasas de natalidad y fecundidad*^{2, 3}.

Todo ello ha contribuido a un *crecimiento en el número de personas mayores de 65 años*, en cifras absolutas y porcentuales respecto al conjunto de la población. Así, en 1960 los mayores de 65 años eran en España el 8% de la población mientras que en 1980 representaban ya el 11% de la misma y la tendencia parece que se mantiene⁴. Junto a esto, la presencia en el seno de este grupo de importantes contingentes de mayores de 75 años es un rasgo sin precedentes históricos en España: en 1981 eran un 4% de la población total⁵. Es sabido que *la razón de mujeres a hombres* en este colectivo es siempre mayor que 1, incrementándose esa relación en el mismo sentido cuanto más extremas son las edades comparadas.

Consecuencia, y causa a la vez, de estos cambios demográficos como han señalado varios autores, es el fenómeno conocido como *transición epidemiológica*. De una situación en

la que el elemento predominante eran las enfermedades infectocontagiosas y «agudas», se ha pasado a otra caracterizada por la hegemonía de las que han sido llamadas enfermedades «degenerativas y crónicas». Como en todo Occidente, las tres principales causas de muerte en nuestro país están ya comprendidas bajo los epígrafes de «enfermedades cardiovasculares», «cáncer» y «enfermedades respiratorias crónicas»⁶.

Junto a los anteriores factores, básicamente referidos a las variables demográficas natalidad y mortalidad, otros elementos sociales han jugado también su papel, determinando en el Estado español características específicas en la problemática del grupo poblacional que nos ocupa. Quizás las más importantes sean:

- las migraciones campo-ciudad, en el marco del proceso de industrialización de las pasadas décadas; sectores enteros de la población anciana permanecieron en sus lugares de origen o vuelven a ellos una vez completada su vida laboral, dando lugar a la aparición de auténticas *bolsas de envejecimiento*;
- la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y la tendencia creciente a la llamada familia «nuclear»; aunque es un fenómeno desigual, en la que influyen multitud de factores culturales y de otra índole, lo que nos interesa con respecto al presente tema es la debilitación de la red social que la estructura familiar ha significado en términos históricos en la prestación de cuidado a los ancianos; y

- la jubilación obligatoria; como consecuencia de la evolución de la estructura del mercado de la fuerza de trabajo, entre otras razones, la edad de jubilación, en líneas generales, no ha dejado de disminuir en la últimas décadas. Dicha jubilación acarrea en muchos casos una disminución del poder adquisitivo y la aparición de un cortejo de problemas de toda índole, *el menor de los cuales es el cambio de rol* en personas que muchas veces se consideran a si mismas capaces de mantener una actividad productiva y útil para la sociedad⁷.

Pocos grupos de edad se encuentran sometidos a tan *múltiples problemas* como los ancianos⁸⁻¹⁰. En rigor, pocas veces están más difuminados los límites entre los aspectos «sanitario» y «social» de una problemática¹¹. Por citar sólo un ejemplo, el alta o el ingreso de un anciano en un centro sanitario está en gran medida condicionado por la existencia o ausencia de redes capaces de hacerse cargo del mismo en el medio en que viva (sin entrar en que, casi con seguridad, las causas que condujeron a esa situación tienen raíces sociales: bajos niveles de ingresos, o mala alimentación, vivienda inadecuada etc.

Impacto sobre los servicios sanitarios

Desde el punto de vista de los servicios sanitarios, diversos autores coinciden en que quizá lo más digno de señalar es que los ancianos suelen presentar una prevalencia de procesos crónicos y degenerativos, frecuentemente múltiples, la mayoría de ellos, de tipo «incurable»¹²⁻¹⁶. Sin que ello suponga una dejación de otras actividades (de tipo preventivo o curativo y de fomento del autocuidado), el reto que se plantea es, por encima de todo, la necesidad de enfocar las actuaciones de cara a los ancianos poniendo especial énfasis en los aspectos de *prestación de cuidados*¹⁷⁻¹⁹. En pocas palabras: puesto que existen escasas posibilidades de curar-

los, la responsabilidad de los servicios sanitarios con este grupo de población se concreta, la mayoría de las veces de hecho, en cuidarlos.

Además, resulta de vital importancia prestar atención a fenómenos como el conocido *iceberg de la enfermedad* (la existencia de una importante cantidad de patología no descubierta o no tratada²⁰ la llamada *ley de los cuidados inversos* -los más necesitados de la atención sanitaria son los que menos la reciben²¹, que tienen especial relevancia en el colectivo que nos ocupa. En el fondo de estos fenómenos se hallan diversas razones: problemas de accesibilidad a los servicios, masificación de los mismos, falta de formación específica o motivación profesional, creencia de que ciertas pérdidas o deterioros son «normales» en la vejez, y sobre todo inadecuación de unos servicios que durante las décadas de los 60 y los 70 han sido básicamente orientados hacia otras patologías (las «agudas») y otros grupos de edad (la población activa y las madres y los niños) y vehiculizados a través de grandes centros hospitalarios, fundamentalmente.

Aunque la prestación de cuidados, como tales, y la mejora de accesibilidad son dos grandes temas que los servicios sanitarios deben abordar en relación a este colectivo, existen otros aspectos en los que se debe incidir. Las mismas consideraciones antes aducidas hacen saltar a primer plano la necesidad de buscar más que nunca, *la eficacia y eficiencia del sistema* para resolver una serie de problemas de tipo «médico», que pueden y deben ser abordados²²: existen multitud de situaciones que influyen directamente en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de los ancianos, disminuyendo su autonomía y fomentando incapacidades (problemas de vista y oído, deficiencias bucodentales, incontinencia urinaria, problemas osteoarticulares o de deambulación, por citar algunos de los más frecuentes) que son susceptibles de intervención. Esos criterios de búsqueda de la eficacia y la eficiencia, junto a otros tales como el de

equidad o la deseabilidad de *mantener al anciano en la comunidad*, deben ser, a nuestro entender, los que presidan las soluciones al problema de prestación de cuidados a los ancianos. De hecho, no se puede olvidar que la avalancha de sus necesidades ha convertido ya a los ancianos en *grandes consumidores de atención y prestaciones sanitarias*²³⁻²⁶, ocasionando importantes gastos en capítulos tales como la farmacia o la ocupación de las camas de agudos de los hospitales.

A modo de formulación resumen del problema, entonces, permítase-nos insistir, por todo lo dicho, en que la evolución de esta transición demográfica y epidemiológica mencionada anteriormente plantea a los servicios sanitarios la necesidad de afrontar una situación bastante diferente a la actual tanto en lo cuantitativo (por la presencia de ese contingente de ancianos hoy día importante y en aumento), como en lo cualitativo (por los cambios en los patrones generales de salud y enfermedad de la población y en las necesidades de cubrir).

El reto para el futuro

Así pues, nos encontramos ante un reto cuya trascendencia no debería escapar a nadie: el problema de la tercera edad refuerza la necesidad de *reproducir la estructura y funciones de los servicios sanitarios* de cara a hacerlos un instrumento válido para la situación de la próxima década y los principios del siglo XXI²⁷.

¿Cuáles son -o deberían ser- las implicaciones de la presente situación sobre las estructuras sanitarias en nuestro país?. En otras palabras, ¿qué hacer?.

El estado en que se encuentran nuestros servicios sanitarios dista bastante de ser el ideal para afrontar ese futuro que, digámoslo una vez más, se vislumbra no muy lejano. Si bien tenemos una red hospitalaria fuerte, está orientada en lo sustancial hacia el sector «agudo», mal distribuida geográficamente y mal articulada

en lo funcional. La red de atención primaria de salud es excesivamente débil, existe una estructura gestora deficiente y un apreciable nivel de insatisfacción de profesionales y población²⁸. Aunque el tema puede y debe ser discutido con mayor detenimiento, se puede afirmar que los recursos actuales no son *ni suficientes ni adecuados para abordar la problemática planteada*. No creemos abusivo predecir que el sistema sanitario, que hoy en día ya va «retrasado» en cuanto a la respuesta a la situación existente, habrá de afrontar una creciente demanda de prestaciones y servicios por parte del colectivo de los ancianos presentes y futuros.

Por otro lado, en nuestra opinión, existe ya información y elementos de juicio suficientes como para no aplacar más un abordaje racional de todos esos problemas: dejar que las cosas «sigan su curso» llevaría a su mantenimiento y, casi seguro, su empeoramiento. Se trata, por tanto, de iniciar el proceso que conduzca a la formulación de un plan estratégico que, en última instancia, dé respuesta a las citadas problemáticas y clarifique los grandes ejes que han de presidir el desarrollo de los servicios sanitarios en nuestro país. *Las necesidades de la tercera edad han de ocupar un lugar importante en dicho plan.*

Creemos que el plan, que debe inscribirse en el marco del desarrollo de la Ley General de Sanidad, debiera ineludiblemente, en relación a los ancianos, concretar la respuesta a las siguientes cuestiones:

- los *recursos económicos y financieros* con los que van a contar los servicios sanitarios para atender a este colectivo, y sus fuentes.
- los *profesionales* considerados idóneos, sus perfiles, número y distribución: los currícula y formación: ¿creación de «nuevas» profesiones o especialidades (¿geriatras y/o cuidadores y/o visitantes domiciliarios...?) proporciones y balance entre las diversas profesiones, garantía del despliegue de los recursos docentes e investigadores

necesarios.

- los *criterios de desarrollo de la red sanitaria*: ¿incremento del peso de la atención primaria de salud en el conjunto del sistema?, ¿creación de «hospitales comunitarios» o de «cuidados mínimos». Articulación explícita de la continuidad de los cuidados a los ancianos.
- la *estructura de dirección y gestión* de los servicios sanitarios, así como los diversos niveles de su organización territorial (áreas de salud y zonas básicas) y la articulación entre los mismos.
- los *sistemas de información* que garantice los niveles necesarios de la misma para la *la toma de decisiones* y la posterior *evaluación* de los resultados.
- los *mecanismos de coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales* y, por prolongación, las relaciones de coordinación entre los niveles central, autonómico y local, imprescindible para la intervención multisectorial sobre los problemas que afectan a los ancianos.

Permitásenos, finalmente, desear en voz alta que dicho plan no se agote en la redacción de un documento lleno de palabras bonitas y buenas intenciones (como, por desgracia, sucede demasiadas veces con los problemas que afectan a los ancianos). Debe ser proceso de *debate* y de *búsqueda de consenso social* que dé como resultado unas formulaciones concretas (con sus objetivos, plazos y responsables bien definidos), y con la base y apoyo necesarios para darle una garantía de continuidad en el tiempo. Junto a la *voluntad política* imprescindible para iniciar ese proceso, de cuya existencia no parece haber razones para dudar, creemos que no se debe olvidar la necesidad de consolidar *equipos de planificación* que se encarguen del desarrollo del mismo. Igualmente, en ese camino la *participación de las profesionales y de la comunidad* en general, han de jugar un papel clave. Y, desde luego, el mejor complemento de la política de servicios sanitarios que se desea se-

ría una política generosa de salud para la tercera edad (pensiones, vivienda, servicios de apoyo, etc.).

Antonio Durán

Director General de
Ordenación Sanitaria
Consejería de Salud
Junta de Andalucía

Bibliografía

1. Mckeown T. *El papel de la medicina*. Madrid: Siglo XXI, 1982.
2. Hall R, Ogden P. *Europe's Population in 1970s and 1980s*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
3. Heikkinen E. *Demographic Trends 1984* Council of Europe Quartely 1/84, 1984.
4. OCDE. Les conditions de Vie dans les pays de l'OCDE. Recueil d'indicateurs sociaux. *Etudes de Politique Sociale* 1986;3.
5. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. *Indicadores Demográficos. Andalucía (1950-1981)*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1984.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Memoria estadística 1984-85*. Madrid: M. de Sanidad y Consumo, 1986.
7. Donaldson RJ. *Essential Community Medicine*. Lancaster: MTP Press, 1985.
8. INE. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. Año 1986*. Madrid: INE, 1987.
9. Fillenbaum GC. The Wellbeing of the Elderly. Approaches to Multidimensional Assesment. *WHO Offset Publ* 1984; 84.
10. Naciones Unidas. *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. New York: UN, Publication E.82.I.16 (CONF.113/31),1982.
11. Ingman SR, Gill DG. Geriatric Care and Distributive Justice: Cross-National Perspective. Monografico de la Revista *Soc Sci and Med* 1986; 23 (12).
12. Svangborg A. Epidemiological Studies on Social Medical Conditions of the elderly. *WHO Euro Reports and Studies* 1982; 62.
13. Heikkinen E. The Elderly in Eleven Countries: a Sociomedical Survey. *WHO Public Health in Europe* 1983; 21.
14. Kane RL. Special Needs of the Elderly. En: *Oxford Textbook Public Health* 1985; 4: 446-57.
15. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. *Serie Informes Técnicos* 1984; 706.
16. Brody J. Lo que revela la investigación epidemiológica sobre las necesidades de salud del anciano. En: *Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación Científica* 1985; 492.
17. Muir Gray JA. Éxitos y Fracasos en la Atención del Anciano. En: *Hacia el bienestar de los Ancianos. Publicación Científica* 1985; 492.
18. Scottish Home and Health Department. *Changing Patterns of Care. Report on Services for the Elderly in Scotland*. Edinburgh: HMSO, 1980.
19. Kinnaird J, Brotherston J. *The Provision of Care for the Elderly*. Edinburgh: Logman, 1981.

20. Kannel W, Wolf P, Dawber T. An evaluation of the Epidemiology of Atherotrombotic Brain Infarction. *Health and Society* 1975; 1 (53).
21. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971; 1: 405-12.
22. Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency*. London: The Nuffield Hospital Provincial Trust, 1971.
23. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Hospitales Andaluces. Utilización y Morbilidad. 1982*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1985.
24. Barer ML, Evans RG, Hertzman C, Lomas J. Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies. *Soc Sci Med* 1987; 24 (10): 851-62.
25. Wright KG. Economic Aspects of Strategies for Health Care of the Elderly. *Report for the WHO European Regional Office*, 1986.
26. Mooney GH. Planning for Balance of Care of the Elderly. *Health Economics Research Unit*. (Discussion Paper nº 2). Aberdeen: University of Aberdeen, 1977.
27. De Miguel JM. Anuario 1988. *El PAIS*, 1988.
28. Audit Commission for Local Authorities in England and Wales. *Making a reality of Community Care*. London: HMSO, 1986.

