

Un camino hacia el envejecimiento activo

Begoña Merino Merino

Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.

El documento que aquí se presenta, «Prevención de la dependencia en las personas mayores», supone un primer marco consensuado sobre las actuaciones que desde el sector sanitario pueden llevarse a cabo para promocionar la salud y prevenir la dependencia en los mayores. Además, el consenso tiene un mérito añadido, ya que se produce entre las sociedades científicas de mayor relevancia en el campo de la atención de salud de la población mayor. Por otra parte, el documento fue encargado por el Ministerio de Sanidad y Consumo que, a su vez, llamó a participar a todas las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas y, por tanto, desde su concepción han estado presentes los principales actores del sistema sanitario.

El envejecimiento de la población española se ha intensificado en las últimas décadas a la vez que el nivel de vida de la población ha mejorado enormemente, por lo que se ha producido el mejor momento conocido hasta ahora en nuestro estado de bienestar. Este estado de desarrollo, tan beneficioso para la población española, es probablemente uno de los factores que ha favorecido que, ante la nueva situación, no readaptemos las medidas que desde las administraciones públicas y los servicios de bienestar se deben tomar para que el fenómeno del envejecimiento sea exitoso en el futuro y especialmente en el ámbito económico, social y sanitario.

Las primeras alarmas sobre el desafío que representa el envejecimiento para nuestra sociedad nos llegaron desde el campo económico, acostumbrado a las macropredicciones y los escenarios de futuro. En la economía interdependiente del mundo actual, las respuestas no han sido globales pero sí se han iniciado estrategias que prevén que el equilibrio presupuestario de la seguridad social pueda mantenerse en los próximos años.

En el campo social, muchos indicadores nos venían alertando de la pérdida de los modos de vida tradicionales de

los mayores y del aumento de los porcentajes de personas mayores que viven solas y en situaciones de dependencia creciente¹. La reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia² viene a ser una primera respuesta.

En el terreno sanitario, la demanda asistencial de poblaciones cada vez más envejecidas ha venido a sobrecargar los servicios asistenciales de atención primaria y los de atención especializada, que deben atender pluripatología de larga evolución¹.

Así, a pesar de las relevantes estrategias y medidas que se han adoptado para responder al fenómeno del envejecimiento, como el aumento de las pensiones o el incremento de los servicios sociales, desde mi punto de vista aún no se ha dado una respuesta integral al fenómeno en el conjunto de las políticas públicas y algunas medidas tomadas hasta la fecha aparentan ser sólo paliativas.

Por ejemplo, en la política económica se alude a la reactivación del mercado de trabajo y la economía, y a los positivos efectos demográficos en la tasa de natalidad y el crecimiento de la población que conlleva la llegada de inmigrantes. Pero la pirámide de población de los inmigrantes españoles tiene las cohortes más numerosas en los mismos tramos de edad que la población nativa (20 y 40 años)³ por lo que dentro de 25 años, cuando estas poblaciones lleguen a la edad de jubilación, nos encontraremos con nuevas formas de envejecer que pudieran no ser exitosas si no invertimos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La inversión en estas materias necesita apostar por intervenciones eficaces y una de las características de éstas es que sean mantenidas a largo plazo⁴.

En la actualidad, los inmigrantes son contribuyentes netos al Estado de bienestar y aportan el 50% del superávit público, pero ese efecto se disipará cuando empiecen a cobrar sus pensiones³.

El propio documento presenta el marco global de las políticas de envejecimiento en el ámbito de las Naciones Unidas⁵. Sin embargo, me gustaría recordar que, en nuestro continente, uno de los más envejecidos, la estrategia europea de la Organización Mundial de la Salud «Salud para todos en el siglo XXI»⁶, publicada hace una década, ya establecía en su objetivo 5: «Para el año 2020, las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfru-

Correspondencia: Dra. B. Merino Merino.
Área de Promoción de la Salud.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18-20. 28071 Madrid. España.
Correo electrónico: bmerino@msc.es

Recibido el 4-2-2008; aceptado el 5-2-2008.

tar de todo su potencial de salud y de desempeñar un papel socialmente activo», y como objetivos específicos:

- Se deberá aumentar al menos, el 20% la esperanza de vida y la esperanza de vida sin discapacidad a la edad de 65 años.

- Se deberá aumentar, al menos, el 50% el porcentaje de personas de 80 años o más que son capaces de disfrutar de un nivel de salud en un entorno doméstico, permitiéndoles mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad.

Para alcanzar este objetivo recomendaba:

- Políticas públicas, incluidas las relativas a la vivienda, los ingresos y otras medidas para mejorar la autonomía y la productividad social de las personas, que tomen muy en cuenta las necesidades y las opiniones de las personas mayores.

- Políticas sanitarias que contribuyesen a preparar unas condiciones para el envejecimiento sano a través de la promoción y la protección de la salud en edades más tempranas.

- Servicios sanitarios y sociales, en el ámbito local, que proporcionen asistencia a las personas mayores en sus vidas cotidianas de acuerdo con sus necesidades y perspectivas, llegando hasta ellas y contribuyendo a que sean más activas y tengan más capacidad de autoayuda.

- Programas que coordinasen, monitorizasen y evaluaran los servicios disponibles para las personas mayores y garantizaran suficientes recursos.

- Políticas que permitiesen que las personas mayores utilicen las capacidades que les quedan y que proporcionasen acceso a una atención sanitaria adecuada en condiciones de equidad.

Esta prioridad europea en el envejecimiento activo y saludable, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud se ha mantenido durante toda la década y la reciente estrategia europea sobre prevención y control de las enfermedades crónicas⁷ enfatiza la necesidad de una respuesta integral al control de los factores de riesgo comunes a la mayoría de enfermedades crónicas y la necesidad de iniciar las políticas de promoción de la salud desde el comienzo de la vida. Aunque se deja claro que siempre hay beneficios a corto plazo, sea cual sea la edad a la que se inicia la mejora de la alimentación, un estilo de vida más activo, una reducción del estrés, el abandono del tabaco o el consumo abusivo del alcohol. En especial, esta estrategia plantea, ante el envejecimiento de la población, la posibilidad de mantener a las personas con buena salud e independientes tanto como sea posible, de manera que se eviten las muertes prematuras y la morbilidad se comprima al final de la existencia.

Otro de nuestros marcos estratégicos, recientes e influyentes es el de la Unión Europea. El reciente *Libro Blanco*.

*Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*⁸ presenta como una de las razones del nuevo planteamiento el envejecimiento de la población y como primer objetivo estratégico para paliarlo propone «Promover la buena salud de una Europa que envejece».

Se plantea que favorecer el envejecimiento saludable significa promover la salud a lo largo de toda la vida, y por otro lado, luchar contra la desigualdad en materia de salud asociadas a factores sociales, económicos y medioambientales. Anima a percibir el gasto sanitario, no solamente en términos de coste, sino también como una inversión de futuro, pero a la vez matiza que esta inversión debe ir dirigida a la prevención, protección y mejora de la salud física y psíquica de la población general. Actualmente, el gasto sanitario en promoción, prevención y protección de la salud es el 3% de los presupuestos anuales de sanidad de los Estados miembro, mientras que el 97% restante se destina a atención sanitaria y tratamiento⁹. Según las proyecciones de la propia Comisión Europea, si la población, aun viviendo más años, se mantiene con buena salud, la subida del gasto en atención sanitaria resultante del envejecimiento se reduciría a la mitad¹⁰.

Este marco europeo incluyó, ya en el año 2005, el número de años de vida saludable como indicador estructural del Proceso de Lisboa^{11,12} para resaltar que la esperanza de vida saludable —y no únicamente la longevidad— es un factor clave para el crecimiento económico.

Este marco internacional cercano es muy favorable para establecer, en este momento, en el ámbito nacional, medidas operativas coordinadas que puedan marcar una diferencia.

El documento describe las políticas y medidas de mayor alcance y relevancia desarrolladas en nuestro país desde los años noventa, señalando sus principales debilidades y describiendo las principales reorientaciones que el sistema sanitario debería llevar a cabo. En España, las políticas sociales se han desarrollado fundamentalmente a partir de los años noventa y, al igual que las sanitarias, paralelas a una descentralización del Estado. Este proceso de doble descentralización ha producido cierto florecimiento de experiencias pero también dificultades y lagunas, algunas de las cuales destaca este documento, tal y como la descoordinación o desencuentro entre el sector sanitario y social, y también entre las administraciones de los distintos ámbitos territoriales. Otros análisis, realizados desde la perspectiva sanitaria, coinciden en el mismo diagnóstico^{13,14}.

Difícilmente la Ley de Dependencia será sostenible si no se tiene en cuenta la relación evidente entre: dependencia y enfermedad; prevención de la enfermedad crónica y prevención de la dependencia; calidad de los servicios de atención sanitaria y prevención de la dependencia, y entre promoción de la salud a lo largo del ciclo vital y envejecimiento activo y saludable.

El documento señala amplias estrategias sanitarias probadas para hacer frente a la dependencia, pero también pequeños y silentes fabricantes de dependencia, como las

deficiencias sensoriales o los efectos iatrogénicos, todos ellos abordables y evitables.

Otras de las causas de la dependencia enumeradas están situadas en el ambiente físico y psicosocial, y actúan impidiendo o desalentando la participación social de las personas mayores o exigiéndoles ayuda externa o reservas extra de capacidad personal para alcanzar sus objetivos vitales. Aunque las estrategias encaminadas a afrontar estas causas extrasanitarias no son la responsabilidad principal del sistema sanitario, debemos cuidar que el sistema sanitario no reproduzca en su interior estos ambientes desfavorables, no establezca barreras para atender las necesidades sanitarias reales de las personas mayores y revise sus actuaciones a la luz de las recomendaciones que aquí se establecen. Sería conveniente que el propio sistema establezca procedimientos para garantizar el derecho a la salud y a los cuidados de salud (incluidos los cuidados paliativos) de las personas mayores hasta el final de sus días y sistemas de alarma para detectar la discriminación, el maltrato y lo que se han llamado conductas «ageístas»¹⁵. En este sentido, es necesario asegurar que los programas y las actividades de prevención y promoción están también al alcance de las personas mayores.

En el documento, además, se reúnen sobradas razones documentadas de la correlación entre el aumento del gasto sanitario y la mala salud y la dependencia, sobre todo en la tercera edad.

Es un documento completo, que necesitaría de un desarrollo operativo para introducir algunas de las recomendaciones, que aún no se llevan a cabo en la totalidad del sistema sanitario, en la práctica diaria y para reorientar los servicios sanitarios de tal manera que puedan responder al desafío del envejecimiento poblacional.

Es un documento que recopila las principales medidas sanitarias que contribuyen al envejecimiento activo y saludable y a la prevención de la dependencia, tanto en la colectividad como en la atención individual. Sería deseable que, además de ser un documento de referencia para todos los profesionales sanitarios, pueda también serlo para aquellas administraciones y autoridades que tienen la responsabilidad de implementar la Ley de Dependencia.

Esperamos que el desarrollo del artículo 21 incorpore todo el potencial que el sistema sanitario puede aportar a la prevención de la dependencia.

El Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007¹⁶ en España ha definido hasta el pasado año el marco general de actuación.

Este plan estuvo muy influido por el Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas, aprobado en la Conferencia de Madrid del 2002 y cuya úl-

tima revisión se realizó en 2007, que recomendaba a los países dar prioridad a la «salud en edades avanzadas y al bienestar en la vejez»¹⁷. Creo que el documento comentado contiene numerosas claves para que entre todos podamos plasmar un diario de ruta en el nuevo Plan de Acción para las Personas Mayores que se elabore o dentro del marco de actuación que se establezca para conseguir un envejecimiento activo y saludable para la población española.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera JM. La salud: la prevención como objetivo. En: I Simposium Envejecimiento Activo. Políticas de mayores: ¿segregación o integración?. Leganés, 23 y 24 de noviembre de 2005.
2. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, 15 de diciembre de 2006.
3. Estrada A. Inmigración y economía española: 1996-2006. II Jornadas de Inmigración y Salud. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, noviembre de 2007.
4. Fletcher A. La cuestión del envejecimiento. En la evidencia de la eficacia de la promoción de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2000.
5. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. New York, 2002.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
7. WHO EUROPE. Gaining health. The european strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen, 2006.
8. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Blanco. Juntos por la Salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Bruselas, 23 de octubre de 2007.
9. Eco Salud de la OCDE. Estadísticas e indicadores para treinta países [CD-ROM]. Paris, 2006.
10. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member Status on pensions, healthcare, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Comité de Política Económica y Comisión Europea (DG ECFIN) 2006, European Economy. Informe especial n.º 1/2006.
11. Unión Europea. Consejo Europeo de Lisboa. 23 y 24 marzo de 2000. Conclusiones de la Presidencia.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. La esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador estructural. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/informeEVLII.pdf>
13. Gaminde I. Formación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas. [Editorial.] Gac Sanit. 2006;20:257-9.
14. Zafra E, Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Borrell C. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Gac Sanit. 2006;20:295-302.
15. Conclusiones de la Mesa redonda «Edad y calidad de vida». En: I Simposium Envejecimiento Activo. Políticas de mayores: ¿segregación o integración?. Leganés, 23 y 24 de noviembre de 2005.
16. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan de acción para las personas mayores 2003-2007. España. Aprobado por Consejo de Ministros de 29 de agosto de 2003.
17. Healthy Ageing, A challenge for Europe. The swedish National Institute of Public Health. Huskvarna; 2007.