



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



## EDITORIAL

# Integración socio-sanitaria: nuevo reto para la atención primaria

## Socio-sanitary integration: new challenge for primary care

El trabajo que publicamos en este número titulado ‘‘ansiedad y depresión en cuidadores de personas dependientes’’ me lleva a plantear alguna reflexión en torno a la atención a la cronicidad y sus consecuencias, entre otras, la necesidad de articular un sistema de cuidados a estos pacientes y a conseguir una perfecta articulación entre el sistema sanitario y los servicios de protección social.

En los últimos cuarenta años, las poblaciones de los países desarrollados vienen experimentando un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes. De los datos recogidos en el mismo trabajo antes referido, se desprende que en España, el porcentaje representado por los mayores de 65 años sobre la población total prácticamente se ha duplicado en poco más de treinta años. En cifras absolutas, en los últimos 35 años se ha pasado de 3,3 millones de personas a más de 6,6 millones, lo que representa que las cohortes de 65 y más años de edad han pasado del 9,7% en 1970 al 16,89% en 2010, a lo cual hay que añadir el aumento de la población con edad superior a 80 años en los últimos 20 años. Así, hemos pasado del 1,54% en 1970 al 4,90% en 2010, fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento».

En este sentido, tanto en España como en los países de nuestro entorno, el debate hasta el momento se ha centrado básicamente en las consecuencias que el envejecimiento demográfico puede tener sobre la sostenibilidad financiera de los programas públicos de pensiones y atención sanitaria, que viene representando un 15% del PIB.

En el caso de la dependencia, la cuestión central es si la Administración debía o no intensificar su actividad en un campo cuya presencia hasta el momento había sido muy poco importante.

Este envejecimiento poblacional, debido al mayor desarrollo económico-social y al mejor control de enfermedades crónicas por el enorme desarrollo de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, como es el caso de nuestro Sistema Nacional de Salud, lleva inexorablemente parejo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes. Éstas se producen sobre todo en las cohortes de personas de mayor edad, lo que unido a los cambios sociales y de roles

en la estructura familiar actual, como son la reducción del tamaño medio de los hogares, el número de hijos por mujer, el aumento de la tasa de participación femenina en la vida laboral fuera del hogar y el incremento de la tasa de divorcios, están condicionando la disponibilidad de cuidadores informales en el presente, y mucho más en el futuro. El aumento de la esperanza de vida de las cohortes de población de 65 y más años de edad, y del porcentaje de mayores que viven en soledad, está generando un previsible aumento cada día mayor de la demanda de cuidados formales.

La forma de abordar la confluencia de todos estos factores hace que funciones de apoyo y cuidado que antes eran asumidas de manera natural en el entorno familiar más cercano, ahora deba ser articulada, en muchas ocasiones, por las administraciones públicas. Cuando las tareas de cuidado recaen en el entorno familiar, los cambios de roles y patrones de conducta pueden precipitar crisis que amenazan la estabilidad de la familia.

La evolución de las tasas de prevalencia de la discapacidad entre 1999 y 2008, ha disminuido en todas las cohortes de edad excepto en las de 6-15 años, 45-54 años y 85 y más años de edad, correspondiendo el mayor incremento a este último intervalo. Evidentemente, la gran difusión que han tenido durante estos años las políticas preventivas de riesgos para la salud (obesidad, alcohol, tabaco), así como el fomento de hábitos saludables (ejercicio físico, participación social), han contribuido a la reducción de la tasa de prevalencia en las cohortes de 55-64 años, 65-74 años y 75-84 años de edad.

El porcentaje de cuidadores sobre personas con discapacidad ha pasado del 37,15% al 36,72%, y el peso de los cuidados informales sobre el total de las ayudas informales se ha reducido del 78,45% al 67,66%. Simultáneamente, se ha producido un aumento considerable en la provisión de todos los servicios formales públicos. Sin embargo, a pesar de todo, el gasto total en cuidados de largo plazo en España en el año 2008 se situaba en el 0,8% del producto interior bruto (PIB) (0,57% público y 0,23% privado; 189,44 euros/habitante), muy lejos del 3,68% de Suecia o del 2,28% de Finlandia.

La relevancia a nivel social que está generando dicha situación ha propiciado la entrada en vigor el 1 de enero de 2007 de la Ley 39/2006 de atención a la dependencia como respuesta a las necesidades de cuidado de esta población.

Ante esta situación de hecho, y sin haber aún resuelto en la mayoría de los casos la integración y/o coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria-atención hospitalaria), nos enfrentamos ante un nuevo reto. Es responsabilidad de las sociedades científicas, junto a las administraciones públicas, estudiar esta nueva situación que de lleno afecta a la actividad de los médicos de familia, sobre cuya responsabilidad debe articularse la atención integral a la cronicidad y la articulación y engranaje perfectos entre el sistema sanitario y el sistema de atención la dependencia (integración socio-sanitaria) dadas las características del presente modelo de atención y sus posibles problemas. Otro de los retos más importantes es definir el papel que juegan y deberían jugar los servicios sanitarios en materia de dependencia y, como hemos dicho antes, el papel de los médicos de familia como responsables últimos de la atención a estos pacientes y su coordinación con otros especialistas y profesionales sanitarios y no sanitarios.

Las principales ventajas derivadas de la integración son:

- Mejorar la velocidad de respuesta a las necesidades del individuo.
- Simplificar el proceso de toma de decisiones al estar éstas concentradas en grupos más reducidos de expertos.
- Facilitar un uso racional de los recursos.
- Reducir los fallos de comunicación.
- Conseguir un aumento de la satisfacción de los usuarios.

Siendo estas ventajas innegables, en nuestro país, sólo dos comunidades autónomas han optado, hasta el momento, por la integración de sus estructuras administrativas de atención a la salud y a las políticas sociales de atención a la dependencia como son Extremadura y Castilla la Mancha. En ambas, es la misma consejería la responsable de la asistencia sanitaria y la atención a la dependencia. En Castilla-La Mancha, la Consejería de Salud y Bienestar Social aglutina desde el año 2008 las competencias en materia de política sanitaria, bienestar social, promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Por su parte, la Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura fue constituida en el año 2007 con el propósito de ejercer las políticas de sanidad, consumo, servicios sociales y dependencia.

En este sentido, la línea argumental de nuestro próximo congreso nacional de Málaga versará sobre la atención a la cronicidad como responsabilidad del médico de familia, ya que son previsible e importantes los cambios en nuestro trabajo diario en relación al que estamos desarrollando en la actualidad.

### Bibliografía recomendada

1. Jiménez-Martín S, Vilaplana Prieto C. La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2011. doi:10.1016/j.gaceta.2011.06.008.
2. Domínguez JA, et al. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. Semergen. 2011;38:16-23.

J.S. Fernández Ruiz  
Editor. SEMERGEN-Medicina de Familia  
Correo electrónico: [jfernandezr@semergen.es](mailto:jfernandezr@semergen.es)