



Informe

Por una cultura de la salud

Begoña Enciso, periodista especializada
en información sobre personas mayores

El derecho a la salud, algo más que estar sano.

“El ejercicio del derecho a la salud no depende de la edad y no cesa una vez que la persona cumpla una edad determinada”, (Anand Grover, Relator Especial de la ONU).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, y que entró en vigor el 3 de enero de 1976, señala en su **Artículo 12**:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Este artículo es la formulación más importante del derecho a la salud y constituye la piedra angular de la protección de este derecho en la legislación internacional.

A pesar de que las normas y los principios de derechos huma-

nos reconocidos internacionalmente, cubren y protegen a las personas mayores, no hay un instrumento de derechos humanos universal y específico sobre los derechos de las personas mayores. Tampoco hay disposiciones específicas centradas en las personas mayores, como las que hay para algunas otras categorías de personas vulnerables, por ejemplo las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y los trabajadores migrantes.

No obstante, en 1995 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) aprobó la Observación general N° 6, en la que ofrece una interpretación detallada de las obligaciones específicas de los Estados partes con respecto a cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, en la medida en que se aplicaban a las personas mayores.

Así en lo relativo a la aplicación del señalado artículo 12 del Derecho a la salud física y mental, señala dos vías: por un lado la necesidad de realizar una “política sanitaria dirigida a preservar la salud de estas personas y comprende una visión integradora, desde la prevención y la rehabilitación, hasta la asistencia a los enfermos terminales, de acuerdo con el contenido de las Recomendaciones Nos. 1 a 17 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento” (párrafo 34); y por otro “...La prevención, mediante controles periódicos, adaptados a las necesidades de las mujeres y de los hombres de edad, cumple un papel decisivo; y también la rehabilitación, conservando la funcionalidad de las personas mayores,

con la consiguiente disminución de costos en las inversiones dedicadas a la asistencia sanitaria” (párrafo 35).

Pero es en la Observación general N° 14 (mayo 2000) donde el CDESC reafirma la importancia de un “enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad (párrafo 25).

El CDESC, entiende el derecho a la salud no sólo como el derecho a estar sano, sino que está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos como son “el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud” (párrafo 3, Observación general n° 14).

Esta interpretación inclusiva del Comité del derecho a la salud abarca factores concretos, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro

de alimentos sanos, una nutrición y una vivienda idóneas, entre otros.

El Comité entiende que para garantizar dichos factores, y por tanto el derecho a la salud, los Estados deben cumplir cuatro principios (párrafo 12):

1. Disponibilidad: “Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud”, como son el agua limpia potable; condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado; así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

2. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. Se facilitará “de hecho y de derecho, el acceso a los sectores más vulnerables y marginados de la población, bajo el principio de no discriminación”. La accesibilidad física “en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades...”. La accesibilidad económica (asequibilidad), basándose en el principio de equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos; y el acceso a la información, teniendo derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones

relacionadas con la salud, sin que ello menoscabe el derecho a la confidencialidad de los datos.

3. Aceptabilidad. “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados... y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

4. Calidad. “...Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado...”.

El derecho a la salud es necesario para vivir dignamente, especialmente en el caso de las personas mayores, a quienes suele considerarse como un segmento “caducado” de la sociedad y particularmente vulnerables a la violación de sus derechos.

Considerar el envejecimiento como un problema biomédico, conduce a creer que es un fenómeno anormal o patológico, al equiparar edad avanzada con enfermedad. Esta idea es incompatible con el enfoque de considerar la salud humana como ‘un todo’; y además contribuye a perpetuar los estereotipos negativos de las personas mayores, al considerarlas como personas dependientes y enfermas.

El Relator Especial de la ONU, Anand Grover, en el “Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores” (julio, 2011) reconoce que, a fin de que surta efecto el enfoque basado en el derecho a la salud de las personas mayores debe ir acompañado de un cambio de paradigma con respecto a cómo la sociedad conceptúa el envejecimiento y a esas personas; “sustituyendo la idea de que las personas mayores son una carga social, por la del proceso de “envejecimiento activo” y que permita reorientar nuestras concepciones acerca del envejecimiento para centrarlas en las aportaciones continuas de las personas mayores a la sociedad”.

“El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (OMS. “Active Ageing: A Policy Framework”, 2002). El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

Concepto en el que la OMS ha querido insistir en el Día Mundial de la Salud: “La promoción de la salud en la vejez debe ser una parte esencial de toda respuesta mundial ante el envejecimiento de la población. En la actualidad, la mala salud, los estereotipos negativos y los obstáculos a la participación de los mayores contribuyen a marginarlos, socavan su contribución a la sociedad e incrementan el costo del

envejecimiento demográfico. Invertir en salud disminuye la carga de morbilidad, ayuda a prevenir el aislamiento y aporta grandes beneficios a la sociedad, pues permite mantener la independencia y la productividad de las personas mayores”. (OMS. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012.)

Pero además este organismo insiste en la importancia de promover la buena salud y los comportamientos saludables a todas las edades para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas. “La actividad física, una dieta saludable que evite el consumo nocivo de alcohol, y no fumar ni consumir productos de tabaco, puede reducir el riesgo de enfermedades crónicas a edades avanzadas. Esos comportamientos han de observarse y mantenerse desde las primeras etapas de la vida hasta la vejez”.

¿La edad es la responsable de una mala salud?

La importancia y la repercusión del ciclo vital en la salud de la vejez, a veces se subestima, considerando estas cuestiones como de sentido común (no fumar, beber moderadamente, hacer ejercicio...), y resultando innecesarias cualquier promoción. Sin embargo, aceptar este principio del ciclo vital, supone cambiar la forma de considerar la salud de un individuo y enormes repercusiones para la capacitación de los profesionales de la atención sanitaria y el desarrollo de los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de los individuos.

“Las investigaciones epidemiológicas están comenzando a hacernos entender mejor la importancia relativa de las diferentes fases del ciclo vital en el capital de salud y procesos de enfermedad específicos, y seguirán haciéndolo. Sus hallazgos posibilitarán la elaboración y el perfeccionamiento de modelos que abarcan la totalidad del ciclo vital, con repercusiones específicas para la salud y las intervenciones de política social. (Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. OMS- International Longevity Center – UK, Centro Internacional de Promoción de la Longevidad, Reino Unido).

Las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida determinan los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta. Ello obedece a que la exposición a factores nocivos para la salud o las posibilidades de fortalecer la salud están condicionadas socialmente y a que la respuesta de un individuo, que puede modificar los efectos de una exposición anterior o el riesgo de exposiciones futuras, estará fuertemente determinada por su experiencia social y económica (Kuh et al., 1997).

La relación entre la enfermedad en la edad adulta y las circunstancias socioeconómicas en diferentes fases de la vida puede aportarnos indicios sobre los procesos etiológicos subyacentes. (Davey Smith et al., 1998). La perspectiva del ciclo vital se está utilizando en investigaciones sobre la desigualdad social en relación con la salud para analizar la manera en que las experiencias y la exposición a determinados fac-

tores en diferentes fases de la vida se acumulan y generan desigualdades sociales que se ven reflejadas en la morbilidad y la mortalidad en la edad madura y la vejez (Davey Smith, 2000; Leon, 2000).

La equidad socioeconómica y el desarrollo son aspectos claves para seguir progresando en el envejecimiento saludable. Sin embargo, pobreza, escasez de recursos y exclusión social son problemas persistentes entre los mayores españoles. Según el indicador de pobreza de la UE, el 31% de los españoles jubilados viven por debajo del umbral de la pobreza (una cifra sólo superada en Chipre). Entre otros factores, la alta incidencia de jubilados con escasa cualificación laboral y, en consecuencia, el elevado número de pensiones mínimas, explican el riesgo de pobreza de nuestro país. La pobreza perjudica aún más a las mujeres mayores, especialmente las viudas o mujeres que viven solas (la tasa de pobreza afecta al 52% de este colectivo, por un 33% de los varones).

Algo en lo que se insiste desde la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo en su Informe sobre el rostro de la pobreza femenina en la Union Europea (2010/2162(INI): “Cabe subrayar que el riesgo de caer en la pobreza es mayor para las mujeres que para los hombres, especialmente en la vejez. La tasa de pobreza entre las mujeres mayores es mas alta que entre los hombres mayores (la tasa media de riesgo de pobreza para las mujeres mayores es del 22 % frente al 16 % para los hombres mayores),

en particular en los Estados miembros en los que los sistemas de pensiones predominantes se basan para el cálculo de la pensión en los ingresos y cotizaciones a lo largo de la vida laboral. Estos sistemas de pensiones hacen que las personas que han cuidado de los hijos o de familiares dependientes se encuentren en situación de desventaja ya que la interrupción de su trabajo y el empleo a tiempo parcial reducen los ingresos obtenidos a lo largo de su vida laboral”.

No obstante, se espera que una vez que se vayan jubilando generaciones mejor formadas y con mayores niveles de renta, se reduzcan los niveles de pobreza de la población mayor de 65 años.

En general, se considera que el estado de salud de la población está condicionado en los países occidentales por cuatro grandes factores:

–La biología o la herencia: un panel de especialistas mundiales concluyó que la genética es responsable aproximadamente del 27% de las causas de muerte (Asenjo, 1993, citado en González García y Tobar, 1997).

–Medio ambiente: en general las áreas más pobres son las más insalubres, aunque hay factores del deterioro ambiental (destrucción capa ozono que está demostrado tiene clara incidencia en el melanoma) que afectan a todos, ricos y pobres. Los factores ambientales representan un 19% de los casos de enfermedad (Dever, 1993).

–Los estilos de vida: Incluyen aspectos como la alimentación, el ejercicio físico, fumar, beber... Los epidemiólogos han cuantificado el peso de los estilos de vida concluyendo que el 43% de los casos de enfermedad y aun de muerte son producto de los hábitos, sobre todo nocivos, que se han tenido a lo largo de la vida.

–Sistema sanitario: que abarca desde hospitales, consultorios médicos, seguros de salud, médicos, laboratorios, medicamentos..., este sistema es responsable del 11% de los casos de enfermedad o muerte. “Lo que debería hacernos reflexionar sobre la incidencia de todo este sistema en relación a los recursos destinados a este fin”. (La salud en la tercera edad. Carlos Vasallo y Matilde Sellanes. Año 2000)

¿Cuál es el estado de salud de los mayores?

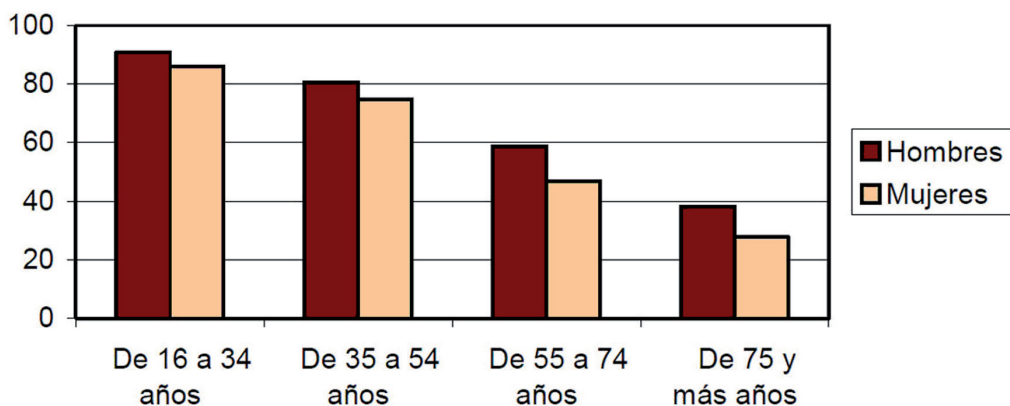
Según la Encuesta Europea de Salud en España. Año 2009 (noviembre 2010): El 23,4% de la población de 75 y más años ha sufrido dolor físico severo en el último mes (16,0% en los hombres y 28,3% en las mujeres). Sin embargo, cerca del 40% de los hombres de ese tramo de edad valora como bueno su estado de salud, descendiendo hasta el 25% de las mujeres que así lo creen.

Entre la población de entre 55 y 75 años, el 60% de los hombres considera bueno su estado de salud y el 45% de las mujeres. Sólo el 15% de la población mayor española declara su estado de salud como malo o muy malo (Imsero EPM, 2010).

El 26,5% de las personas de 65 y más años tiene alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, asearse, vestirse, levantarse y acostarse. En España la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) a los 65 años es para los hombres de 10,3 y para las mujeres de 10; es decir en general para las personas mayores de 65 años el buen estado de salud se incrementará 10 años más; por lo que los hombres tendrían una expectativa de vivir siete años incapacitados, mientras que las mujeres vivirían 11 en la misma situación. (Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo. Capítulo 5, página 241).

Valoración positiva del estado de salud

(porcentaje de personas según edad y sexo)



La movilidad reducida en las personas restringe su ámbito de participación, pues muchos no salen de casa (12,9% no puede o necesita ayuda para salir a la calle), no pueden coger el autobús (un 9,4% afirma no poder hacerlo de ninguna manera, y un 11,3% afirma necesitar ayuda); ni realizar la compra (7,8% necesita ayuda, y 5,3% no puede hacerlo), y así van reduciendo su espacio vital a su propia casa, e incapaces de beneficiarse de la vida en sociedad.

Enfermedades más frecuentes

El 54,3% de los mayores de 65 años declara que la artrosis y el reumatismo son las dolencias o enfermedades que más han limitado su actividad; para el 31,5% el dolor de espalda, siendo estos los que mayor número de discapacidad provocan. Las mujeres afirman padecer estas dolencias en mayor proporción que los hombres (artrosis en un 66,5% de las mujeres y en un 38% de los hombres; y dolor de espalda en un 39,3% de las mujeres y un 20,9% de los hombres).

Y es la artrosis y los problemas reumáticos la enfermedad más diagnosticada en la población mayor, seguido de la hipertensión arterial (51,9%), el dolor de espalda crónico (30,2%) y el colesterol elevado (30%), siempre con una proporción más alta en la población femenina.

Además los trastornos mentales que suelen aparecer con mayor frecuencia a lo largo de la vida son las depresiones y estados de ansiedad, prevaleciendo estos trastornos mentales en

la población mayor de 65 años en un 20,9%, frente al 14,7% del resto de población mayor de 16 años. Afectando también más a las mujeres (28,3%) que a los hombres (10,9%).

Hábitos de vida

En cuanto a los hábitos de vida, según datos de la Encuesta Nacional de Salud refleja que la dieta de los mayores españoles es más equilibrada que la del resto de la población, aunque muchos mayores arrastran enfermedades crónicas motivadas por dietas insanas que han llevado a lo largo de su vida, aunque con la edad hayan modificado algunos hábitos. Un 82,4% de los mayores toman fruta fresca a diario, frente al 54,0% de los que tienen 16-44 años. La carne a diario constituye la dieta de un 8,7% de las personas de edad, mientras que en los otros grupos de edad supera siempre el 15%. Los mayores también ingieren más verdura y hortalizas y mucho menos embutidos y fiambres, con alto contenido en grasas y sal.

Más de la mitad de los varones mayores de 65 años tienen sobrepeso, mientras que, en el caso de las mujeres, los porcentajes se reducen hasta el 43,6% en el grupo de mujeres de 65 a 74 años, y hasta el 39%, en el caso de las mayores de 75 años. (Encuesta Europea de Salud en España, 2009). Por el contrario, las mujeres mayores presentan una mayor obesidad, practican menos actividad física intensa, (aunque un 43% declara que realiza una actividad física moderada) y duermen menos que los hombres.

El tabaquismo era hasta hace unos años un hábito funda-

mentalmente masculino; el 76,6% de las mujeres de 55 a 64 años nunca han fumado, frente al 24,3% de los hombres. Por esto, entre las personas mayores las diferencias por sexo son muy acusadas: el 18,6% de los varones de entre 65 a 74 años fuma diariamente, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje no llega al 2%. Esta tendencia ha cambiado en los últimos años, y vemos como el porcentaje de fumadores de ambos sexos se está igualando: las mujeres fumadoras de entre los 16 y 24 años alcanzan el 28,9% frente al 25% de hombres. Por ello, las consecuencias de este hábito no saludable en morbilidad y mortalidad femeninas serán previsiblemente mucho más significativas de lo que han venido siendo hasta ahora.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, 2006 el 45,8% de los mayores de 75 años afirmaba haber consumido alcohol en los últimos 12 meses. Por sexos: El 42% de las mujeres de 65 a 74 años y el 30,9% de las de 75 y más declararon haber consumido alcohol. En el caso de los varones de 65 a 74 casi cuatro de cada cinco consumieron, y dos tercios en el tramo de más edad.

Entre las personas mayores que consumen alcohol el vino es la bebida más popular. El hábito de consumir vino a diario está más generalizado entre las personas mayores; un 56,4% de las personas de 65 a 74 años que declararon consumir alcohol, bebe vino cuatro o más días a la semana y un 60,2% de los de 75 y más.

En cuanto a la actividad física Entre las personas de 65 y más años se aprecian notables diferencias por edad y sexo. En el tramo de 65 a 74 años las mujeres son menos sedentarias que los hombres; y una mayor proporción de ellas realiza tareas de esfuerzo moderado durante su actividad principal, superando a los varones en 10 puntos porcentuales (66,3 y 56,4%, respectivamente). A partir de los 75 años, la actividad principal de hombres y mujeres se vuelve más sedentaria, pero son ahora los hombres los que superan en cinco puntos porcentuales a las mujeres en proporción de personas que pasan la mayor parte de la jornada efectuando tareas de esfuerzo moderado. Cuatro de cada siete mujeres de más de 75 años pasan sentada la mayor parte del tiempo mientras realizan su actividad principal, pudiendo estar esto relacionado con peores estados de salud y mayores índices de discapacidad. (Las personas mayores en España, Imsero 2008).

Prevención

Las personas mayores se consideran población de riesgo y por tanto objetivo fundamental de determinadas campañas de prevención como puede ser la de vacunación de gripe. En el año 2010, la cobertura de vacunación de gripe en mayores de 65 años fue del 56,9% a nivel estatal, descenso importante ya que en las últimas temporadas estacionales de gripe la cobertura de vacunación en este grupo de riesgo alcanzó el 66.8% en el 2005.

Sin embargo y pese a la conciencia creada en torno a la importancia de la visita al ginecólogo como medida de salud preventiva para la mujer y el derrumbe (en parte) del tabú que rodeaba a la sexualidad femenina han sido fundamentales para la generalización de las revisiones ginecológicas periódicas, las mujeres mayores lo hacen solo en un 61,9% frente al 90,2% de los que de entre los 45 y los 64 años.

Otro especialista al que tampoco visitan con tanta frecuencia es a los dentistas, cuando la higiene bucal es una parte importante de la salud y evitaría algunos problemas y enfermedades del aparato digestivo; no obstante el uso de dentadura postiza puede hacer que la necesidad de ir al dentista disminuya. Según la Encuesta de Salud Oral de España, 2010 del Consejo de Dentistas, el 35% de los mayores de 65 años había realizado su última visita al dentista hacía más de dos años (frente al 20% del resto de población); y sólo el 25% lo había hecho hacía menos de seis meses (frente al 35% de media del resto de población); aunque el 54% cree que habría que hacerla al menos una vez al año.

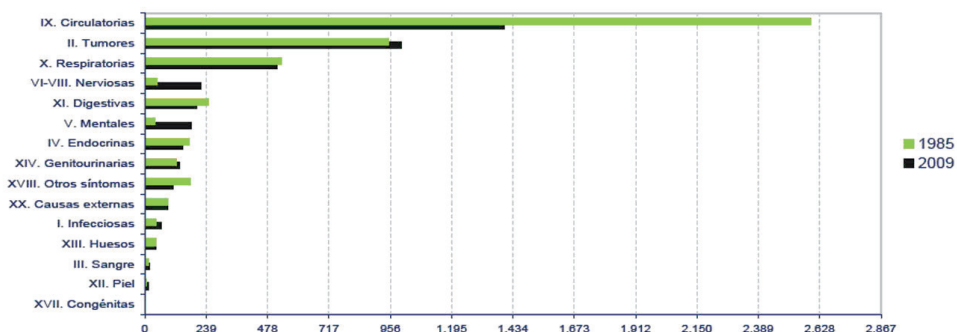
¿Quién, cuando y por qué acude al médico?

Un 42,6% de las personas de 65 y más años ha consultado con algún médico, por algún problema, molestia o enfermedad, en las dos últimas semanas (excluidas las peticiones de cita, análisis o radiografía) frente al 28,5% del resto de la población.

El perfil del enfermo que más encontramos en los hospitales españoles es el de un varón de 65 o más años, llegando a sumar en 2004 895.725 altas. Sin embargo, y pese a que se hospitaliza más al hombre, las mujeres padecen más enfermedades y discapacidades.

Los mayores suponen el 39,2% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas. Son asiduos en los hospitales y con estancias más largas. Más de la mitad de las estancias causadas en hospitales se debe a población mayor. Enfermedades circulatorias (21,8%), respiratorias (15,0%), digestivas y cáncer (12,7%) son las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria entre las personas de 65 y más años. Le siguen en importancia los traumatismos.

Tasas de defunciones de población de 65 y más años según la causa, 1985 y 2009



Fuente: 2009: INE: INEBASE: Defunciones según la causa de la muerte. Año 2009
 2009: Población total de España obtenida de la Revisión del Padrón municipal de 2009.
 1985: INE: INEBASE: Defunciones según causa de muerte 1985. Resultados Nacionales

La principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio: provocó 109.027 fallecimientos. El cáncer es la segunda causa de muerte (77.788 fallecidos). En tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias. Destaca el aumento de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas (demencias, Alzheimer) en los últimos lustros. (Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores).

España presenta una tasa de demencia del 1,6%, una de las más altas de UE-15 tan sólo por debajo de Suecia, Italia y Alemania. Se estima que la demencia supondrá un importante coste para los sistemas socio-sanitarios de las próximas décadas.

Para el profesor de psiquiatría epidemiológica en el King's College de la Universidad de Londres, Martin Prince, la demencia (debido al envejecimiento de la población) será un grave problema en el futuro, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios, que previsiblemente, según señala Prince, albergarán en 2050 al 75% de las personas con demencia. “En términos relativos –señala el profesor– considerando la carga que supone, se invierte mucho menos en la investigación de la demencia que, por ejemplo, en la investigación del cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y eso es una actitud miope”.

Por más activa y sana que se conserve la persona después de los

60 años, llega un momento en el que comienza a estar débil y perder autonomía. Cuando el deterioro cognitivo forma parte de esa pérdida de salud, la necesidad de atención y financiación se agudiza. El problema no es solo que la demencia sea más frecuente en las personas de edad avanzada, sino que esta dolencia se ha resistido hasta ahora a cualquier forma de prevención y tratamiento. (Boletín de la OMS. Volumen 90. 2012).

Atención enfermos crónicos

La mala salud en la vejez no es sólo una carga para el individuo, sino también para su familia y la sociedad en su conjunto. Cuanto más pobre sea la familia y el entorno, mayores serán las posibles consecuencias. La pérdida de buena salud puede significar que una persona mayor que antes era un recurso para la familia, deje de poder contribuir y, en su lugar, empiece a necesitar asistencia. El costo de esa atención de salud puede empobrecer a toda la familia.

Los sistemas de salud actuales, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, están mal diseñados para atender las necesidades sanitarias de los pacientes con afecciones crónicas, derivadas de esa compleja carga de morbilidad.

Según John Beard, director del Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La atención crónica plantea un gran reto para todos los países. Su financiación puede recaer en el propio usuario, o puede realizarse con ingresos fiscales del Gobierno

o por medio de un seguro”. Alemania, Japón, Países Bajos y la República de Corea son los cuatro países que cuentan actualmente con un sistema de seguro de atención crónica. Otros sistemas de atención crónica se financian mediante ingresos fiscales en diversa medida, según el país. En los países que carecen de ese tipo de seguro la carga económica recae en las personas necesitadas y su familia.

El caso alemán. El seguro de atención crónica o Pflegeversicherung –distinto del seguro médico– cubre las necesidades de atención de quienes, como consecuencia de una enfermedad o discapacidad, no pueden vivir autónomamente durante un periodo de al menos seis meses. El seguro de atención crónica de Alemania es un sistema obligatorio al que contribuyen en igual proporción los asegurados y sus empleadores. La elegibilidad no depende de la edad, pero casi un 80% de los beneficiarios tienen más de 65 años. Se clasifica a esos beneficiarios en tres niveles de dependencia. Según las últimas cifras, de los 82 millones de personas que hay en Alemania, unos 79 millones están cubiertos por algún tipo de seguro de atención crónica, público (un 88% de los casos aproximadamente) o privado (12%).

La mayoría de los beneficiarios del seguro de atención crónica permanecen en su hogar (69%). En ese caso pueden optar bien por un pago mensual en efectivo –que ascenderá en 2012 a entre € 235 y € 700– para cubrir sus necesidades de atención, o bien por recibir prestaciones en especie –en 2012 entre € 450 y € 1550– en forma de servicios de atención

profesionales. Esas personas pueden también ofrecer la suma recibida al amigo o familiar que les cuida.

El sistema de seguro de atención crónica de Alemania se encarga de analizar la calidad de la atención dispensada en los aproximadamente 12 000 centros de ese tipo que hay en el país, y los beneficiarios pueden elegir el servicio y el lugar que deseen. (Desactivar la `bomba de relojería´ demográfica de Alemania. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos Volumen 90: 2012)

Cuidados paliativos

Cuando nos encontramos ante una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; si no hay posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento; si existen numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; un pronóstico de vida inferior a 6 meses y todo esto supone un gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte, estamos ante una enfermedad Terminal (Sociedad Española de Cuidados Paliativos). En cualquier caso, un enfermo no es terminal, si es potencialmente curable.

El cáncer, SIDA, enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardiaca, hepática etc.)... cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los cuidados paliativos.

Según datos incluidos en el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001) en marzo de ese año, en España existían, 241 dispositivos asistenciales de cuidados paliativos, la mitad de ellos, domiciliarios.

Sin embargo, la distribución territorial es irregular: Un 46 % de los programas se localizan en Cataluña. Hay equipos de Cuidados Paliativos trabajando en todas las comunidades autónomas. Sólo se han identificado ocho provincias en las que no hay constancia de ningún programa de Cuidados Paliativos. Los diferentes parámetros de actividad asistencial de programas de CP como nivel de cobertura para enfermos oncológicos, diversidad de recursos asistenciales, índices de actividad, estancias medias, tamaño de las unidades, etc., se encuentran cada vez más cerca de los comunicados por países con más tradición en Cuidados Paliativos. (Programas de Cuidados Paliativos en España, Carlos Centeno Cortés. Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria Universidad de Navarra, noviembre 2001).

Se estima que cada año se atienden aproximadamente 23.000 pacientes terminales distintos con estos dispositivos, de los cuales el 80% son pacientes oncológicos en fase terminal. En España trabajan al menos 399 médicos, 663 enfermeras y 398 auxiliares, 91 psicólogos, 134 trabajadores sociales y 49 capellanes en Cuidados Paliativos.

La mejora de las actitudes de los profesionales, la formación

específica, la dedicación de tiempo y espacios más tranquilos para la atención de estos enfermos, la priorización de su atención domiciliaria, el uso de documentación, la elaboración de protocolos (de síntomas como el dolor y de situaciones como la agonía) y la conexión de los recursos son algunas de las medidas a adoptar para mejorar los recursos sanitarios existentes.

Mejorar la comunicación interdisciplinar y entre los equipos (oncológicos, hospitales, atención primaria) es también una medida que mejora la atención integral de enfermos y familiares y permite el soporte de los profesionales sanitarios.

El Sistema Nacional de Salud, según el último informe publicado, destinó para el desarrollo específico de proyectos relacionados con cuidados paliativos 3.069.988 euros. Se evaluó la estrategia de Cuidados Paliativos, siendo actualizada para el periodo 2010-2013.

Las voluntades anticipadas

Las voluntades anticipadas surgieron en los años sesenta en EEUU. En España, fue Cataluña la primera comunidad autónoma en regularlas en 2000, realizándose a nivel estatal con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y también a nivel autonómico con diferentes leyes y decretos. Esta ley define el documento de instrucciones previas como aquel mediante el cual una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en las que no sea

capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo u órganos.

El uso del documento de voluntades anticipadas (DVA) se ve limitado por barreras como la incomodidad al pensar en la muerte o la falta de conocimiento del documento. Además, algunos pacientes prefieren que sean el médico o sus familiares los que decidan qué hacer cuando haya que tomar alguna decisión sobre sus cuidados, si ellos no están capacitados.

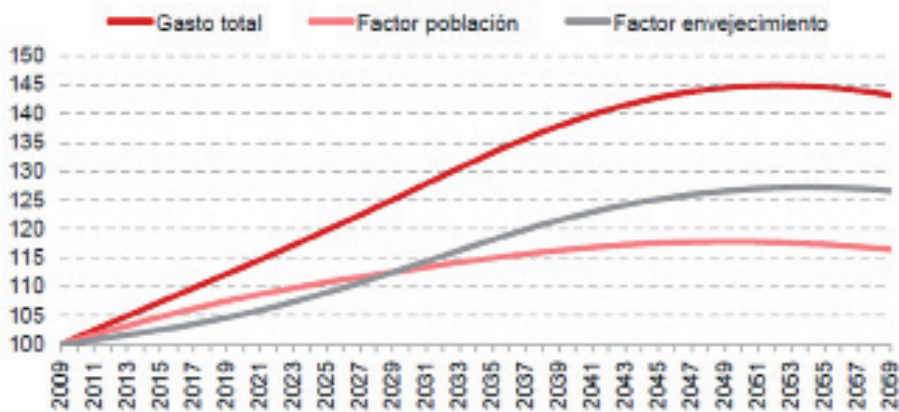
Se ha visto que hasta un 92% de los médicos muestra una actitud positiva hacia el DVA y que la postura de los pacientes también es favorable, pues hasta un 81% se manifiesta a favor de su uso. Este sentimiento positivo por ambas partes contrasta con los datos que indican que sólo entre un 15–25% de los adultos completan el documento. Actualmente se están produciendo cambios en la relación médico-paciente, evolucionando desde una actitud paternalista hacia una de decisiones compartidas... (Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. CSIC - UV. Base de Datos IME)

La atención sanitaria ¿A más mayores, más gasto?

Si nos atenemos a los datos aportados por la OCDE (Health at a Glance: Europe 2010. Health at a Glance: Europe 2010, OECD), hay que decir rotundamente que no. El gasto sanitario no es directamente proporcional con el porcentaje de

mayores de 65 años de un país. Por ejemplo la nación más envejecida del mundo, Japón, está entre las de gasto más bajo (ocupa el lugar 21 de 30) frente a Estados Unidos, que es la que más gasta y una de las menos envejecidas (ocupa puesto 23). En Europa países muy envejecidos ocupan en el ránking del gasto un lugar bastante inferior: Italia, es la 3ª en el ránking de los países más envejecidos, pero solo llega al puesto 16ª en gasto; seguida de Grecia como 4ª en vejez y 11ª en el gasto; Suecia, 5ª en la lista de la vejez y 14ª en el gasto; Finlandia, 11ª y 20ª; España, 12ª y 18ª, todas respectivamente. Y al revés, naciones poco envejecidas soportan un elevado gasto sanitario, como Canadá, 20ª en envejecimiento y 6ª en gasto; u Holanda, 16ª y 9ª; o Islandia, 26ª y 12ª.

**Descomposición del gasto sanitario en España 2009-2059
(2009=100)**



Fuente: INE (Proyecciones de Población) y elaboración propia

En el gráfico se compara la evolución del gasto sanitario con el PIB corriente y la población de 65 y más años en España. Retos socioeconómicos del envejecimiento en España. AFI, julio de 2009).

En prácticamente todos los estudios de proyección del gasto sanitario anual de distintos países (Australia, Canadá, Estados Unidos...), el envejecimiento de la población resulta ser una variable de escasa influencia. En una tasa de crecimiento compuesto anual del 8,48 (estimada para Estados Unidos de 1990 a 2030), el envejecimiento solo explica un 0,5%, un dieciseisavo, proporción en la que coinciden diferentes proyecciones.

Sin embargo el gasto sanitario no ha hecho más que aumentar en todos los países europeos en los últimos años, a menudo más rápidamente que el crecimiento económico, lo que supone un incremento del porcentaje del PIB asignado a asistencia sanitaria. En 2008, los países de la UE gastaron una media del 8,3 % de su PIB en asistencia sanitaria, mientras que en 1998 había supuesto el 7,3 %. Sin embargo, el porcentaje de PIB destinado a dicho ámbito es diferente en cada país, yendo de menos del 6 % en Chipre y Rumanía a más del 10 % en Alemania, Austria, Francia y Suiza.

En algunos países, la actual crisis económica ha incrementado el porcentaje de gasto en asistencia sanitaria con respecto al PIB, como es el caso de Irlanda, cuyo porcentaje de PIB

destinado a asistencia sanitaria aumentó del 7,5 % en 2007 al 8,7 % en 2008 y de España, del 8,4 % al 9,0 %. (Health at a Glance: Europe 2010. Health at a Glance: Europe 2010, OECD. Resumen en español)

Si continúan las tendencias actuales, el gasto sanitario en España podría superar el 16% en el año 2020. Si sumamos los costes derivados del envejecimiento de la población y la medicina preventiva, este porcentaje podría elevarse hasta un 30% del PIB en el año 2020.

Un gasto destinado en su mayor parte al cuidado de enfermos, sólo cerca del 3% del gasto sanitario actual en los países de la UE se dedica a la prevención y a programas de salud pública. La ONU, insiste también en la ausencia de relación entre envejecimiento de la población y el gasto creciente en el área

Personal médico y de enfermería en hospitales y centros de atención primaria del SNS 2004-2009.

	Médicos (*)			Personal de enfermería		
	Total	Hospitales	Atención Primaria	Total	Hospitales	Atención Primaria
2004	107.157	76.503	30.654	128.794	103.749	25.045
2005	109.412	78.229	31.183	132.222	106.532	25.690
2006	113.826	81.828	31.998	137.873	110.926	26.947
2007	119.476	85.994	33.482	143.358	116.058	27.300
2008	124.759	90.633	34.126	148.424	120.991	27.433
2009	128.399	93.757	34.642	152.740	124.080	28.660

Fuente Portal Estadístico del SNS.
(*) Médicos vinculados. Incluye MIR

de la salud. “Las proyecciones sobre los costes futuros de la sanidad en una población en proceso de envejecimiento son sumamente inciertas. En gran parte depende del diseño, gestión y financiación de los sistemas de salud. Para predecir la demanda futura de servicios sanitarios, hay que tener en cuenta:

- La estructura del sistema sanitario y el modo en que los servicios de salud se suministran a las personas de edad.
- Los modos de financiamiento del sistema de salud tanto en el sector público como en el privado, y la forma en que estos sectores interactúan en la provisión de servicios.
- La posibilidad de desarrollar programas especiales para personas de edad, en particular aquellos orientados a fomentar y mantener la salud. (Guía para la Aplicación Nacional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas, 2008. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales)

Los recursos humanos destinados al cuidado de los mayores.

Los recursos humanos disponibles en el sector de la salud –continúa diciendo Naciones Unidas en esta Guía–, son un factor clave para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios. A nivel mundial, hay escasez de médicos y enfermeros/as cualificados, que cada vez más abandonan su país de origen para encontrar mejores oportunidades profesionales en el extranjero. Los países con déficit de personal médico deberán identificar sus necesidades de recursos humanos ac-

tuales y en todo caso anticiparse a ellas, colaborando en su formación y capacitación para garantizar la disponibilidad de un número suficiente de profesionales de la salud que satisfaga la demanda del país.

“Deberán señalar, asimismo, estrategias para atraer y retener médicos y enfermeros/as. Será fundamental tener en cuenta el perfil de edad cambiante de un país al sopesar si se puede generar la cantidad suficiente de personal clínico y de otros profesionales para atender las necesidades de unos servicios de salud que también evolucionan”.

Una preocupación que según datos de la OCDE existe en muchos países europeos, donde el número de médicos es inferior en Turquía, Polonia y Rumanía, y relativamente bajo en Finlandia y Reino Unido.

Sin embargo en este último el número de médicos por cada 1.000 habitantes pasó de 2,0 en el año 2000 a 2,6 en el 2.008, lo que supone un incremento del 30%. Una tendencia que se ha mantenido en todos los países europeos (excepto en Eslovaquia), pasando de 3,0 médicos por 1.000 habitantes en el año 2000 a 3,3 en 2008. En países como Irlanda aumentó casi un 50 %. Gran parte de este incremento se debe a la contratación de médicos formados en el extranjero, que se triplicó en esos ocho años.

En el Reino Unido en 2003 dos tercios de los 15.000 nuevos médicos colegiados eran extranjeros y un tercio de los 71.000

médicos hospitalarios había obtenido el título de licenciatura en otro país (Buchan 2006). En 1998, en Australia el 21.3% de los médicos en ejercicio se habían formado fuera (Warwick & et al 2000).

En cuanto al ejercicio de la medicina, en casi todos los países excepto Portugal y Rumánia, ha aumentado el número de médicos especialistas frente a los médicos generalistas. Este crecimiento lento o la reducción del número de médicos generalistas o de familia afecta a las prestaciones primarias. En muchos países se plantea la posibilidad de buscar maneras de incentivar el interés en estos médicos, así como de desarrollar nuevas funciones para otros profesionales de la salud, como el personal de enfermería.

Efectivamente, en países como Francia se permite la reasignación de algunas tareas para suplir el déficit de algunas especialidades como por ejemplo medicina general, pediatría y geriatría y entre médicos y otros profesionales (oftalmólogos y ópticos; radiólogos y técnicos de radiología; o entre médicos generales y enfermeras, de tal manera que una de las soluciones para compensar la falta de personal en algunas especialidades, pase por el diseño de programas de formación que permitan cambiar de especialidad sin tener que empezar desde el principio.

En otros países donde la geografía es un factor a tener en cuenta (zonas aisladas, con baja densidad de población, con accesos difíciles) ya que el ejercicio de la medicina (y de cual-

quier otra actividad), resulta poco atractiva debido al número de inconvenientes, trabajan con un sistema de incentivos. Así por ejemplo Australia, EEUU, Suecia tienden a fomentar superávit globales para garantizar que haya oferta en las zonas deprimidas, y acometen medidas específicas, como primar la entrada a los estudios de Medicina de estudiantes procedentes de zonas rurales, fomentar las prácticas en el medio rural, ofrecer incentivos económicos, o ubicar las facultades de medicina en zonas rurales (Simoens & Hurst 2006).

En cuanto al personal de enfermería, desempeña una función importante al prestar asistencia sanitaria no solo en lugares tradicionales, como hospitales y otras instituciones para los cuidados de larga duración, sino también, y cada vez más, en atención primaria, sobre todo a enfermos crónicos y en los hogares de los pacientes. En 2008, había unos 15 enfermeros por 1000 habitantes en Finlandia, Irlanda, Islandia y Suiza y, algunos menos, en Dinamarca y Noruega. Turquía tenía el menor número de enfermeros, seguido de Grecia, Bulgaria y Chipre, con menos de 5 por 1000 habitantes.

Desde el año 2000, el número de enfermeros ha aumentado en todos los países europeos, excepto en Lituania y Eslovaquia. El aumento fue especialmente elevado en Portugal, España, Francia y Suiza.

En España, según recoge el Informe Anual SNS (2010), en el año 2009 había un total de 128.399 médicos de los que 34.642

ejercían en atención primaria y 93.757 en hospitales; y 152.740 enfermeros, 28.660 en atención primaria y 124.080 en hospitales. Lo llamativo es el aumento registrado desde el año 2004 en el personal médico hospitalario con 17.254 nuevas altas, cuatro veces más que en atención primaria con 3.998; en el personal de enfermería se han multiplicado por cinco el número de nuevas incorporaciones en los hospitales (21.331 plazas más que en 2004), respecto a atención primaria (3.615).

Para promover la salud, prevenir la enfermedad y tratar las enfermedades crónicas es fundamental una atención primaria eficaz a las personas mayores. En general, la formación de los profesionales sanitarios tiene un pequeño o nulo contenido en materia de atención a las personas mayores. Sin embargo, el tiempo que pasan atendiendo a este sector de la población va en aumento. La OMS sostiene que todos los prestadores de atención sanitaria deben poseer formación geriátrica, independientemente de cuál sea su profesión. (Diez datos y cifras sobre el envejecimiento y ciclo de vida. OMS).

Los centros y el personal de atención primaria deberían adaptarse a los mayores, funcionando de acuerdo a tres principios generales según se recoge en el folleto de la OMS Hacia una atención primaria adaptada a los mayores.

1º. Información, enseñanza y formación adaptada a los mayores. No obstante es allí donde el mayor recibe la mayor parte de las indicaciones relativas a su salud:

–Por tanto en primer lugar el personal de estos centros deben recibir una formación continua y básica que les sensibilice y les aporte herramientas para tratar con este grupo de edad, y sus especificidades (género, edad, culturales y económicos).

–Dotar a todo el personal clínico de atención primaria formación básica en las principales competencias de la atención a las personas mayores.

–Facilitar la información adecuada acerca de la promoción de la salud, el tratamiento de las enfermedades y las medicaciones, tanto a las personas mayores como a quienes cuidan de ellas, teniendo en cuenta sus circunstancias específicas (nivel cultural, género, circunstancias socio-económicas, etc).

–Revisar regularmente el uso de las medicaciones y de otros tratamientos, entre ellos la medicina y las prácticas tradicionales.

2º Adaptar a este grupo de edad los sistemas de gestión de la atención primaria:

–Adaptando procedimientos a necesidades.

–Facilitando el acceso a los servicios de los pacientes con ingresos más bajos.

–Apoyar la continuidad de la asistencia entre el nivel comu-

nitario y los niveles asistenciales primario, secundario y terciario; y mediante el mantenimiento de buenos registros en todos los niveles asistenciales.

–Asegurar la participación de las personas mayores en las decisiones sobre la organización de la atención primaria.

–Y proporcionar información adecuada sobre el funcionamiento de los centros de atención primaria, tales como horarios y coberturas sociales.

3ª Entorno físico accesible, limpio y seguro:

–Facilitar el acceso al centro de atención primaria en un medio de transporte seguro y asequible (contar con paradas de autobús, cercanías, taxis, plazas de aparcamiento para discapacitados, plazas de parking, etc).

–Colocar signos simples y de lectura fácil que faciliten la orientación de las personas mayores dentro del centro.

–Identificar al personal sanitario fundamental con carteles y tarjetas.

–Equipar los centros de atención primaria con buenas luces, superficies no resbaladizas, muebles estables y pasillos despejados.

–Asegurar que las instalaciones de atención primaria, inclui-

das las salas de espera, estén limpias y sean confortables.

España, según los expertos, está envejeciendo sin recursos sanitarios y asistenciales y personal suficientes para tratar los problemas sanitarios de las personas mayores. En la actualidad, los recursos sanitarios son insuficientes para atender los retos del envejecimiento, empezando por la reducida especialización en servicios geriátricos. Para resolver este déficit, los profesionales apuntan la necesidad de fortalecer los estudios de geriatría en la carrera de Medicina, ampliar las plazas de esta rama. Invertir en geriatría ahora puede ahorrar en el futuro costes socioeconómicos derivados de una falta de previsión.

El envejecimiento también afecta a los profesionales sanitarios y, por ello su jubilación implica una reducción significativa de sus efectivos, justo cuando las demandas están creciendo. Las soluciones a este problema pasan por potenciar la formación y nuevas contrataciones, pero también por mejorar las condiciones laborales que motiven a los profesionales sanitarios a retrasar la edad de jubilación, y fomentar la eficiencia y productividad a través de la cualificación permanente. (Retos socioeconómicos del envejecimiento en España. AFI, julio de 2009).

Según el estudio Oferta y Necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030) (Universidad de Las Palmas, marzo 2007), el perfil de envejecimiento de los especialistas médicos de los servicios públicos de salud difiere mucho entre

CCAA. Madrid (55%), Aragón (50%); Castilla y León (46%) o Asturias (45%), son las comunidades que cuentan con el mayor número de médicos mayores de 50 años. Por el contrario Extremadura, Baleares y Castilla La Mancha, tienen a los profesionales más jóvenes, sólo el 20%, el 25% y 26% respectivamente de sus médicos tienen más de 50 años.

Otro de los problemas con los que cuenta la asistencia sanitaria, es la distribución de los médicos especialistas por CC.AA. Cataluña por ejemplo tiene plantillas bien dotadas en algunas especialidades médicas; La Rioja, no cubre algunos servicios quirúrgicos; Madrid destaca por la escasez de pediatras y en Canarias falta personal para cubrir servicios de Cardiología, Obstetricia y Ginecología, Urología, y Radiodiagnóstico.

Todo indica (bolsas de trabajo, elección especialidades plazas MIR), que en el conjunto de España, hay especialidades deficitarias como Anestesiología, Radiología, Cirugía general, Pediatría y Medicina Familiar. Por ejemplo desde el año 2005 al 2010, 545 plazas MIR del sistema público que fueron convocadas para Medicina Familiar y Comunitaria, quedaron desiertas. Esto coincide claramente con las especialidades más elegidas por los MIR, en el año 2006 en el Top 3 estaban Dermatología, Cardiología y Cirugía Plástica Estética y Reparadora; lejos quedan Geriátría (puesto 35) y Medicina Familiar y Comunitaria (puesto 40).

Además los médicos tienen preferencia por ejercer en la Comunidad Autónoma donde han estudiado, e incluso perma-

necer en el centro donde se han formado. Entre las comunidades autónomas, Madrid, Andalucía y Cataluña lideran la lista de los territorios con mayor número de especialistas en formación en términos absolutos, en relación con el número de centros sanitarios terciarios y servicios de referencia de estas comunidades. En relación a las cifras de población, la Comunidad Foral de Navarra es la que tiene un mayor número de residentes en formación 78,6/100.000 habitantes, seguida de Cantabria (66,7/100.000 h.) y Madrid (65/100.000 h.). (Encuesta Nacional Salud, 2010)

La distribución de los recursos humanos sanitarios deberá adaptarse no solo a los cambios demográficos que están ocurriendo, y los que están por venir que modificará totalmente la pirámide de población; sino también a la distribución de la población mayor en el territorio, complicándose aún más los problemas en el medio rural y las zonas con población dispersa. Las comunidades más afectadas por el envejecimiento son: Castilla y León, Castilla-La Mancha, Aragón, Extremadura, Galicia, Asturias y Cantabria; frente a las comunidades del arco mediterráneo (Murcia, Comunidad Valenciana, Cataluña), los dos archipiélagos y Madrid que son las menos afectadas.

Pero para determinar la carga que el envejecimiento va a tener en el gasto sanitario en un futuro, no sólo hay que tener en cuenta la demografía sino también el nivel de renta y la formación de su población, la longevidad (especialmente esperanza de vida saludable), etcétera.

Conclusiones

La OMS en el documento Información general para el Día Mundial de la Salud 2012, propone algunas soluciones que permitan resolver los problemas del envejecimiento demográfico como son:

1. Adopción de un enfoque que abarque todas las etapas de la vida para favorecer una vejez sana y activa.
2. Reducir al mínimo las consecuencias de las enfermedades crónicas mediante la detección precoz y la prestación de una atención de salud de calidad (primaria, a largo plazo y cuidados paliativos), recomendando por ejemplo la realización de test que puedan detectar cambios metabólicos, como la hipertensión, la hiperglucemia y la hipercolesterolemia. Y atender, en todo caso, las necesidades de las personas que sufren enfermedades crónicas, y asegurarnos de que todo el mundo pueda tener una muerte digna.
3. Crear entornos físicos y sociales que promuevan la salud y la participación de las personas mayores.
4. Redefinir el envejecimiento: cambiar las actitudes sociales para promover la participación de las personas mayores. Hay que crear modelos de envejecimiento que nos ayuden a construir la sociedad que queremos para el día de mañana. (OMS. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012.)

La atención sanitaria no debe suponer solo un reto para el futuro, sino además una oportunidad de desarrollo económico y social. “Dentro de la economía del conocimiento, la sanidad es un sector estratégico para la economía española, por sus grandes posibilidades en la generación de empleo cualificado, aportación al PIB, y porque mejora la cadena de valor en elementos cruciales para el desarrollo de nuestro país: productividad, competitividad, innovación e internacionalización. Las oportunidades de negocio son amplias: desde los servicios médicos avanzados (consultoría, teleasistencia, servicios terapéuticos y asistenciales), la oferta educativa especializada a través de las universidades y formación profesional, la I+D+i y creación de empresas de bases tecnológicas (muchas de ellas de tipo spin-off, en torno a los centros de investigación y universitarios) y las numerosas derivadas en industrias punteras (sector farmacéutico, aparatos médicos, aplicaciones TICs, domótica sanitaria, etc.)”. Retos socioeconómicos del envejecimiento en España. AFI, julio de 2009.

Por ejemplo el sector de Tecnología Sanitaria en España, facturó en 2008 cerca de 8.350 millones de euros, alcanzando aproximadamente los 8.800 millones de euros en 2009. Y destinando en ese mismo año a I+D aproximadamente 390 millones de euros.

La inversión en innovación sanitaria ofrece además otros beneficios sociales como son:

- Incrementar la esperanza y calidad de vida mediante la mejora de los diagnósticos y tratamientos.
- Optimizar los procesos relacionados con el ámbito asistencial gracias a la implantación de tratamientos que permiten reducir la intensidad de uso de recursos asistenciales y la frecuentación. Por ejemplo los avances en e-Salud que ofrecen la posibilidad de separar geográficamente la obtención de datos de diagnóstico del paciente de la interpretación de sus resultados y la elección de un determinado tratamiento.
- Reducir los costes de tratamiento a través de la detección temprana de las enfermedades. Por ejemplo gracias a los avances en mamografías entre los años 1974 y 2001 se ha generado un incremento de la tasa de supervivencia en cáncer de mama a 5 años de un 75% a un 88%. (El sector de tecnología sanitaria y el fortalecimiento de la economía española, 2001. Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria y Prince Waterhouse).

Bibliografía:

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Observación general N° 6, 1995.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Observación general N° 14, mayo 2000.

Lista modelo de la OMS de medicamentos esenciales. 17ª lista (Revision marzo de 2011.)

Declaración de voluntades anticipadas: estudio cualitativo en personas mayores y médicos de Atención Primaria. Navarro Bravo, B; Sánchez García, M; Andrés Pretel, F; Juárez Casalengua, I; Cerdá Díaz, R; Párraga Martínez, I; Jiménez Redondo, JR; López-Torres Hidalgo, JD . CSIC - UV. Base de Datos IME.

Guía para la Aplicación Nacional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas, 2008. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.

“Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores” (julio, 2011).

Active Ageing: A Polcy Framework, 2002. OMS.

Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. OMS- International Longevity Center – UK, Centro Internacional de Promoción de la Longevidad, Reino Unido.

La salud en la tercera edad. Carlos Vasallo y Matilde Sellanes. Informe sobre tercera edad en Argentina. Año 2000.

Health at a Glance: Europe 2010. OECD (2010), Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing.

Eurostat regional yearbook 2011.

Retos socioeconómicos del envejecimiento en España. AFI, julio de 2009.

Hacia una atención primaria adaptada a los mayores, OMS.

Oferta y Necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030) Dra. Beatriz González López-Valcárcel y Dra. Patricia Barber Pérez. Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Universidad de Las Palmas, marzo 2007.

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2010.

Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicador-

res estadísticos básicos. Informes Portal Mayores. Octubre 2011.

Las personas mayores en España, Imsero 2008.

Encuesta de Salud Oral de España, 2010 del Consejo de Dentistas.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos Volumen 90: 2012 Volumen 90, Número 2, febrero 2011, 77-156

Desactivar la `bomba de relojería´ demográfica de Alemania. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos Volumen 90: 2012

Plan Nacional de Cuidados Paliativos. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001)

Programas de Cuidados Paliativos en España. Carlos Centeno Cortés. Equipo de Medicina Paliativa. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra, noviembre 2001.

El sector de tecnología sanitaria y el fortalecimiento de la economía española. 2001. Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria y Prince Waterhouse).