

UNA ESPAÑA QUE ENVEJECE

Antonio Abellán García
Adalberto Aguilar Baltar
Francisco Barco Solleiro
Gloria Fernández-Mayoralas
José Luís Jordana Laguna
Francisco Jurdao Arrones
Nicolás Mallo Fernández
Rafael Pineda Soria
Florián Ramírez Izquierdo
Angel Rodríguez Castedo
Fermina Rojo Pérez
José María Ruiz de Velasco
Andrew Sixsmith
Ana Vicente Merino

SERIE: CURSOS DE VERANO

Una España que envejece
primera edición, julio 1992.

- © de cada uno de los autores para sus artículos
- © de la presente edición:
Universidad Hispanoamericana Santa María de la Rábida

ISBN: 84-80010-004-4

DL: GR 863/1992

Imprime: Gráficas Anel, S.A.
Polígono Industrial Juncaril
Albolote (Granada)

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ella mediante el alquiler o préstamo públicos.

11. SOLUCIONES Y DEMANDAS QUE PLANTEA LA UNION DEMOCRATICA DE PENSIONISTAS.

Nicolás Mallo Fernández

Los procesos de industrialización, urbanización y modernización social acaecidos en el presente siglo han transformado excesivamente las estructuras y las condiciones de vida de la sociedad «occidental» actual. La aparición de nuevos valores culturales y la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la modificación radical de la estructura familiar, y sobre todo, el envejecimiento acelerado de la población (consecuencia del incremento de la esperanza de vida, y la disminución de la natalidad) han provocado una profunda transformación social, transformación que demanda nuevas respuestas al desafío que supone para nuestro colectivo, cambios tan esenciales en la sociedad y sistemas de vida.

Cada vez hay más personas mayores, y la sociedad envejece progresivamente: el 14.4% de la población española en el año 2000 tendrá más de 65 años, y se estima que para el 2050 este grupo representará el 23% de la población. España va a ser en el próximo siglo uno de los países con una estructura de edades más vieja de toda Europa. El impacto social de este fenómeno obligará a que nos replanteemos el modelo de sociedad, las necesidades sociales y sanitarias, así como la distribución de recursos y las características y orientación de la política sociosanitaria.

El proceso de envejecimiento plantea ciertos fenómenos característicos:

1º. Aparece un nuevo grupo de edad, los viejos-jóvenes, personas jubiladas con buenos niveles de salud, pero que se ven apartados progresivamente de la vida social activa.

Nicolás Mallo Fernández es Presidente de la Unión Democrática de Pensionistas.

2º. Por otra parte, las personas viven más años, pero están enfermas durante más tiempo, sufren más enfermedades crónicas o incapacitantes, y se gastan más recursos por el incremento en la demanda de servicios sanitarios y asistenciales. La previsión de gastos sociosanitarios impone reestructuraciones importantes en la política y gasto social (en el año 2001 los mayores de 80 años serán 2.4 millones de personas.)

3º. La responsabilidad de cuidar a las personas ancianas recae cada vez más en el sector público y en instituciones sociales, sustituyendo los servicios de atención que tradicionalmente antes proveía la familia.

4º. Se incrementará la presión sobre las economías domésticas y públicas, y sobre una población activa cada día proporcionalmente menor. Según las previsiones de la O.C.D.E., en el año 2040 el aumento de personas mayores supondrá un incremento del 40% en los gastos sanitarios, las pensiones costarán un 85% más y el conjunto de los gastos sociales crecerá un 33%.

5º. El envejecimiento de la población ha puesto de manifiesto que el modelo institucional del sistema sanitario occidental, pensado para tratar procesos breves (pacientes agudos) debe redefinir su modelo de gestión. Hay que incorporar la dimensión asistencial y medidas de integración social a la atención institucionalizada. Por razones estructurales, desde una perspectiva técnica se es incapaz de concebir qué va a suceder cuando un paciente sale de la consulta o deja el hospital. Al mismo tiempo los enormes costes que los «crónicos» suponen para el sistema sanitario, han provado un excesivo peso (político) en la estructura y gestores sanitarios, a pesar de su cada vez menor relevancia en el mantenimiento de la salud. El «valor salud» está llegando a ser menos importante que el «valor económico».

6º. Aunque cada vez hay más personas en la cúspide de la pirámide poblacional, la dinámica social y la estructura de roles corresponden a una sociedad más joven: ello origina retrasos culturales y disfunciones estructurales.

7º. En nuestro inmediato entorno cultural, la vejez y la enfermedad se definen socialmente como carencias (de procrear y trabajar, por un lado, y de independencia y vigor por otro lado). Estas representaciones ideológicas influyen y determinan aspectos decisivos de nuestra vida cotidiana.

8º. Como último fenómeno característico, hay que señalar que las personas mayores forman un grupo poblacional con un gran peso electoral y poder de presión. Esto afectará a las actitudes y opiniones públicas y puede llegar a formar cambios importantes en el contenido y las coordenadas del conflicto social y político.

Demandas y Soluciones.

El envejecimiento de la población plantea dilemas de tipo económico, social y político, y exige de nuestra sociedad, el definir la sociedad futura deseada y articular los objetivos y políticas sociales específicas orientadas a cubrir las diversas necesidades derivadas de la nueva estructura de la sociedad. Esta situación es compleja y abarca diversas dimensiones.

En nuestro país, el envejecimiento de la población, ya ha provocado una respuesta institucional: el Plan Gerontológico Nacional. Este Plan cubre «en teoría» todas las necesidades de atención sociosanitaria y otras prestaciones dirigidas a nuestro colectivo, siendo sin duda, un marco que abarca casi toda nuestra problemática, pero que se enfrenta con el problema de llevar a la práctica una gran cantidad de medidas diversas, con el añadido de que deben hacerse en las todavía descoordinadas y duplicadas estructuras (sociosanitarias) actuales.

La U.D.P. ya reconoció el pasado mes de mayo en Lucerna (Suiza), en el marco del XVII Pleno del Comité Confederado de nuestra Organización, la oportunidad y la gran duda de este Plan Gerontológico. Tanto allí, como ahora aquí, quisiera profundizar en tres requisitos necesarios, no para llevarlo a buen puerto, sino simplemente para ponerlo en marcha.

A) El Plan Gerontológico es bueno políticamente, pero sólo será factible si previamente se articulan las actuaciones de los distintos

niveles administrativos. La dispersión legislativa entre las distintas instituciones y organismos con autoridad presupuestaria, con políticas y acciones muchas veces descoordinadas, impide una correcta planificación, necesaria para optimizar los recursos, mejorar los resultados y abaratar los costes. La *reorganización estructural* debe ser previa al gasto público.

B) Las respuestas tienen que ser «integradas» (multidisciplinarias e intersectoriales) y estar contextualizadas. (Los programas de Geriátrica que la Atención Primaria desarrolla en algunos Centros de Salud apuntan en esta dirección)

C) Hoy por hoy, las respuestas institucionales están todavía basadas en el sistema de la oferta. La adecuada utilización de las mismas supone reconocer el siempre cambiante papel de la demanda. Por eso, el problema no sería sólo el de la carencia de recursos, siempre insuficientes, sino el de *priorizar y coordinar* las acciones precisas dirigidas a satisfacer las necesidades reales de la demanda. Esto sólo es posible con voluntad política.

Las decisiones presupuestarias de la Administración deben estar sustentadas en el mantenimiento de prioridades explícitas. Para nosotros, la atención sociosanitaria derivada del aumento de enfermedades crónicas e incapacitantes (dolencias reumáticas, patologías cardiovasculares, respiratorias y de tipo psíquico, etc.) exige una actuación de orden preferente.

Necesidades de Atención Sociosanitaria.

Los hechos así lo muestran. Un elevado número de los enfermos ingresados en los hospitales son crónicos dados de alta, que permanecen allí por falta de plazas en centros para enfermedades de larga duración. Esta situación provoca no sólo un problema de costes (un día de hospitalización en un centro de agudos cuesta cuatro veces más que un día de estancia en un centro para enfermos crónicos) sino también que la persona mayor no reciba la atención específica que necesita (mala utilización de recursos), que se ocupen camas necesarias para otros enfermos (mala utilización de recursos otra vez), que aumente la demora en las listas de espera (crece la insatisfacción de

los usuarios) y que se desmotive a los profesionales (desmoralización).

Pero al mismo tiempo, los centros para enfermos crónicos se encuentran a su vez saturados por la falta de residencias asistidas (se necesitan 100.000 plazas para atender la demanda actual), y servicios alternativos para el cuidado de los ancianos. Se necesita crear más estructuras intermedias de tipo social (hospitales y centros de día).

Esta demanda creciente de atención sociosanitaria debe abordarse desde dos ámbitos; por un lado, con el necesario incremento del gasto. España es hoy uno de los países de la O.C.D.E. con menor gasto público sanitario «per cápita». El aumento necesario de los gastos debe sacarse de otros programas gubernamentales, priorizando aquel para evitar contradecir los objetivos económicos del Gobierno de limitar el déficit público.

Por otro lado, la demanda creciente de atención sociosanitaria hay que abordarla esencialmente desde otra óptica: con alternativas no institucionales, más eficaces y baratas y que posibiliten la independencia, la autonomía personal y la permanencia de las personas mayores en su entorno.

Hay que fomentar aquellas alternativas todavía poco experimentadas (pisos tutelados, viviendas compartidas, hogares de día, etc.) y desarrollar la ayuda a domicilio (incluyendo la hospitalización domiciliaria y procesos postoperatorios). La cobertura de la atención sociosanitaria en el propio domicilio es insuficiente ante la demanda que existe: entre el 15 y 20% de la población de más de 65 años tiene limitaciones en su autonomía que les impide salir solos de sus domicilios.

Según un estudio reciente del INSERSO, muchas personas mayores que se encuentran en espera de ingreso en residencias, podrían ver resueltas sus necesidades actuales de atención mediante la ayuda domiciliaria. La potenciación de la ayuda a domicilio, concluye el estudio, supondría un incremento del número de años vividos en condiciones adecuadas de atención dentro del entorno social y familiar normal.

Estamos convencidos, por nuestra experiencia, que la mayoría de las personas pueden permanecer en su domicilio si éste está adaptado a las necesidades que imponen sus cambios físicos y si se le ofrecen los servicios de ayuda que va necesitando (telealarmas, etc.).

Creemos que es necesario también poner mayor énfasis en los servicios comunitarios y los sistemas informales de autoayuda y apoyar a la familia como cuidador tradicional de los mayores incluso reconociendo la labor de la mujer como tiempo económicamente productivo. La mujer, en su doble papel de hija y esposa a lo largo de su vida, es todavía una fuente importante de atención sanitaria, en su mayor parte ignorada en la investigación y en las políticas públicas.

Mejorar el Sistema Sanitario. Cubrir las necesidades de atención sociosanitaria de las personas mayores exige mejorar el sistema de salud. Hay que *reorientar y reorganizar* el sistema sanitario desde un enfoque epidemiológico (nexo entre lo biológico y lo social) y preventivo que complemente la acción terapéutica y rehabilitadora.

La *reorientación* va dirigida para actuar decididamente sobre aquellos factores sociales determinantes de la salud que en teoría son modificables (la enfermedad es de naturaleza multifactorial). Muchas de las enfermedades que afectan a las personas mayores tienen un componente social inmediato (mala alimentación, malas condiciones de la vivienda, poca higiene, etc.). Hay que dedicar mayor porcentaje de recursos a la prevención de factores de riesgo y a la educación sanitaria. Las enfermedades causadas por ejemplo por los denominados estilos de vida insanos (cardiovasculares, accidentes, enfermedades respiratorias crónicas, etc.) son las que mayores costes directos ocasionan al sistema sanitario.

La *reorganización* del sistema sanitario va dirigida a optimizar la atención sanitaria. La ineficiencia es moralmente inaceptable, ya que se priva a otras personas del uso alternativo de recursos. Se trata de equilibrar los principios de equidad sanitaria y la eficiencia. Estos objetivos pasan por la búsqueda de técnicas de gestión administrativa que contribuyan efectivamente a reforzar el carácter público de nuestro sistema sanitario, consolidar más sus aspectos positivos y mejorar la eficacia y funcionamiento de sus instrumentos y servicios.

A pesar de la complejidad organizativa y profesional del sistema sanitario, algunas pautas a seguir pueden ser las siguientes:

- Mejorar y potenciar el filtro de la Atención Primaria de Salud. Según los estudios, el 90% de las urgencias médicas actuales deberían solucionarse en la Atención Primaria. La Geriátrica propone que el 85% de las consultas efectuadas por las personas mayores deben resolverse en este nivel.

- Que las zonas y áreas de salud se transformen en zonas y áreas sociosanitarias, determinando qué cuidados y atenciones valoran y necesitan las personas mayores. Esto exige la adecuada coordinación de los recursos sociales y sanitarios.

- Que se agilice la función administrativa: la anunciada reforma administrativa de los servicios públicos puede servir (se introduce el principio de coste-beneficio; se descentraliza la gestión, diferenciándola de la financiación y la regulación, y se responsabiliza a los profesionales de los resultados; se potencian los recursos humanos, etc.).

- La reorganización exige también suficiencia presupuestaria: inversiones en equipamientos médico-sociales y hoteleros, y sobre todo, en infraestructuras del nivel primario.

Consideramos a la salud como un «bien social». La mejor estrategia para conseguir este objetivo es mantener, mejorando, el actual sistema público.

La universalización de la cobertura sanitaria y los efectos redistributivos de la asignación de los recursos, son una conquista social a la que las personas mayores no estamos dispuestos a renunciar. A pesar de que el incremento creciente en el gasto social nunca podrá evitar las desigualdades de salud (por la persistencia de desigualdades básicas de carácter político y social, y por el sesgo favorable a las clases medias, más articuladas en el acceso, utilización y disfrute de los recursos), el sistema público de salud es el mejor instrumento corrector para lograr el objetivo de la equidad sanitaria. Los expertos señalan que no hay ninguna prueba de la superioridad de

la solución privada, ni en cuanto a mejorar la calidad, ni la eficacia y la equidad.

Otras Demandas y Soluciones.

Las demandas y soluciones derivadas del proceso de envejecimiento de la población, dada la complejidad del fenómeno, abarcan otras dimensiones complementarias no menos importantes, que aquí no se desarrollan. Estas son:

- elevar las pensiones mínimas a la cota de suficiencia económica que marca la Constitución.
- ampliar la oferta y medios destinados al aprovechamiento del ocio y tiempo libre.
- desarrollar más los programas de preparación a la jubilación.
- mejorar las condiciones de habitabilidad de las viviendas como estrategias que permitan la autonomía o independencia personal y la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual.
- potenciar de manera continuada la investigación gerontológica y geriátrica, actualmente muy limitada.
- crear más plazas de médicos especialistas en geriatría, así como de otros profesionales dedicados a la atención de las personas mayores.
- crear guarderías infantiles, implantar regímenes de trabajos compartidos y de excedencia para fomentar la participación femenina en el mundo laboral.
- posibilitar la integración económica del jubilado por medio de actividades complementarias remuneradas pero necesarias a la comunidad (el sector servicios ofrece muchas posibilidades; también los ofrece la recuperación de nuestro patrimonio histórico cultural).
- que se cubra la desatención de los mayores de muchas zonas rurales deprimidas y marginales.
- articular imágenes culturales y sociales de la vejez y la enfermedad no negativas e integradoras.

- fomentar la participación y el voluntariado. Esto contribuiría a redistribuir el coste social y económico de nuestras demandas y soluciones. Además, para evitar el asistencialismo integrador del poder político, la U.D.P. ofrece, y esta es nuestra oferta, el *marco asociativo* como medio de identificación de problemas y desarrollo personal y social, revulsivo contra la soledad y el aislamiento, y vehículo de expresión de comportamientos y actividades.

Epílogo.

El envejecimiento de la población plantea retos de toda índole que requieren medidas de política social específicas que den forma a la sociedad futura. Puesto que habrá que inventar la sociedad que se quiere, habrá que conjugar realidad y deseo.

Y para terminar, es preciso decir que el deseo es caminar hacia una sanidad y atención médica no para ricos, sino a una cada día más rica sanidad para todos los españoles.