

EL PACIENTE ANCIANO: DEMOGRAFÍA, EPIDEMIOLOGÍA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS

Luis Romero Rizos
Elena Martín Sebastía
José Luis Navarro López
Carmen Luengo Márquez

Introducción

El fenómeno del envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia social que está suscitando la atención a múltiples niveles (políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigaciones científicas) por las enormes consecuencias que se están empezando a notar y se acentuarán en los próximos años. Se asiste a un cambio profundo en la estructura por edades de la población que comporta un incremento en términos absolutos y relativos del colectivo del grupo de personas mayores con disminución del grupo de los de menor edad.

Con frecuencia escuchamos «el problema del envejecimiento de la población» con un matiz claramente peyorativo, para referirse a un fenómeno de carácter demográfico que en buena medida es el fruto de los éxitos económicos, sociales y sanitarios que han conseguido alargar la vida de las personas; parece lógico pensar que con nuestro propio éxito hemos creado un problema, generando alarma social ante este proceso por surgir incremento de las demandas asistenciales por parte de los ancianos muy superior al resto de la población total.

Envejecimiento poblacional: fenómeno mundial

En términos estadísticos, el envejecimiento poblacional se entiende por el incremento de la proporción de personas mayores, así como el incremento de la edad media de la población. Es consecuencia de diversos factores: unos directos, como la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, que contribuyen a que cada vez existan mayor número de personas de edad en números absolutos, y otros indirectos, como es el descenso de la natalidad, la estructura por edades o las migraciones, que también favorecen este aumento.

Es erróneo pensar que el mundo actual es, en su conjunto, viejo, ya que existen zonas del planeta (países africanos o asiáticos) en las que los ancianos ni siquiera alcanzan 3-6% de la población. El envejecimiento del mundo sólo afecta a una pequeña parte del

mismo, siendo un fenómeno de los denominados países desarrollados, entre los que se encuentra España. La gran heterogeneidad demográfica de la población permite analizar seis posibles escenarios de envejecimiento poblacional:

Tabla 1. Población de 65 y más años. Previsiones nacionales Unión Europea 2000-2020

Países	65 y más años			
	2000		2020	
	Absoluto (*)	%	Absoluto (*)	%
Total UE-15	61.388,8	16,3	79.129,1	20,6
Alemania	13.654,1	16,7	17.387,5	21,7
Austria	1.254,9	15,5	1.660,4	20,0
Bélgica	1.709,8	16,7	2.051,3	19,8
Dinamarca	790,4	14,8	1.081,4	18,8
España	6.589,0	16,7	7.803,0	19,8
Finlandia	765,5	14,8	1.176,4	22,2
Francia	9.413,4	16,0	12.010,3	19,6
Grecia (I)	1.819,2	17,3	2.297,0	21,3
Irlanda	423,8	11,2	655,2	14,8
Italia	10.370,5	18,0	13.714,0	23,6
Luxemburgo	62,5	14,7	86,8	17,8
Países Bajos	2.152,4	13,6	3.219,7	18,4
Portugal (I)	1.535,2	15,3	1.897,8	18,0
Reino Unido	9.311,0	15,6	12.038,0	19,0
Suecia	1.536,9	17,3	2.050,4	22,2

(I) Escenario de base en la proyección de Eurostat, 2000. Puede haber disparidades con otras fuentes.

(*) En miles.

Fuente: Eurostat: Statistiques sociales européennes. Luxembourg, 2001; 174 P; Tablas 1-5, p. 130; Tablas 1-8, p. 132.

- El escenario africano: extraordinaria juventud en su población, con un 45% menor de 15 años, y sólo un 3% mayor de 65 años. Alta natalidad y baja esperanza de vida (52 años).
- El modelo medio-oriental: similar al anterior, pero mejorando la esperanza de vida, lo que aumenta el porcentaje de mayores progresivamente.
- El modelo latinoamericano: presentan una acelerada transición demográfica con disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, aunque el conjunto de población aún es muy joven, con sólo 6-10% de mayores de 65 años dependiendo del país.
- Los países productores de petróleo: comportamiento demográfico peculiar compuesto por poblaciones poco numerosas y con grandes recursos económicos, estos países no envejecen debido al atractivo económico que atrae a poblaciones inmigrantes jóvenes con gran capacidad reproductora.
- El modelo norteamericano: extensible a Canadá y Australia, con poblaciones menos envejecidas que las europeas. La importante inmigración, con gran mezcla de grupos étnicos, retrasa el fenómeno del envejecimiento.
- El modelo europeo: la caída de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida por el descenso de la mortalidad constituyen la avanzada de futuro del envejecimiento del planeta. La población de 65 años y más, según previsiones europeas 2000-2020, se muestra en la tabla 1.

Si analizamos el envejecimiento en España en el año 1996, el 15,6% de la población era mayor de 65 años, siendo la novena población más envejecida del mundo, y tendrá el privilegio de encabezar la lista para el año 2050 (ONU, 1998), con las implicaciones económicas, sociales y sanitarias que ello conllevará. La evolución de la población española mayor de 65 años por grupos de edades se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Evolución de la población mayor. España, 1900-2050

Años*	Total España		65 y más		75 y más		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
1900	18.618.086	967.754	5,2	264.023	1,4	115.365	0,6	
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	292.062	1,5	132.615	0,7	
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	329.196	1,5	143.014	0,7	
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	411.330	1,7	177.113	0,7	
1940	25.877.971	1.690.388	6,5	512.902	2,0	222.498	0,9	
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	629.186	2,2	272.478	1,0	
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	815.433	2,7	368.975	1,2	
1970	34.040.657	3.290.673	9,7	1.109.128	3,3	523.656	1,5	
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	1.577.311	4,2	725.131	1,9	
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	2.200.571	5,7	1.147.868	3,0	
2000	40.499.790	6.842.143	16,9	2.933.184	7,2	1.545.994	3,8	
2010	42.359.314	7.577.036	17,9	3.867.933	9,1	2.205.449	5,2	
2020	43.378.337	8.622.336	19,9	4.140.298	9,5	2.471.835	5,7	
2030	43.369.945	10.406.389	24,0	4.795.891	11,1	2.820.780	6,5	
2040	42.744.320	12.443.311	29,1	5.915.505	13,8	3.389.895	7,9	
2050	41.199.961	12.819.889	31,1	6.996.060	17,0	4.141.449	10,1	

* De 1900 a 2000 los datos son reales; de 2010 a 2050, se trata de proyecciones; desde 1970, la población es de derecho.

Fuente: INE: Anuario Estadístico, varios años.

INE: Censos de Población.

INE: INEBASE: Revisión del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2000. INE, 2002.

INE: INEBASE: Proyecciones de la población de España calculados a partir del Censo Población a 31 de diciembre de 1991, INE, 2002.

Confederación Cajas de Ahorro: Estadísticas básicas de España.

Componentes del envejecimiento

A continuación se analizan, de forma individual, los componentes del envejecimiento:

Natalidad

El primero y más importante de los elementos demográficos que participan en el proceso del envejecimiento es la disminución de la fecundidad al suponer un descenso de los nacimientos que produce sucesivas mermas de los grupos de jóvenes, con aumento progresivo de los más mayores. Este fenómeno sucede principalmente en los países con mayor nivel de renta y del nivel cultural. Existen dos indicadores que miden la natalidad:

- Tasa bruta de natalidad (relaciona número de nacidos con la población total, expresado en tantos por mil).
- Tasa general de fecundidad (que mide el número medio de hijos que espera tener una mujer a lo largo de su vida fértil).

A principios de siglo la tasa bruta de natalidad era del 34 por mil, siendo en la actualidad en torno al 9 por mil; en términos de fecundidad, antes del año 1936 una mujer esperaba tener una media de 4 hijos, siendo en este momento de 1,303, con ligero repunte en los últimos años, esperando que alcance 1,6 para el año 2026. En la Unión Europea, España es el país actualmente con más baja tasa de natalidad (tabla 3).

Mortalidad

La disminución de las tasas específicas de mortalidad, con el consiguiente aumento de la probabilidad de supervivencia y esperanza de vida en todas las

edades, es el otro gran elemento que influye en el envejecimiento poblacional. El índice de mortalidad ha disminuido desde un 28 por mil al inicio del siglo hasta un 9,16 por mil en el año 2004 para el conjunto nacional (del 45,1 por mil entre las personas mayores) (tabla 3). Esta tasa ha ido decreciendo hasta los años ochenta del pasado siglo tendiendo desde entonces a aumentar cada año, algunos lo han atribuido a la aparición de nuevas enfermedades, pero la causa está ligada fundamentalmente al fuerte envejecimiento de la población y a la incidencia del mismo sobre la mortalidad general. Se analizan por separado:

Mortalidad por edad

La probabilidad de morir no es la misma a lo largo de la vida, es más alta en el primer mes y año de vida, cayendo posteriormente y presentando un ligero repunte en jóvenes y varones (accidentes de tráfico...); en el caso de las personas mayores existe una relación lineal entre edad y mortalidad (13 por mil a los 65 años, 20 por mil a los 70, 33 por mil a los 75, 60 por mil a los 80, 105 por mil a los 85, y cerca del 200 por mil a los 90). Es posible que todavía no se hayan alcanzado los topes mínimos de mortalidad, por lo que es de esperar que continúe disminuyendo.

Mortalidad por sexo

El exceso de natalidad masculina se equilibra con una mayor mortalidad en los primeros meses y años de vida; aunque en el primer tercio de la vida la población está ligeramente masculinizada, a partir de los 32

Tabla 3. Evolución natalidad y mortalidad (‰)

Año	T. B. natalidad	T. B. mortalidad
1901	35	27,8
1930	28,2	16,8
1940	23,1	12,2
1960	21,6	8,6
1980	15,2	7,7
1990	10,3	8,5
1995	9,3	8,7
1997	9,2	8,9
2004	10,50	9,16

T. B.: Tasa bruta

Tabla 4. Mortalidad por edades. INE, 1998 (‰)

Años	Global	Varones	Mujeres
0	5,83	6,44	5,23
10	0,15	0,16	0,14
20	0,61	0,94	0,27
35	1,62	2,43	0,81
50	3,58	5,08	2,11
65	12,86	18,67	7,72
70	20,08	28,90	12,85
75	33,28	45,80	24,50
80	59,85	77,85	49,18
85	106,48	126,93	95,92
90	179,20	198,64	170,77
100	600,03	602,85	599,33

INE: Instituto Nacional de Estadística

años se invierte el proceso hasta duplicar las mujeres a los hombres a los 80 años (estando en el origen de descompensación progresiva de forma casi exclusiva la mortalidad). La tabla 4 muestra la mortalidad diferencial según edad y sexo.

Mortalidad por causa

Según los últimos datos de INE, en 1999 fallecieron en España 371.102 personas, de las cuales 304.079, es decir, el 81,9%, eran mayores de 65 años; de éstos, 174.332 eran octogenarios, por lo tanto casi la mitad de los fallecidos ese año eran mayores de 80 años, destacable también que el número de centenarios fue de 1.700, superando a las defunciones de menores de un año (1.565). Desglosando la mortalidad por causas sobresalen las enfermedades del aparato circulatorio, que incluyen la enfermedad cerebrovascular y cardiopatías en general, siguiéndoles en frecuencia los tumores, suponiendo entre las dos 640 por mil de todas las causas. De los tumores en los varones destaca en los jóvenes el de pulmón para aumentar la relevancia en edades más avanzadas el de próstata; en las mujeres destacan la muerte por el de mama, aunque los diagnósticos precoces retrasan la mortalidad. Le siguen en importancia las de origen respiratorio, observándose un aumento de la incidencia de las enfermedades mentales. La mortalidad por enfermedades cardiocirculatorias se retrasa hacia edades superiores y ocasiona la aparición de enfermedades degenerativas incapacitantes de tipo osteomuscular y nervioso con enorme repercusión en la calidad de vida de los últimos años. El retraso en el patrón de edad y tipo de enfermedad que lleva a la muerte en edades avanzadas hace pensar en potenciales cuidadores envejecidos con demandas estresantes que obligan a aportar nuevas soluciones. A destacar el crecimiento exponencial de demencias como patología generadora de cuidados de larga duración y lo que esto supone. Aunque la cifra de afectados por enfermedades del aparato circulatorio supera en siete veces a los afectados por enfermedades mentales/nerviosas en ancianos, sin embargo, estamos hablando de incrementos de éstas superiores a 2.500% en los últimos 16 años para las mujeres de 75 y más años, y 2.000% para los varones de 85 y más.

De especial interés es la clarificación de la terminología ampliamente utilizada en la bibliografía internacional a la hora de consultar datos sobre longevidad, refiriéndose a términos de medidas de duración de la vida, que utilizando conceptos teóricos provenientes de la biología y de la estadística los aplica a conceptos matemáticos-descriptivos:

- Máxima duración de la vida: es el número potencial de años de vida en ausencia de factores de riesgo externo. Incide directamente sobre la carga genética individual o de especie. Para cada

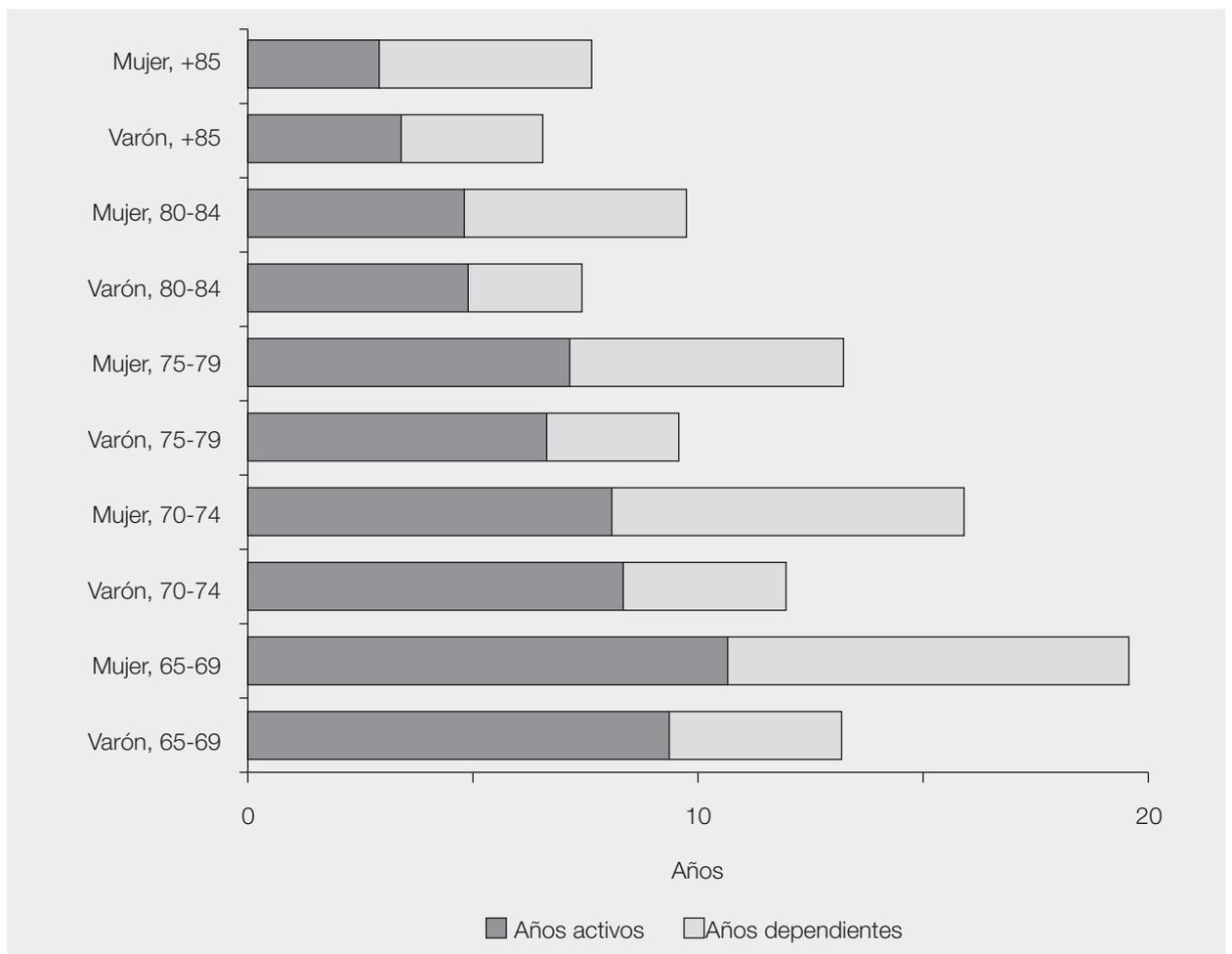
especie, su cálculo se basa en una estimación estadística que se realiza hallando la media de edad de los individuos pertenecientes al último percentil de la curva de supervivencia de las sucesivas cohortes examinadas. En el hombre se sitúa en un rango entre 100 y 130 años.

- Máxima duración de la vida verificada: en la especie humana lo representa la francesa Jeanne Calment, fallecida en 1997 a los 122,5 años. En el año 2003 se publicó el fallecimiento de una anciana brasileña a los 124,5 años.
- Expectativa de vida: es sinónimo de esperanza de vida y traduce el promedio de años que puede vivir un individuo de una población nacido en la misma fecha a partir de su nacimiento o de una edad determinada. Es un concepto longitudinal. Su estimación se calcula de forma transversal aplicando las tasas de mortalidad específicas por edad en cada momento considerado. Incluida en esta definición, y más importante para el anciano, es la denominada *expectativa de vida activa* que estipula el promedio de años a vivir libre de incapacidad a partir de una edad determinada. Existen estudios que indican que dos tercios de lo que esperan vivir los mayores de 65 años lo harán en buenas condiciones, sin estar sometidos a limitaciones; con alta probabilidad de que el tercio restante presente algún tipo de discapacidad, sobre todo a mayor edad, y esto afecta principalmente a las mujeres que tienen mayor expectativa de vida (figura 1). Por lo tanto, un aumento en la expectativa de vida incluye años activos y años dependientes, siendo un debate importante en gerontología si el aumento de la esperanza de vida lleva un aumento de los años de independencia, popularizándose el concepto de compresión de la morbilidad. La prolongación de la esperanza de vida activa es, sin duda, el gran reto de la medicina geriátrica.

Como consecuencia de la disminución drástica de la mortalidad se ha producido una mejora sustancial de la esperanza de vida, tanto al nacer como en el resto de los grupos de edad. El principio de siglo era de 35 años, siendo en el momento actual de 78,71 años (INE 98), y se espera que aumente en dos o tres años hacia el año 2020. En este aspecto existen diferencias en función del sexo, siendo de 74,7 años en el varón y de 81,9 años en la mujer (informe 2002 del observatorio de personas mayores, cifras sólo superadas por Francia por las mujeres y por Grecia, Italia y Suecia en el caso de los varones). En cuanto a la esperanza de vida a partir de una edad es (INE 1999, siendo los últimos datos estimados sobre 1994):

- A los 65 años: 16,01 en varones y 19,81 en mujeres.

Figura 1. Esperanza de vida activa y dependiente, población gerontológica de Massachusetts, 1974



Fuente: tomado de Katz et al., 1983.

- A los 75 años: 9,62 en varones y 11,78 en mujeres.
- A los 85 años: 5,01 en varones y 5,74 en mujeres.
- A los 95 años: 2,01 en varones y 2,06 en mujeres.

Una de las consecuencias del envejecimiento sobre la estructura por edades es su repercusión sobre las tasas de dependencia desde el punto de vista económico-social (se considera población dependiente a los menores de 15 años y mayores de 65 años):

- Tasa de dependencia: menores 15 años + mayores de 65 años/población entre 15-64 años.

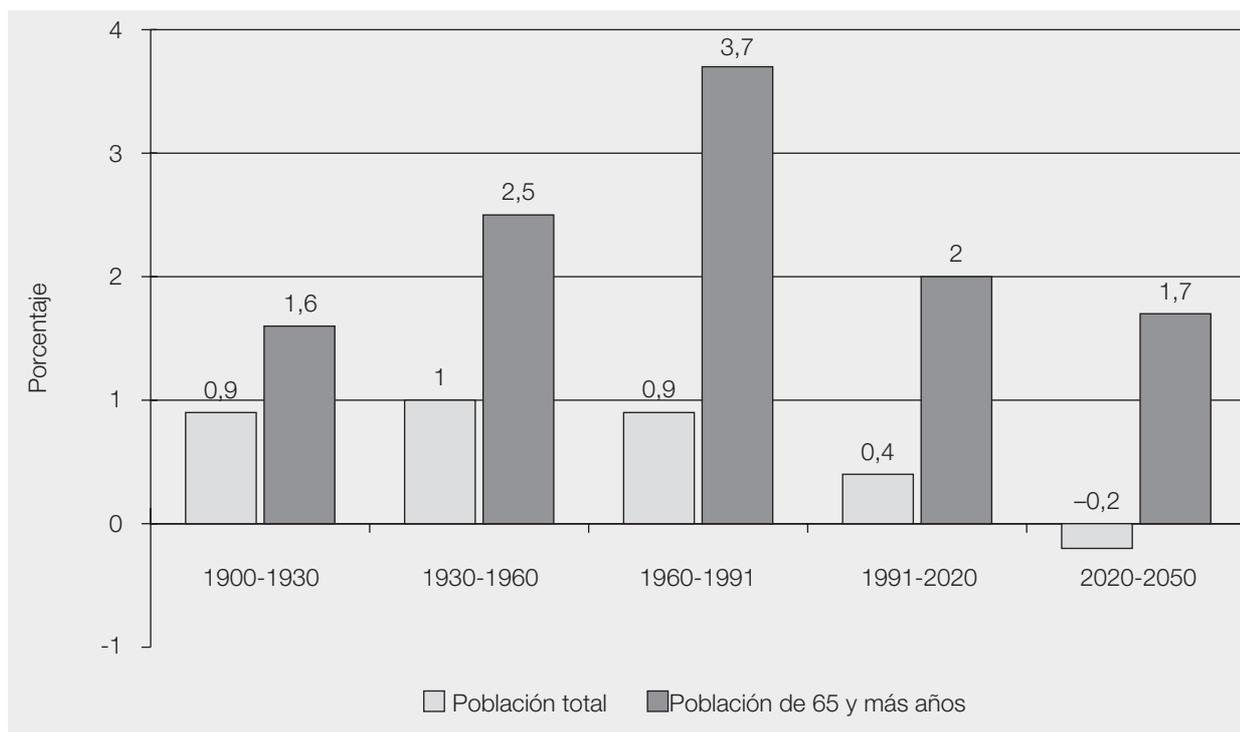
En el momento actual, por cada 100 personas en edad laboral, 55 están fuera del mercado laboral. Se estima que la proporción disminuirá ligeramente hasta el año 2016 para iniciar, a partir de este momento, un incremento. Hasta final del siglo pasado, la tasa de

dependencia estaba muy influenciada por el grupo de niños y jóvenes, siendo en un futuro el grupo de los mayores los que capitalicen una parte importante de este grupo (será en el año 2026 de un 63%), aunque en la población dependiente en un futuro probablemente se incorporen los jóvenes de hasta 25 años, como consecuencia de la prolongación de la etapa formativa de éstos.

Distribución geográfica del envejecimiento en España

En el año 2000, en España, había 6.842.143 personas mayores de 65 años; es decir, el 16,9% de la población, lo que quiere decir que la cifra de mayores ha aumentado 7 veces en el siglo xx por sólo 2 la de la población total, y la de los octogenarios se ha multiplicado por 13. El crecimiento medio anual de la población anciana ha sido siempre superior al de la pobla-

Figura 2. Crecimiento medio anual de la población mayor, 1900-2050



Fuente: INE: Censos de población; Proyecciones de la población española, 2001, versión electrónica.

ción en general (figura 2). Si en el siglo xx se ha vivido una revolución de la longevidad, los octogenarios es el descubrimiento del último cuarto de siglo, con la aparición de un colectivo de ancianos con gran vulnerabilidad física y social, precisando necesidades sociosanitarias nuevas para la sociedad.

El envejecimiento en España se caracteriza por su enorme heterogeneidad, derivada no sólo de factores culturales, sino básicamente por factores de índole social, tales como las migraciones y la composición rural o urbana de las poblaciones. Se distinguen tres modelos:

1. El primero afectaría a las comunidades de Castilla y León, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, La Rioja y Galicia, con predominio de la población rural, afectadas fuertemente por la emigración y siendo la agricultura el sector dominante de su actividad. El porcentaje de envejecimiento se sitúa entre el 18 y 20%, con una tasa de fecundidad de 1,19 hijos por mujer en el caso de Castilla-La Mancha.
2. El segundo modelo afecta a Cantabria, Navarra, Extremadura, Cataluña, País Vasco, Valencia y Baleares, con porcentajes de envejecimiento entre el 15 y 17%.
3. Un tercer modelo propio de Madrid, Murcia, Andalucía, Canarias, Ceuta y Melilla. Estas dos últimas y Madrid se corresponden con estructuras demográficas muy urbanas, y en las otras se

compensan las notas de agrarismo y migraciones rurales con una fecundidad un 20% superior a la media nacional. Porcentaje de envejecimiento del 14%.

En un futuro se van acentuar los procesos de envejecimiento en el País Vasco, Madrid y Cataluña (notarán los efectos de la emigración de los años sesenta y setenta con la llegada a la jubilación) y se ralentizarán en otras como La Rioja, Castilla-La Mancha y, en general, la España del sur, Andalucía y Extremadura. El análisis de los números absolutos nos lleva a un panorama diferente: Cataluña, seguida de Andalucía, es la comunidad autónoma con mayor número de personas mayores, con más de 900.000 habitantes en este grupo de edad; les siguen Madrid y Valencia, con más de 650.000 mayores de 65 años (tabla 5).

La estructura por edades de la población española inició hace 25 años el abandono de la forma piramidal, produciéndose paulatinamente una inversión y una figura más parecida a un pilar. La pirámide española de 2000 señala básicamente la consecuencia final de una transición demográfica completada. Las generaciones de menor tamaño ya han dejado huella en edades escolares y universitarias y están empezando a dejarlas en el mercado laboral, que vivirá un alivio a la presión ejercida en los últimos años por cohortes abultadas que entraban en el mercado laboral. Si las tasas

Tabla 5. Rango ordenado de la población de 65 y más años, por Comunidades Autónomas, 1981-2000

Población de 65 y más años (miles)		Población de 65 y más años (porcentajes)		Porcentajes de cambio					
1981	2000	1981	2000	1981-2000					
España	4.236,7	España	6.842,1	Aragón	14,2	Cast. y León	22,3	País Vasco	87,5
Cataluña	658,3	Cataluña	1.085,7	Cast. y León	14,1	Aragón	21,5	Asturias	67,7
Andalucía	652,3	Andalucía	1.045,9	Cast.-Mancha	13,9	Asturias	21,4	Madrid	60,1
Madrid	434,5	Madrid	772,7	Galicia	13,4	Galicia	20,3	Cast. y León	58,7
C. Valenciana	408,3	C. Valenciana	682,8	Extremadura	13,4	Cast.-Mancha	19,6	Cantabria	57,2
Galicia	377,9	Galicia	555,1	Rioja (La)	12,8	Rioja (La)	19,5	Cataluña	56,9
Cast. y León	363,0	Cast. y León	552,8	Asturias	12,8	Cantabria	19,0	Rioja (La)	52,3
Cast.-Mancha	229,5	País Vasco	361,6	Baleares	12,7	Extremadura	18,8	Murcia	51,9
País Vasco	196,9	Cast.-Mancha	339,9	Cantabria	12,1	Navarra	18,2	Aragón	51,8
Aragón	169,8	Aragón	256,1	Navarra	12,0	Cataluña	17,3	Navarra	51,6
Asturias	144,1	Asturias	230,7	España	11,2	País Vasco	17,2	Galicia	51,2
Extremadura	142,9	Extremadura	201,1	C. Valenciana	11,2	España	16,9	España	50,3
Canarias	112,2	Canarias	199,9	Cataluña	11,1	C. Valenciana	16,6	C. Valenciana	48,0
Murcia	97,6	Murcia	166,3	Murcia	10,2	Madrid	14,8	Canarias	42,0
Baleares	83,4	Baleares	125,1	Andalucía	10,1	Baleares	14,8	Cast.-Mancha	40,8
Cantabria	62,2	Cantabria	101,2	Madrid	9,3	Murcia	14,5	Andalucía	40,7
Navarra	61,1	Navarra	99,0	País Vasco	9,2	Andalucía	14,2	Extremadura	39,9
Rioja (La)	32,6	Rioja (La)	51,6	Ceuta y Melilla	8,3	Canarias	11,6	Ceuta y Melilla	26,1
Ceuta y Melilla	9,8	Ceuta y Melilla	14,8	Canarias	8,2	Ceuta y Melilla	10,4	Baleares	16,4

Fuente: INE, Censo de población de 1991, Tomo 1, Volumen 1, Resultados nacionales. Características de la población, Madrid, 1985, 297 pp., p. 226.

INE: INEBASE: Renovación del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2000. Resultados nacionales y por Comunidades Autónomas. INE, 2002.

de fecundidad se mantienen bajas, la pirámide se invertirá, será más ancha en grupos altos previa a convertirse en un pilar con grupos de tamaño regular, gracias a la mortalidad que erosiona el tamaño de las cohortes (figura 3).

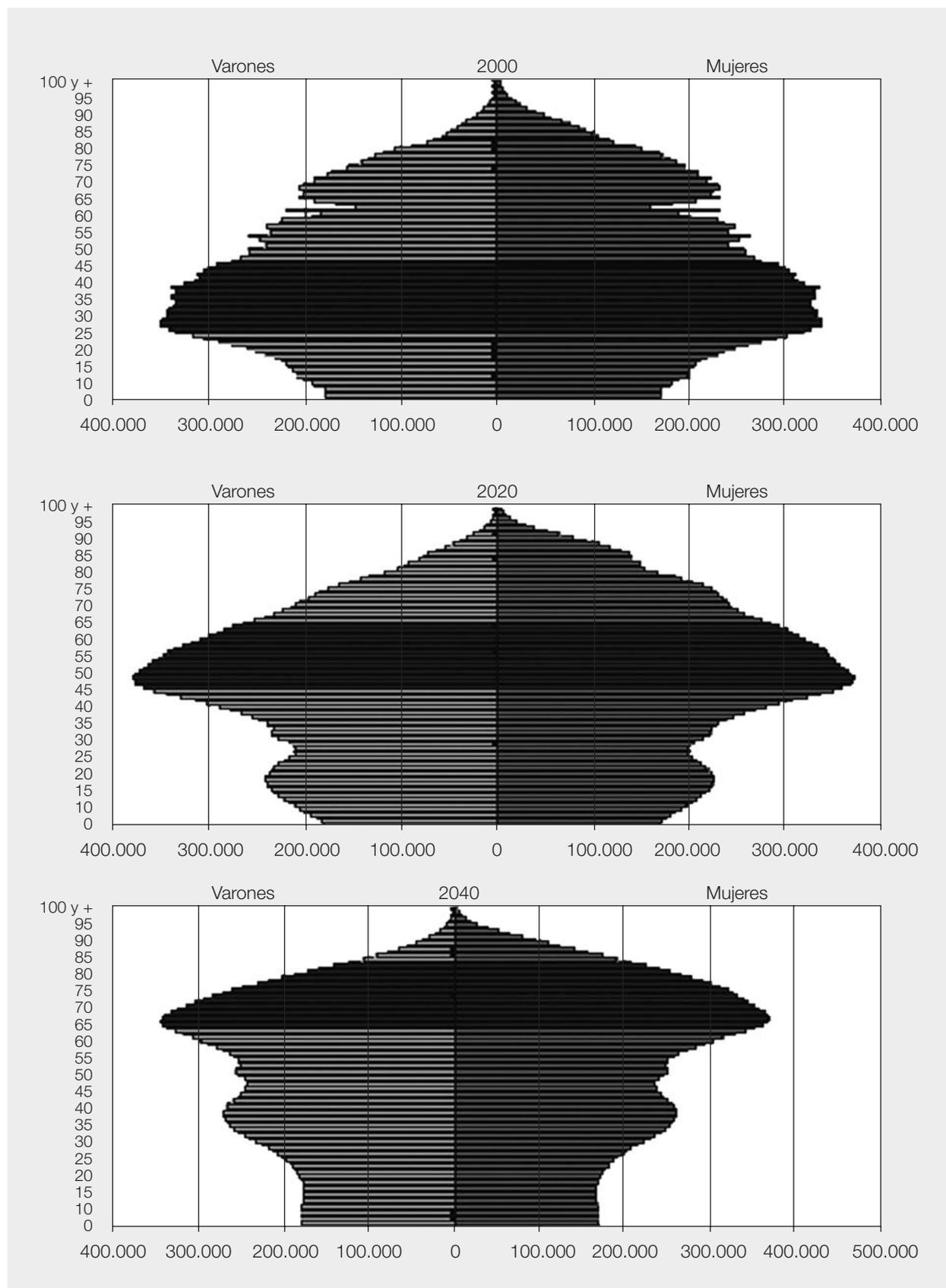
En general suele existir correlación entre los porcentajes de envejecimiento y los de fecundidad, aunque no de forma estricta; así, las provincias más envejecidas suelen tener índices de fecundidad bastante bajos. El saldo vegetativo (nacimientos menos defunciones) ha venido descendiendo en los últimos decenios y lleva camino de ser negativo en los próximos años, aunque los nacimientos parecen recuperarse en los últimos años, de cualquier modo, según el INE, España empezaría a perder población en 2010, pero los aportes migratorios hacen retrasar esta fecha hacia 2026.

Desde hace años, por el confort climático, los valores paisajísticos y los precios atrajeron a muchos jubilados europeos a las costas mediterráneas y canarias, sin poder calcular con facilidad su número al no estar la mayoría censados. El desconocimiento de sus efectivos, su estado de salud y necesidades crea serios problemas de planificación de asistencia, necesitando con frecuencia asistencia sanitaria española que ocasiona desequilibrios.

Es importante mencionar algunas variables socio-demográficas de interés, como:

- Feminización de la vejez.
- Estado civil: de forma global están casados el 57,45% de los ancianos (76,5% de los varones y 43,2% de las mujeres), están viudos el 33,5% (16,1% de los varones y 46,2% de las mujeres)

Figura 3. Población según sexo y edad, 2000, 2020, 2040



Fuente: INE: INEBASE: Padrón municipal 2000; proyecciones de población a 2050.

y solteros el 7,9% (6,2% de los varones y 9,2% de las mujeres).

- Modalidades de convivencia: en los años setenta, un 69% de los mayores de 65 años vivían con sus hijos u otros familiares, mientras que al final del siglo pasado (situación similar a la actual) en torno al 25% vivían con hijos emancipados u otros familiares. Respecto a los que viven solos (ni hijos ni cónyuge) el número absoluto se sitúa en torno al millón (14%, siendo el 7% de los varones y el 19% de las mujeres); en la mayor parte de los casos son mujeres, creciendo el porcentaje hasta los 80 años, disminuyendo a partir de este momento para incrementarse la proporción de aquellos que pasan a vivir en una institución (actualmente en torno al 3%). El número de personas que viven solas es uno de los predictores de incremento de la demanda de recursos sociales (actualmente este índice en España es de los más bajos de la Europa occidental).
- Nivel de estudios: un 88,6% de los mayores de 65 años no tiene estudios o sólo dispone de estudios primarios, con un porcentaje de estudios superiores del 2,9%.
- Condiciones de vivienda: dos tercios viven en viviendas de su propiedad, un 13% en régimen de alquiler. Destaca su antigüedad, más en el medio rural: sólo un 28% de las viviendas tienen menos de 25 años, y aunque van mejorando sus equipamientos aún dejan bastante que desear [hasta un 66% sin calefacción, 18% sin teléfono, 10,7% sin baño completo y casi un 40% sin ascensor (INSERSO 95)].

A lo largo del siglo pasado se han producido cambios significativos en el perfil psicológico de las personas mayores:

- a) Retardo en la pérdida de autonomía o de la capacidad funcional, por lo que el binomio jubilado-anciano es ahora inapropiado y se hace necesario redefinir los roles sociales de este grupo poblacional. Se producen crecimientos de fragilidad y dependencia en edades muy avanzadas, por lo que se hace necesario revisar cuáles son las necesidades de protección social, máxime si tenemos en cuenta la disminución, sobre todo futura, de la red de apoyo informal (tradicionalmente realizado por mujeres).
- b) Universalización de la Sanidad y de Seguridad Social que aporta independencia económica a la persona de edad.
- c) Tendencia hacia modelos de vida independiente entre las personas mayores.

Transición demográfica y epidemiológica

El origen del envejecimiento en Europa habría que comenzar a situarlo a partir de la revolución francesa, a finales del siglo XVIII, donde se promueven los principios de libertad, equidad y fraternidad, que son el asiento de un nuevo orden social cuya expresión conduce a la revolución industrial, al éxodo rural y al nacimiento y desarrollo del proletariado en el siglo XIX. La consecución progresiva de logros sociales en cuanto a mejora de nutrición, condiciones de habitabilidad de las viviendas, medidas de higiene y salud pública; así como la implantación en el ecuador del siglo XX de los sistemas de protección y seguridad social, y la mejora de la investigación biomédica (inmunoprofilaxis y antibioterapia), serán los responsables del fenómeno del envejecimiento poblacional.

Transición demográfica

Los elementos básicos de esta «teoría de la transición demográfica», excluyendo las migraciones, son la baja natalidad y mortalidad con una cada vez menor diferencia entre ellas. Según esta teoría, la evolución de ambas variables demográficas, fecundidad y mortalidad, se explica por los cambios económicos, sociales y sanitarios; es decir, por el desarrollo. Además, se pueden diferenciar distintos estadios de esta transición:

1. Etapa pretransicional típica de sociedades preindustriales con un equilibrio entre mortalidad y fecundidad, en el que la mortalidad tiene un comportamiento errático influenciado por guerras, hambrunas y epidemias, y la fecundidad es elevada.
2. El segundo estadio rompe esta simetría entre ambas variables, con un mayor control de la mortalidad y una fecundidad continua y sólida con un crecimiento rápido y sostenido de la población.
3. En la tercera fase se recupera el equilibrio al descender los niveles de fecundidad.

Según esta teoría, se pone de manifiesto que en el segundo estadio se produce un rápido crecimiento poblacional con un importante rejuvenecimiento de las estructuras por edades y el descenso de la mortalidad, en especial la infantil, aumenta la proporción de jóvenes en el conjunto de la población. Esta teoría, en su tercer estadio, observa una estructura por edades envejecida que con el descenso de la fecundidad, junto a la baja mortalidad, conlleva un aumento de la población anciana.

El carácter predecible de estos fenómenos demográficos puso en alarma a estados modernos empeñados en corregirlas mediante políticas oficialmente natalistas que retrasaran el envejecimiento demográfico. El gran desarrollo económico de los

años sesenta facilitó el fenómeno *baby boom*, que de nuevo parecía alejar ese problema más teórico que real. El rápido crecimiento económico y la elevada fecundidad parecían confirmar un estancamiento demográfico. La crisis económica de los setenta con los problemas económicos derivados del paro, descendió la natalidad, haciéndose real el fenómeno del envejecimiento tanto tiempo esperado.

En España, el fenómeno de transición demográfica se demora y comienza en el año 1900. Está ligeramente modulada por la epidemia de gripe que asoló el continente en 1918, por la Guerra Civil de 1936 y por la posterior emigración. El fenómeno *baby-boom*, que afectó a muchos países europeos, además de Estados Unidos, Canadá y Australia, que sucedió tras la Segunda Guerra Mundial, llegó a España con 10 años de retraso. En España, entre 1955 y 1977, nacieron casi 14 millones de niños, que actualmente representan un tercio de toda la población española. El descenso de la mortalidad infantil dio mayor abultamiento a unas generaciones ya aumentadas por la mayor fecundidad existente entonces; a esto se une la mortalidad descendente del resto de las edades y en especial de las comprendidas entre 70 y 80. La tasa de fecundidad ha descendido tras los años del *baby boom* a niveles de 1,2 hijos por mujer (1999), una de las más bajas del mundo, por lo que el peso demográfico de los mayores se incrementa sin parar.

Transición epidemiológica

La mayor longevidad de una población es causa y consecuencia de los cambios en los patrones de la enfermedad. La enfermedad infecciosa, la más prevalente de forma tradicional en la historia de la humanidad, de origen exógeno, transmisible y de curso agudo, es reemplazada por la enfermedad edad-dependiente, de origen endógeno, no transmisible, de curso crónico y frecuentemente incapacitante. Este cambio debe condicionar un giro radical del panorama médico-asistencial en la población donde se produce.

Las personas mayores presentan problemas de salud diferente de las de los jóvenes. La morbilidad en los ancianos puede clasificarse en tres categorías:

- Morbilidad asociada a procesos crónicos frecuentemente mortales: derivados de problemas de arterioesclerosis, cáncer o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Pueden ser tratados o prevenidos con éxito y prolongar la vida del sujeto.
- Morbilidad asociada a enfermedades raramente mortales: ejemplo de éstas serían la artrosis, hernias, estreñimiento, depresión. Si en un futuro se logra posponer la morbilidad debida al grupo anterior, será el grupo que contabilizará la mayor parte de la morbilidad. Su prevención no

prolonga la vida del sujeto, por lo que supone una reducción neta de la morbilidad.

- Morbilidad asociada a la senescencia: problemas derivados de la pérdida de homeostasis y a la dependencia. Algunos de ellos son osteoporosis, déficit visual y auditivo, pérdida de memoria, incontinencia... Su prevención no aumenta la supervivencia, pero sí aumenta el periodo libre de morbilidad. Al aumentar la esperanza de vida, la morbilidad por estos procesos subirá de forma importante.

Todas estas circunstancias conocidas hacen necesaria la implantación de programas de promoción de la salud y medicina preventiva. El control de los procesos crónicos graves de alta mortalidad llevará a un crecimiento de las patologías degenerativas de la senescencia. Esto implica que la edad media de inicio de la morbilidad aumentará en un número de años mayor que lo hace la esperanza de vida, con lo que se producirá de forma teórica un aumento en el número de años libres de enfermedad de incapacidad, llegando a la realidad del concepto expresado por Fries de «compresión de la morbilidad» en los tramos finales de la vida. A este idílico teórico marco se deben dirigir las investigaciones en envejecimiento, y mientras se alcanza asistimos con cierta impotencia a la «expansión de la morbilidad», ganando años de longevidad a expensas de enfermedades crónicas y, lo que es peor, incapacitantes.

A finales del siglo pasado, el Global Burden of Disease Study intenta mostrar cómo se encuentra el fenómeno de la transición epidemiológica en las diferentes regiones del mundo. Junto a ello se crea un nuevo índice, el DALY (Disability Adjusted Life Years) que integra mortalidad y discapacidad (se define como la suma de años de vida perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad). Los hallazgos más notables del Global Burden of Disease Study son:

- En el mundo la principal causa de muerte es la enfermedad crónica (55,6%), seguido de enfermedad aguda (34,4%) y de los accidentes (10%). En los países desarrollados estas proporciones son del 87,3%, 6,4% y 6,3%, respectivamente.
- Por grupos específicos de mortalidad, las más importantes serán: cardiovascular 28%, procesos infeccioso-parasitarios 18,4% y tumoral 12%.
En los países de economía de mercado, estas proporciones en mortalidad serán: cardiovasculares 44,5%, tumoral 24,5%, y origen respiratorio 5%.
- Los países con mayor tasa de mortalidad son los que presentan la mayor prevalencia de discapacidad. La proporción de vida con discapa-

ciudad aumenta con el incremento de la expectativa de vida. En los países desarrollados, la discapacidad esperada deriva en un 85% de enfermedad crónica.

- En los países de economía de mercado se espera que en el año 2020 la carga de enfermedad estará representada por los trastornos cardiovasculares, neuropsiquiátricos y tumorales.

Con respecto a la prevalencia de enfermedades y según datos del estudio ECEHA 1996, son: hipertensión arterial 70,9% (mayor en mujer), patología osteoarticular 43,6% (48,3% en mayores de 80 años y mayor en mujeres), hipercolesterolemia 26% (21,4% en mayores de 80 años y mayor en mujeres), diabetes mellitus 16%, patología respiratoria 12,8%, insuficiencia cardiaca 11,3% (16,7% en mayores de 80 años y mayor en mujeres), arteriopatía periférica 10,9% (13,5% en mayores de 80 años y mayor en mujer), cardiopatía isquémica 8,4%, ACVA 6,9% (8,4% en mayores de 80 años y mayor en mujeres), patología oncológica 3% (mayor en 80 años). En cuanto a la prevalencia de síndromes geriátricos, los datos son difíciles de obtener y serán referidos en cada uno de los capítulos, por lo que no se citan en este tema.

La OMS distingue entre daños, discapacidades y limitaciones. Una enfermedad puede deteriorar el funcionamiento de un órgano haciéndolo insuficiente; esta insuficiencia puede condicionar o no la disminución de la capacidad para realizar tareas de autocuidado o tareas sociales que condicionarían una discapacidad (si precisa ayuda o supervisión) o una minusvalía (si es incapaz de realizarla).

Respecto a discapacidad: en el medio comunitario un 10% de los mayores de 65 años tiene dificultad para moverse sin ayuda, precisando ayudas técnicas o personal para caminar (al menos un 1% está totalmente inmovilizado, precisándose en el estudio CIS-IMSERSO 98 que un 19,2% precisan bastón, un 1,7% andador y un 2,7% silla de ruedas). En el medio residencial hasta un 50% tiene problemas de movilidad, con un 30% de inmovilidad completa. En cuanto a dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), tiene limitaciones máximas en un 6%, limitaciones moderadas 10-11% y un 35% precisa ligeras ayudas para realizarlas. Para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), un 15% de los mayores de 65 años precisan ayuda, que será del 35% en los grupos mayores de 80 años (desde un 20% para las más simples, como el uso del teléfono, y del 45% para las más complejas como realizar gestiones y papeleos). Los índices aún serán superiores en los mayores de 85 años.

Utilización de recursos: nuevas necesidades

Todos los datos ampliamente expuestos en los apartados anteriores fácilmente conducen a conclusiones del tipo:

1. La duración de la vida está alterando el equilibrio entre los años vividos por un individuo con ganancias económicas netas, y el período en que solamente consume alargado por el mayor número de años vividos, donde se intensifican los gastos para cubrir las necesidades asistenciales nuevas e intensas.
2. La mayor longevidad tendrá consecuencias sobre los tipos de enfermedades y los gastos derivados de ella, así como de las dependencias que muchas de ellas generarán.
3. La longevidad conseguida obliga a reconsiderar los períodos de la vida, y ver que la vejez es ahora importante estadísticamente hablando, pues a una persona de 65 años aún le queda un 22% de su vida por vivir, y cada vez es más importante cómo van a vivirse, tanto desde el punto de vista social como de salud.

Por otra parte, la ONU, en un informe emitido ya en 1978, enumera las consecuencias del envejecimiento demográfico:

- Mayor costo de la dependencia de los ancianos que de los niños.
- Descenso del nivel de vida de los países altamente industrializados por el aumento de la relación de dependencia.
- Descenso de la eficiencia de la población ocupada.
- Efectos de la necesidad de disponer de protección y servicios para la tercera edad, con aumento del gasto público. La familia que sirve para el cuidado de los niños dependientes no garantiza el de los ancianos, por lo que el Estado deberá asumirlo mediante recursos adecuados, con posibles crisis del sistema.
- Aumento de las necesidades de atención sanitaria y de los costes de los sistemas sanitarios públicos.
- Aumento de los estudios sobre necesidades específicas de los ancianos: vivienda, servicios, ocio, salud...

A continuación se exponen brevemente las necesidades de recursos, tanto sanitarios como sociales de este grupo poblacional en aumento en los países desarrollados.

Necesidad de recursos sanitarios

Si nos centramos en los aspectos de salud, como sanitarios que somos, hemos de reclamar de forma

constante una reforma en el modelo de atención al anciano enfermo, exigiendo un «moderno sistema de atención sanitaria al anciano» que garantice la búsqueda activa de la enfermedad, reconociendo sus distintas y específicas manifestaciones atípicas, y que permita anticiparse a sus consecuencias sobre todo funcionales y discapacitantes. La «geriatriización de la medicina» es una consecuencia inevitable del incremento absoluto en números de la población mayor de 65 años; esta situación es indiscutible y progresiva e implica la necesidad de plantearse políticas asistenciales encaminadas a satisfacer sus necesidades.

Las personas mayores de 65 años suponían en el año 2000 alrededor del 35% de las altas hospitalarias, y el 49% de las estancias en los hospitales españoles, pese a ser sólo el 17,1% del total de la población. Se conoce que las tasas de ingresos se duplican para la población mayor de 65 años, triplicándose en los mayores de 80 años. Éste es un fenómeno que no sólo ocurre en España, sino en el resto de los países de nuestro entorno con idénticas características demográficas.

Los ancianos ingresan con mayor frecuencia en los hospitales, pero en general lo hacen de forma más indicada que en la población general, siendo sus ingresos más justificados y con peores resultados que en los jóvenes por su mayor vulnerabilidad, la existencia de comorbilidades, el mayor número de complicaciones intrahospitalarias y alto porcentaje de yatrogenia. En general, el tipo de cuidados que se les dispensa está poco ajustado a sus necesidades, aumentando la incidencia de resultados adversos en la hospitalización de los ancianos (deterioro funcional y cognitivo, estancias hospitalarias prolongadas, aumento de la mortalidad y del número de institucionalizaciones).

Con la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención sanitaria en España se rige por los principios de universalidad, equidad y excelencia, priorizando la participación del usuario y la adaptación de la cartera de servicios a las demandas de las necesidades de salud. Por lo tanto, una población envejecida, en la que el principal consumidor actual y futuro de la asistencia sanitaria es el anciano con sus peculiaridades, no debe ser quien se adapte a un sistema asistencial no diseñado para ella; será, por tanto, el sistema sanitario el que debería adaptarse a las necesidades de su principal cliente: el anciano.

La respuesta que los servicios sanitarios deben ofrecer a las peculiaridades de las enfermedades en los ancianos debería desarrollarse integrando el diagnóstico y la valoración global (relación o interdependencia de factores físico-funcionales, mentales y sociales) con sistemas de tratamiento global con enfoque funcional (compensar las incapacidades mediante la potenciación de las residuales); en ausencia de esta visión integral de las patologías del anciano los

resultados no serán satisfactorios si se centran los objetivos terapéuticos en la cantidad de vida y no en la calidad (disminución de la mortalidad-expansión de la morbilidad).

A pesar de algunos intentos oficiales para ordenar la atención sanitaria a las personas mayores («Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores», INSALUD, 1995), hasta ahora su implantación ha sido muy irregular según las Comunidades Autónomas, y el desarrollo de los servicios de atención al anciano ha carecido en la práctica de una guía uniforme; prueba de ello es la existencia de múltiples estructuras (EVCG, UFISS, hospitales geriátricos, centros socio-sanitarios...), que a través de la utilización de diferentes recursos intentan solucionar los mismos problemas. Esta situación ha creado una confusión no deseada por los profesionales formados en geriatría en cuanto a cuál debe ser el modelo «ideal» en la atención al anciano, ya que conociendo cuál es el modelo con mejores resultados según distintos estudios con probado grado de recomendación para su implantación, en muchas ocasiones es requerida la atención del geriatra cuando la situación es ya de incapacidad no reversible con múltiples complicaciones, desaprovechando su buena formación académica en prevención, patología y discapacidad aguda del anciano.

Por otro lado, la Comisión de Comunidades Europeas (Bruselas 5-12-2001) afirma «la existencia de una protección de calidad contra el riesgo de enfermedad y dependencia, es un logro que ha de protegerse y adaptarse en nuestro tiempo», y este avance debe producirse desde la adopción de medidas de prevención y mediante la reorientación del perfil y conocimiento de los profesionales sanitarios, deben iniciarse con urgencia medidas de prevención y rehabilitación instaurándose desde los procesos agudos para luchar desde el comienzo con la dependencia.

Razonando mediante datos del envejecimiento poblacional y del concepto de fragilidad de Fried («síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y resistencia a estresores debido al declinar de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y aumento de la vulnerabilidad a eventos adversos»), la Geriatría como «especialidad médica dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades de los ancianos», añadiendo como matices los referidos por la Sociedad Británica de Geriatría, «los ancianos con sus altas tasas de morbilidad, los diferentes patrones de presentación atípica de las enfermedades, la menor lentitud de respuesta a los tratamientos y la necesidad de soporte social justifican una formación especializada», merece su puesto en el presente de la atención sanitaria al anciano y en especial «al anciano frágil y al paciente geriátrico».

La Geriátrica, como especialidad médica, reúne mediante su metodología de trabajo («valoración geriátrica integral» y «niveles asistenciales») los requisitos imprescindibles para una asistencia al anciano integral y de calidad.

La revisión de la literatura internacional ofrece suficientes datos que avalan el éxito de diferentes programas de intervención geriátrica llevados a cabo por especialistas, tanto a nivel hospitalario como en el ámbito comunitario y residencial. La intervención geriátrica precoz sobre el paciente geriátrico o ancianos frágiles por un equipo especializado interdisciplinar es un aspecto clave al evaluar la eficacia y eficiencia.

Si bien cualquier intervención sobre el anciano enfermo, mediante una valoración geriátrica integral llevada a cabo por un equipo interdisciplinar, puede beneficiar de forma individual los niveles asistenciales geriátricos que mayor grado de evidencia científica han demostrado con un grado A de recomendación para su implantación, son las Unidades Geriátricas de Agudos y las Unidades de Media Estancia (de recuperación funcional), así como la Asistencia Geriátrica Domiciliaria en programas de seguimiento postalta precoz en ancianos con multingresos. Por otro lado, el Hospital de Día Geriátrico y la Asistencia Geriátrica Domiciliaria entendida como cuidados continuados de soporte domiciliario muestran una influencia favorable sobre parámetros como la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios muestran un grado B de recomendación para su implantación. Por último, los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos implantados en territorio INSALUD en los años 1994-1995 como modelo introductor de la Asistencia Geriátrica en los hospitales, y posterior desarrollo de otros niveles asistenciales, han acumulado la suficiente evidencia como para hacerlos recomendables en ancianos ingresados en servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, y de cualquier modo han contribuido a aportar conocimientos geriátricos en donde no existían.

Necesidades de recursos sociales

El rápido fenómeno del envejecimiento de las sociedades modernas a puesto a prueba no sólo los recursos sanitarios, sino que a nivel social ha precisado el rápido desarrollo de servicios y programas destinados a hacer frente a las demandas de este grupo poblacional tan heterogéneo y con una amplia variedad de necesidades, desde lucrativas hasta de institucionalizaciones en caso de dependencia.

Hemos de reseñar que los programas de intervención gerontológica en los países desarrollados nacieron tras la Segunda Guerra Mundial como medida de protección de individuos desprotegidos socialmente, confinando a estos sujetos a centros (asilos, hospitales psiquiátricos, hospicios...), situando a las personas

extramuros de la sociedad. En los años ochenta se produce un giro radical, abandonando esta situación de marginalidad, consolidando filosofías de protección social a las personas mayores, por otra parte, grupo poblacional creciente. Así, se desarrolla un número amplio de servicios sociales comunitarios que buscan la integración y participación social de las personas mayores. Bajo el lema «Envejecer en casa» (OCDE, 1996), el objetivo común de las políticas sociales de asistencia al anciano en muchos países desarrollados pretende que los servicios de atención giren en torno al domicilio para evitar el desarraigo que ocasiona el abandono del hogar habitual.

En España la implantación de un sistema público de servicios sociales es bastante reciente. En la Constitución Española de 1978, en su artículo 50 se sitúa el punto de partida del desarrollo de políticas de atención a las personas mayores, por el que los poderes públicos deben garantizar la suficiencia económica durante la tercera edad y promover su bienestar mediante un sistema de servicios sociales. A partir de este marco constitucional, las 17 Comunidades Autónomas desarrollan sus respectivas leyes de servicios sociales. En la década de los ochenta y primeros de los noventa se consolidan estos servicios.

Se ha producido un incremento de los recursos sociales más tradicionales (hogares y club de jubilados), se han implantado los servicios de atención domiciliaria y se han ido abriendo servicios innovadores (teleasistencia, centros de día, pisos tutelados, estancias temporales...). Es de destacar que se ha producido un giro en la filosofía de prestaciones sociales. Si bien a principios de los ochenta los objetivos de las políticas sociales para los ancianos eran construir centros residenciales para válidos, con problemas socioeconómicos, en la actualidad prima la incapacidad funcional o cognitiva que imposibilita seguir viviendo en su medio habitual con un nivel mínimo de bienestar y/o seguridad. En un esfuerzo por desarrollar un marco de actuación en políticas sociales se publica en 1993 *El Plan Gerontológico* para los años noventa; en cuanto al desarrollo de los servicios y programas para las personas mayores con horizonte en el año 2000, se ha de destacar que las previsiones en el contenido están muy lejos de haberse cumplido.

Las actuales transformaciones sociales de los países occidentales, sobre todo en el cambio de rol de las mujeres con su incorporación al mundo laboral, originan la necesidad de buscar soluciones a problemas familiares (entre ellos el cuidado de los ancianos) que siempre asumía la mujer al estar en el domicilio todo el día.

Haremos una breve reseña de la situación actual de los servicios sociales en España, con notables diferencias de desarrollo entre las Comunidades Autónomas, y distinguiendo entre las relacionadas con programas

de participación social y los relacionados con la situación de discapacidad física o psíquica:

1. Programas de participación social:
 - a) Ofertas educativas: universidades populares (no sólo para persona mayores, facilitando la integración), aulas de personas mayores (cultura, ocupacional,...), educación continuada (alfabetización, idiomas, informática...).
 - b) Ofertas de vacaciones para mayores, termalismo social y circuitos culturales: destinados a mejorar el tiempo libre y favorecer las relaciones sociales.
 - c) Hogares y clubes: centros de reunión que favorecen la convivencia de mayores estimulando actividades lucrativas.
2. Ayudas a la dependencia y gestión de centros institucionales:
 - a) Adaptaciones de viviendas: subvenciones a fondo perdido, préstamos sin interés, préstamos a bajos intereses.
 - b) Servicios de ayuda a domicilio: prestaciones amplias que comprenden tareas domésticas, servicios de cuidados personales y de relación con el entorno.
 - c) Servicios de teleasistencia.
 - d) Centros de Día: entendido como centro sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales en personas ancianas con diferentes grados de dependencia física o psíquica, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.
 - e) Estancias temporales en residencias: posibilita la estancia temporal de un anciano en un centro institucional durante una estancia de 2-3 meses por alguna situación de necesidad eventual susceptible de solución.
 - f) Sistemas alternativos de alojamiento o pisos tutelados: aptos para ancianos con problemas de vivienda, soledad o pérdida de actividades instrumentales que hacen imposible la permanencia en su domicilio particular, desarrollando en ellos un tipo de vida lo más parecido a su forma habitual.
 - g) Servicios institucionales: son las residencias, definidos como centros gerontológicos abiertos de atención sociosanitaria interprofesional, en la que viven temporal o definitivamente ancianos con algún grado de dependencia, equiparándose el concepto de

residencia al de «residencia asistida», intentando facilitar la máxima autonomía.

- h) Organizaciones no gubernamentales y empresas privadas: la participación de ONGs en el entorno de la atención a ancianos se debe considerar importante por influencia en el pasado en lo que el inicio de la asistencia a ancianos se refiere.

A pesar del enorme esfuerzo realizado en los últimos años por mejorar los problemas de atención a los ancianos dependientes, hoy por hoy, los recursos son insuficientes ante las demandas existentes, y siguen siendo las familias, y más concretamente las mujeres, las que asumen los cuidados de los ancianos, debiendo los poderes públicos plantearse medidas de apoyo a estas familias.

Bibliografía

1. Abellán García A. Longevidad y estado de salud. En: Observatorio de personas mayores. Las personas mayores en España. Informe 2002. Tomo I. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
2. Anuario Estadístico de España; 2004.
3. Baztán JJ, Suárez F, García FJ. Informe sobre la necesidad de unidades geriátricas de agudos y unidades geriátricas de recuperación funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2004.
4. Crespo D. El envejecimiento. Un enfoque multidisciplinar. Barcelona: Prous Science; 1997.
5. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000.
6. Insalud. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
7. Observatorio de personas mayores. Las personas mayores en España. Informe 2002. Tomo I y II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2003.
8. Informe EUROSTAT, Population projections; 2004-2050. 8 abril 2005.
9. Kane R, Ouslander J, Abrass I. Geriatria Clínica. 3.ª ed. New Yor: McGraw-Hill; 2000.
10. Pérez Díaz J. La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica, Colección «Gerontología y Sociedad». Madrid: SG Editores; 1996.
11. Rodríguez Mañas L, Solano Jaurrieta JJ. Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: SEMEG; 2001.

Lectura recomendada

Observatorio de personas mayores. Las personas mayores en España. Informe 2004. Tomo I y II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.

Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es>.

Pérez Díaz J. La madurez de masas. Colección Observatorio de las personas mayores, n.º 12. Madrid: IMSERSO; 2003.

II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (2).

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Geriátrica XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000.