

CÓMO ENVEJECEMOS LOS ESPAÑOLES: ENFERMEDADES PREVALENTES Y MORBILIDAD EN NUESTRA SENECTUD

La realización de esta publicación
ha sido posible gracias a



con la colaboración de



Fundación "la Caixa"

con el patrocinio de



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Càtedra de Sostenibilitat
Empresarial

FUNDACIÓN
MUTUA MADRILEÑA



Publicaciones de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras

Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras. Observatorio de Investigación Económico-Financiera

Cómo envejecemos los españoles: Enfermedades prevalentes y morbilidad en nuestra senectud / Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras

Bibliografía

ISBN- 978-84-09-52307-8

- I. Título
- II. Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras
- III. Observatorio de Investigación Económica-Financiera

1. Economía 2. Envejecimiento 3. Poscovid-19 4. Enfermedades prevalentes 5. Senectud

La Academia no se hace responsable de las opiniones científicas expuestas en sus propias publicaciones.

(Art. 41 del Reglamento)

Editora: ©2023 Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras, Barcelona.

Fotografía portada: www.freepik.es

Académica Coordinadora: Dra. Ana Maria Gil-Lafuente

ISBN- 978-84-09-52307-8

Depósito Legal: B 12920-2023



Obra producida en el ámbito de la subvención concedida a la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Esta publicación no puede ser reproducida, ni total ni parcialmente, sin permiso previo, por escrito de la editora. Reservados todos los derechos.

Impreso y encuadernado en España por Ediciones Gráficas Rey, S.L.—c/Albert Einstein, 54 C/B, Nave 12-14-15
Cornellà de Llobregat—Barcelona

Impresión Impresión Junio 2023



Esta publicación ha sido impresa en papel ecológico ECF libre de cloro elemental, para mitigar el impacto medioambiental

CÓMO ENVEJECEMOS LOS ESPAÑOLES: ENFERMEDADES
PREVALENTES Y MORBILIDAD EN NUESTRA SENECTUD

Autores:

Ana María Gil Lafuente

Sefa Boria Reverter

Lourdes Souto Anido

Emilio Vizuete Luciano

Jaime Gil Lafuente

TABLA DE CONTENIDO

Índice de Tablas	9
Índice de Gráficos	10
Índice de Figuras	12
PRÓLOGO	15
1. El anciano en España	21
1.1 Marco conceptual, envejecimiento poblacional y vejez a nivel mundial..	21
1.2 Envejecimiento poblacional en España.....	25
2. Estado de salud de los ancianos en España	61
2.1. Heterogeneidad en la vejez, potenciales factores que la determinan....	65
2.2 Estado de salud de los ancianos en España.....	68
2.3 Coronavirus, el mayor de los enemigos para la tercera edad.....	86
3. Enfermedades asociadas a la tercera edad	93
3.1 Enfermedades crónicas que afectan a los ancianos.....	94
3.2 Enfermedades crónicas y discapacidad.....	98
3.3 Principales enfermedades crónicas con discapacidad.....	100
3.4 Impacto de las enfermedades crónicas de personas mayores de 65 años con discapacidad	107
4. Determinantes de la salud en el envejecimiento	119
5. Gestión de la salud en los ancianos	145
5.1 Acciones para mejorar la calidad de vida de los ancianos.	150
5.2 Promoción de la salud del anciano.....	154
5.3 La gestión de la salud del anciano en España.	160
6. Economía del cuidado	169
6.1 Dejar el mito de pensar en términos de gasto cuando se habla de economía del cuidado para pensar en términos de inversión	172
6.2 La economía de los cuidados en España: una mirada desde la perspectiva del anciano	175
6.2.1 Sistema de pensiones en España.	182

7. La inteligencia artificial como oportunidad	203
7.1 Ejemplos empíricos del uso de la robótica en el cuidado de ancianos en el mundo.....	211
7.2 Contraste en el uso de la robótica en el cuidado del anciano.....	217
7.3 Limitaciones al uso de la robótica en el cuidado de ancianos.	220
7.4 La robótica en España, antecedentes.....	224
7.5 La inteligencia artificial como oportunidad.	230
 Bibliografía	235
 Publicaciones de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras...	241

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución histórica del índice de envejecimiento en España (1975-2022).	40
Tabla 2. Evolución de la proporción de ancianos divididos en subgrupos (1975-2022)	45
Tabla 3. Tasa de dependencias mayores de 64 años, serie histórica.....	49
Tabla 4. Esperanza de vida en buena salud al nacer (años).....	71
Tabla 5. Provincias de España con mayor y menor esperanza de vida respectivamente	73
Tabla 6. Tasa porcentual la distribución según las provincias españolas.....	74
Tabla 7. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad (2017).....	78
Tabla 8. Valoración del estado de salud percibido en los últimos en mayores de 65 años es según ingresos mensuales netos del hogar (2017).....	79
Tabla 9. Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años Brecha de género. España.....	85
Tabla 10. Defunciones según la causa de muerte más frecuente - Año 2021	88
Tabla 11. Letalidad en cada ola de la pandemia por grupo de edad.....	89
Tabla 12. Enfermedades crónicas de personas mayores de 65 años diagnosticadas con discapacidad 2020 (miles de personas).....	106
Tabla 13. Enfermedades y grupos de edad	109
Tabla 14. Una variación intermedia entre la renta per cápita y el gasto sanitario.....	136
Tabla. 15. El análisis de los modelos de regresión simple	137
Tabla 16. Proporción del Gasto Social asociado al PIB	177
Tabla 17. Proporción del Gasto Social en función de la vejez asociado al PIB.....	179
Tabla 18. Cuantías mínimas para las pensiones contributivas durante el años 2023....	192
Tabla 19. Cuantía de pensiones por jubilación para el 2023	194

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Español que han salido y entrado del país desde 2008	28
Gráfico 2. Evolución de la emigración e inmigración en España	28
Gráfico 3. Evolución de la edad media de las mujeres para tener su primer hijo..	29
Gráfico 4. Evolución mensual del número de nacimiento en España.....	30
Gráfico 5. Evolución de los nacimientos al mes en España.....	30
Gráfico 6. Evolución de nacimiento y defunciones en España desde 1941	31
Gráfico 7. Proyección de las defunciones y los nacimientos en España hasta 2072.....	32
Gráfico 8. Evolución de la edad media de los españoles desde 1975	35
Gráfico 9. Evolución de la esperanza de vida al nacer en España en el periodo de 2009-2021	36
Gráfico 10. Esperanza de vida al nacer por comunidades autónomas	37
Gráfico 11. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años	38
Gráfico 12. Índice de envejecimiento (1975 – 2022).....	39
Gráfico 13. Proporción de personas mayores de 65 y 85 años de edad.....	43
Gráfico 14. Tasa de dependencia mayores de 64 años.....	48
Gráfico 15. Spain population by age and sex: 1950.....	52
Gráfico 16. Spain population by age and sex: 2022.....	54
Gráfico 17. Spain population by age and sex: 2050.....	56
Gráfico 18. Proyección de la población de más de 65 años y menos de 18 años hasta 2072	57
Gráfico 19. Porcentaje de población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad (2017).....	95
Gráfico 20. Principales enfermedades crónicas que afectan a los ancianos en España (2017).....	97
Gráfico 21. Población con enfermedades crónicas diagnosticadas con discapacidad 2020 (miles de personas).....	99
Gráfico 22. Porcentaje de hombres y mujeres con enfermedades crónicas diagnosticadas con discapacidad por grupo de edad 2020.....	100

Gráfico 23. Principales enfermedades crónicas con discapacidad 2020 (miles de personas)	103
Gráfico 24. Porcentaje de hombres y mujeres por tipo de enfermedades crónicas con discapacidad 2020.....	108
Gráfico 25. Población con enfermedades crónicas o de larga evolución (tensión alta) 2020.....	114
Gráfico 26. Evolución del Gasto de Pensiones en España.....	185
Gráfico 27. Evolución del gasto por tipo de pensión en España.....	186
Gráfico 28. En España hay 9,08 millones de pensionistas frente a 20,46 millones de ocupados.....	187
Gráfico 29. Evolución del número de pensionistas en España	187
Gráfico 30. Evolución del número de pensiones en España	188
Gráfico 31. Aumento anual del número de pensiones vigentes en España.....	189
Gráfico 32. Porcentaje de españoles que se jubilan antes o después de los 65 años.....	189
Gráfico 33. Así ha evolucionado la pensión media entre hombres y mujeres	190
Gráfico 34. Pensión media por comunidades autónomas	191

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. El rápido envejecimiento de la población mundial	23
Figura 2. Proceso que determinan la composición población.....	27
Figura 3. España es el tercer país con la mayor esperanza de vida en el mundo...	33
Figura 4. Top países con mayor esperanza de vida en 2040	34
Figura 5. Sustainable development Goals.....	61
Figura 6. Indicadores Demográficos Básicos, Provincias, Ambos Sexos, 2021	72
Figura 7: Modelo tradicional o triada ecológico.....	122
Figura 8. Modelo de determinantes de salud de Lalonde	123
Figura 9. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever	126
Figura10. Modelo de determinantes de salud de Tarlov	127
Figura 11. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (1992)..	128
Figura 12. Los elementos de análisis de los Determinantes Sociales de la Salud .	132
Figura 13. Hábitos saludables que permiten el mantenimiento de una vejez saludable.....	149
Figura 14. Cómo se transmite una afectación por estrés hacia la inmunodepresión....	152
Figura 15. Factores que inciden en el riesgo de sufrir caídas por los ancianos	157
Figura 16. Diamante del Cuidado	174
Figura 17. Usos de la Robótica en el cuidado de ancianos.....	205

PRÓLOGO

Las cifras que reflejan el envejecimiento de la población mundial muestran un escenario preocupante hasta ahora nunca visto. La disminución considerable de la natalidad junto al exitoso incremento de la esperanza de vida son las claves fundamentales de esta preocupante situación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para 2050 la cifra de ancianos en el mundo triplique las cifras actuales. Es por ello por lo que el gran reto para nuestra sociedad presente y futura se va a centrar especialmente en la sostenibilidad de los sistemas económicos y sociosanitarios.

Los países con mayor desarrollo socioeconómico presentan dinámicas similares en lo referente a tasas de natalidad y mortalidad especialmente bajas, lo que redundará en un escaso crecimiento de la población. A ello deben sumarse aspectos como los grandes flujos de población o la migración internacional cuyas cifras —analizadas de manera particular para cada país— pueden retrasar el proceso de envejecimiento de la población.

Si bien estos aspectos son tomados como logros sociales, lo cierto es que comportan retos significativos como es el envejecimiento en condiciones de bienestar tomando en consideración la heterogeneidad y particularidad de este grupo etario. En este contexto España se sitúa en la cúspide del ranking de países con mayor esperanza de vida con preocupantes cifras que denotan un avanzado proceso de envejecimiento de su población actual sin el necesario relevo generacional.

En las páginas que siguen se proponen revisar los principales aspectos relacionados con el bienestar del anciano y los efectos sociales y económicos de las enfermedades asociadas a este grupo etario. En este sentido, el texto ha quedado diseñado en siete apartados que abarcan las áreas de interés sobre este tema con el objetivo de ofrecer las definiciones fundamentales y sus aplicaciones en el contexto nacional.

El primer epígrafe se centra en establecer el marco conceptual de los estudios relacionados con la senectud, concretamente en relación con el proceso

de envejecimiento, la vida y el bienestar en la vejez. Se trata un apartado para revisar las definiciones y las cifras estadísticas de los estudios sobre envejecimiento en España.

El segundo apartado aborda el estado de salud en los ancianos del país. Desde la definición de la naturaleza heterogénea de la vejez y los factores fundamentales que determinan su desarrollo, se hace énfasis en los aspectos socioeconómicos que determinan el estado de salud de los ancianos en España. Por su importancia y peso en el sistema de salud de los últimos años, se dedica un apartado en el caso de la COVID-19 y su impacto en la vejez.

El texto continúa con un estudio detallado de las enfermedades asociadas principales asociadas a la tercera edad. Se hace una revisión de las enfermedades crónicas que afectan al anciano, especialmente aquellas que traen como consecuencia la discapacidad, dedicando un apartado al impacto socioeconómico que dichas enfermedades y discapacidades tienen en las personas mayores de 65 años.

La revisión de los determinantes de la salud en el envejecimiento sociales ocupa el cuarto epígrafe del trabajo. En él se revisa la evolución histórica de este concepto tomando como base los postulados enunciados por la Organización Mundial de la Salud.

A continuación se realiza un análisis de la gestión de la salud para el grupo etario objeto de estudio. Se abordan las acciones que se diseñan para mejorar la calidad de vida de los ancianos y la promoción de la salud en el contexto global haciendo especial énfasis en la situación del país.

Un apartado dedicado a la economía del cuidado de la senectud sigue en el análisis del texto. En este sentido se propone un cambio de mirada en relación con los aspectos económicos que rodean la gestión del cuidado del anciano, que debe comenzar a entenderse en términos de inversión. A ello se suman las especificidades en España desde la perspectiva de la población mayor.

El estudio concluye con una amplia revisión de los aspectos relacionados con los avances de la inteligencia artificial en relación con el cuidado en la etapa de la vejez. Desde la revisión de casos en los que se ha avanzado en el uso de la robótica en el cuidado del anciano se ahonda en las ventajas e inconvenientes así como en las posibles limitaciones de su uso. Se propone un apartado específico en la presencia de distintas tecnologías utilizadas en la actualidad, así como las posibilidades de una mayor oferta de empleo en el futuro. Un amplio cuerpo de referencias bibliográficas citadas y tomadas como fuentes documentales para el presente estudio acompañan la sección final de este texto.

CAPÍTULO 1
EL ANCIANO EN ESPAÑA

1. EL ANCIANO EN ESPAÑA

1.1 Marco conceptual, envejecimiento poblacional y vejez a nivel mundial

El envejecimiento poblacional constituye una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI según lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (2021) y si bien es un fenómeno que tuvo como punto de partida los países de ingresos altos (en Japón, por ejemplo, en el que alrededor del 30% de la población ya tiene más de 60 años), actualmente se está replicando también en países de bajos y medianos ingresos, es por esto que la mayoría de los estudios apuntan a que para 2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirá en países de ingresos bajos y medianos con todo lo que atañe esto, sobretodo desde el punto de vista económico y social.

Por su carácter multifactorial y polifacético, es considerado uno de los sucesos más relevantes de la sociedad actual. Representa, además, un cambio demográfico con un alto impacto en diferentes estamentos de la sociedad, tales como el mercado laboral y financiero; la demanda de bienes y servicios referidos a vivienda, transporte, protección y seguridad social; así como cambios para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales. Todo ello se traduce en un canje necesario de paradigma con respecto al modelo imperante.

Para entender cabalmente este proceso, es importante definir qué se entiende por envejecimiento, a qué hace referencia el envejecimiento poblacional y, más importante aún, a qué denominamos anciano o a partir de qué edad se define que una persona ha llegado a la vejez.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, que conllevan al descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa dado que cada cuerpo es diferente y son muchos los

factores que determinan el estado en que se llega a esa etapa del ciclo de vida. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas.

Son muchas las instituciones de carácter internacional que abordan el tema y desarrollan estudios al respecto, de forma que conceptualmente son muchas las acepciones para el término pero, uno de los organismos principales que estudia, evalúa y analiza sobre estos tópicos es la OMS, la cual se toma como referente en este informe.



El envejecimiento poblacional representa un cambio demográfico de alto impacto en el mercado laboral y financiero; la demanda de bienes y servicios referidos a vivienda, transporte, protección y seguridad social; así como cambios para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

El envejecimiento se define como un proceso multidimensional de los seres humanos, que se caracteriza por ser heterogéneo y particular en cada uno, además de irreversible, y que termina con la muerte o el fin del ciclo de la vida tal y como se mencionaba anteriormente. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (Commission on Social Determinants of Health, 2007) en dónde la persona sigue interactuando y cumpliendo un determinado rol en la sociedad en la que está establecido.

La propia OMS ha señalado que en la última década se aprecia un incremento del porcentaje de la población en esta edad, es decir, ha aumentado considerablemente el número de personas mayores de 60 años con respecto a los otros grupos. Basado en esto cabe preguntarse ¿cuáles son las causas de este fenómeno? Esta pregunta encuentra respuesta en la mejora de las condiciones de vida, los avances médicos incluso en las intervenciones en la niñez que dis-

minuyen la mortalidad infantil. Este conjunto de factores tiene como consecuencia que haya un incremento de la esperanza de vida, tema que se abordará detalladamente en el desarrollo de este libro. Lo que queda claro es que la suma de lo anterior a una marcada disminución de la tasa de fecundidad y natalidad a nivel mundial, hacen que, efectivamente, la cifra de ancianos mantenga una tendencia al alza.

Indudablemente el cambio en la composición demográfica de la población mundial es una cuestión alarmante, más cuando las predicciones hechas por las diferentes instituciones y organismos internacionales afirman que no es una tendencia que se vaya a revertir, al menos en el medio plazo.

Figura 1:



Fuente: Tomado de statista (2022) con base a datos publicados por el Banco Mundial (2022).

Según un informe realizado por el Banco Mundial en el año 2022, los mayores de 65 años representan aproximadamente el 9.54% de la población total del planeta en el año 2021, cifra que se duplicó con respecto al 4.97% que englobaba a este grupo en la segunda mitad del siglo XX, pasando de cifras estimadas de 150 millones en 1960 a 747 millones de personas para el año 2021.

Se trata de una tendencia con marcado carácter al alza, tal y como se ilustra en la figura 1, lo que muestra señales de alerta para instituciones mundiales y gubernamentales porque esta tendencia no parece revertirse en el mediano plazo y el hecho de que alrededor del 10% de la población mundial tenga 65 años o más supone uno de los más grandes retos con los que lidiar en la contemporaneidad, no solo desde el punto de vista de la política social y económica, sino también en todos y cada uno de los aspectos en los que se deslinda la vida diaria.

Es importante acotar, además, que en el año 2019 ocurrió un suceso atípico: el número de personas en edades longevas a nivel mundial superó al de niños menores de 5 años (OMS, 2021), lo que afianzaba la teoría de que la población a nivel mundial estaba envejeciendo a ritmos nunca antes vistos, ya sea por el incremento continuo de la esperanza de vida o por la marcada disminución de la natalidad tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Esto resulta bastante alarmante, ya que todos los estudios derivados del tema prevén que en 2050 la cifra de ancianos alcance los 426 millones de personas, casi el triple de lo que actualmente se censa (OMS, 2021), lo cual esto deriva en cambios significativos en la dinámica poblacional actual.

Lo anterior definitivamente supondría un gran reto para la sociedad y, sobre todo, para el sistema sanitario por todos los requerimientos que implica el fenómeno del envejecimiento y la mantención del estado de envejecimiento en buena salud, sumado a requerimientos particulares inherentes a la heterogeneidad de la vejez en cada persona. En adición a esto, disímiles fenómenos económicos influyen también en la economía del cuidado: inflación, encarecimiento de recursos, crisis internacional... por lo que es necesario evaluar y accionar con carácter sistémico y teniendo en cuenta brechas de género, de equidad y de localización que diferencian a nuestros ancianos y, por tanto, determinan en última instancia el impacto de las políticas orientados a ellos.



Se define el envejecimiento como un proceso multidimensional de los seres humanos, que se caracteriza por ser heterogéneo y particular en cada uno, además de irreversible.



Dicho proceso ha traído consigo un cambio en la composición demográfica de la población mundial que hoy se considera un asunto alarmante, tendencia que se mantendrá estable, al menos en el mediano plazo.

1.2 Envejecimiento poblacional en España

El envejecimiento de la población no es un fenómeno exclusivo de un país o una región: está ocurriendo a escala mundial, aunque tiene un carácter más marcado en países desarrollados. Según el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (OMS, 2021), los países con mayor desarrollo socioeconómico presentan dinámicas similares en cuanto a tasas de natalidad y mortalidad bajas, contrapuestos a un crecimiento natural muy reducido.

En este sentido, y siendo conscientes de la transición demográfica a poblaciones de mayor edad que se está dando en España hace ya algún tiempo, es importante analizar los factores que influyen en una mejor calidad de vida y buena salud en el anciano, en las últimas etapas de la vida, puesto que la aportación que hace cada individuo a la sociedad depende principalmente de su estado de salud. En este sentido, si las personas cuentan con una mejor salud en las edades adultas, tendrán mayor capacidad de contribuir a la sociedad. En contraste, un deterioro en el estado de salud conlleva a una menor capacidad física y mental con consecuencias negativas y un mayor grado de dependencia.

La composición —y por consiguiente el tamaño— de la población y su desagregación por edades es el resultado de tres procesos demográficos (ver figura 2), los cuales se definen como sigue según la RAE ((RAE), 2001):

1. Migración: hace referencia al desplazamiento de un grupo o población de seres humanos o animales, de un lugar a otro. La migración puede ser de carácter permanente, cuando el individuo fija definitivamente su residencia en el nuevo lugar donde se ha radicado, o **temporal**, cuando obedece a estancias más breves. Además, puede considerarse **forzada** si los factores que la determinan no dependen del sujeto, o **voluntaria**, cuando quien toma

libremente la determinación es el propio individuo. Las **causas que determinan las migraciones** son múltiples y, en este sentido, tienen diferentes motivaciones y características.

2. **Fertilidad/Nacimientos:** Se llama tasa de natalidad, tasa bruta de natalidad o índice de natalidad al número de nacimientos que se produce en un territorio por cada mil habitantes en un período de un año. El índice de natalidad se usa para calcular el crecimiento demográfico en un territorio determinado. Este indicador permite proyectar en el tiempo las políticas necesarias para la distribución de la población y los recursos económicos.
3. **Mortalidad:** Según la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad se refiere al número y causa de defunciones producidas en un lugar y un intervalo de tiempo. En este sentido, se discrimina la mortalidad de acuerdo a los siguientes tipos:

Mortalidad por causas endógenas: agrupa aquellas muertes producidas por condiciones genéticas de los individuos. Por ejemplo, traumatismos de nacimiento, malformaciones congénitas, enfermedades autoinmunes o envejecimiento.

Mortalidad por causas exógenas: se refiere a las muertes producidas por factores externos al sujeto. Por ejemplo, enfermedades infecciosas o parasitarias, accidentes, violencia o inanición.



Si el anciano cuenta con buen estado de salud, tendrá mayor capacidad de contribuir a la sociedad. El deterioro de dicho estado trae consigo a una menor capacidad física y mental con consecuencias negativas y un mayor grado de dependencia.

Analizar el comportamiento tendencial de cada uno de ellos, ayudaría a entender en su totalidad, el por qué se hace referencia a España como uno de los países más envejecidos a nivel mundial y el por qué es tan importante el accionar desde las políticas públicas ante futuros fenómenos de envejecimiento del envejecimiento.

Figura 2:



Fuente: Elaboración propia a partir de Ramos Cordero y Pinto Fontanillo (2015).

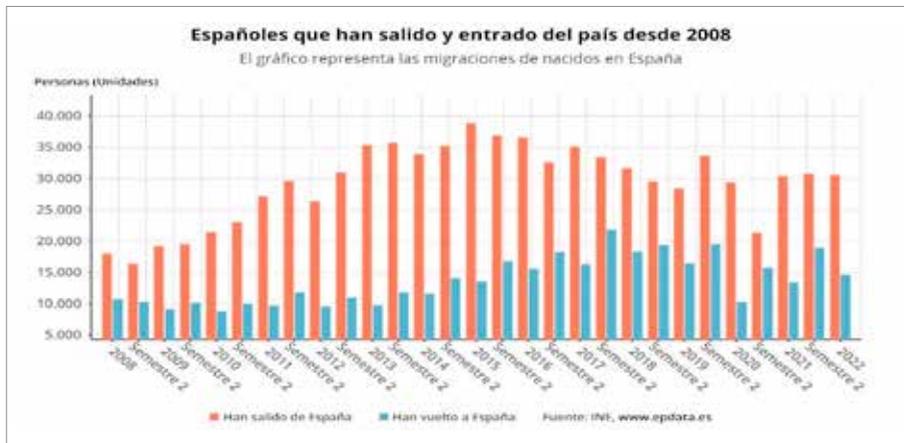
La disminución de la fertilidad junto al incremento de la longevidad es, por tanto, factores determinantes en el envejecimiento mundial de la población; sin descartar el impacto de la migración internacional, que también ha contribuido al cambio de las estructuras de edad en varios países y regiones (2023). En los países con grandes flujos poblacionales, la migración internacional puede retrasar el proceso de envejecimiento, al menos temporalmente, ya que los migrantes suelen ser jóvenes en edad de trabajar, caso muy común en los Estados Unidos, España e Italia. Sin embargo, los migrantes que se quedan en el país terminarán formando parte de la población de mayor edad con el devenir del tiempo.

Por ejemplo, las migraciones en España han mantenido un comportamiento bastante estable desde 2008 en el que las salidas casi doblan los retornos de españoles al país (ver gráfico 1), esto intuitivamente lleva a la teoría del desdoblamiento, que se da principalmente entre la población activa y en edad laboral, prevaleciendo entonces niños y ancianos.

Por otro lado, el saldo migratorio desde el segundo semestre del 2015 ha presentado resultados negativos, es decir es mayor la cantidad de inmigrantes que de emigrantes y esto lleva a una conclusión parcial importante y es que España sirve

de escape o refugio natural” para extranjeros, procedentes de diferentes continentes tales como América Latina y África entre los más destacados.

Gráfico 1:



De lo anterior se deriva otra reflexión y es que según la edad media de esos inmigrantes podríamos obtener entonces, una razón que potencia el envejecimiento poblacional español, tal y como lo muestra el gráfico a continuación:

Gráfico 2:

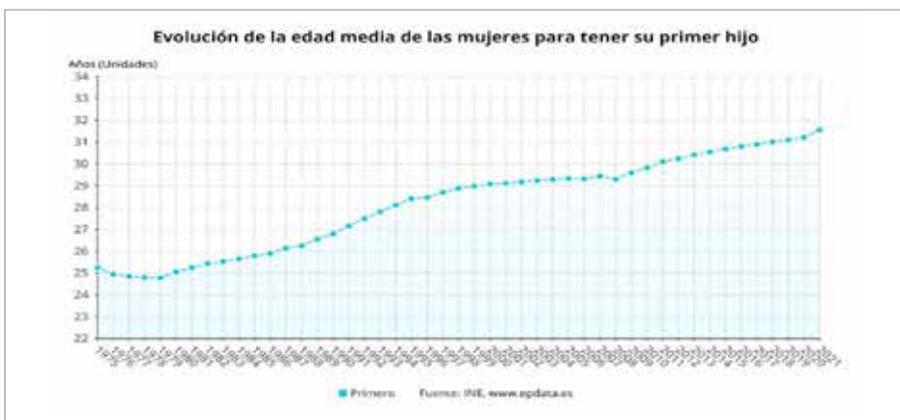


En relación a los nacimientos, no es un secreto que la inclusión de la mujer en el mercado laboral y social dándole cada vez más peso a su participación dentro de la sociedad, además de cambios conductuales, ha provocado un aplazamiento del promedio de edad en la que la mujer tenía su primer hijo, siendo ubicada esta en un intervalo entre los 28 y 32 años como mediana cuando en 1975, la edad de 25 años era la más propensa para ello, como se puede apreciar en el gráfico 3. Esto trae consigo que exista una tendencia, cada vez más generalizada en la mujer española a tener un único hijo, dado por condiciones biológicas asociadas a la edad o por decisión propia de la madre.



La disminución de la fertilidad, el incremento de la longevidad y el impacto de los flujos migratorios son factores determinantes en el envejecimiento mundial de la población, así como a la transformación de las estructuras de edad en varios países y regiones.

Gráfico 3:



En adición a lo anterior, en un estudio realizado por el INE, se agrupaban los nacimientos por unidad de tiempo mensual desde marzo de 2016 a marzo de 2023, donde se observa una clara tendencia a la baja, aunque es destacable que los picos históricos mínimos que se obtuvieron en 2021, parecen mostrar una ligera recuperación en el mismo mes del presente año según las estimaciones realizadas por el informe descrito, promovidos por las comunidades autónomas de Cataluña, An-

Galicia y Madrid, distanciadas del resto por una diferencia de aproximadamente mil nacidos vivos. Sin embargo, el gráfico 4 contrasta lo antes expuesto y es que el aumento de la edad media de las mujeres para tener a su primer hijo, es una de las posibles razones que explica la disminución de los nacimientos en tierras españolas.

Gráfico 4:



Entonces sería interesante preguntarse, de esos nacimientos, cuántos corresponden a madres de más de 35 años y cuánto a mujeres de menos de 35 años, lo que se muestra en el gráfico 5 y en el que claramente el rango de madre que prevalece es el de mayores de 35 años, lo que definitivamente frena la formación de descendencia o que esas madres tengan más de 1 hijo, aunque esto no es absolutizable.

Gráfico 5:



El último de los procesos determinantes de la composición poblacional de un país es la mortalidad, pero la muerte es por último un proceso biológico, propio de la vida. La mejora en las condiciones de vida, en hábitos alimentarios, el deporte, la concientización de la necesidad de abandonar el sedentarismo, son algunas de las razones que influyen en la cantidad de fallecidos anualmente, a expensas de fenómenos impredecibles como fue la pandemia del COVID-19 a la que estuvieron asociadas cientos de miles de muertes en todo el mundo. Bajo esta lógica más que analizar la cifra de fallecidos por año, sería oportuno comparar la cantidad de nacidos con la de fallecidos, eso daría una importante hipótesis respecto a la población española.

Desde 1941 los nacimientos superaban a las defunciones y eso se mantuvo así hasta casi el año 2000 aunque la distancia entre ambas cifras cada vez era más corta. Comienzos del siglo XXI se convirtió el punto de encuentro de ambas series demográficas, pero que volvió al comportamiento estable y habitual de años precedentes. Sin embargo, es a partir del 2017 cuando los nacimientos comienzan su detrimento, hasta ser superados, comportamiento que se mantiene hasta hoy, por las defunciones (gráfico 6). Esto definitivamente limita la tasa de crecimiento natural y se explica por el fenómeno de transición demográfica.

Gráfico 6:



Según un estudio realizado por el INE (2023), este comportamiento se mantendría en el mediano plazo, incluso la diferencia entre ellos tendrá una mayor abertura. En este sentido, es de vital importancia las políticas en apoyo a estos retos demográficos y que suponen una ruptura de paradigma sin precedentes.

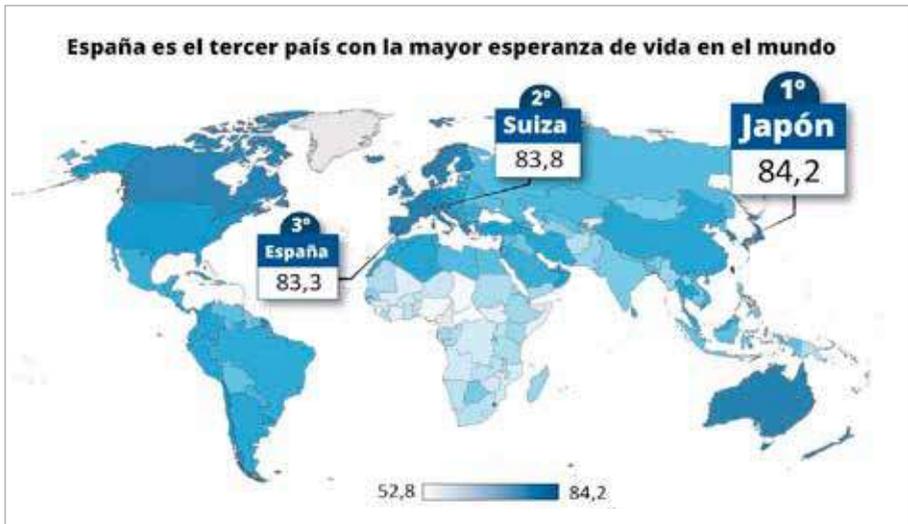
Gráfico 7:



Sin lugar a dudas, el envejecimiento de la población es visto como un gran logro de la sociedad moderna por el aumento tanto de esperanza de vida como de la esperanza de vida en buena salud, donde España es el tercer país con la esperanza de vida más alta, luego de Suiza y Japón (ver figura 3)¹. Estos resultados que se han obtenido, en gran parte, gracias a las estrategias sanitarias realizadas en las últimas décadas, tal y como se refleja en los Informes sobre Demografía publicados por la Comisión Europea de Estadísticas ((Eurostat), 2011) pero también a otros factores, de índole económica y social en los que se abordará en próximos epígrafes.

¹ La mayoría de los países con la esperanza de vida más alta se encuentran en Europa. Son los casos de Suiza y España u otros como Francia o Italia.

Figura 3:



Fuente: Banco Mundial (2018).

Este hecho se ve confirmado por la mayoría de estudios científicos referidos al tema, donde sitúan a España en la cúspide del ranking de países con mayor esperanza de vida para el año 2040 por el avanzado proceso de envejecimiento de su población actual.

Esta evaluación fue realizada por Ruiz Alvarez (2022) a partir de una investigación dirigida por el Institute for Health and Evaluation y que se ilustra gráficamente la figura 4, donde se observa cómo según proyecciones e indicios de envejecimiento del envejecimiento como característica actual de la población española, la sitúan en el ranking mundial en primer puesto para 2040.

Sin embargo, este fenómeno también representa un gran reto en su gestión en distintos ámbitos de la sociedad y particularmente en el sistema sanitario, pero ¿a qué se le denomina esperanza de vida?

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida es “el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad actualmente observado”.

Figura 4:



Fuente: Institute for Health and Evaluation (2022)

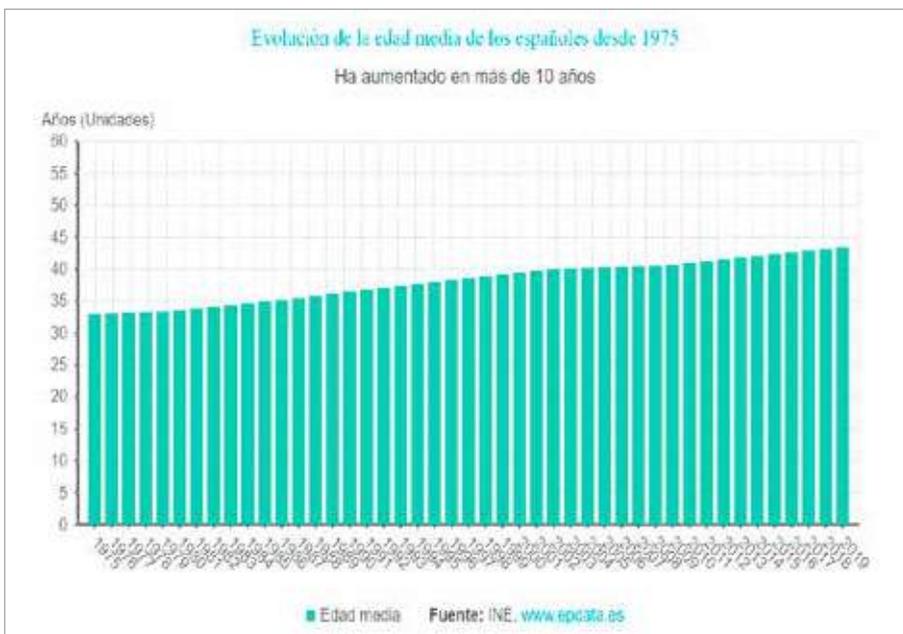


El aumento de la esperanza de vida —y de la esperanza de vida en buena salud— es visto como un gran logro de la sociedad moderna, en especial la española, que cuenta con cifras muy altas. Este fenómeno también representa un gran reto en la gestión de distintos ámbitos de la sociedad y, en particular, en el sistema sanitario.

Cabe destacar que en los países occidentales la esperanza de vida ha experimentado notables avances, motivados —en gran parte— por la evolución médica y tecnológica de la última década. Otro de los factores que han influenciado en este avance son los variados cambios en los hábitos nutricionales y en el estilo de vida de la sociedad, un acceso mejorado a los servicios sanitarios y en la optimización de la educación. De esta manera, el indicador es más elevado tanto en hombres como en mujeres y la diferencia entre ambos ha disminuido durante los últimos años.

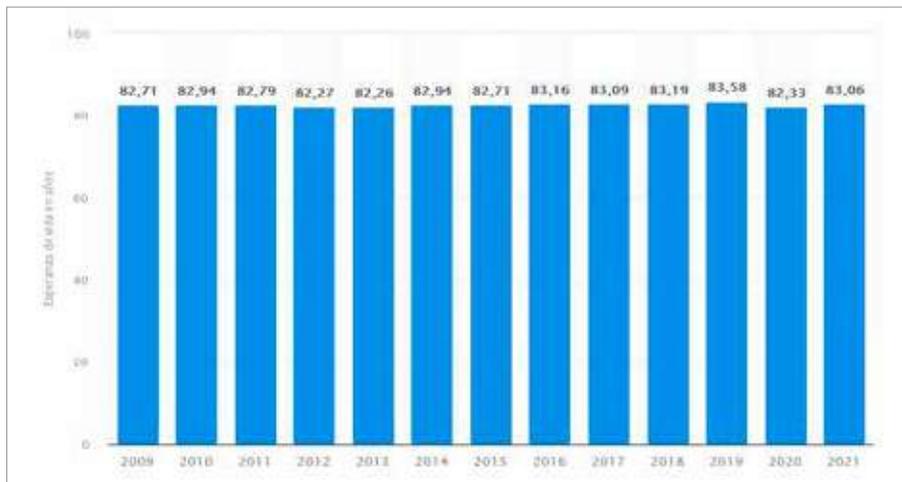
Antes de realizar el análisis de la evolución de este indicador, resulta interesante también, como la edad media del español se ha incrementado tal y como se puede observar en el gráfico 8, si antes el valor esperado de la edad de los españoles se situaba en el rango entre 30 y 35 años, ahora se encuentra entre 40 y 45 años, por lo que se ha incrementado en 10 años, esto es otra prueba del envejecimiento de la población, cada vez más notorio y palpable en la sociedad actual.

Gráfico 8:



Sin lugar a dudas, la esperanza de vida al nacer es un buen agente para medir tendencias en cambios en la salud de la población en edades avanzadas. Tal y como se hacía referencia anteriormente, a comienzos del siglo XX la esperanza de vida de la población no superaba los 35 años de edad. En torno a 1970, la población vivía como promedio unos 70 años, y en la actualidad, esa cifra se sitúa en los 83,1 años de edad como media. De hecho, durante el período comprendido entre 2012 y 2019, los españoles ganaron de media casi 16 meses más de vida, pasando de una esperanza de vida de 82.27 años a 83.58 años en 2019.

Gráfico 9: Evolución de la esperanza de vida al nacer en España en el período de 2009-2021:



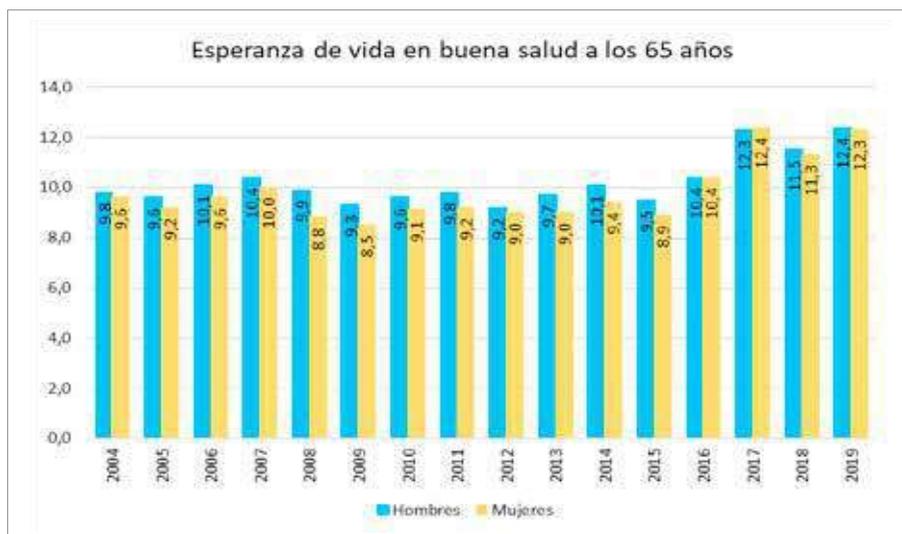
Fuente: statista (2023)

Dato que resulta interesante es que, en 2019, año en que se obtuvo ese máximo histórico, las comunidades autónomas que agruparon los más altos resultados eran Madrid, Navarra y el País Vasco pero que para años posteriores, aunque se mantenían en el top 3, redujeron la cifra, pese a no ser una diferencia significativa.

que han superado los 65 años de edad es de 12,3 años para el caso de las mujeres. Es decir, el 53% de los años que esperan vivir las mujeres mayores de 65 años serán años en buena salud, mientras que el restante 47% (11,1 años) serán aquellos en los que tendrán ciertas limitaciones en su autonomía o, lo que podría considerarse lo mismo, cierto nivel de dependencia, ya sea en el plano físico o cognitivo.

Por su parte los hombres, una vez alcanzada la edad de 65 años, vivirán, en términos medios (ver gráfico 11), 12,4 años con buena salud y 7 años con ciertas limitaciones en su autonomía; esto es, un 64% de los años que esperan vivir tras haber cumplido los 65 años de edad, serán años con una buena salud. A priori, de las anteriores cifras podríamos destacar cómo, en términos relativos, los hombres viven más años en buena salud respecto a las mujeres una vez que pasan la barrera de los 65 años de edad, cuestiones que serán abordadas en próximos epígrafes, aunque es posible adelantar que, en principio, se refiere a la tendencia arraigada de la mujer como cuidadora del resto y que, por ende, termina descuidándose un poco ella.

Gráfico 11:

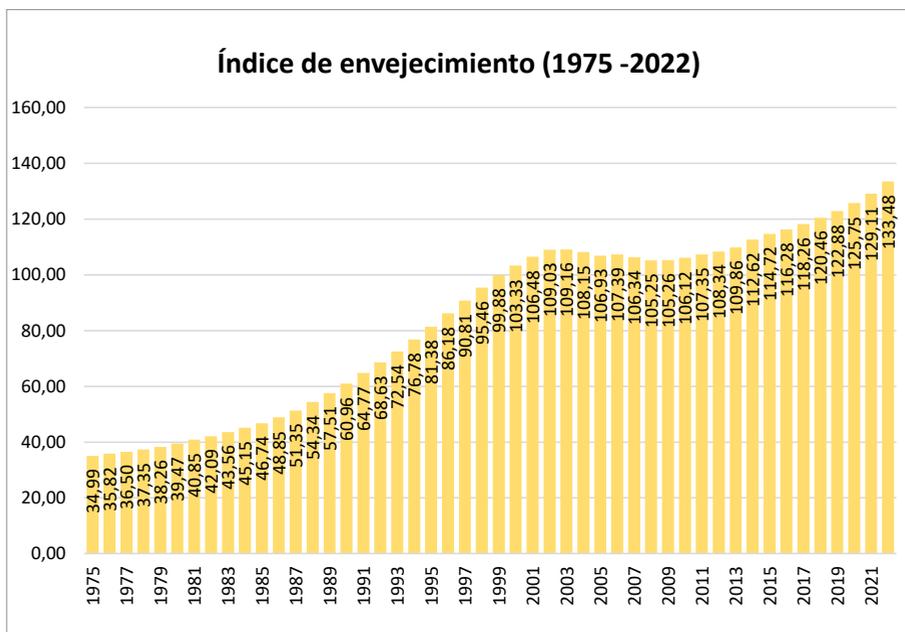


Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Por otro lado, en España, con el devenir del tiempo, la tasa de envejecimiento— que expresa la relación entre la cantidad de ancianos con respecto a la cantidad de niños y jóvenes— ha tenido aumentos exponenciales contra la disminución marcada de los jóvenes en proporción. Si bien la tasa de dependencia es directamente proporcional al aumento de los mayores de 65 años que tuvo una variación positiva de casi el 12% entre 1900 y 2019 según el INE (2023), de esto se derivan varias teorías.

En principio, el aumento de este rango etario es considerado algo positivo porque es señal de la maximización de la esperanza de vida o, lo que es lo mismo, un aumento en el período vital de la persona. Ello se refleja en un índice de envejecimiento con tendencia alza en los últimos años, tal y como muestra el gráfico 12:

Gráfico 12:



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (2022)

Lo anterior queda detallado en la tabla 1, donde se identifica la evolución de este índice de envejecimiento en el período comprendido entre 1975 y 2022, serie de tiempo publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y en la que es observable su carácter creciente, que aunque en los primeros años tenía una tasa de crecimiento variable de alrededor del 1%, a partir de 1986 los incrementos del índice eran de alrededor del 3% y en promedio, en el último quinquenio, se mantiene con una variación positiva entre el 2 y el 3% y se espera que se mantenga estable entre el 3 y 5 % según el Banco Mundial (2022).

Tabla 1: Evolución histórica del índice de envejecimiento en España (1975-2022):

Año	Total Nacional
1975	34.99
1976	35.82
1977	36.50
1978	37.35
1979	38.26
1980	39.47
1981	40.85
1982	42.09
1983	43.56
1984	45.15
1985	46.74
1986	48.85
1987	51.35
1988	54.34
1989	57.51
1990	60.96
1991	64.77
1992	68.63
1993	72.54
1994	76.78
1995	81.38
1996	86.18
1997	90.81
1998	95.46
1999	99.88

Cont...

Año	Total Nacional
2000	103.33
2001	106.48
2002	109.03
2003	109.16
2004	108.15
2005	106.93
2006	107.39
2007	106.34
2008	105.25
2009	105.26
2010	106.12
2011	107.35
2012	108.34
2013	109.86
2014	112.62
2015	114.72
2016	116.28
2017	118.26
2018	120.46
2019	122.88
2020	125.75
2021	129.11
2022	133.48

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

El índice de envejecimiento, que no es más que una tasa comparativa entre la proporción de la población mayor de 60 años y la población menor de 15 años, como se había mencionado anteriormente, se calcula como el cociente entre personas de la vejez con respecto a la cantidad de la población de edad menor a los 15 años multiplicado por 100. Dicha operación da como resultado la tasa porcentual de envejecimiento, que ofrece información muy relevante, sobre todo para hacedores de política social y económica.

Tal y como se observa en el gráfico y se detalla en la tabla anterior, la tasa de envejecimiento de España indica picos históricos en los últimos años. Si bien es cierto que en el período de 1975-2003 tenía una marcada tendencia positiva, mostró algunos signos de estabilización o ligeros descensos en los 10 años poste-

riores. Esto es debido a la ligera recuperación de la tasa de natalidad evidenciada en ese período, aunque no fue algo prolongado en el tiempo, y esto se evidencia —entre otros muchos ejemplos— en que la edad media a la maternidad ascendió de 28.2 años a 32.3 para el año 2021.

Esta afirmación permite arribar a una reflexión importante y es que, en promedio, las mujeres que tienen su primer hijo pasados los 30 años inician el proceso reproductivo desaprovechando la mitad del tiempo en que son potencialmente fértiles, a expensas del riesgo que supondría un aplazamiento en tener descendencia, como puede ser el uso obligatorio de técnicas de reproducción asistida, y pueda terminar convirtiéndose en infecundidad.

De conjunto con esto, las políticas orientadas a promover la natalidad en España carecen, en sentido amplio, de objetivos definidos, debido a que no queda claro si están orientadas a aumentar el número de nacimientos, la tasa coyuntural de fecundidad o la descendencia final de las madres. Otros lineamientos tienen destinatarios imprecisos y no se sabe bien si van dirigidos a madres primerizas o persiguen estimular la transición a las paridades altas. De acuerdo con Daviña (2010), “en muchas ocasiones sólo tienen efectos a corto plazo —anticipan el *tempo* de la reproducción o acortan los intervalos entre nacimientos—, pero no cambian la fecundidad completa de las generaciones”.

Dejando de lado la imperiosa necesidad de redireccionar las políticas orientadas al mejoramiento de los indicadores relacionados con natalidad y fecundidad, ya que no responde a los objetivos directos de este libro, sí es posible afirmar que a partir del año 2013 se acrecentó nuevamente la tasa de envejecimiento. Desde ese momento, y de manera exponencial, se llega a cifras cada vez mayores que señalan la necesidad de políticas públicas y sanitarias de acompañamiento en estas esferas, en tanto se trata de un fenómeno difícilmente reversible en el corto plazo.



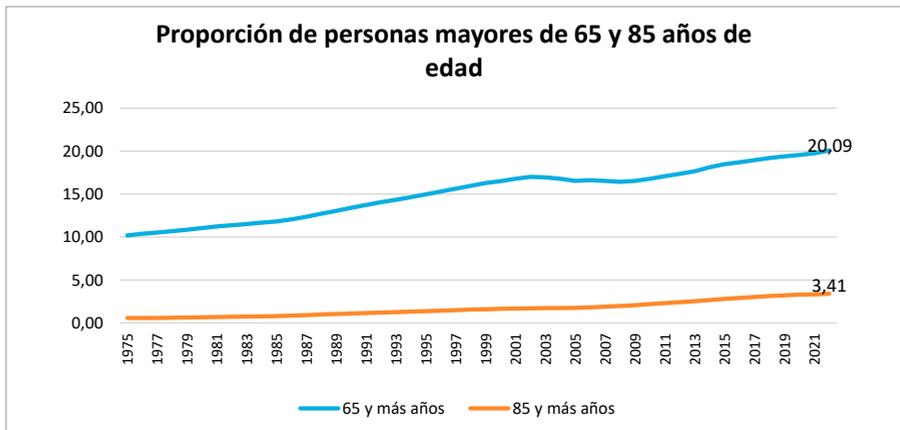
La tasa de envejecimiento de España indica picos históricos en los últimos años. Si bien es cierto que en el período de 1975-2003 tenía una marcada tendencia positiva, mostró algunos signos de estabilización o ligeros descensos en los 10 años posteriores.

Si bien es cierto que, desde el punto de vista social, una elevada tasa de envejecimiento es señal de mejores condiciones de vida, eficientes políticas de sanidad pública, avances tecnológicos que extienden la vida, así como el acompañamiento por parte del gobierno a través de las pensiones de seguridad social, lo cierto es que hace un llamado de alarma al sector institucional.

Las cifras progresivas y con crecimiento exponencial con que la población española envejece son de las mayores del continente europeo. En 2017 el índice no superaba el 120%, en 2021 ya era del 133% llegando a despuntar en más de un 10% en apenas 4 años y que carece del respaldo de un buen índice de natalidad, lo que equivale a que la población longeva tenga mayor peso en la pirámide etaria española.

El aumento de la tasa de envejecimiento es el resultado del aumento en cifras cuantificables de la cantidad de la población que supera a los 65 años, subdividida en 2 grandes grupos: un primer grupo que engloba las edades de 65 a 84 años y un segundo de 85 años o más, aunque ambos responden a un grupo mayoritariamente dependiente de cuidados especiales y/o asistencia por parte de los familiares y el estado.

Gráfico 13:



Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

De los dos subgrupos el más representativo es el primero, que además ha sido el que notoriamente ha presentado una tendencia creciente, aunque es importante destacar que, a inicios del siglo XXI, los mayores de 85 años representaban el 1.64% de la población y en el 2022 representan el 3.41% según datos publicados por el INE, lo que complementa el análisis antes abordado (gráfico 13).

De esto se deriva además, que definitivamente entre los ancianos, el grupo etario que ha experimentado mayor crecimiento y por tanto, en todo análisis demográfico es considerado, grupo modal es el compuesto por personas octogenarias con edades entre 65 y 84 años de edad, de lo que se intuiría que también es el grupo más afectado por enfermedades y padecimientos asociados a la edad y que en su mayoría, confirman el indicador de la esperanza de vida en España, aunque esto se abordará en próximos epígrafes.

Tal y como se mencionaba anteriormente dentro de los ancianos, prevalece el grupo de 65 a 84 años de edad, por eso la recta tendencial que los representa es superior y muestra una marcada tendencia al alza, por encima de la línea tendencial de los que podríamos agrupar en 85 años y más. Dicho comportamiento se ha mantenido estable en el tiempo y así lo confirma la tabla 2.

Si bien las variaciones parecen tener un comportamiento estable a la par que creciente durante el período analizado, hay determinados años en los que se obtienen picos históricos, algunos a fines a momentos de alta migración y/o mortalidad, procesos enunciados anteriormente como determinantes de la composición poblacional de cualquier país.

Por ejemplo, y relacionado con el grupo de 65 a 84 años de edad, se obtuvieron picos en los años 1996 y 2014, mientras que, para el grupo de los mayores de 85, fue en los años 2014 y 2015, aunque en la mayoría del periodo estudiado las tasas de variación son positivas con respecto al año anterior.



Una elevada tasa de envejecimiento es señal de buenas condiciones de vida, eficientes políticas de sanidad pública, avances tecnológicos que extienden la vida y el acompañamiento por



parte del gobierno a través de las pensiones de seguridad social. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que también hace un llamado de alarma al sector institucional.

Tabla 2: Evolución de la proporción de ancianos divididos en subgrupos (1975-2022):

	65 y más años	85 y más años
1975	10.20	0.57
1976	10.39	0.59
1977	10.53	0.59
1978	10.70	0.61
1979	10.86	0.63
1980	11.05	0.66
1981	11.24	0.70
1982	11.37	0.73
1983	11.52	0.75
1984	11.68	0.78
1985	11.83	0.80
1986	12.08	0.86
1987	12.37	0.91
1988	12.73	0.98
1989	13.06	1.04
1990	13.41	1.09
1991	13.75	1.15
1992	14.07	1.20
1993	14.35	1.26
1994	14.66	1.31
1995	14.98	1.37
1996	15.32	1.44
1997	15.63	1.50

Cont...

	65 y más años	85 y más años
1998	15.97	1.56
1999	16.29	1.61
2000	16.53	1.64
2001	16.79	1.69
2002	17.01	1.72
2003	16.96	1.73
2004	16.80	1.73
2005	16.56	1.75
2006	16.64	1.81
2007	16.54	1.89
2008	16.44	1.98
2009	16.56	2.07
2010	16.80	2.19
2011	17.11	2.31
2012	17.36	2.43
2013	17.68	2.53
2014	18.15	2.68
2015	18.50	2.81
2016	18.72	2.92
2017	18.96	3.03
2018	19.20	3.14
2019	19.40	3.23
2020	19.58	3.31
2021	19.77	3.33
2022	20.09	3.41

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La población española de más de 65 años representa el 20.09% de la población total según el INE y de ellos, el 3.41% son mayores de 85 años, lo que representa una población muy envejecida. Esto, intuitivamente, lleva a pensar que, en el largo plazo, en España se dé el fenómeno de envejecimiento del envejecimiento o lo que es lo mismo, sobre envejecimiento poblacional, del cual aún se estudia su

alcance, aunque es algo difícil de afirmar por la dinámica actual de migraciones que se está dando en el continente.

En cualquier caso, lo que queda claro es que se tiene una población envejecida, que es el fruto de mejoras en los hábitos de vida, la mejora de la atención sanitaria y el seguimiento y control de enfermedades crónicas, que se traducen en una mayor esperanza de vida y esperanza de vida saludable, directamente proporcional con la disminución de la tasa de mortalidad.

En este contexto, son muchos los estudios que afirman que, gracias a estos hábitos, hay cierto retraso en la entrada en la etapa de discapacidad y dependencia, caracterizada por padecimientos, enfermedades diversas —en algunos casos crónicas— y por la pérdida de capacidades físicas y psicológicas.

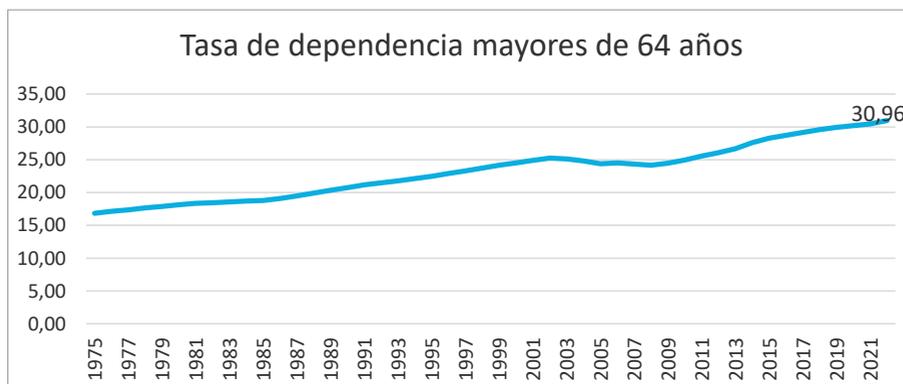


La población española de más de 65 años representa el 20.09% de la población total según el INE y de ellos, el 3.41% son mayores de 85 años, lo que representa una población muy envejecida. En el largo plazo, en España aparecerá el fenómeno conocido como sobre envejecimiento poblacional, del cual aún se estudia su alcance en tanto esta correlacionado el flujo migratorio del continente en la actualidad.

Un desafío importante es la enorme diversidad de los estados de salud y estados funcionales que presentan las personas mayores. Esta diversidad refleja los cambios fisiológicos sutiles que se producen con el tiempo, pero que solo se asocian vagamente con la edad cronológica (Ramos Cordero P & Pinto Fontanillo JA, 2015) y que en España ha mostrado importantes señales a tener en cuenta.

De las 9 616 236 personas que conformaban el grupo de la población española mayor de 65 años, se aprecia una tasa de dependencia del 30.96% (ver gráfico14), bastante alta comparada con la del 24% que había en el 2000 y del 18.14% que existía en los años 80.

Gráfico 14:



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Una mayor tasa de dependencia implica mayores cuidados. A medida que aumente la población envejecida, mayores serán las políticas en apoyo a la condición de dependencia sin importar el grado de este indicador. Por ejemplo, según el INE (2023), más del 50% de los mayores de 85 años estaban limitados, aunque no gravemente, para realizar las actividades domésticas, por lo que necesitaban de apoyo asistencial para ello, grupo que no es menor entre los ancianos españoles. Todo esto se recoge en una tasa de dependencia con tendencia al alza en los últimos años.



Uno de los mayores desafíos en la proyección de los cuidados al anciano radica en cubrir la amplia diversidad de los estados de salud y estados funcionales que presenta este grupo etario.

Si se analizara detalladamente la evolución de la tasa de dependencia en mayores de 64 años publicada por el INE, se podría intuir de una alta correlación entre esta y la cantidad de ancianos existentes, si bien esto tiene todo el sentido, sería importante su estudio a detalle para llegar específicamente a por qué y a pesar del adelanto de tecnologías y el mejoramiento de las políticas públicas y sociales orientadas a este estrato, se sigue manteniendo un alto índice de dependencia, de

ahí la necesidad no solo del acompañamiento institucional sino también de promover la economía del cuidado y políticas de prevención, para que si bien contra los padecimientos asociadas a la edad es poco lo que se puede hacer, hay hábitos alimenticios y costumbres asociadas al estilo de vida que influirían positivamente y ayudarían a reducir este índice, explicado explícitamente en la tabla que se muestra a continuación:

Tabla 3 : Tasa de dependencia mayores de 64 años, serie histórica

	Total Nacional
1975	16.82
1976	17.15
1977	17.36
1978	17.65
1979	17.89
1980	18.14
1981	18.34
1982	18.46
1983	18.57
1984	18.69
1985	18.81
1986	19.11
1987	19.47
1988	19.93
1989	20.34
1990	20.76
1991	21.16
1992	21.49
1993	21.78
1994	22.13

Cont...

	Total Nacional
1995	22.48
1996	22.91
1997	23.28
1998	23.74
1999	24.17
2000	24.51
2001	24.89
2002	25.24
2003	25.12
2004	24.82
2005	24.37
2006	24.52
2007	24.36
2008	24.19
2009	24.46
2010	24.94
2011	25.55
2012	26.06
2013	26.70
2014	27.60
2015	28.29
2016	28.72
2017	29.17
2018	29.61
2019	29.93
2020	30.19
2021	30.46
2022	30.96

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Imitando patrones internacionales, España ha realizado tres macroencuestas sobre discapacidad y dependencia. Por desgracia en este período han evolucionado enormemente las ideas y clasificaciones en torno a la discapacidad, y los resultados de cada una presentan limitaciones, como por ejemplo la restricción al análisis de los hogares familiares, siendo la vejez avanzada una etapa con muchas salidas de observación por ancianos que acaba en residencias.

Como no son una muestra aleatoria, sino muy influida por la mala salud, se produce un sesgo importante en los indicadores que sería necesario corregir, pero en general en ellas se reafirma no solo el alto grado de envejecimiento aparejado a las discapacidades y limitaciones propias de avanzada edad, sino también se confirma la relación proporcional entre la tasa de discapacidad y la edad a la que se hacía referencia anteriormente, aunque es una teoría muy intuitiva y que va de la mano del proceso natural de la vida. Aunque son cifras que evidentemente varían a la par que crece la composición de este grupo etario, es definitivamente característico que a los 80 y más años, más de la mitad de la población española tiene problemas para realizar las actividades cotidianas.

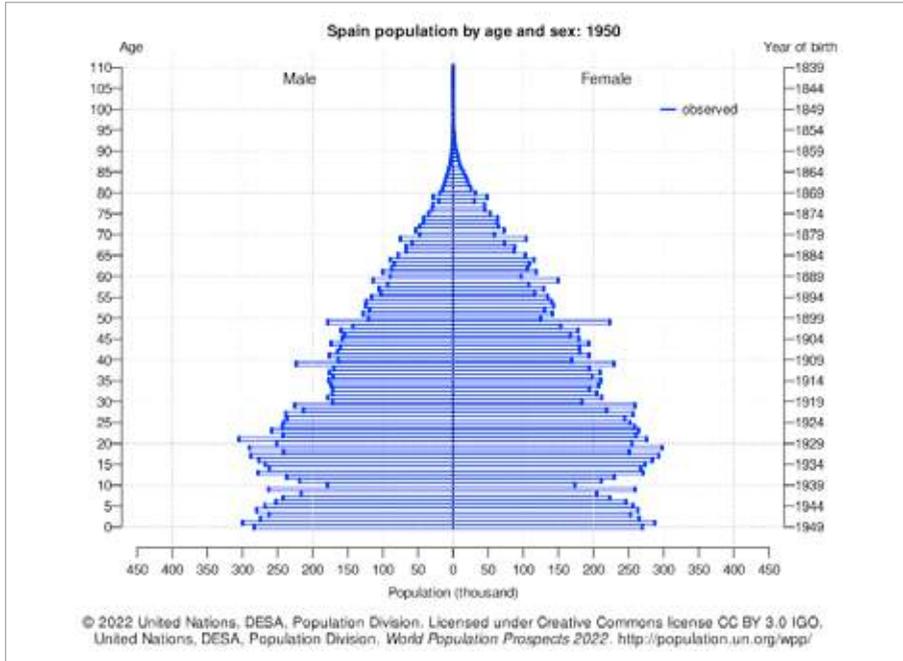


Los análisis realizados en España sobre discapacidad y dependencia reafirman tanto el alto grado de envejecimiento aparejado a las discapacidades y limitaciones propias de avanzada edad como la relación proporcional entre la tasa de discapacidad y la edad.

También es más alta en los analfabetos, en los viudos y en los que viven en hogares de otro tipo (convivencias diferentes al hogar unipersonal, en pareja o multigeneracional, y con presencia de empleados de hogar con mayores, etc.) según los estudios de demografía publicados cada año por el INE (2023).

Por otra parte, según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas, España cuenta con una población de aproximadamente 47.615.033 personas, con características de envejecimiento avanzado y que numerosos estudios alrededor del tema que estiman el agravamiento del fenómeno.

Gráfico 15:



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

La pirámide poblacional de inicios del siglo XX tenía una definida forma cóncava, donde la base era muy ancha y donde se concentraba la mayor parte de la población y la punta muy estrecha, justificado por la alta tasa de natalidad de esa época en la que, además, la esperanza de vida no era muy alta, por lo que eran solo unos pocos los que llegaban a cumplir más de 85 años. Es importante destacar que hay rangos etarios inestables que sobresalen del rango anterior, por lo que no sigue la forma de triángulo equilátero perfecto; aun así, se está en presencia de una población equilibrada a pesar de los efectos de la Guerra Civil.

En la segunda mitad del siglo XX, se contaba con una población joven en comparación con la actual, lo cual se aprecia en la forma de pirámide poblacional

estructurada que muestra el gráfico 15, donde la mayor concentración se encontraba en los rangos de 15 a 40 años.

Aunque se observan rangos atípicos dentro de la pirámide, se mantenía de alguna manera un ritmo de envejecimiento leve, pero con una mayor esperanza de vida y un marcado descenso de la natalidad, por lo que la base ya no es tan ancha, aunque sigue contándose con un número elevado de niños y en donde el grupo predominante es el de los adultos.

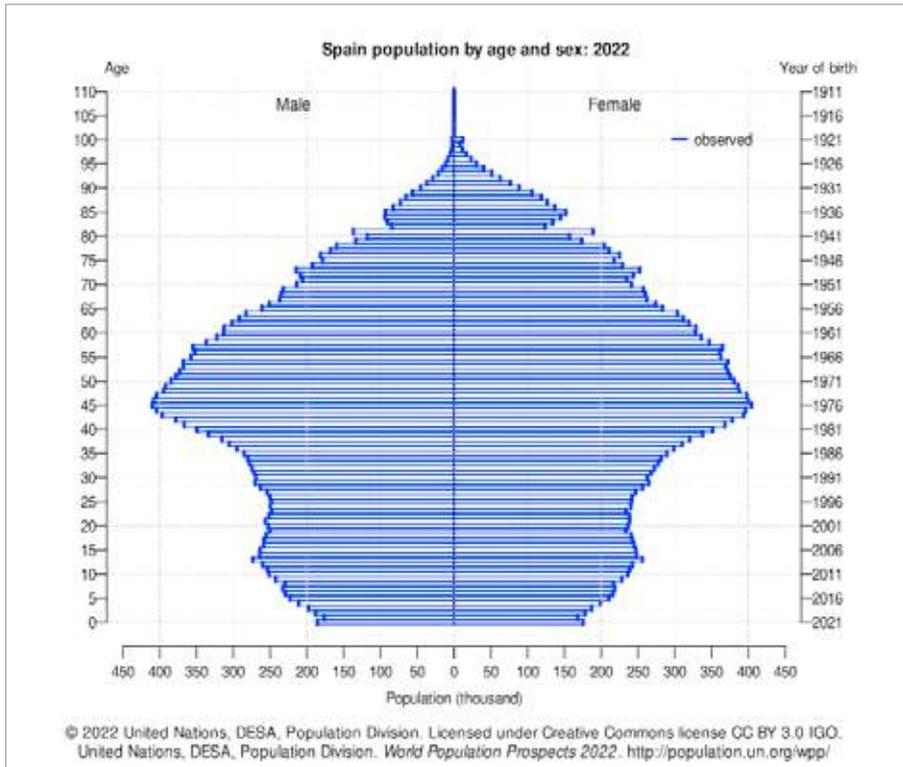
Es importante destacar también el impacto que tuvo la Guerra Civil española en la población masculina adulta, que se evidencia en una mayor proporción de mujeres en este rango durante este período.

En la actualidad, a diferencia de la pirámide anterior, se aprecia una forma casi convexa en la que casi 2/3 de ella se encuentra por encima de los 40 años de edad, dato alarmante y que da indicios de la estimación de la población española para 2050, que será abordada más adelante, aunque es evidente que es una sociedad que tiende al envejecimiento paulatino y, cada vez, en menor tiempo.

La disminución de las tasas de natalidad a partir de la década de los 70 acompañada por períodos de crisis económicas y el cambio de rol social de la mujer, así como su incorporación en el mercado laboral gestó, desde aquel entonces, cambios en la estructura poblacional actual. Destaca, además, que el incremento en la esperanza de vida al que antes se hacía alusión, ha provocado el aumento progresivo del peso demográfico de las personas mayores en España.

Actualmente en torno al 19% de la población tiene 65 o más años de edad (de los cuales, más del 30% tienen 80 o más años), y se espera que para el año 2050 el 30% de la población tenga más de 65 años de edad (de los cuales, más del 40% tendrán 80 o más años). Además, un dato que ayuda a entender mejor la evolución de la esperanza de vida es el referente a la población que supera la barrera de los 100 años. A fecha de 1 de enero de 2020 en España se contaban 12.551 personas de 100 años y más, respecto a 3.021 personas censadas en 1981, cifra que mantiene una tendencia similar para años posteriores (ver gráfico 16).

Gráfico 16:



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).



Desde la década de los 70, la disminución de las tasas de natalidad acompañada por períodos de crisis económicas, así como el cambio de rol social de la mujer y su incorporación en el mercado laboral, gestó cambios en la estructura poblacional actual.

Si se tiene en cuenta lo dicho previamente en relación a la forma casi convexa de esta pirámide, sería muy atrevido afirmarlo, pero si es evidente que, si se siguen los ritmos actuales, en solo 5 años se tendría una población con una edad

promedio muy elevada. Se aprecia también un radical descenso de la natalidad, aunque se han realizado estudios que demuestran ligeros avances de recuperación en este sentido por la elevada tasa de inmigrantes latinoamericanos recibidos en las últimas décadas que mantienen una mentalidad muy diferente a la de la actual mujer española. Por ejemplo, en 1975, la cantidad promedio de hijos era de casi 3 niños por mujer en edad fértil, en el 2020 fue de apenas 1.2, según el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021).

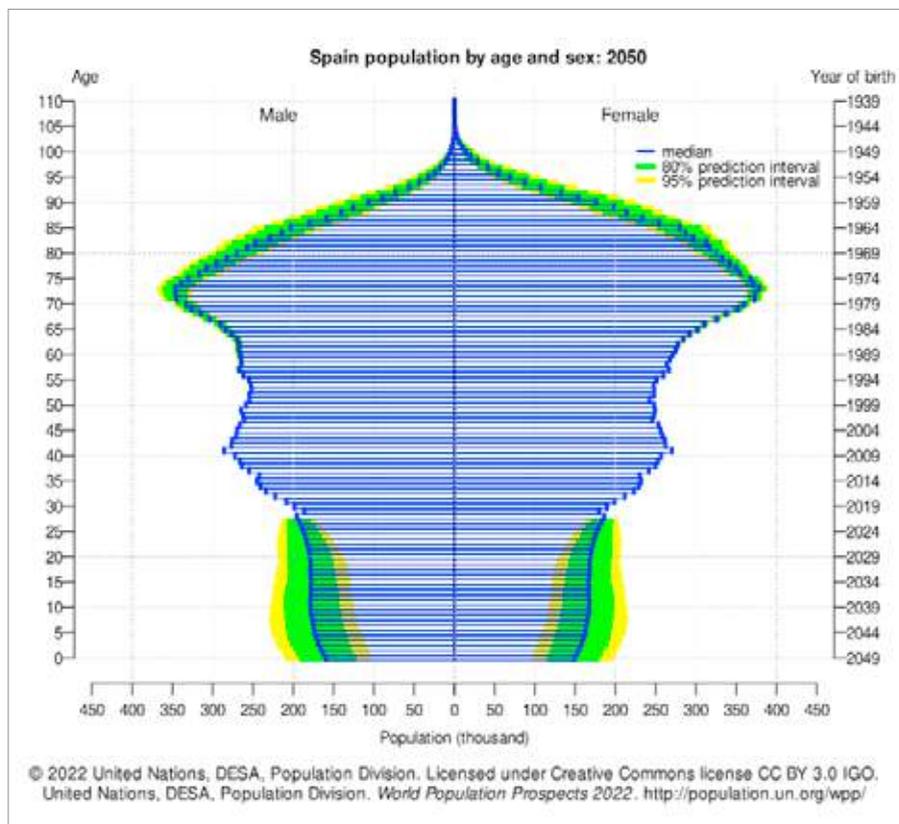
Lo anterior, combinado con el incremento de la esperanza de vida que se debe fundamentalmente a la mejora en la calidad de vida y a los avances en la medicina que se han producido en los últimos años, trae consigo lo que ilustra el gráfico: menos niños y más personas longevas.

Por otro lado, otras características que pudieran demostrar el envejecimiento poblacional español a través de ejemplos concretos es el saldo negativo entre muertes y nacimientos, lo que es implicativo, además, de la dinámica reductora que experimenta del deterioro de la misma, cada vez más acentuado.

De no existir grandes cambios en las variables que influyen en la composición poblacional de España se esperaría que para el año 2050 se esté en presencia de una pirámide regresiva o inversa, lo que significa un alto porcentaje de personas mayores y muy poco de niños, lo que hace que la base sea menor que la cúspide en términos de proporción, simulación que puede observarse en el gráfico 17.

La mayoría de las estimaciones apuntan a que se mantengan estos ritmos de envejecimiento en la población bajo condiciones de vida óptimas que hace 50 años no eran ni soñadas y esto afectaría no solo al grupo de 60 años sino también las de 85 años y más, fenómeno que se conoce como el envejecimiento del envejecimiento o sobre-envejecimiento, del cual aún no se tienen cifras estimadas de su impacto en la sociedad o específicamente en la economía de un país, por lo que se denomina, por varios autores, como un fenómeno de impacto “incierto e invaluable” (Cordero P. y Pinto J.A, 2015)

Gráfico 17:



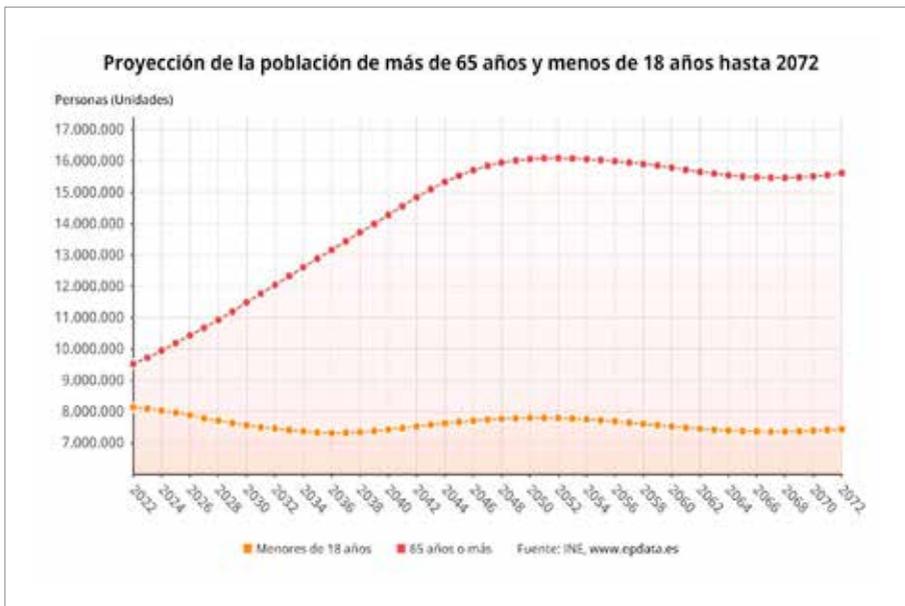
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).



El radical descenso de la natalidad combinado con el incremento de la esperanza de vida —condicionado por la mejora en la calidad de vida y a los avances en la medicina que se han producido en los últimos años— y el saldo negativo entre muertes y nacimientos incidirán en la composición poblacional de España. De no haber cambios significativos en esta situación, se espera que para el año 2050 se esté en presencia de una pirámide regresiva o inversa.

Existen estudios realizados en colaboración con el INE y el centro de demografía, que realizó esta misma proyección pero para un período más amplio, en el que se predijera el comportamiento de la composición española entre 2022 y 2072 pero con la particularidad, de que este estaba dividido en dos rangos etarios, menores de 65 años y otro grupo formado por la cifra de ancianos estimados que alcanzaría el país para ese entonces, resultando que, el segundo grupo presentaba una marcada tendencia al alza mientras que el primero, el de los jóvenes y población activa económicamente presentaría un comportamiento estable, a priori, estacional en una cifra bastante modesta, evidenciándose en el gráfico 18:

Gráfico 18:



Se hace necesario un estudio profundo que sistematice variables como las enfermedades más recurrentes en el anciano, para diseñar estrategias más eficientes para la gestión de su cuidado.

Todo lo anterior trae consigo la imperiosa necesidad de repensar las políticas gubernamentales en el sector sanitario, las cuales se han visto limitadas por la pandemia mundial iniciada en el 2019 que trajo consigo múltiples impactos en diversas áreas —desde pérdidas de vidas humanas hasta el jaque en hospitales por falta de personal y recursos. En este sentido es de vital importancia para hacedores de política y funcionarios públicos, un estudio que sistematice enfermedades más comunes en el anciano, así como posibles estrategias a seguir para una adecuada gestión del cuidado del grupo poblacional más longevo, a desarrollar en próximos epígrafes.

CAPÍTULO 2
ESTADO DE SALUD DE LOS
ANCIANOS EN ESPAÑA

2. ESTADO DE SALUD DE LOS ANCIANOS EN ESPAÑA

Hace aproximadamente ocho años, las Naciones Unidas como órgano rector —y por consiguiente todos los países miembros de la misma— decretaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Globales, a forma de llamado de carácter mundial para el mejoramiento de la vida bajo principios de equidad y cero discriminación, acotándolos a un plazo 15 años para su cumplimiento. Esta planificación —estructurada en 17 objetivos, 169 metas y 231 indicadores medidores de cambio— debía ser retomada en 2030 bajo un carácter crítico, para revisar qué se ha hecho y cuánto se ha avanzado hasta el momento.

Esta agenda es universal y profundamente transformadora. Persigue romper con el viejo paradigma de que “unos países donan mientras otros reciben ayuda condicionada” mediante la creatividad, el conocimiento, la tecnología y los recursos financieros, alineados a un mismo fin: el camino hacia un desarrollo sostenido, inclusivo y en armonía con el medio ambiente, a través de políticas públicas e instrumentos de planificación, presupuesto, monitoreo y evaluación.

Dicha agenda cuenta con 17 objetivos con carácter sistémico, por lo que se reconoce que la acción en un área o ámbito terminará afectando también los resultados en otras áreas. Además, asume el concepto de desarrollo multidimensional, por lo que persigue equilibrar, simultáneamente, el ámbito social, económico y ambiental. Estos objetivos son listados en la figura 5.

Figura 5:



Fuente: ONU (2022)

Específicamente y referido al tema que nos concierne, se encuentra el objetivo 3 que persigue “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y de él se derivan varias metas, que se listan a continuación ((ONU), 2022)

- 3.1** Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- 3.2** Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
- 3.3** Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
- 3.4** Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
- 3.5** Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
- 3.6** Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
- 3.7** Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

- 3.8** Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos
- 3.9** Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo
- 3.a** Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
- 3.b** Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos
- 3.c** Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo
- 3.d** Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.



La agenda de las Naciones Unidas para el mejoramiento de la vida bajo principios de equidad y cero discriminación se concreta en 17 objetivos, 169 metas y 231 indicadores medidores de cambio los recogidos en el documento Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) —también conocidos como Objetivos Globales— persigue instaurar un paradigma de sostenibilidad, inclusión y armonía con el medio ambiente, a través de políticas públicas e instrumentos de planificación.

La pandemia internacional a la que se enfrentó el mundo desde el año 2019 constituyó un punto de inflexión importante en afán de determinar el tránsito a un mundo sostenible, por las miles de pérdidas humanas que supuso y que aún se apunta, además de la desestabilización y colapso de sistemas sanitarios y la economía mundial.

Sin embargo, previo a la pandemia, se consiguieron grandes avances en la mejora de la salud de millones de personas en distintas zonas del planeta. Estos logros se ven ejemplificados en el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte comunes asociadas con la mortalidad infantil y materna a nivel mundial.

Por otro lado, se necesitan más esfuerzos para erradicar por completo una gran variedad de enfermedades y abordar un gran número de problemas de salud, tanto constantes como emergentes. A través de una financiación más eficiente de los sistemas sanitarios, un mayor saneamiento e higiene, y un eficiente acceso al personal médico, se podrán conseguir avances significativos a la hora de ayudar a salvar las vidas de millones de personas, aunque es importante no desmeritar los avances conseguidos y que se evidencian en el estado de salud de los ancianos en España, detallados seguidamente.



La pandemia mundial generada por la COVID-19 trajo consigo la desestabilización y colapso de los sistemas sanitarios y la economía mundial, que se tradujo en la pérdida de miles de vidas humanas. Esta situación constituyó un punto de inflexión importante en afán de determinar el tránsito a un mundo sostenible.

2.1 Heterogeneidad en la vejez, potenciales factores que la determinan.

Biológicamente, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. Esto trae consigo un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte ((Eurostat), 2011).

Es importante aclarar que no existe un anciano típico o no hay una forma de envejecimiento “normal”. Por un lado, se encuentran personas mayores que, a expensas de un deterioro físico, mantienen ciertas habilidades —en su mayoría mentales— comparables con las de un adulto de 25 o 30 años. Sin embargo, otros sufren un mayor deterioro de su estado de salud, físico y psíquico, incluso en edades tempranas de la vejez. Es por esto que la mayoría de instituciones y organizaciones internacionales estudiosas del tema, hacen tanto hincapié en la necesidad de tratamiento particularizado en cada anciano, sin una guía normativa de procedimientos estipulados para ancianos y, por consiguiente, aplicables como regla a todos por igual. De esta manera, se respondería concretamente a las experiencias y necesidades de cada uno de los ancianos.

En este contexto y una vez precisado que no todo el mundo transita a la vejez de la misma forma y en iguales condiciones —es decir, que dichos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa, justamente por la heterogeneidad individual a la que se hacía referencia anteriormente—, se puede hacer alusión a los axiomas que determinan o tienen mayor impacto en esta heterogeneidad.

Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas, además de que el nexo familiar juega un rol fundamental en la vida del anciano. Esta diversidad, detectable fácilmente a priori, es el resultado también de los entornos físicos y relaciones sociales establecidas durante la vida, por lo que las diferencias no son una cuestión de azar o están única y exclusivamente explicadas por el país de origen. El entorno influye en oportunidades, costumbres y hábitos relacionados con la salud que abarcan desde

la alimentación hasta estilos de vida saludables. Dicha relación con el entorno está determinada, a su vez, por características personales como la familia en la que se nace, el sexo, etnia, religión y hábitos. Todo ello da lugar a desigualdades en cuanto a estados de salud entre los más longevos de toda la población.



No existe un anciano típico o una forma de envejecimiento “estándar”, por lo cual se deben diseñar estrategias y tratamientos particularizados para cada anciano, evitando la normalización.

En muchas ocasiones se establece una relación bidireccional entre vejez y fragilidad o discapacidad y, por tanto, se asocia al anciano como una carga, incapaz de generar beneficios o aportar a la sociedad. Teoría que evidentemente tiene un marcado carácter retrógrado y discriminador que termina por afectar el potencial de los ancianos y limitan e incluso influyen en su estado de salud, en principio por el ámbito psicológico (Ruiz Alvarez, 2022). Bajo este precepto es de vital importancia que trabajadores del sector público, así como la sociedad en general, disminuyan estas creencias edadistas que no son más que una limitante tanto para la formulación de políticas como para la creación de oportunidades para este grupo etario.

La globalización, los avances tecnológicos (por ejemplo, en el transporte y las comunicaciones), la urbanización, la migración y los cambios en las normas de género influyen en la vida de las personas mayores de formas tanto directas como indirectas, por lo que constituye un reto inmenso para el sector de la salud —y por tanto para el gobierno— lidiar con estas tendencias y avances y enmarcarlos en políticas para los más longevos de todo país.

La Organización Mundial de la Salud, una de las instituciones rectoras en los temas que este libro aborda, considera al envejecimiento activo como: “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, 2021).



Se suele establecer una relación bidireccional entre vejez y fragilidad o discapacidad, lo cual constituye una limitante para la creación de oportunidades para este grupo etario.

El envejecimiento exitoso es entonces un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: “El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias”.

Existe, por tanto, consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros (Cordero P. y Pinto J.A, 2015).

Como se ha mencionado, la concepción de salud, envejecimiento saludable, exitoso, activo y calidad de vida de las personas adultas mayores debe ser abordada de una manera integral, en la que, además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y los entornos socio-familiares propicios y favorables que les permita continuar su desarrollo personal, porque estos determinan —necesariamente— el estado de salud del anciano. Todo ello parte de una decisión política de implementación y ejecución de las normas ya promulgadas y que deberían conducir al desarrollo de una cultura pertinente sobre el envejecimiento y la vejez, en donde la persona adulta mayor debe ser el actor principal.



El envejecimiento exitoso es un estado donde el individuo es capaz de establecer mecanismos psicológicos y sociales adaptativos para compensar las posibles limitaciones fisiológicas. Esto permitirá para lograr una sensación de bienestar y una elevada autoevaluación de la calidad de vida, así como un sentido de realización personal, incluso en un contexto de enfermedad o discapacidad.

2.2 Estado de salud de los ancianos en España

La OMS como organismo internacional que promueve la salud y el bienestar en todos los individuos, elaboró en 2018 un conjunto de directrices que ayudan a los países a activar programas que benefician directamente a los ancianos. Programas que ayudan a mejorar la calidad de vida del anciano y, por ende, a disminuir los problemas de salud pública que representa el incremento de la población mayor, así como el tratamiento o previsión, al menos en la medida de lo posible, de enfermedades crónicas que generan discapacidad. La promoción de estas políticas aboga por:

1. El acceso a los servicios de atención de salud primaria.
2. Prevención de enfermedades no transmisibles.
3. La creación de ambientes adaptados a los adultos de edad avanzada.
4. Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión de la salud en el anciano

En España las personas mayores de 65 años alcanzan ya la cifra de 9 millones en ese grupo etario, lo que representa alrededor del 20% de la población, por lo que en el epígrafe anterior se argumentaba que era una población envejecida y que esto derivaba en un cambio de política en el modelo de funcionamiento a nivel de país. Para ello resulta importante un estado del arte de la realidad de las personas más longevas del país.²

Esta tendencia no resulta sorprendente si se atiende al hecho de que la esperanza de vida ha crecido constantemente en la última década y a que la tasa de defunciones anuales por cada 1.000 habitantes apenas ha sufrido alteraciones

² Como dato curioso, de esos 9 millones de ancianos españoles, la mayor parte reside actualmente solo en tres comunidades, Cataluña, Andalucía y Madrid, con más de un millón de personas mayores cada una. Más aún, únicamente en las dos mayores ciudades del país, Madrid y Barcelona, los residentes con 65 o más años rebasan en más de 200.000 a los que viven en los 5.686 municipios rurales de todo el país (773.249 personas) según publicaba el INE en su informe sobre población y demografía anual ((INE), 2023).

significativas hasta 2019. En los últimos años, se ha mantenido entre el 8% y el 9%, según Ruiz Alvarez (2022). Hace exactamente cinco décadas, en la segunda mitad de los años setenta, el *baby boom* tocaba a su fin y el número anual de nacimientos iniciaba un descenso acelerado, acompañado de una fecundidad cada vez más baja y en edades más tardías.

Sin embargo, lo que cambió hace cuatro décadas solo fue el ritmo. La vejez crecía desde finales del siglo XIX y el *baby boom* no la detuvo. El cambio en la pirámide poblacional analizado en el epígrafe 1 no es, por tanto, un proceso reciente ni mucho menos coyuntural y solo se entiende si se enmarca en una línea de antecedentes históricos que llevaron a frenar, en gran medida, la eficiencia de la reproducción humana. El envejecimiento poblacional español es, entonces, el resultado de los efectos diferidos de esos cambios en la dinámica demográfica española.

Sin hacer mucho énfasis en este fenómeno, abordado en el epígrafe anterior, se podría afirmar entonces que el aumento de la esperanza de vida trae consigo múltiples beneficios no solo para las personas mayores propiamente y sus familias, sino también para la sociedad en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones (Ruiz Alvarez, 2022). Por otro lado, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades.

No obstante, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud, es decir, del estado de la persona, sus discapacidades que se presentan en forma de limitaciones físicas, cognitivas o en determinados casos ambas, para relacionarse con el mundo exterior.



En España las personas mayores de 65 años representan aproximadamente el 20% de la población. Por ello, la implementación de las directrices elaboradas por la OMS para mejorar la calidad de vida del anciano y disminuir los problemas de salud pública resulta de vital importancia.

Si comparamos la población española mayor de 65 años con respecto al resto de la Unión Europea, se concluiría que España tiene un % acorde, aunque mayor y en vías de crecimiento, con respecto al resto de países europeos, donde se aprecia como media que el 17,6% de la población es mayor de 65 años, mientras que en España ese grupo lo componen el 19,3%. Por otro lado, si comparamos de forma más concreta, vemos países como Grecia, Italia o Alemania, que, dentro de su población, más del 19% superan los 65 años de edad y, por lo contrario, se encuentran países como Reino Unido o Francia, que tienen entre un 15 y un 17% de población en la tercera edad y países como Polonia, Eslovaquia o Rumanía, en los cuales, este grupo poblacional no supera el 15%.

Caso similar ocurre con la esperanza de vida, que si bien ya se había abordado, la tabla 4 refleja las diferencias entre los índices españoles y la Unión Europea en el período del 2004 al 2019, superados en calidad en la mayoría de los años reflejados en ella, en la que se evidencia además la brecha de género en cuanto a condiciones de salud, padecimientos y dependencias que se desarrollan en la vejez, siendo más profunda entre hombres y mujeres de la Unión Europea que en España.

Aunque es cierto que en los últimos años se han realizado distintas acciones para promover esta igualdad por parte del gobierno español y promover la inclusión y el mejoramiento de todos, sin importar sexo.



La esperanza de vida en buena salud en España presenta una brecha de género en cuanto a condiciones de salud, padecimientos y dependencias que se desarrollan en la vejez. En análisis recientes se muestra que esta diferencia es más profunda entre hombres y mujeres de la Unión Europea que en España, donde se promueven acciones de inclusión en el establecimiento de políticas por parte del gobierno ibérico

Tabla 4:

Esperanza de vida en buena salud al nacer (años)

		España															
		2004	2005	2006	2007	2008*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hombres																	
Esperanza de vida en buena salud		62,6	63,2	64,0	63,5	64,0	63,1	64,5	65,4	64,8	64,7	65,0	63,9	65,9	69,0	68,0	69,4
Esperanza de vida		77,0	77,0	77,8	77,9	78,3	78,8	79,2	79,5	79,5	80,2	80,4	80,1	80,5	80,6	80,7	81,1
Mujeres																	
Esperanza de vida en buena salud		62,6	63,5	63,6	63,2	63,7	62,2	63,8	65,6	65,8	63,9	65,0	64,1	66,5	69,9	68,0	70,4
Esperanza de vida		83,7	83,6	84,4	84,4	84,6	85,0	85,5	85,6	85,5	86,1	86,2	85,7	86,3	86,1	86,3	86,7
		UE-27															
		2004 ^a	2005 ^a	2006 ^a	2007	2008*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016	2017	2018	2019
Hombres																	
Esperanza de vida en buena salud		62,0	60,2	61,2	61,3	60,5	60,6	61,3	61,1	61,0	60,9	61,1	62,4	63,6	63,5	63,7	64,2
Esperanza de vida		75,0	75,1	75,6	75,8	76,1	76,4	76,7	77,0	77,1	77,5	77,9	77,7	78,0	78,1	78,2	78,5
Mujeres																	
Esperanza de vida en buena salud		63,7	61,6	62,1	62,1	61,6	61,3	62,2	61,7	61,7	61,1	61,4	63,3	64,4	64,3	64,2	65,1
Esperanza de vida		81,5	81,5	82,0	82,2	82,4	82,6	82,9	83,1	83,1	83,3	83,7	83,3	83,7	83,6	83,7	84,0
		UE-28															
		2004 ^a	2005 ^a	2006 ^a	2007	2008*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016	2017	2018	2019
Hombres																	
Esperanza de vida en buena salud		62,2	60,7	61,7	61,7	61,0	61,2	61,7	61,6	61,4	61,3	61,3	62,6	63,5	63,5	63,4	..
Esperanza de vida		75,2	75,4	75,8	76,0	76,3	76,6	76,9	77,3	77,4	77,7	78,1	77,9	78,2	78,3	78,3	..
Mujeres																	
Esperanza de vida en buena salud		63,7	62,1	62,4	62,6	62,1	61,9	62,6	62,1	62,0	61,5	61,7	63,2	64,2	63,9	63,8	..
Esperanza de vida		81,5	81,5	82,0	82,2	82,3	82,6	82,8	83,1	83,0	83,3	83,6	83,3	83,6	83,6	83,6	..

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hilh_hlve&lang=en

(..) dato no disponible

(*) ruptura de serie

(e) dato estimado

Fuente: Tablas de mortalidad. INE y Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC). Eurostat

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

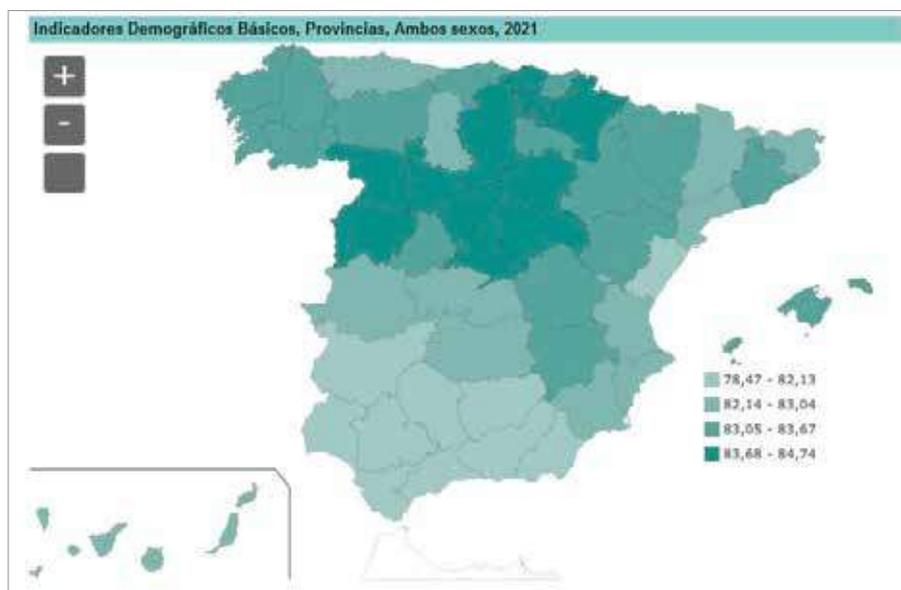
Bajo este contexto del envejecimiento poblacional español, numerosos son los estudios dedicados a entender los factores que han propiciado el aumento de la esperanza de vida en España y aunque difieren entre autores, la mayoría concuerdan en que los principales son:

- La dieta mediterránea
- La longevidad característica de España desde hace ya medio siglo
- Un sistema coordinado entre los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Autonomías

- Los servicios sanitarios son de financiación pública, universales y gratuitos.

Si bien es cierto que España tiene una de las poblaciones más longevas a nivel mundial, con una elevada esperanza de vida, es de suponer que no todas las provincias españolas presenten igual indicador. Dicha heterogeneidad (ver figura 6) se explica justamente por factores de tipo social, económico y físico al que se hacía alusión anteriormente.

Figura 6:



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2021)

En particular, según datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística, a fecha 1 de enero de 2022 la población mayor de 64 años en España ascendía a 9,5 millones de personas, volviendo así nuevamente a incrementarse, como a ocurrirse en años anteriores. No por menos, entre 2002 y 2021, la población en este rango de edad ha aumentado en más de dos millones de habitantes. En ese

momento, Andalucía y Cataluña encabezaban el ranking, situándose ambas por delante de Madrid, cuya población total mayor de 64 años ascendía a 1,2 millones de personas.

Tal y como se puede observar en la figura anterior, las provincias con mayor esperanza de vida son **Salamanca (84,74)**, Madrid, (84,64), Burgos (84,53) y Álava (84,34). Por el contrario, Ceuta y Melilla son las dos ciudades autónomas que menos esperanza de vida presentan. Concretamente, la primera tiene una media de 78,16 años, siendo la ciudad que cuenta con menos esperanza de vida, mientras que en Melilla la esperanza de vida es de 79.4 años como media. En cuanto a provincias, Cádiz (80,66) y Almería (80,48) tienen la esperanza de vida más baja, datos resumidos en la siguiente tabla:

Tabla 5: Provincias de España con mayor y menor esperanza de vida respectivamente:

Salamanca	84.74	Ceuta	78.16
Madrid	84.64	Melilla	79.41
Burgos	84.53	Almería	80.48
Álava	84.34	Cádiz	80.66
Navarra	84.32	Huelva	81.14
Segovia	84.04	Sevilla	81.45
Valladolid	84.01	Málaga	81.79

Fuente: Elaboración propia a partir de datos publicados por el INE (2022)



La esperanza de vida en España se ha visto incrementada por los siguientes factores: el hábito de la dieta mediterránea, la longevidad característica en el país, la presencia de un sistema coordinado entre los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Autonomías, así como el financiamiento público de los servicios sanitarios. Sin embargo, este factor se presenta de manera heterogénea en las distintas provincias españolas, condicionado por los factores sociales, económicos y físicos de cada localidad.

En función de lo anterior, sería interesante preguntarse, cuáles son las provincias españolas con mayor cantidad de ancianos o lo que es lo mismo la distribución por rango etario de la población octogenaria española. La tabla 6 sirve de apoyo a ello y en ella se reflejan en tasa porcentual la distribución, pero en 6 rangos etarios diferentes lo que le da mayor comprensión a las estadísticas y por consiguiente posibilita la toma de decisiones a los hacedores de política que si bien deben de ser equitativas, deben tener en cuenta las disparidades entre provincias, causadas en principio por estilos y condiciones de vida, población total por provincias, infraestructura, entre otros.

Tabla 6:

	65 y más años	70 y más años	75 y más años	80 y más años	85 y más años	90 y más años
	2021	2021	2021	2021	2021	2021
Total Nacional	19.77	14.52	9.84	6.08	3.33	1.22
02 Albacete	19.31	14.46	10.17	6.57	3.53	1.27
03 Alicante/Alacant	20.46	14.82	9.65	5.66	2.80	0.98
04 Almería	15.69	10.99	7.03	4.19	2.14	0.73
01 Araba/Álava	21.83	16.08	10.82	6.58	3.64	1.39
33 Asturias	26.46	19.49	13.21	8.45	4.98	1.88
05 Ávila	25.72	19.72	14.32	9.66	5.78	2.35
06 Badajoz	19.83	14.67	10.17	6.38	3.46	1.14
07 Balears, Illes	16.25	11.55	7.49	4.40	2.30	0.84
08 Barcelona	19.35	14.29	9.67	5.95	3.25	1.20
48 Bizkaia	23.57	17.54	12.04	7.61	4.33	1.59
09 Burgos	24.20	18.08	12.71	8.28	4.97	2.08
10 Cáceres	23.18	17.36	12.54	8.30	4.74	1.67
11 Cádiz	17.12	11.99	7.75	4.42	2.13	0.66
39 Cantabria	22.67	16.47	11.05	7.07	4.13	1.61
12 Castellón/Castelló	19.91	14.61	9.86	6.04	3.26	1.17
13 Ciudad Real	20.26	15.20	10.63	6.95	3.82	1.39
14 Córdoba	19.69	14.45	10.13	6.36	3.45	1.22
15 Coruña, A	25.19	19.06	13.22	8.28	4.69	1.68
16 Cuenca	22.49	17.41	12.82	8.78	4.95	1.86

Cont...

	65 y más años	70 y más años	75 y más años	80 y más años	85 y más años	90 y más años
	2021	2021	2021	2021	2021	2021
20 Gipuzkoa	23.04	17.16	11.58	7.14	3.98	1.46
17 Girona	18.68	13.47	8.95	5.56	3.15	1.20
18 Granada	18.30	13.29	9.00	5.52	2.89	0.98
19 Guadalajara	16.13	11.76	8.15	5.43	3.29	1.37
21 Huelva	17.09	12.31	8.12	4.81	2.45	0.77
22 Huesca	22.71	17.11	12.18	8.13	4.96	2.01
23 Jaén	19.60	14.46	10.22	6.62	3.52	1.18
24 León	27.42	20.91	15.20	10.31	6.23	2.41
25 Lleida	19.68	14.56	10.10	6.51	3.88	1.51
27 Lugo	29.41	22.89	16.93	11.43	6.83	2.65
28 Madrid	18.08	13.29	8.94	5.48	2.99	1.14
29 Málaga	18.01	12.81	8.20	4.64	2.22	0.75
30 Murcia	16.09	11.62	7.75	4.76	2.41	0.81
31 Navarra	20.14	14.91	10.17	6.29	3.60	1.41
32 Ourense	31.56	24.92	18.23	12.02	7.13	2.74
34 Palencia	25.99	19.14	13.49	8.82	5.44	2.22
35 Palmas, Las	15.92	10.96	6.99	3.96	2.01	0.67
36 Pontevedra	23.20	17.34	11.82	7.35	4.14	1.52
26 Rioja, La	21.44	15.96	11.08	7.03	4.11	1.61
37 Salamanca	26.80	20.74	15.14	10.08	6.00	2.46
38 Santa Cruz de Tenerife	18.14	12.96	8.59	5.01	2.56	0.87
40 Segovia	22.46	17.02	12.34	8.35	5.03	2.02
41 Sevilla	16.94	12.12	8.03	4.61	2.29	0.75
42 Soria	25.19	19.60	14.56	10.05	6.35	2.74
43 Tarragona	19.50	14.14	9.41	5.77	3.21	1.24
44 Teruel	24.08	18.45	13.57	9.43	5.89	2.33
45 Toledo	18.09	13.44	9.37	6.12	3.53	1.39
46 Valencia/València	19.55	14.27	9.58	5.85	3.02	1.08
47 Valladolid	23.58	17.54	11.89	7.21	3.98	1.54
49 Zamora	30.91	24.16	17.93	12.13	7.17	2.81
50 Zaragoza	21.29	15.86	10.94	6.88	3.94	1.48
51 Ceuta	12.78	8.67	5.70	3.40	1.71	0.63
52 Melilla	11.34	7.52	4.99	2.99	1.48	0.57

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

De ella se derivan las siguientes ideas:

- Relacionado al rango de 65 -69 años de edad para el año 2021, la moda se encuentra en Zamora, seguido por Lugo y León como las provincias con mayor concentración de la población de esta edad.
- Ourense y Zamora presentan la mayor concentración de ancianos de 70-74 años de edad en el año 2021.
- De 75-79 años, el valor modal lo contiene la provincia de Ourense seguido por Zamora.
- Ourense y Soria encabezan las provincias con mayor representación de octogenarios de 85-89 años, repitiéndose el primero de ellos también el rango anterior.
- Respecto al último rango expuesto, el que engloba a los ancianos de 90 años y más, los lugares con mayor representación son Ourense, Lugo y León.
- Del análisis por rango y provincias de los diferentes rangos en los que se subdivide a los ancianos se podría intuir que la mayor concentración de personas mayores se da en los pueblos de las afueras de la ciudad en principio por la tranquilidad y la menor contaminación y por tanto cercanía con la naturaleza que tienen, aunque son teorías que necesitan de estudio detallado ya que hay otros tantos factores que determinan el lugar de residencia, más en personas octogenarias.



La comprensión de las estadísticas posibilita una mejor toma de decisiones a los hacedores de políticas, quienes deben considerar las disparidades entre las provincias españolas. Estas diferencias responden a condiciones de vida, población total por provincias e infraestructura, entre otros aspectos.

Según datos publicados también por el INE (2017) el grupo etario de 65 a 74 años se autoclasificaba en un estado de salud entre bueno y regular, con un 46,34% y un 32% respectivamente lo que da un 78,33%.

Sin embargo es notoria la brecha de género en cuanto al estado de salud percibido, en el que el 45% de los hombres mayores de 65 años se consideran en un buen estado de salud contra un 34% de féminas en el mismo grupo, siendo esta mayoría predominante, representativa del 56% de este grupo etario tal y como muestra la tabla 7.

Por otro lado, es notorio —aunque ciertamente intuitivo— que es ínfimo el por ciento de ancianos a 65 años que se consideran que están en un muy buen estado de salud, que apenas representa el 6 %, en contraposición a un 5% que se sitúa en la categoría de “Muy malo” por lo que podría asumirse que la tendencia para el 2017 es que hubo una mayor concentración en los estados de salud “Bueno”, “Regular” y “Malo” donde, tal y como se esperaría, el “Regular” —asociado a más de un padecimiento, enfermedad crónica o en algunos casos, cierto grado de dependencia— representa la categoría modal en el estudio para ambos géneros en el 2017.

En este sentido es importante recalcar, además, que ya en el 2017 la población española daba indicios de un inicio del proceso que se avizoraba y que fue llamado por especialistas en demografía como “envejecimiento del envejecimiento” —ya mencionado— en el que había una alta representación de adultos en la pirámide poblacional, pero en distintos rangos de edad, predominante el de 65 años a 74 con predominio de mujeres en él.



Si bien el grupo etario de 65 a 74 años se autoclasifica en un estado de salud entre bueno y regular, resulta notoria la brecha de género que se aprecia en relación al estado de salud percibido, en el que el 45% de los hombres mayores de 65 años se consideran en un buen estado de salud contra un 34% de féminas en el mismo grupo, siendo esta mayoría predominante.



El género femenino de este rango etario también resulta mayoritario en la representación de la pirámide poblacional relacionada con el envejecimiento del envejecimiento.

Tabla 7: Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad (2017)

	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
AMBOS SEXOS						
Total	48,043.7	12,280.0	21,814.1	8,678.4	2,525.3	757.8
De 0 a 4 años	2,131.4	1,235.3	748.9	134.7	8.3	5.3
De 5 a 14 años	4,842.6	2,706.7	1,844.6	285.7	23.2	2.3
De 15 a 24 años	4,462.5	1,909.8	2,146.0	381.9	57.5	12.2
De 25 a 34 años	5,391.3	1,874.2	2,719.7	506.4	96.7	17.3
De 35 a 44 años	7,592.5	1,678.9	4,180.8	1,162.3	230.2	82.3
De 45 a 54 años	7,249.0	1,294.2	3,873.8	1,476.4	381.5	120.0
De 55 a 64 años	5,791.2	627.3	2,872.2	1,604.9	510.3	176.5
De 65 a 74 años	4,425.2	370.8	2,050.9	1,415.7	476.8	111.4
De 75 a 84 años	2,934.1	124.4	950.5	1,205.0	500.4	185.1
De 85 y más años	1,200.7	48.8	340.7	408.6	236.5	65.3
HIOMBRES						
Total	22,813.7	6,416.9	11,161.0	3,750.5	990.0	293.7
De 0 a 4 años	1,099.0	594.7	412.1	80.6	0.2	5.3
De 5 a 14 años	2,495.8	1,350.8	980.5	133.8	11.3	0.6
De 15 a 24 años	2,281.8	1,053.0	1,087.2	110.2	22.8	8.5
De 25 a 34 años	2,687.2	1,006.8	1,331.2	216.8	-12.5	8.8
De 35 a 44 años	3,833.0	1,063.3	2,125.8	498.6	123.5	21.8
De 45 a 54 años	3,031.7	691.5	2,050.3	663.1	179.2	44.5
De 55 a 64 años	2,830.8	313.7	1,449.7	764.9	229.2	73.4
De 65 a 74 años	2,099.5	190.2	1,103.1	606.5	158.0	41.0
De 75 a 84 años	1,246.4	146.5	474.1	503.9	153.4	57.5
De 85 y más años	409.4	13.8	127.5	174.9	69.1	24.3
MUJERES						
Total	23,430.0	5,851.1	10,550.6	4,927.9	1,535.3	474.1
De 0 a 4 años	1,032.4	640.5	336.8	54.0	3.1	0.0
De 5 a 14 años	2,346.8	1,355.1	845.1	131.9	11.9	1.7
De 15 a 24 años	2,180.7	886.8	1,058.8	226.7	34.7	3.7
De 25 a 34 años	2,707.2	887.1	1,305.5	368.5	54.3	10.8
De 35 a 44 años	3,759.5	913.8	2,035.0	663.7	106.7	10.5
De 45 a 54 años	3,817.3	599.7	1,923.5	813.3	205.3	75.5
De 55 a 64 años	2,960.4	313.8	1,422.5	840.0	281.0	103.2
De 65 a 74 años	2,325.7	180.4	847.8	803.3	317.8	70.3
De 75 a 84 años	1,108.7	67.9	484.4	401.9	147.0	107.5
De 85 y más años	291.3	35.0	213.2	314.7	167.5	61.0

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Siguiendo esta idea, sería bueno preguntarse entonces qué factores influyen a este posicionamiento y aunque pudieran mencionarse múltiples y diversos, in-

dudablemente uno de los más propensos sería el nivel de vida medido a través de la variable “Ingresos mensuales netos del hogar”, como proxy de calidad de vida. Según las estadísticas publicadas por el INE en el año 2017, existe una correlación aparente entre estado de salud percibido en mayores de 65 años y los ingresos mensuales recibidos en el hogar, tal y como lo confirma la tabla 8:

Tabla 8: Valoración del estado de salud percibido en los últimos en mayores de 65 años es según ingresos mensuales netos del hogar (2017)

	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	100,00	6,33	39,05	36,26	14,14	4,22
Menos de 1050 euros	100,00	4,09	33,28	40,48	17,67	4,49
De 1050 a menos de 1550	100,00	5,63	37,08	38,34	13,98	4,98
De 1550 a menos de 2200	100,00	7,71	45,06	32,46	12,06	2,71
De 2200 a menos de 3600	100,00	6,81	49,35	31,18	8,86	3,81
De 3600 euros en adelante	100,00	17,99	46,78	28,02	3,82	3,38
No consta	100,00	7,79	41,05	33,35	13,55	4,25
HOMBRES						
Total	100,00	6,93	45,41	34,23	10,15	3,27
Menos de 1050 euros	100,00	3,64	38,90	41,06	14,02	2,37
De 1050 a menos de 1550	100,00	6,11	42,31	35,62	11,08	4,87
De 1550 a menos de 2200	100,00	10,65	49,66	32,06	6,57	1,07
De 2200 a menos de 3600	100,00	5,89	53,67	27,73	8,46	4,25
De 3600 euros en adelante	100,00	23,67	44,99	26,26	4,94	0,14
No consta	100,00	6,93	49,95	30,13	8,70	4,30
MUJERES						
Total	100,00	5,87	34,10	37,84	17,25	4,95
Menos de 1050 euros	100,00	4,34	30,08	40,14	19,74	5,70
De 1050 a menos de 1550	100,00	5,22	32,52	40,70	16,50	5,06
De 1550 a menos de 2200	100,00	4,74	40,41	32,86	17,62	4,38
De 2200 a menos de 3600	100,00	7,75	44,91	34,70	9,27	3,36
De 3600 euros en adelante	100,00	11,13	48,95	30,15	2,48	7,29
No consta	100,00	8,48	34,02	35,90	17,39	4,21

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Siguiendo la lógica de la tabla y a sabiendas de que para afirmarlo con total certeza sería necesario realizar otras pruebas estadísticas para probar correlación entre ambas variables, a priori, se podría aseverar que el nivel de ingresos del hogar es un determinante del estado de salud del anciano. Por ejemplo, si analizamos la categoría de estado de salud de “Bueno” se aprecia una clara ganancia de peso dentro de la estructura totalitaria a medida que aumenta la escala salarial, comenzando con una representación del 33,28% para menos de 1050 euros contra un 46,78% para el rango de 3600 euros en adelante, aunque también es importante señalar que es un estudio con muchos valores faltantes.

De dicha tabla se evidencia, además, la existencia de la brecha de género de lo que se deslinda que, inicialmente, se perciba un mejor estado de salud en los hombres que en las mujeres. Incluso es cuestionable por qué en los hogares de los hombres, vivan solos o en compañía de familia, hay mayores ingresos que en el de la mujer. Si bien es cierto que esto podría explicarse por la tendencia actual de que hay un mayor número de mujeres que viven solas y por tanto transitan por su vejez en soledad, sería importante para los hacedores de políticas públicas este tipo de datos.

Este panorama trae de la mano un incremento constante en la inversión destinada a unas pensiones cuya cuantía no siempre alcanza para vivir de forma “amplia”. Si bien es cierto que el importe medio de las pensiones de jubilación en España asciende a algo más de 1.100 euros, existen grandes diferencias dependiendo del régimen y el lugar de residencia. Así, por ejemplo, mientras que los pensionistas pertenecientes al régimen general perciben mensualmente 1.235 euros o más, la cifra desciende hasta menos de 800 euros en el caso de los trabajadores autónomos. De igual forma, los jubilados de Asturias, País Vasco y Madrid reciben de media pensiones más elevadas que aquellos residentes en Extremadura (Ruiz Alvarez, 2022).

Del importe recibido, más de un 38% es destinado al pago de los costes básicos de la vivienda y un 16%, a alimentación. Si ciertamente el importe dedicado al consumo de bienes y servicios vinculados a la salud es inferior al de los gastos básicos, estos no dejan de jugar un papel importante. Las visitas a médicos especialistas, así

como la adquisición de medicamentos, son algunos de los productos y servicios con mayor demanda entre la población mayor de 65 años. Por su parte, la cuantía invertida en turismo era mucho menos significativa, representando apenas un 6% del total de los gastos de las personas incluidas en este rango de edad.

El cambio anteriormente referido en el perfil o patrón de mortalidad en los mayores, viene determinado por el propio cambio en los patrones de morbilidad (enfermedad). Las enfermedades crónicas de tipo clásico junto con las enfermedades de carácter degenerativo se van imponiendo, en detrimento de las enfermedades infecciosas tradicionales y mucho más de las de tipo parasitario, en franca retirada.

El patrón de morbilidad viene definido por las enfermedades de la “civilización” o del “progreso”, fruto de determinados hábitos y estilos de vida como el sedentarismo, el estrés, la alimentación inadecuada y el consumo de tóxicos: alcohol, tabaco, drogas y medicamentos, aunque es algo en lo que se abordará más adelante.

Se trata de enfermedades de carácter degenerativo, con tendencia a la cronicidad y a la asociación de enfermedades en una misma persona (pluripatología o comorbilidad), que le imprimen un cierto grado de fragilidad clínica, con deterioro funcional, pérdida de su autonomía y discapacidad y tendencia a la poli-medicación.

Estas enfermedades crónicas asociadas, tienden a producir diferentes grados de discapacidad, afectando a la autonomía funcional. Así, encontramos que la autonomía funcional de la población fue descendiendo desde 1993 a 2006, tanto en hombres como en mujeres, y presenta ahora una ligera mejora. En 1993, el 62,9% de la población de 65 y más años (70,1% de los hombres y 58,0% de las mujeres) era capaz de realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria. En 2012, este porcentaje es del 53,5% (61,3% de los hombres y 47,7% de las mujeres), algo mayor que en 2006 (51,4%), superado en casi el 10% actualmente.



Las fluctuaciones en el patrón de mortalidad de los mayores condicionan los cambios en los patrones de morbilidad, que viene definido por las enfermedades de la “civilización” o del “progreso”, fruto de determinados hábitos y estilos de vida como el sedentarismo, el estrés, la alimentación inadecuada y el consumo de tóxicos. Debe tenerse en cuenta que en los mayores se imponen las enfermedades crónicas de tipo clásico junto con las de carácter degenerativo.

En lo que respecta a la permanencia en situación de autonomía, existen estudios que ponen en evidencia que se está produciendo un cierto retraso en la entrada en discapacidad y dependencia (4,5) si bien aún no pueden considerarse del todo concluyentes por la metodología y muestras utilizadas (Cordero P. y Pinto J.A, 2015).

La valoración del propio estado de salud viene condicionada por las enfermedades padecidas, por las características personales del individuo y otras razones socioeconómicas o residenciales. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. El estado de salud subjetivo varía poco entre encuestas. El 44,1% de los mayores (65 y más años) percibe su salud como buena o muy buena (Encuesta Europea de Salud, 2014); 78,2% en el resto de la población. Las percepciones negativas aumentan con la edad. El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva; el 50,5% de los hombres mayores autovalora de “Bien” o “Muy bien” su estado de salud, mientras que sólo el 39,3% de las mujeres de esta edad considera su salud como “Buena” o “Muy buena”.

La posición económica de los mayores ha mejorado relativamente en los años de crisis económica; su tasa de riesgo de pobreza se sitúa en 13,0% (2016), inferior a la del resto de los españoles; ese es el porcentaje de personas que está por debajo del umbral de pobreza. Este umbral se sitúa en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo en el hogar; por tanto, es una medida relativa. Es por eso que, aparentemente, las personas mayores han evitado lo peor de la crisis económica iniciada en 2008; pero desde 2015 aumenta de nuevo el riesgo

de pobreza que se vio acrecentado por la pandemia del covid-2019 que paralizó al mundo por casi dos años.

La edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son más bajas que en otros países europeos. En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2016: 28,8% frente a 14,7%). La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes), y en el futuro se espera que aumente.

Ya bien entrado el siglo XX y fundamentalmente a comienzos del siglo XXI, a las mejoras en la higiene y en la alimentación de la población se sumaron mejoras en sus condiciones de vida, muchas de ellas propiciadas por el desarrollo del Estado del Bienestar, incluyendo el desarrollo del conocimiento biomédico y la prestación sanitaria generalizada. Estos factores han ocasionado cambios en los patrones de evolución de la salud en la población general y, más concretamente, en la población mayor. Es en este contexto donde conviene analizar los principales indicadores objetivos que ayudarán al lector a tener una panorámica amplia sobre el estado de salud actual de nuestros mayores.



En los últimos años se ha observado un incremento de hogares unipersonales en el grupo etario de 65 y más años. Aunque España ostenta estadísticas más bajas que en otros países europeos, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres y la forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes). Se espera que en el futuro estas cifras aumenten.

Una mayor esperanza de vida, tanto al nacer como a los 65 años de edad, son algunos de los elementos que ayudan a explicar una tendencia creciente en la prevalencia de determinadas enfermedades crónicas entre la población mayor. Por ello, otro indicador interesante a analizar es el relacionado con la morbilidad, es decir, el número e intensidad de las enfermedades o problemas de salud

crónicos que padece la población adulta. En España, más del 65% de la población mayor convive con dos o más enfermedades crónicas, siendo la media de cuatro patologías por persona. Las más comunes suelen ser las de carácter neurodegenerativo como Parkinson, Alzheimer o demencia.

En este sentido, según la encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia que realizó el Instituto Nacional de Estadística, el 7,3% de la población mayor de 65 años de edad padece Alzheimer en España (10,3% en el caso de la población de 80 y más años). Del mismo modo, el 5,7% de la población mayor padece algún tipo de demencia (9,1% en el caso de la población mayor de 80 años); cifras de prevalencia muy similares muestra la enfermedad de Parkinson, con un 5% de la población mayor de 65 años (6,1% en el caso de la población de 80 y más). Por otro lado, las enfermedades del aparato circulatorio (como la hipertensión), las de tipo respiratorio como el asma o la hipertensión pulmonar, y las de carácter osteoarticular como la lumbalgia y la osteoporosis, también son bastante frecuentes entre la población mayor.

Así, la Encuesta Nacional de Salud que realiza también el Instituto Nacional de Estadística sostiene que el 56% de la población mayor de 65 años ha padecido alguna vez hipertensión (el 60,7% en el caso de la población de 80 y más años). Del mismo modo, el 22,4% de la población mayor de 65 años de edad tiene diabetes, 20% alguna enfermedad mental, el 10,4% enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el 10,4% tumores malignos, un 5,5% ha padecido alguna vez un infarto de miocardio y el 5,4% un ictus, aunque son cifras que se retomarán en el apartado 3 de este estudio.



El crecimiento en la esperanza de vida explica la tendencia creciente en la prevalencia de enfermedades crónicas, por lo cual debe tenerse en cuenta número e intensidad de las enfermedades o problemas de salud crónicos que padece la población adulta. En España, más del 65% de la población mayor convive con dos o más enfermedades crónicas —comúnmente de carácter neurodegenerativo—, siendo la media de cuatro patologías por persona.

Esta elevada prevalencia de determinadas enfermedades y problemas de salud crónicos, conlleva a que un alto porcentaje de la población mayor se encuentre en situación de discapacidad. Así, un último indicador objetivo sobre la salud de la población mayor que conviene mencionar se refiere a este concepto de discapacidad. Según los datos de la OCDE, en España el 40,9% de la población mayor de 65 años de edad tiene alguna limitación para desarrollar las actividades diarias. Es más, el 30,8% de los mayores españoles afirma tener alguna limitación para desarrollar las actividades diarias y el 10,1% sostiene que tiene limitaciones severas para realizar dichas actividades.

Tabla 9:

Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años. Brecha de género. España

	Al nacimiento			A los 65 años		
	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
2004*	62,6	62,6	0,0	9,8	9,6	-0,2
2005	63,2	63,5	0,3	9,6	9,2	-0,4
2006	64,0	63,6	-0,4	10,1	9,6	-0,5
2007	63,5	63,2	-0,3	10,4	10,0	-0,4
2008 (b)	64,0	63,7	-0,3	9,9	8,8	-1,1
2009	63,1	62,2	-0,9	9,3	8,5	-0,8
2010	64,5	63,8	-0,7	9,6	9,1	-0,5
2011	65,4	65,6	0,2	9,8	9,2	-0,6
2012	64,8	65,8	1,0	9,2	9,0	-0,2
2013	64,7	63,9	-0,8	9,7	9,0	-0,7
2014	65,0	65,0	0,0	10,1	9,4	-0,7
2015	63,9	64,1	0,2	9,5	8,9	-0,6
2016	65,9	66,5	0,6	10,4	10,4	0,0
2017	69,0	69,9	0,9	12,3	12,4	0,1
2018	68,0	68,0	0,0	11,5	11,3	-0,2
2019	69,4	70,4	1,0	12,4	12,3	-0,1

* Se utilizan fuentes estadísticas distintas para su cálculo desde el año 2004

(b) Ruptura de serie

Fuente: Health status database. Eurostat

http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=hlth_hlye

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

En definitiva, los cambios en los patrones sobre la salud de la población mayor nos indican que estas personas viven más años que hace cinco décadas, especialmente las mujeres; que los hombres disfrutaban de más tiempo en buena salud en sus últimos años de vida y que la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas es creciente con la edad, lo que encuentra sustento empírico en la tabla 9.

2.3 Coronavirus, el mayor de los enemigos para la tercera edad

El ir transitando por las diferentes fases de la vida y, por tanto, hacia avanzadas edades, el sistema inmunológico se va debilitando y comienza a necesitarse determinadas atenciones y cuidados individualizados que den respuesta a las nuevas necesidades que el organismo humano necesita como consecuencia del paso de los años y la exposición de determinados agentes externos.

Cuando un patógeno invade el cuerpo, la diferencia entre la enfermedad y la salud se convierte en una carrera a contra reloj, donde se desconoce con exactitud qué efectos colaterales se han producido. Con el envejecimiento, la reducción de la “capacidad de atención” de la respuesta inmunitaria innata y la adaptativa hace más difícil que el cuerpo responda a la infección viral, dando ventaja al virus. Una ventaja que, si no es compensada con directrices y acciones preventivas por parte de las autoridades, se permite que el virus se haga rápidamente con el cuerpo, provocando enfermedades graves, complicaciones varias e incluso la muerte.

El año 2020 fue considerado un hito en la historia de la economía mundial. A pesar de haberse producido otras crisis económicas a lo largo de la historia moderna, la crisis provocada por la llegada de la COVID-19 impactó de forma inesperada en todos los países del planeta. Es por esto que muchos autores consideran la llegada de la COVID-19 como un “cisne negro”, teoría basada en el impacto que puede causar un acontecimiento inesperado con baja probabilidad de que ocurra y difícilmente predecible. Estos suelen ser generadores de grandes crisis que ponen de manifiesto los problemas estructurales que presentan las economías y permiten acelerar cambios sociales y económicos.

A lo largo de la historia se han producido otras enfermedades similares, como el SARS en 2003 en China, las cuales fueron tomadas como referencia posible para adelantar cómo podría afectar este nuevo coronavirus ya que los síntomas eran parecidos, aunque con algunas diferencias. Una de ellas es la mortalidad: en el caso del SARS se situó en un 10% mientras que la COVID-19 tiene una mortalidad del 2%. Además, en cuanto a los contagios, la COVID-19 tiene una mayor tasa de propagación del virus. Esta alta propagación del virus originó su expansión desde Wuhan al resto de China. El país comenzó a tomar fuertes medidas para afrontar esta situación, como la construcción de un hospital desde cero en tan solo diez días o el confinamiento domiciliario en la ciudad con el fin de reducir los contagios. Debido a su rápida expansión, el 30 de enero de 2020 la OMS declaró en su informe de situación la COVID-19 como una emergencia de salud pública a nivel internacional cuando las cifras alcanzaban los 7.818 contagiados y los 170 fallecidos, alcanzando después cuotas inimaginables.



La reducción de la “capacidad de atención” de la respuesta inmunitaria innata y la adaptativa que trae consigo el envejecimiento dificulta la respuesta del cuerpo ante la infección viral. Esta condición pone en ventaja el contagio del virus, lo cual, si no es compensado con directrices y acciones preventivas por parte de las autoridades, trae consigo el agravante de las condiciones de salud.

El año 2020 fue considerado un hito en la historia de la economía mundial. La crisis provocada por la llegada de la COVID-19 impactó de forma inesperada en todos los países del planeta

España no fue la excepción ante las catastróficas cifras de contagios y muertes, razón que se convirtió rápidamente en la primera causa de muerte hace pocos años, y que, aunque ya no causa los mismos estragos que en el 2019, sigue siendo fatídico, sobretudo en los octogenarios (ver tabla 10) en pleno 2021, seguido por otras causas más comunes de defunciones, como lo son las enfermedades isquémicas, las cerebrovasculares y el cáncer.

Tabla 10:

Defunciones según la causa de muerte más frecuente - Año 2021

	Total	Hombres	Mujeres	Variación anual, Total	Variación anual, Hombres	Variación anual, Mujeres
Total de defunciones	450.744	231.410	219.334	-0,7	-7,3	-10,2
Covid-19 virus identificado	39.444	22.449	16.995	-34,6	-30,9	-39,0
Enfermedades isquémicas del corazón	28.852	17.747	11.105	-2,7	-2,1	-3,7
Enfermedades cerebrovasculares	24.858	11.004	13.854	-3,7	-2,3	-4,8
Cáncer de bronquios y pulmón	22.413	16.754	5.659	2,4	0,9	6,9
Insuficiencia cardíaca	20.173	7.739	12.434	4,2	1,9	5,7

Variación anual, diferencia respecto al año anterior

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Bien es cierto que nadie podía delimitar con exactitud el alcance y magnitud de la pandemia originada por la COVID-19. En primer lugar, se desconocía del alto grado de propagación, los efectos exactos que tenía en el cuerpo humano, además de las medicinas efectivas para él. Los flujos de información inconclusos, los efectos devastadores de la enfermedad, así como la ausencia de coordinación para la toma de políticas para hacerle frente provocaron y aún provocan efectos devastadores en los ancianos.



Ante la pandemia de la COVID-19, los flujos de información inconclusos, los efectos devastadores de la enfermedad, así como la ausencia de coordinación para la toma de políticas para hacerle frente por parte de las autoridades provocaron —y aún provocan— efectos devastadores en el anciano.

La siguiente tabla muestra la letalidad de cada una de las olas de la pandemia del COVID-19, efectos estimados obviamente, ya que es imposible con exactitud discernir o predecir los mismos.

Tabla 11:

Letalidad en cada ola de la pandemia por grupo de edad

	Total	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Primera ola	11,3%	0,28%	0,19%	0,22%	0,31%	0,78%	2,3%	7,67%	19,83%	31,7%
Segunda ola	1,4%	0%	0%	0,01%	0,03%	0,09%	0,32%	1,34%	4,75%	14,98%
Tercera ola	1,7%	0%	0%	0,01%	0,03%	0,09%	0,42%	1,77%	6,09%	18,68%
Cuarta ola	0,7%	0,01%	0%	0,01%	0,03%	0,08%	0,41%	1,82%	5,83%	15,28%
Quinta ola	0,3%	0,01%	0%	0,01%	0,02%	0,07%	0,24%	0,73%	2,1%	7,34%
Total pandemia	1,7%	0%	0%	0,01%	0,04%	0,12%	0,49%	1,99%	6,94%	18,75%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Las residencias españolas para ancianos registraron a fecha de 31 de octubre de 2021 más de 30.680 fallecimientos a causa de la COVID-19. La Comunidad de Madrid eran la región más afectada hasta esa fecha, con un total de 6.370 muertes, seguida de Cataluña, con alrededor de 5.600. Si a estas cifras se suman los posibles decesos por coronavirus que no fueron diagnosticados, el panorama resulta aún más desalentador, ya que en ese caso la cifra total de muertos en este tipo de centros para personas mayores ascendería a 41.174 ((INE), 2023).

Independientemente de los aciertos y errores que la gestión de esta crisis sanitaria ha desvelado y de las consecuencias terribles que han padecido los colectivos más vulnerables, como ciudadanos y ciudadanas debemos aspirar a un nuevo modelo de cuidado de la persona mayor, donde tanto familiares como profesionales sepan bien lo que hacen y donde las residencias pasen a ser unidades convivenciales en las que se puedan dar respuestas adecuadas a las diferentes situaciones que se produzcan, sin olvidar la integración de la geriatría y el cuidado de los enfermos crónicos en nuestro sistema de salud.

A modo de resumen son múltiples y variadas las enfermedades que aparecen en las últimas etapas de la vida, dependen de disímiles factores y tienen mayor o menos impacto en la vida dependiendo entre otros muchos factores, del estilo de vida que tuvieron mientras fueron jóvenes, además de cuan cuidado tienen su sistema inmunológico o, lo que es lo mismo, el desgaste tanto físico como mental que tuvieron a lo largo de su vida. Sin embargo, la mayoría de los estudios listan las siguientes entre las más recurrentes:

- Enfermedades cardiovasculares: como la insuficiencia cardíaca.
- Problemas respiratorios: como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la bronquitis crónica.
- Enfermedades metabólicas: como la diabetes.
- Problemas en los huesos: como lo es el caso de la osteoporosis o la artritis.
- Trastornos mentales como la demencia, el Alzheimer, ansiedad crónica y depresión.

Este tema será tratado a detalle en el siguiente capítulo, aunque en este ya se hayan resumido algunas cifras que sirven de base para caracterizar a los ancianos en España en la actualidad.



Más allá de aciertos y errores en la gestión de esta crisis sanitaria y sus terribles consecuencias en los colectivos más vulnerables, se debe aspirar a un nuevo modelo de cuidado de la persona mayor, donde tanto familiares como profesionales sigan directrices diseñadas para responder adecuadamente a las situaciones que se presenten.

CAPÍTULO 3
ENFERMEDADES ASOCIADAS
A LA TERCERA EDAD

3. ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA TERCERA EDAD

El estado de envejecimiento de la población está estrechamente ligado con el incremento de enfermedades crónicas y, en muchos casos, discapacidades, conllevando a que el grado de dependencia de los ancianos se incremente con el transcurrir de los años, puesto que muchas de las enfermedades que se manifiestan en las personas de mayor edad no tienen cura o generan secuelas que dificultan la vida cotidiana (Cabrera, 2011). Dicha situación es parte del proceso natural de envejecimiento que trae consigo un deterioro constante a nivel celular y molecular y que conduce a incrementar los niveles de vulnerabilidad frente al entorno y un mayor riesgo de enfermedad y muerte.

Sin embargo, el proceso de envejecimiento no es homogéneo para las personas que se encuentran en el mismo rango de edad, incluso si fueran del mismo sexo, ya que, aunque existen algunas características que son comunes a un gran número de personas, también se hacen presentes diversos factores que propician que las condiciones biológicas y de salud para cada individuo se manifiesten de forma distinta, en función de la genética, estilo de vida, la educación, el nivel socioeconómico, el empleo desempeñado, las relaciones con el entorno familiar y social y las patologías previas.

Los elementos anteriores constituyen entonces factores de riesgo clave para la gestión de las enfermedades en la tercera edad puesto que, a partir de ellos, se pueden identificar algunos comportamientos modificables que pueden evitar la aparición de algunas de las enfermedades crónicas o retardar su aparición.

En este sentido, ha sido de capital importancia la pedagogía que se hace en los diferentes grupos sociales, sobre el consumo de tabaco y alcohol, los malos hábitos alimenticios o la inactividad física. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2021) advierte sobre la estrecha relación que existe entre las enfermedades crónicas o no transmisibles y las condiciones de pobreza, ya que ponen en peligro el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), prin-

principalmente en lo que se refiere a la reducción de muertes prematuras en un 33% por causa de las enfermedades no transmisibles para el año 2030.

Desde luego, las enfermedades crónicas afectan a las personas de cualquier edad, pero sin duda alguna el riesgo de padecerlas se incrementa en los grupos de mayor edad. En tal sentido, es importante analizar las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en la vejez y, de este modo, contar con un panorama sobre las tendencias de salud que afectan a este colectivo.

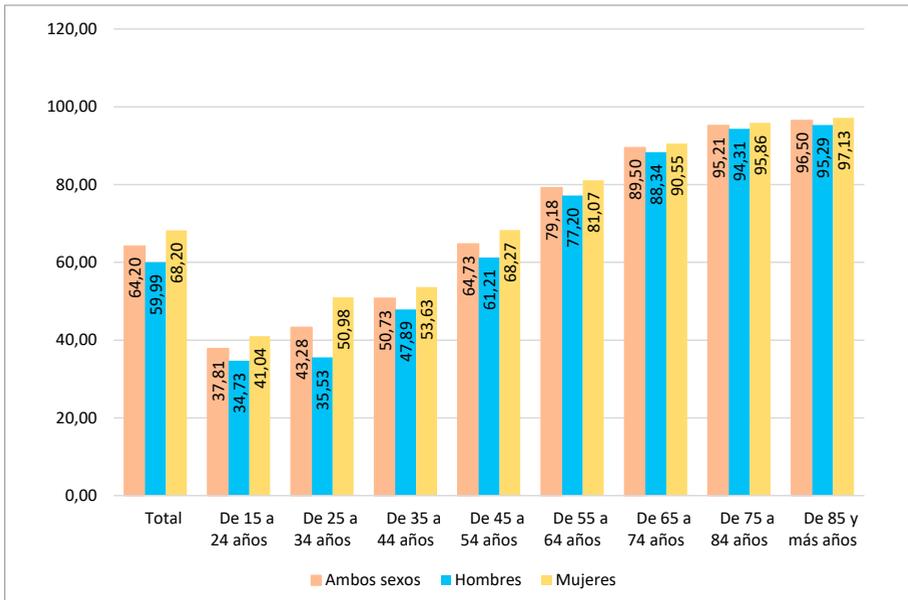


El proceso de envejecimiento no es homogéneo para las personas que se encuentran en el mismo rango de edad. La genética, estilo de vida, la educación, el nivel socioeconómico, el empleo desempeñado, las relaciones con el entorno familiar y social y las patologías previas condicionan esta diferencia. En este sentido, las campañas de información y advertencia sobre el consumo de tabaco y alcohol, los malos hábitos alimenticios o la inactividad física cobran importancia en la educación social.

3.1 Enfermedades crónicas que afectan a los ancianos

Las enfermedades crónicas se refieren a problemas de salud a largo plazo que por lo general no tienen cura y son el resultado de la combinación de diversos factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Estos padecimientos también se conocen como enfermedades no transmisibles (ENT) y afectan a personas en todos los países y de todos los grupos de edad, sin embargo, son más comunes en edades más avanzadas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Gráfico 19: Porcentaje de población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad (2017)



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (2018)

En el caso de España, según la Encuesta Nacional de Salud del país de 2017 y como se muestra en el gráfico 19, el 64,20% de la población en general padece alguna enfermedad o tiene algún problema de salud crónico, con un mayor impacto en la población femenina de 68,20% frente a un 59,99% en los hombres. También se destaca que prácticamente más del 90% de los mayores de 65 años se encuentran en una situación de enfermedad crónica, cifra que supera el 95% para los grupos mayores de 75 años y 85 años por lo que intuitivamente pudiéramos afirmar que las enfermedades crónicas comienzan a aparecer desde edades tempranas de la vejez y no son privativas de un único grupo poblacional como dice la creencia de que “se presentan única y exclusivamente en mayores de 85 años”.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud de 2017 ya mencionada también refleja cuáles son las principales enfermedades crónicas que afectan a los ancianos. En este sentido, de 8.580.000 personas que pertenecían a este colectivo en dicho período, las enfermedades más frecuentes y que afectaban a la mitad de dicha población son: la tensión alta, que afectaba a 4.443.600 personas que equivalían al 52%, y la artrosis (excluyendo la artritis) que causaba estragos en aproximadamente 4.270.700 personas (ver gráfico 20)

Seguidas de estas se encontraban el colesterol alto, el dolor de espalda crónico, la diabetes, las varices en las piernas y las cataratas, padecimientos comunes en más de 11 millones de españoles mayores de 60 años en el 2017. Estos datos son preocupantes actualmente, debido a la población envejecida y al futuro sobre-envejecimiento que estudiosos alertan que, sin lugar a dudas, se traduce en un incremento de los requerimientos no solo por parte de familias y sector sanitario, sino también por parte del estado en términos de recursos y prestaciones para satisfacer la demanda de insumos que proporcione calidad de vida y estado de bienestar entre ellos.



Estudios realizados concluyen que las enfermedades crónicas en la población española comienzan a aparecer desde edades tempranas de la vejez y no son privativas de un único grupo poblacional como dice la creencia de que “se presentan única y exclusivamente en mayores de 85 años”.

Los análisis realizados determinan que las enfermedades más frecuentes de la población adulta en el país son la tensión alta, la artritis, el colesterol alto, los dolores crónicos, la diabetes, las varices y las cataratas; datos estos que preocupan a la salud pública en relación al sobre-envejecimiento de la población del que advierten los estudiosos, que se traduce en retos mayores para la familia y el sector sanitario.

Gráfico 20:



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (2017)

3.2 Enfermedades crónicas y discapacidad.

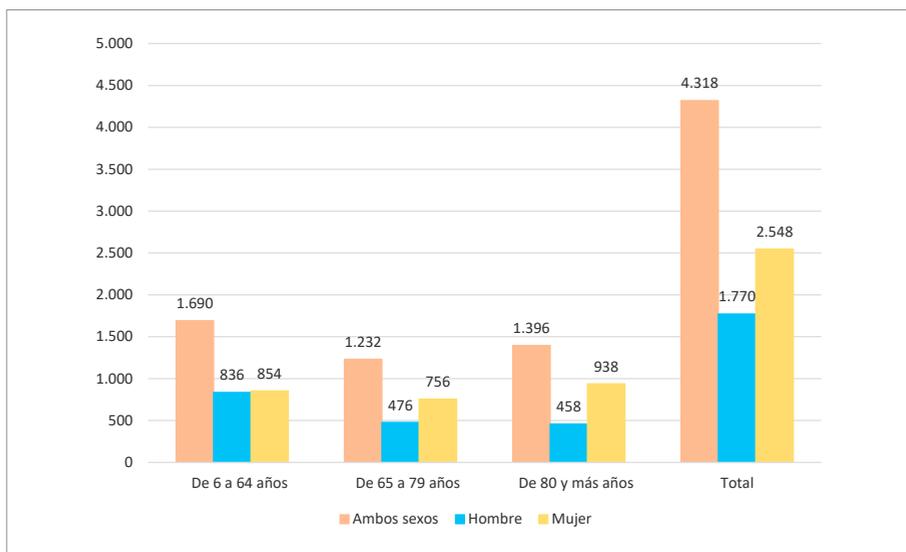
Como se explicó previamente, una enfermedad crónica está asociada principalmente al largo tiempo de duración de la misma y, por ende, a la resistencia a los tratamientos médicos para la cura definitiva, lo cual conlleva a que las personas deban sobrellevar por mucho tiempo o indefinidamente las afecciones que provoca, dando mayor cabida a tratamientos paliativos y de mantención de la salud.

Las cifras de personas que padecen enfermedades crónicas son preocupantes teniendo en cuenta que, según datos del año 2020, más de cuatro millones de personas adicionalmente tienen presente algún grado de discapacidad y, por tanto, son personas con dependencia funcional. Estas limitaciones se manifiestan principalmente en:

1. el movimiento
2. la audición
3. la visión
4. el razonamiento
5. la comunicación
6. la salud mental
7. las relaciones sociales

La disminución de cualquiera de estas funciones o de más de una de ellas, dificulta de forma importante la participación e inclusión de las personas en sus actividades cotidianas, y en casos de mayor severidad, necesitan la asistencia parcial o total de otra persona. La situación de España, según los datos del año 2020 y como se observa en el gráfico 10 refleja que un total de 4.318.000 con enfermedades crónicas y discapacidad, de los cuales 1.770.000 son hombres y 2.548.000 son mujeres.

Gráfico 21: Población con enfermedades crónicas diagnosticadas con discapacidad 2020 (miles de personas)



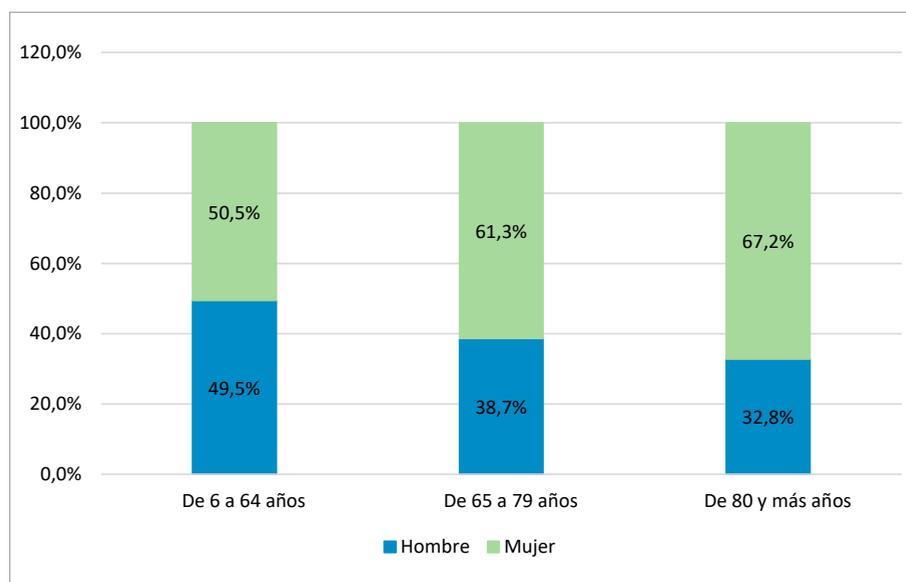
Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (2020)

 **Las limitaciones crónicas más habituales en el anciano suelen relacionarse al movimiento, la audición, la visión, el razonamiento, la comunicación, la salud mental y las relaciones sociales. La disminución de cualquiera de estas funciones —o de más de una de ellas— dificulta la participación e inclusión de las personas en sus actividades cotidianas, y trae consigo la necesidad de asistencia parcial o total en casos de mayor severidad. En España, según los datos del año 2020, se observa una disparidad de género en relación a las enfermedades crónicas y discapacidad, que se hacen más presentes en las mujeres que en los hombres.**

Por otro lado, se destaca que 1.232.000 personas entre 65 y 79 años de edad y 1.396.000 personas mayores de 80 años se encuentran en esta situación, para un total 2.628.000 personas de la tercera edad, es decir, mayores de 65 años. Además

de lo anterior, se plantea el problema de la feminización de las enfermedades crónicas, ya que, según el gráfico 22, en los grupos de mayor edad las mujeres son las que más padecen enfermedades crónicas con discapacidad, superando el 60% en las mujeres mayores de 65 años, registrando un 61,3% entre las personas 65 a 79 años y alcanzando el 67,2% entre los mayores de 80 años.

Gráfico 22: Porcentaje de hombres y mujeres con enfermedades crónicas diagnosticadas con discapacidad por grupo de edad 2020



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (2020).

3.3 Principales enfermedades crónicas con discapacidad.

Las enfermedades crónicas se caracterizan principalmente porque no son transmisibles, tienen una progresión lenta, son de larga duración y es posible que no tenga tratamiento para su cura definitiva, aunque generalmente se pueden controlar para mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen.

Por otro lado, dentro del grupo de personas afectadas por algún tipo de enfermedad crónica también se enfrentan a algún grado de discapacidad, bien sea por la enfermedad en sí misma o debido a otras causas o patologías. En España la población total que tiene la doble condición de padecer alguna enfermedad crónica y además tener discapacidad es de 4,3 millones personas, y dentro de este grupo existen 2.628.000 personas que son mayores de 65 años (934.000 hombres y 1.673.000 mujeres).

Esta última condición profundiza el nivel de vulnerabilidad y aumenta el riesgo de que la enfermedad se agrave o que la capacidad de respuesta frente a nuevas enfermedades sea menor, como se evidenció durante la pandemia de la COVID-19. En este contexto, el colectivo de personas de avanzada edad fue el que se vio afectado con mayor gravedad, tanto a nivel de hospitalizaciones como por las muertes ocasionadas.

Las enfermedades crónicas diagnosticadas con discapacidad en los mayores de 65 años, según datos del año 2020 en España reflejados en el gráfico 23, corresponden, en primer lugar, a la artrosis, la cual es la enfermedad degenerativa más habitual y que afecta la funcionalidad de los movimientos por las lesiones en el cartilago articular, y afecta a 1.487.000 personas (1.091.900 mujeres, que equivalen a 73,4% del total).

En segundo lugar, 803.100 personas mayores (609.300 mujeres, que corresponden al 75,9% del total) padecen de artritis, que se refiere a la inflamación o degeneración de una o más articulaciones, cabe destacar, en relación a estas dos enfermedades que comparten algunos síntomas, que su diferencia radica en que la artrosis la causa es por el desgaste, mientras que, en la artritis, la inflamación es la causante de los síntomas.

La diabetes, que afecta la forma en que el cuerpo utiliza la glucosa sanguínea, se posiciona como la tercera enfermedad crónica con discapacidad con un total de 677.700 ancianos que la padecen, siendo el 61,5% mujeres.

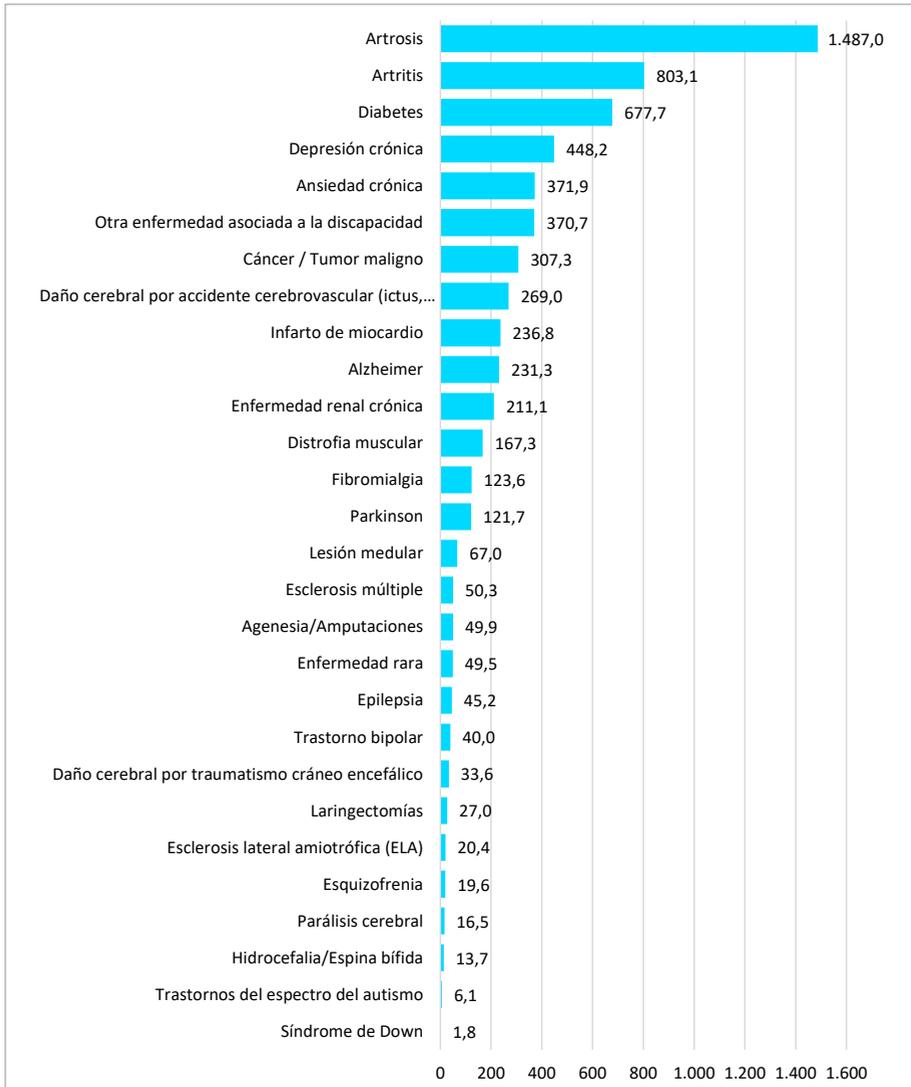
Seguidamente se encuentra la depresión y ansiedad crónicas, padecidas por 448.200 y 371.900 ancianos respectivamente, y que manteniendo la tendencia de las otras enfermedades afecta más a las mujeres, siendo 3 de cada 4 ancianos quienes las padecen. La depresión es un trastorno del estado anímico de las personas, que se manifiesta con sentimientos de tristeza, pérdida de interés, decaimiento y baja autoestima durante varias semanas o más, mientras que la ansiedad es un sentimiento de miedo, temor o inquietud, que se manifiesta con nerviosismo, tensión o agitación. Estas dos enfermedades están estrechamente relacionadas por la condición de ser enfermedades mentales, además de ser frecuente que se manifiesten simultáneamente.

El cáncer —materializado en la aparición de tumores malignos— es otro tipo de enfermedad con gran impacto en la sociedad moderna, tanto por la gravedad de las consecuencias derivadas del crecimiento descontrolado de células malignas en el organismo, como por los efectos secundarios de los tratamientos para la cura de la enfermedad, siendo más complejo en las edades más avanzadas. Según los datos del año 2020, 307.000 personas mayores de 65 años tienen diagnosticado algún tipo de cáncer, de las cuales 177.000 son mujeres y representan un 57,6%.



Las enfermedades crónicas no son transmisibles, tienen una progresión lenta, son de larga duración y no suelen contar con tratamiento para su cura definitiva, si bien generalmente se pueden controlar para mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen. Las personas afectadas por este tipo de enfermedad también suelen parecer algún grado de discapacidad, ya sea por la enfermedad en sí misma o debido a otras causas o patologías. En España la población total que tiene la doble condición de padecer alguna enfermedad crónica y además tener discapacidad es de 4,3 millones personas. La artrosis, la artritis, la diabetes, la depresión y ansiedad crónicas, así como el cáncer son los padecimientos de mayor impacto en la sociedad moderna.

**Gráfico 23: Principales enfermedades crónicas con discapacidad 2020
(miles de personas)**



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (2020)

Otra enfermedad que afecta en gran medida a los ancianos es el daño cerebral por accidente cerebrovascular, comúnmente conocida como un ictus o derrame cerebral, ocasionado por la interrupción del suministro de sangre al cerebro que deriva en la muerte de las células por la falta de oxígeno y nutrientes. Para el año 2020 se contaban con 148.500 mujeres y 120.600 hombres padeciendo esta enfermedad, para un total de 269.000 mayores de 65 años.

A nivel cardiovascular, la patología más común en ancianos es el infarto de miocardio, que a diferencia de la mayoría de enfermedades afecta más a los hombres (131.900) que a las mujeres (104.900) para un total de 236.800 mayores de 65 años. Esta enfermedad se caracteriza por la muerte de una parte del músculo cardíaco debido a la obstrucción de una arteria coronaria.

El Alzheimer, conocido como demencia senil, es una enfermedad neurodegenerativa que afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento que afecta principalmente a las personas de edad avanzada en diferentes grados, desde casos leves hasta muy graves. La mayoría de las personas diagnosticadas con Alzheimer son mayores de 65 años y principalmente los mayores de 80 años, ya que, a mayor edad, aumentan la probabilidad de padecerla. Esta enfermedad se manifiesta en los ancianos, principalmente en mujeres (159.100) frente a 72.200 hombres, para un total de 231.300.

La enfermedad renal crónica se refiere a la pérdida paulatina de la función de los riñones, hasta que finalmente se pierde la capacidad para eliminar el exceso de líquido y desechos del cuerpo, llegando a ser necesario cuando se agrava la enfermedad un tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón. Según datos del año 2020, 211.100 personas mayores de 65 años padecían discapacidad a causa de esta enfermedad, de las cuales, 120.000 son mujeres.

La distrofia muscular es también una de las causas de discapacidad, afectando a 167.300 personas mayores (105.300 mujeres y 62.100 hombres aproximadamente), cuyos síntomas se manifiestan en la pérdida de masa muscular y debilidad progresiva. Esta enfermedad no tiene cura, aunque si existen tratamientos para ralentizar su avance y controlar los síntomas.

La fibromialgia se caracteriza por ser una afección que causa dolor y sensibilidad generalizados en todo el cuerpo, además de fatiga y otros síntomas. Esta enfermedad discapacitante afecta a 123.600 ancianos, en su mayoría mujeres con un valor 105.700 que representan el 85,5% del total, frente a 17.900 hombres que corresponden al 14,5%.

El Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común entre los ancianos después del Alzheimer, la cual suele iniciar alrededor de los 60 años y afecta al sistema nervioso de forma crónica y progresiva cuando las células nerviosas no producen suficiente cantidad de dopamina, provocando alteraciones en el control del movimiento que se manifiesta con temblores continuos en las manos, brazos, piernas, mandíbula y cara, además de la disminución de la función cognitiva. Esta enfermedad afecta a 69.300 mujeres y 52.500 hombres mayores de 65 años, para un total de 121.700 ancianos.

Otras enfermedades que también afectan a las personas mayores de 65 años y que han provocado su condición de discapacidad son: lesión modular (67.000 personas), esclerosis múltiple (50.300 personas), agenesia o amputaciones (49.900 personas), enfermedades raras (49.500 personas), epilepsia (45.200 personas), trastorno bipolar (40.000), daño cerebral por traumatismo craneo encefálico (33.600 personas), laringectomías (27.000 personas), Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) (20.400 personas), esquizofrenia (19.600 personas), parálisis cerebral (16.500 personas), hidrocefalia y espina bífida (13.700 personas), trastorno del espectro autista (6.100 personas) y síndrome de Down (1.800 personas).



Los padecimientos cardiovasculares, renales y neurodegenerativos, así como la distrofia muscular son causas frecuentes de discapacidad y, por consiguiente, generan dependencia de terceros en el anciano.

Todo lo anterior se detalla a continuación de forma más explícita, dónde se puede observar además las brechas en los distintos tipos de enfermedades, cuyas diferencias más notables entre hombres y mujeres son en la artrosis, fibromialgia y la distrofia muscular.

Tabla 12: Enfermedades crónicas de personas mayores de 65 años diagnosticadas con discapacidad 2020 (miles de personas)

Enfermedades	Total	Hombre	Mujer
Total	2.628,1	934,3	1693,6
Artrosis	1487,0	395,2	1091,9
Artritis	803,1	193,8	609,3
Diabetes	677,7	261,0	416,7
Depresión crónica	448,2	110,3	337,9
Ansiedad crónica	371,9	86,2	285,6
Otra enfermedad asociada a la discapacidad	370,7	132,9	237,8
Cáncer / Tumor maligno	307,3	130,3	177,0
Daño cerebral por accidente cerebrovascular (ictus, derrame cerebral, etc.)	269,0	120,6	148,5
Infarto de miocardio	236,8	131,9	104,9
Alzheimer	231,3	72,2	159,1
Enfermedad renal crónica	211,1	91,0	120,2
Distrofia muscular	167,3	62,1	105,3
Fibromialgia	123,6	17,9	105,7
Parkinson	121,7	52,5	69,3
Lesión medular	67,0	27,4	39,5
Esclerosis múltiple	50,3	12,7	37,6
Agnesia/Amputaciones	49,9	24,3	25,6
Enfermedad rara	49,5	16,9	32,6
Epilepsia	45,2	18,6	26,7
Trastorno bipolar	40,0	13,5	26,6
Daño cerebral por traumatismo craneoencefálico	33,6	17,2	16,4
Laringectomías	27,0	9,3	17,7
Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	20,4	6,5	13,9
Esquizofrenia	19,6	6,6	12,8
Parálisis cerebral	16,5	9,7	6,8
Hidrocefalia/Espina bífida	13,7	2,4	11,4
Trastornos del espectro del autismo	6,1	1,9	4,0
Síndrome de Down	1,8	0,5	1,3

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (2020)

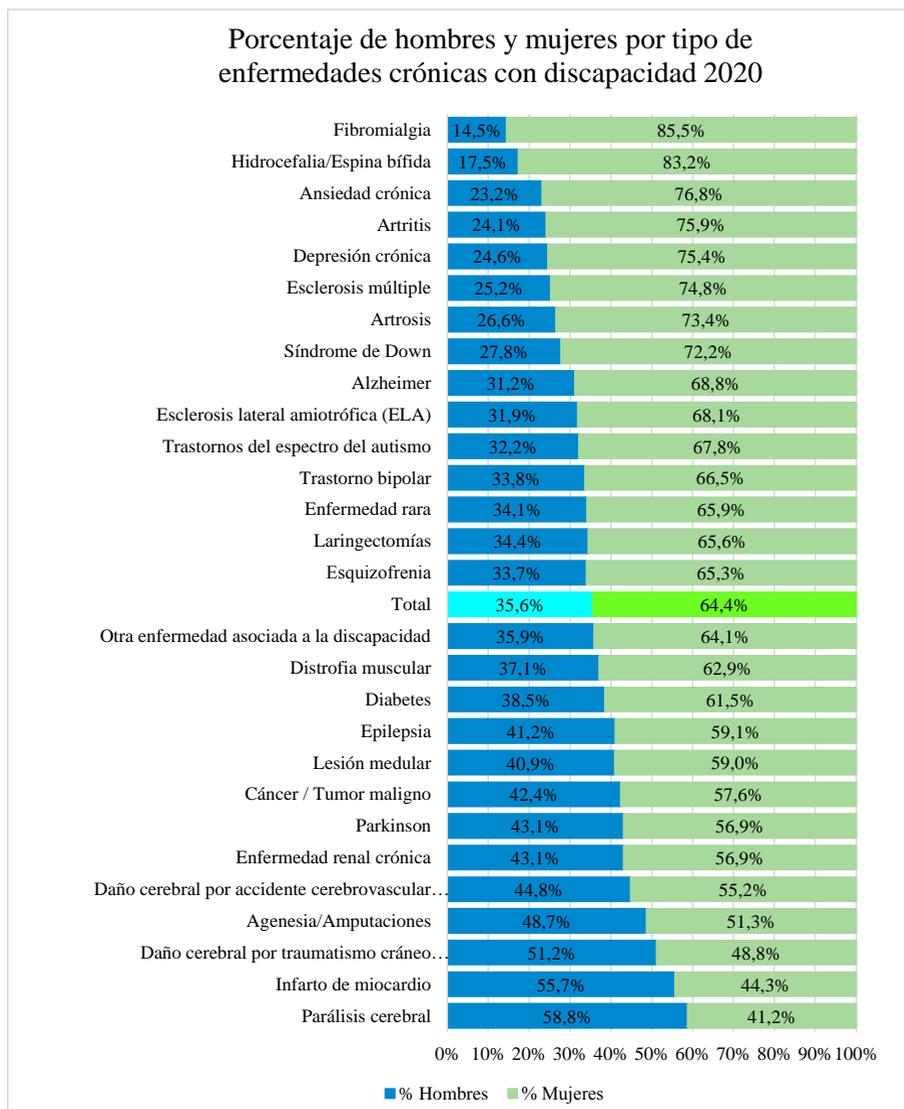
3.4 Impacto de las enfermedades crónicas de personas mayores de 65 años con discapacidad

Una de las características importantes de la situación de las enfermedades crónicas que tienen aparejada un cierto grado de discapacidad en los ancianos de 65 años es la disparidad por sexo de las personas afectadas, ya que, de las 2.628.100 personas en dicha situación, 1.693.000 son mujeres, correspondiendo a las dos terceras partes del total con un 64,4%. Dicho fenómeno se explica en parte porque, según estudios realizados, la soledad afecta más a la mujer que al hombre; es decir, hay muchas más mujeres que viven solas y eso es un potencial detonante de enfermedades psicológicas o padecimientos que afecten la salud mental.

Además, en mujeres se da el caso de la detección tardía, que algunos expertos del tema lo achacan a que la mujer naturalmente es cuidadora y por eso vela menos por su salud que el hombre. En ese caso, cuando se le detecta una enfermedad o padecimiento ya es demasiado tarde. Es bastante común el descuido por parte de la mujer de su salud o el que se queje menos por sus dolencias por estar cuidando a otros, lo cual retrasa el diagnóstico y, en consecuencia, disminuye las líneas de acción.

Lo anterior se ve ejemplificado en el gráfico 24, en que los porcentajes de las mujeres según enfermedad crónica por discapacidad son avasalladores. Por ejemplo, fibromialgia, ansiedad, artritis y depresión para las cuales la representación femenina del total supera al 75% con respecto a los hombres. Si cuantificamos el total de individuos por género de cada una de estas enfermedades obtendríamos que en el 2020 el 64,4% de quienes la padecen son mujeres y aunque hay algunas teorías al respecto, tal y como se mencionó anteriormente, es algo que aún se estudia y no encuentra consenso en los expertos. Lo que sí es evidente es que, además de una población envejecida, España cuenta con más dependientes mujeres, probablemente con descendencia en su mayoría pero que enfrentan la vejez en soledad.

Gráfico 24:



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

A continuación se sistematizan de manera detallada todas las enfermedades que afectan a los ancianos de 65 años o más, enumeradas por índice de incidencia por rango etario, descritas anteriormente, lo que confirma la existencia de brechas en la aparición de determinadas enfermedades en la última etapa de vida, en principio por las labores realizadas y la profesión a la que se dedicaron, aunque también el estilo de vida y los hábitos de alimentación juegan un rol importante en el desarrollo de determinados padecimientos.

Tabla 13:

Enfermedades y grupos de edad	Total	Sí	No	No consta
Tensión alta				
De 65 a 74 años	4.425,20	2.109,00	2.310,10	6,2
De 75 a 84 años	2.954,10	1.691,70	1.260,70	1,7
De 85 y más años	1.200,70	642,9	556,5	1,2
Infarto de miocardio				
De 65 a 74 años	4.425,20	65,3	4.357,80	2,1
De 75 a 84 años	2.954,10	63,2	2.891,00	0
De 85 y más años	1.200,70	32,1	1.168,30	0,3
Angina de pecho, enfermedad coronaria				
De 65 a 74 años	4.425,20	99,7	4.324,30	1,2
De 75 a 84 años	2.954,10	97,7	2.856,40	0
De 85 y más años	1.200,70	60,9	1.138,10	1,7
Otras enfermedades del corazón				
De 65 a 74 años	4.425,20	449,3	3.974,70	1,2
De 75 a 84 años	2.954,10	520,9	2.433,20	0
De 85 y más años	1.200,70	265,7	934,7	0,3
Varices en las piernas				
De 65 a 74 años	4.425,20	850,9	3.569,20	5,1
De 75 a 84 años	2.954,10	741,3	2.208,00	4,8
De 85 y más años	1.200,70	274,9	925,5	0,3
Artrosis (excluyendo artritis)				
De 65 a 74 años	4.425,20	1.866,40	2.538,30	20,5
De 75 a 84 años	2.954,10	1.647,80	1.295,90	10,5
De 85 y más años	1.200,70	756,5	436,7	7,5
Dolor de espalda crónico (cervical)				
De 65 a 74 años	4.425,20	1.074,40	3.345,60	5,3
De 75 a 84 años	2.954,10	873,1	2.081,10	0

Cont...

Enfermedades y grupos de edad	Total	Sí	No	No consta
De 85 y más años	1.200,70	395	801,5	4,2
Dolor de espalda crónico (lumbar)				
De 65 a 74 años	4.425,20	1.377,20	3.044,00	4
De 75 a 84 años	2.954,10	1.057,10	1.896,10	0,9
De 85 y más años	1.200,70	431,8	764,7	4,2
Alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)				
De 65 a 74 años	4.425,20	582,4	3.835,70	7,1
De 75 a 84 años	2.954,10	362,4	2.585,40	6,4
De 85 y más años	1.200,70	125	1.071,60	4,1
Asma (incluida asma alérgica)				
De 65 a 74 años	4.425,20	213,6	4.207,80	3,8
De 75 a 84 años	2.954,10	204,5	2.748,60	1
De 85 y más años	1.200,70	69	1.127,10	4,6
Problemas del periodo menopáusico (solo mujeres)				
De 65 a 74 años	2.325,70	37,8	2.283,20	4,7
De 75 a 84 años	1.708,70	8,1	1.695,80	4,8
De 85 y más años	791,3	3,5	783,2	4,6
Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente				
De 65 a 74 años	4.425,20	204,4	4.214,70	6,1
De 75 a 84 años	2.954,10	125,6	2.826,30	2,2
De 85 y más años	1.200,70	63,1	1.134,60	3,1
Ansiedad crónica				
De 65 a 74 años	4.425,20	393,8	4.028,00	3,4
De 75 a 84 años	2.954,10	297,1	2.654,00	3
De 85 y más años	1.200,70	87	1.111,20	2,4
Otros problemas mentales				
De 65 a 74 años	4.425,20	81,2	4.342,10	1,9
De 75 a 84 años	2.954,10	137,2	2.816,90	0
De 85 y más años	1.200,70	119,9	1.077,30	3,5
Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)				
De 65 a 74 años	4.425,20	78,1	4.345,20	1,9
De 75 a 84 años	2.954,10	56	2.898,10	0
De 85 y más años	1.200,70	46,3	1.150,70	3,7

Cont...

Enfermedades y grupos de edad	Total	Sí	No	No consta
Migraña o dolor de cabeza frecuente				
De 65 a 74 años	4.425,20	351,4	4.068,40	5,4
De 75 a 84 años	2.954,10	219,6	2.734,60	0
De 85 y más años	1.200,70	98,1	1.099,30	3,3
Hemorroides				
De 65 a 74 años	4.425,20	423,1	3.999,30	2,7
De 75 a 84 años	2.954,10	245,8	2.706,70	1,6
De 85 y más años	1.200,70	112,8	1.084,50	3,4
Tumores malignos				
De 65 a 74 años	4.425,20	163,9	4.247,60	13,7
De 75 a 84 años	2.954,10	119,5	2.833,60	1
De 85 y más años	1.200,70	59,6	1.138,60	2,4
Osteoporosis				
De 65 a 74 años	4.425,20	480,1	3.931,70	13,4
De 75 a 84 años	2.954,10	381,4	2.561,40	11,2
De 85 y más años	1.200,70	169,7	1.024,20	6,9
Problemas de tiroides				
De 65 a 74 años	4.425,20	394,9	4.023,40	6,9
De 75 a 84 años	2.954,10	253,9	2.698,50	1,7
De 85 y más años	1.200,70	57,2	1.138,70	4,8
Problemas de riñón				
De 65 a 74 años	4.425,20	226,5	4.187,00	11,7
De 75 a 84 años	2.954,10	236,3	2.714,40	3,4
De 85 y más años	1.200,70	112,2	1.085,00	3,6
Problemas de próstata (solo hombres)				
De 65 a 74 años	2.099,50	385,9	1.706,70	6,9
De 75 a 84 años	1.245,40	351,2	892,9	1,3
De 85 y más años	409,4	125,8	281,5	2,2
Ansiedad crónica				
De 65 a 74 años	4.425,20	393,8	4.028,00	3,4
De 75 a 84 años	2.954,10	297,1	2.654,00	3
De 85 y más años	1.200,70	87	1.111,20	2,4
Otros problemas mentales				
De 65 a 74 años	4.425,20	81,2	4.342,10	1,9
De 75 a 84 años	2.954,10	137,2	2.816,90	0
De 85 y más años	1.200,70	119,9	1.077,30	3,5
Ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral)				

Cont...

Enfermedades y grupos de edad	Total	Sí	No	No consta
De 65 a 74 años	4.425,20	78,1	4.345,20	1,9
De 75 a 84 años	2.954,10	56	2.898,10	0
De 85 y más años	1.200,70	46,3	1.150,70	3,7
Migraña o dolor de cabeza frecuente				
De 65 a 74 años	4.425,20	351,4	4.068,40	5,4
De 75 a 84 años	2.954,10	219,6	2.734,60	0
De 85 y más años	1.200,70	98,1	1.099,30	3,3
Hemorroides				
De 65 a 74 años	4.425,20	423,1	3.999,30	2,7
De 75 a 84 años	2.954,10	245,8	2.706,70	1,6
De 85 y más años	1.200,70	112,8	1.084,50	3,4
Tumores malignos				
De 65 a 74 años	4.425,20	163,9	4.247,60	13,7
De 75 a 84 años	2.954,10	119,5	2.833,60	1
De 85 y más años	1.200,70	59,6	1.138,60	2,4
Osteoporosis				
De 65 a 74 años	4.425,20	480,1	3.931,70	13,4
De 75 a 84 años	2.954,10	381,4	2.561,40	11,2
De 85 y más años	1.200,70	169,7	1.024,20	6,9
Problemas de tiroides				
De 65 a 74 años	4.425,20	394,9	4.023,40	6,9
De 75 a 84 años	2.954,10	253,9	2.698,50	1,7
De 85 y más años	1.200,70	57,2	1.138,70	4,8
Problemas de riñón				
De 65 a 74 años	4.425,20	226,5	4.187,00	11,7
De 75 a 84 años	2.954,10	236,3	2.714,40	3,4
De 85 y más años	1.200,70	112,2	1.085,00	3,6
Problemas de próstata (solo hombres)				
De 65 a 74 años	2.099,50	385,9	1.706,70	6,9
De 75 a 84 años	1.245,40	351,2	892,9	1,3
De 85 y más años	409,4	125,8	281,5	2,2
Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)				
De 65 a 74 años	4.425,20	334,8	4.089,90	0,6
De 75 a 84 años	2.954,10	283,7	2.666,40	4
De 85 y más años	1.200,70	125	1.072,90	2,8

Cont...

Enfermedades y grupos de edad	Total	Sí	No	No consta
Diabetes				
De 65 a 74 años	4.425,20	943,1	3.478,50	3,6
De 75 a 84 años	2.954,10	761,9	2.192,30	0
De 85 y más años	1.200,70	258,6	937	5,1
Úlcera de estómago o duodeno				
De 65 a 74 años	4.425,20	169,4	4.248,30	7,5
De 75 a 84 años	2.954,10	141,6	2.809,40	3,2
De 85 y más años	1.200,70	66,6	1.129,50	4,6
Incontinencia urinaria o problemas de control de la orina				
De 65 a 74 años	4.425,20	367,5	4.055,80	1,9
De 75 a 84 años	2.954,10	586	2.368,10	0
De 85 y más años	1.200,70	346,2	850,1	4,4
Colesterol alto				
De 65 a 74 años	4.425,20	1.803,60	2.611,00	10,6
De 75 a 84 años	2.954,10	1.212,50	1.739,00	2,6
De 85 y más años	1.200,70	357,3	839,6	3,8
Cataratas				
De 65 a 74 años	4.425,20	692,1	3.721,60	11,5
De 75 a 84 años	2.954,10	689,4	2.252,90	11,8
De 85 y más años	1.200,70	279,1	917	4,7
Problemas crónicos de piel				
De 65 a 74 años	4.425,20	282,2	4.137,90	5,1
De 75 a 84 años	2.954,10	277,9	2.675,40	0,9
De 85 y más años	1.200,70	149,5	1.048,20	3
Estreñimiento crónico				
De 65 a 74 años	4.425,20	284,5	4.136,60	4,1
De 75 a 84 años	2.954,10	302,5	2.651,60	0
De 85 y más años	1.200,70	181,9	1.016,40	2,4
Cirrosis, disfunción hepática				
De 65 a 74 años	4.425,20	59,8	4.359,40	6
De 75 a 84 años	2.954,10	47,5	2.906,60	0
De 85 y más años	1.200,70	17,3	1.180,00	3,4
Depresión				
De 65 a 74 años	4.425,20	510,5	3.910,60	4,2
De 75 a 84 años	2.954,10	428,7	2.519,50	5,9
De 85 y más años	1.200,70	141,7	1.055,20	3,9

Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

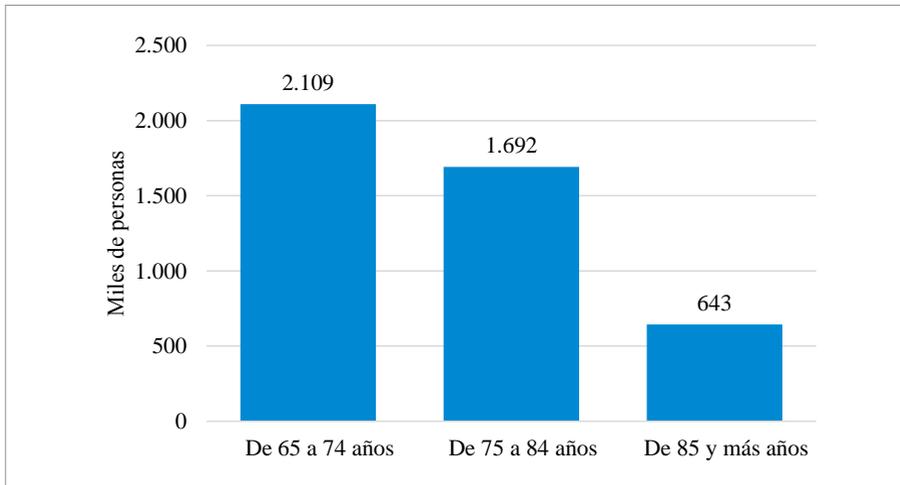


Los porcentajes de mujeres que presentan enfermedades crónicas por discapacidad son avasalladores en relación a los de los hombres. En mujeres se da el caso, también, de la detección tardía, lo cual complica su condición y atención.

La salud en la edad adulta se debe cuidar con mucha atención. Con el paso de los años, las personas mayores se vuelven más vulnerables y experimentan cambios en su metabolismo. La piel pierde elasticidad, los huesos se vuelven más frágiles y el funcionamiento cognitivo puede verse afectado. Aparecen enfermedades, trastornos y/o patologías que afectan a la calidad de vida del mayor.

El gráfico 25 muestra la gran propensión de ancianos que presentan enfermedades crónicas o de larga evolución y el rango, dentro de los ancianos con mayor número de personas que las padecen. En este caso el rango más afectado es el de 65 a 74 años de edad seguidos por el de 75 a 85 años de edad, aunque si existe una diferencia relativamente entre ambos.

Gráfico 25: Población con enfermedades crónicas o de larga evolución (tensión alta) 2020



Fuente: Tomado del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Si bien son notorias las diferencias entre los distintos rangos que componen a la población longeva, no se puede despreciar ya que en su mayoría son pacientes que necesitan un tratamiento de por vida para este tipo de padecimientos lo que implica seguimiento y recursos constantes en ello. Es por esto que las enfermedades, dentro de las más comunes a desarrollar en la vejez, cuentan con mayor trascendencia e impacto sobre la población, ya que en la mayoría de los casos viene acompañada de otras patologías, a veces degenerativas.

Todas estas enfermedades, independientemente de que tienen manifestaciones diversas en los organismos, se presentan en mayor o menor medida en dependencia de otros múltiples factores que van desde el estilo de vida precedente hasta los hábitos de vida, es por eso que a continuación se resumen los más importantes.



Las diferencias entre los distintos rangos que componen a la población longeva son notorias y en su mayoría se trata de pacientes que necesitan un tratamiento de por vida para este tipo de padecimientos, lo que implica seguimiento y recursos constantes en ello.

CAPÍTULO 4
DETERMINANTES DE LA SALUD
EN EL ENVEJECIMIENTO

4. DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO

La OMS define Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). De la misma se desprenden dos ideas fundamentales: la primera es que la salud implica bienestar, aunque este es un concepto que se puede calificar de subjetivo; y, en segundo lugar, la salud no se limita a aspectos físicos y psicológicos, sino que tiene implícito lo social, lo que implica que el propio concepto está inmerso en un entorno social, en una cultura de valores y en un sistema sanitario que pueden condicionarlo.

No obstante, esta definición de la OMS ha sido criticada fundamentalmente por tres motivos. En primer lugar, por asociar bienestar a salud, lo cual es ilusorio y no del todo objetivo, ya que la naturaleza de la salud hace que existan muchas zonas grises entre el “completo bienestar” y la falta de salud. De hecho, es muy posible que el “completo bienestar” sea un estado idílico que no pueda ser alcanzado por los individuos. En segundo lugar, enuncia la salud como un concepto estático, que parte de considerar que una persona con salud goza de un completo bienestar físico, mental y social, cuando la salud es un fenómeno continuo, en el que es posible establecer distintos “grados” de salud. Por último, es una definición subjetiva, que no permite su medición de forma objetiva y —lo más importante— no tiene en cuenta la capacidad para “funcionar” de los individuos, aspecto que cada vez tiene una mayor relevancia y que es conocido en la actualidad como discapacidad. A pesar de estos cuestionamientos, debe reconocerse que dicha definición tiene la virtud de ser holística, abarcando lo físico, mental y social.

Según estudios realizados por la OMS, la proporción de la vida que se disfruta en buena salud se ha mantenido prácticamente constante, lo que implica que los años adicionales están marcados por la mala salud.

Actualmente se está dando un nuevo fenómeno social que se conoce como “nueva generación de ancianos”, que se caracteriza por permanecer durante más tiempo vinculados a la vida laboral activa, hacerse cargo de labores domésticas,

ocuparse del cuidado a sus familiares ancianos u nietos, entre otras serias y consumidoras responsabilidades sociales, lo que se pronostica influirá negativamente en la salud pues dispondrán de menos tiempo para el descanso y autocuidado.

Si bien la salud de las personas mayores está marcada por la genética, los factores que inciden con mayor impacto en su cuidado y/o mantenimiento responden al entorno físico y social en el que se desenvuelven.

Los entornos físicos y sociales pueden afectar a la salud de forma directa o a través de la creación de barreras o incentivos que inciden en las oportunidades, las decisiones y los hábitos relacionados con la salud. Mantener hábitos saludables a lo largo de la vida —en particular seguir una dieta equilibrada, realizar actividad física con regularidad y abstenerse de consumir tabaco— contribuyen a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, mejorar la capacidad física y mental, así como retrasar la dependencia de los cuidados.



Hoy se observa la aparición de la “nueva generación de ancianos”, un fenómeno social que, caracterizado por una mayor permanencia en la vida laboral activa, así como por asumir la responsabilidad de labores domésticas que consumen tiempo y energía, lo cual trae consigo que se disponga de menos tiempo para el descanso y autocuidado, por lo que se pronostica que incidirá negativamente en la salud.

La mayoría de las Agencias de Salud Pública han propuesto distintas listas de determinantes que inciden directamente en la salud del Anciano. La OMS enumera tres precisiones que permiten una visión amplia del tema (OMS, 2021):

- Medio ambiente físico (incluyendo hogar; ecosistema estable; paz; recursos sostenibles)
- Entorno Social (ingresos; educación; seguridad social; equidad, justicia social y respeto por los derechos humanos; acceso a servicios de salud)

- Determinantes biológicos y del comportamiento (factores genéticos; estilo de vida, etc.)

A su vez, la OMS ha definido un grupo de determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2021).

Desde el año 1847, Rudolf Carl Virchow alertaba sobre el impacto que tienen los determinantes sociales en la salud al plantear que “la política no es más que medicina en gran escala” (RC., 1848). En dicho año, Virchow investigó sobre un brote de fiebre tifoidea por encargo del gobierno de Prusia. En su informe sobre el brote, llegó a la conclusión de que las condiciones sociales y el accionar del gobierno fueron los responsables principales del contagio.

De los determinantes de la salud se ha hablado a lo largo del tiempo, variando en términos de enfoque en función del nivel de avance que haya experimentado la salud como disciplina. En las culturas más antiguas se consideraba que la pérdida de salud era debida a causa del castigo de los dioses, de la religión o causas naturales (calor-frío, luz-oscuridad, etc.). En la era de la Escuela Hipocrática, los determinantes de la enfermedad se asociaban a características internas (raza, sexo y edad) y externas (mala alimentación, venenos, aire corrompido, etc.). Asimismo, Galeno establecía que las causas de enfermedad se dividían en tres tipos: externas (trastornos alimentarios, sexuales o emocionales, venenos, etc.), internas (edad, sexo, constitución, etc.) y conjuntas que serían el resultado de aplicar las primeras sobre las segundas. En las siguientes épocas y hasta finales del siglo XIX, se consideraban los determinantes de la salud desde la perspectiva de un modelo biológico en el cual se mantenía que en el medio externo existen organismos agresores que causan un efecto (la enfermedad) en el huésped, que es el individuo (Daviña, 2010).

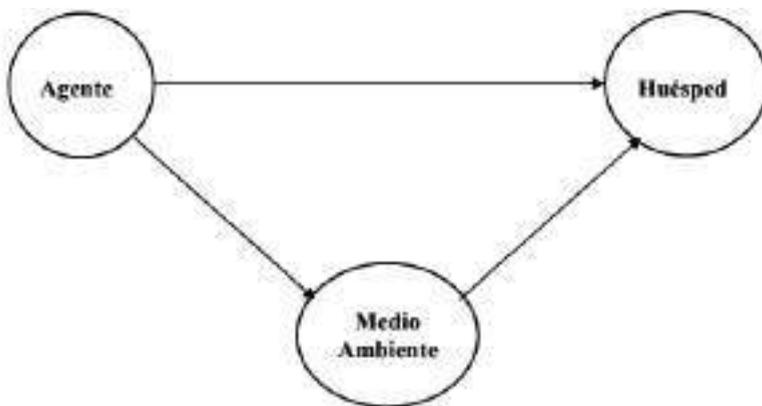
A finales del siglo XIX, en el que las principales causas de muerte y enfermedad en los países desarrollados eran las enfermedades infecciosas, surgió una nueva concepción de determinantes de la salud a través del modelo ecológico o triada

ecológico, que establecía que la enfermedad era consecuencia de la relación entre tres elementos: el agente, el huésped y el medio ambiente (Daviña, 2010).



Los determinantes sociales de la salud (DSS) se definen como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS). EL medio ambiente físico, el entorno social y los determinantes biológicos y del comportamiento son tres de los determinantes más recurrentes.

Figura 7: Modelo tradicional o triada ecológico



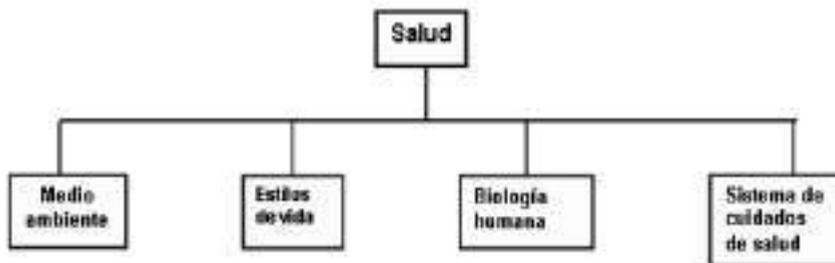
Fuente: Diaz (2001)

La salud se ve afectada por factores biológicos, físicos y químicos. En este sentido, el catalizador de una determinada enfermedad está influenciado por elementos intrínsecos que determinan la susceptibilidad del individuo ante la acción de los agentes y, por último, el medio ambiente está formado por elementos extrínsecos que influyen en el huésped mediante la acción del agente, de forma que la interacción entre los tres elementos provoca la aparición de la enfermedad.

En los países desarrollados, con el cambio de patrón de las principales causas de muerte (Transición Epidemiológica) consistente en la sustitución de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas, surge la necesidad de crear un nuevo marco de determinantes de la salud más integrador y que sea capaz de incorporar los factores que afectan a estas enfermedades (Daviña, 2010)

Ya en la década de los setenta del siglo XX, fruto del desarrollo que experimentó el concepto, proliferan un conjunto de modelos que buscan explicar la salud y sus determinantes. Tal es el caso del modelo holístico de Laframboise (1973) y que un año después fue desarrollado por el Ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde, en el documento “A new perspective on the health of Canadians”. Lalonde desarrolla las ideas de Laframboise en un modelo que analiza la salud como algo más que enfermedad. El autor plantea que la salud de un colectivo o población es el resultado de la interacción de un conjunto de factores o variables que pueden agruparse en cuatro determinantes fundamentales.

Figura 8: Modelo de determinantes de salud de Lalonde.



Fuente: Diaz (2001)

A continuación, se explican de manera concreta cada uno de los componentes que plantea Lalonde a partir de Diaz (2001):

- a) La biología humana: condicionada por las características de la especie humana, la constitución física, el desarrollo y envejecimiento, la carga genética y los factores hereditarios. Este grupo de factores ha sido considerado, hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación; sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de las enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud.
- b) El medio ambiente: formado por sus factores de insalubridad, entendiéndolos en su sentido más amplio. Entre ellos se cuentan la contaminación del medio por factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías; por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.
- c) Los estilos de vida y conductas de salud: el consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, la inadecuada alimentación y determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Además, el ser humano se expone voluntariamente a estos factores y puede ejercer sobre ellos un control o un uso adecuado.
- d) El sistema de cuidados de salud: entendiendo que está constituido por los recursos materiales, económicos y humanos, medios tecnológicos y servicios de forma que mediante la eficacia, efectividad y accesibilidad pretenden producir salud desde la enfermería y la medicina. Entre los productores de salud, aparte de los citados anteriormente, se consideran los cuidados odontológicos, la optometría, la psicopatología y la podología.

Estos conjuntos de determinantes de la salud no son disjuntos, están estrechamente interrelacionados, como —por ejemplo— la clase social del individuo y los

hábitos saludables o factores de riesgo. El modelo de Lalonde supone relaciones causales en las que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente, aunque ninguna por sí sola es suficiente para originar un determinado efecto; es decir, se establece el tránsito de un modelo causal determinístico a un modelo causal probabilístico que pretende ser integrador, al tratar de incluir todos los determinantes conocidos de la salud (Daviña, 2010).

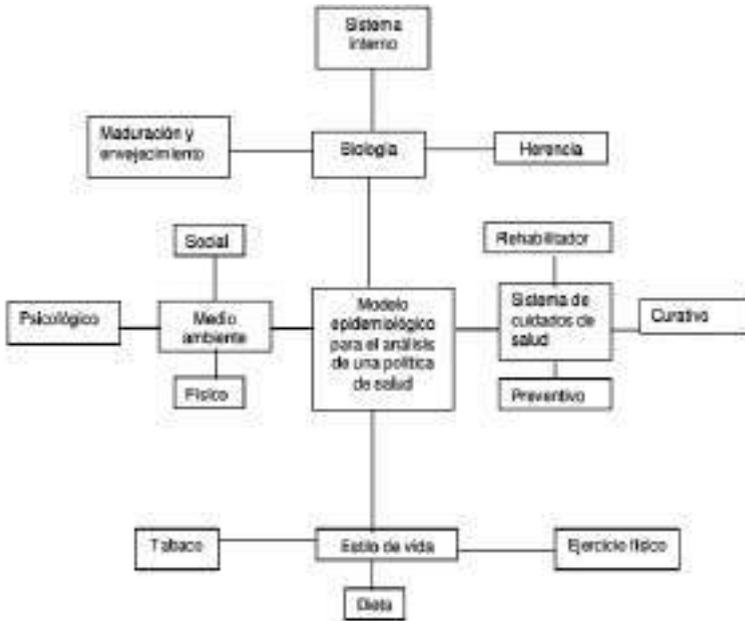
Si bien el modelo de Lalonde marcó un punto de inflexión en el desarrollo y orientación de las políticas sanitarias en la mayoría de los países desarrollados, fue tomado como punto de referencia para el diseño de la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” de la OMS, ejercicio en el que no estuvo exento de críticas y modificaciones propias de la evolución del entorno.

En 1974 Blum propuso un modelo de ambiente de salud en el que, partiendo de la clasificación de determinantes de Lalonde. Su estudio establece niveles de prioridad entre los cuatro grupos de determinantes de la salud en función de su importancia relativa, asignándole máxima importancia al medio ambiente, seguido de los estilos de vida y la biología humana, dejando en el último puesto el sistema de cuidados de salud o sistema sanitario.

En el modelo de Blum los cuatro grupos de factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales.

Más adelante Dever (1977) desarrolla el modelo de Lalonde describiendo con mayor detalle los componentes de cada categoría o grupo. Dicho estudio da lugar al modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud. En su propuesta difiere de Blum al plantear que los cuatro grupos de determinantes tienen el mismo nivel de importancia y que el estado de salud óptimo se basa en el equilibrio de los determinantes.

Figura 9: Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever.



Fuente: Diaz (2001).

El seguimiento de este modelo permitió a los epidemiólogos realizar análisis de las situaciones según sus factores determinantes y la prioridad de los mismos. Se basa en la selección de enfermedades de más alto riesgo, permitiendo conocer las prioridades entre los posibles causantes de la enfermedad, de forma tal que la distribución presupuestal de la política sanitaria esté enfocada por prioridades, para así conducir efectivamente a la solución de la enfermedad.

Los modelos de determinantes analizados no se consideran de forma explícita factores sociales, económicos y políticos en la producción o creación de salud. Sin embargo, en 1986, en la declaración de la Carta de Ottawa, la salud de la población y de las comunidades se centra en los determinantes sociales y económicos, dando origen al nacimiento y desarrollo de modelos de determinantes de salud que asumen estos factores. Así, en 1989, Tarlov estableció los cinco niveles

de determinantes, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e independiente. Además, considera la atención sanitaria como una estrategia reparadora de salud, no como un determinante.

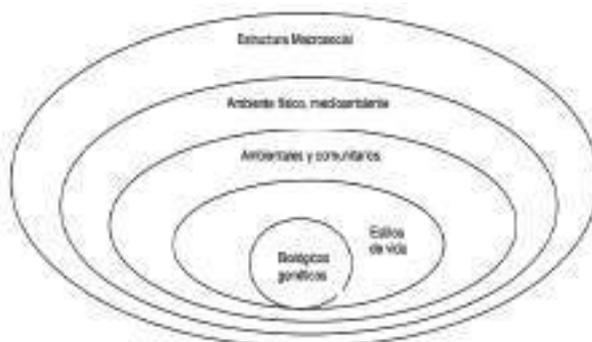
En particular, considera los siguientes determinantes:

- Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos;
- Nivel 2. Determinantes de estilo de vida;
- Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios;
- Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación medioambiental;
- Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales (Daviña, 2010)



Los factores sociales, económicos y políticos dentro de la gestión de la salud no se consideraron de manera explícita hasta la aparición de la Carta de Ottawa en 1986. El primer tomarlos en cuenta de manera explícita fue el Modelo de Tarlov de 1989, que considera la atención sanitaria como una estrategia reparadora de la salud y establece niveles de determinantes que recorren desde el más individual y dependiente hasta el más general e independiente del campo sanitario.

Figura10: Modelo de determinantes de salud de Tarlov.

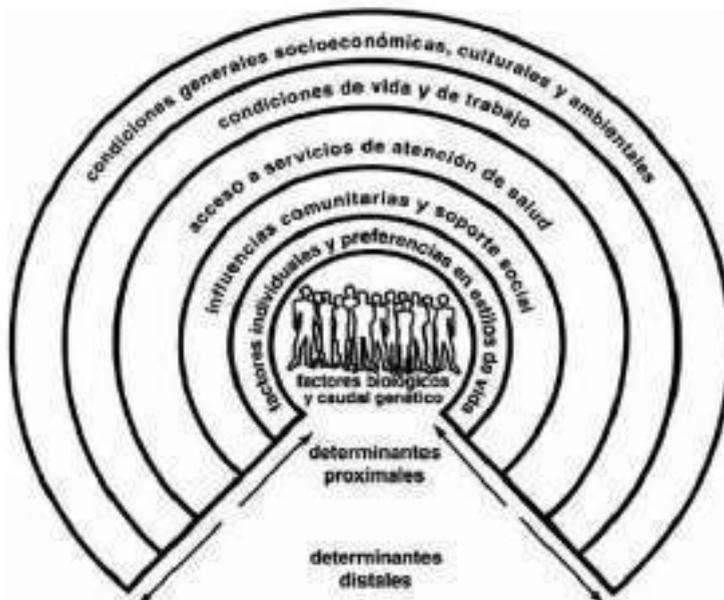


Fuente: Gil Pedriola *et al* (2003)

Resulta importante destacar que finalizando el siglo XX, específicamente una década después, en 1999, Tarlov modificó su modelo de determinantes de la salud incorporando al análisis la atención sanitaria. Para este nuevo modelo se identificaron como determinantes de la salud: genética y biología, conductas de salud, cuidados médicos, las características de la sociedad y la ecología en su conjunto.

Otros autores que se pronunciaron sobre los determinantes de la salud fueron Dahlgren y Whitehead en 1992, quienes propusieron un modelo de capas, que parte del análisis de los individuos con sus características y factores genéticos, para identificar cómo se van incorporando determinantes que ejercen influencia sobre sus condiciones de salud.

Figura 11: Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (1992).



Fuente: T. Evans (2001)

En este modelo los niveles de salud individual y poblacional están definidos por los siguientes factores, mostrados de forma gráfica en la siguiente figura:

- 1- Las condiciones económicas, culturales y del medio ambiente.
- 2- Las condiciones de vida y de trabajo.
- 3- La posibilidad de acceso al sistema sanitario.
- 4- La influencia social y de la comunidad.
- 5- Factores preferenciales del individuo.

Por encima de la base está la primera capa, constituida por los estilos de vida de los individuos, es decir, los comportamientos individuales elegidos libremente. Le sigue otra capa formada por las redes sociales y comunitarias que constituyen el conjunto de relaciones solidarias y de confianza entre grupos que establecen la cohesión social de la población. En un nivel superior se encuentran las condiciones de vida y trabajo de las personas, las cuales proporcionan acceso a distintos servicios como salud, educación, condiciones de habitabilidad, etc.; de forma que los individuos con desventaja social corren mayor riesgo de acceder a peores servicios y condiciones de trabajo. En el último nivel están situados los macrodeterminantes relacionados con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad y que poseen gran influencia sobre las capas inferiores del modelo (Daviña, 2010).

Después de este análisis se podría concluir que los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (Daviña, 2010).

Es importante resaltar que estas propuestas de modelos no plantean de forma explícita que los factores sociales, económicos y políticos son determinantes de la salud. Sin embargo, en 1986, en la declaración de la Carta de Ottawa, la salud de la población y de las comunidades se centra en los determinantes sociales y económicos de la salud, dando origen al nacimiento y desarrollo de modelos de determinantes de salud que asumen estos factores. Así, en 1989, Tarlov estableció los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e independiente. Además, considera la atención sanitaria como una estrategia reparadora de salud (Daviña, 2010) .

El enfoque de trabajar con los Determinantes Sociales de la Salud ha tomado fuerza y para validar su impacto, un grupo de países aplicaron los modelos de investigación sobre el impacto de los DSS en distintos grupos de la población y a lo largo del ciclo de vida. Uno de los modelos pioneros —y más utilizados como sustento teórico en estudios de caso— es el elaborado por Dahlgren y Whitehead (Dahlgren G, 2006), llamado el Arcoíris de los Determinantes Sociales de Salud. En este modelo se sitúa al individuo y sus características sociodemográficas en el centro, y alrededor van sobreponiéndose los grupos de determinantes: el estilo de vida, las redes sociales, las condiciones de vida y trabajo y, finalmente, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de cada localidad.



En décadas recientes, el enfoque de trabajar con los Determinantes Sociales de la Salud ha tomado fuerza y para validar su impacto, un grupo de países aplicaron los modelos de investigación sobre el impacto de los DSS en distintos grupos de la población y a lo largo del ciclo de vida.

El Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud pretende visibilizar las desigualdades en la calidad de la vida y la salud en el mundo, así como orientar en materia de solución de dichas inequidades, buscando explicar sus causas principales.

Este modelo está sustentado en tres valores centrales: equidad en salud, derechos humanos y empoderamiento.

Su principal objetivo es apoyar a la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud en la identificación de los niveles en los que se promoverá el cambio para luchar contra las inequidades en la salud a través de los programas de la política pública. Este modelo contempla tres esferas de actuación fundamentales: (Commission on Social Determinants of Health, 2007)

- Contexto socio-económico y político.

Esta esfera hace referencia a la gama de factores de la sociedad que no se pueden medir directamente en el nivel individual. Abarca el conjunto de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir a la cuantificación, que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y por lo tanto sobre las oportunidades de salud de las personas. Los temas que se investigan en este nivel de análisis se profundizan con mayor detalle en el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (Commission on Social Determinants of Health, 2007)

- Determinantes estructurales y posición socioeconómica

Los determinantes estructurales hacen alusión a aquellos componentes que reflejan la posición socioeconómica de las personas. Las determinantes estructurales combinadas con las principales características del contexto socioeconómico y político constituyen lo que se conoce como los determinantes sociales de las desigualdades en salud (proceso social que configura su distribución). En el modelo propuesto por la Comisión, los determinantes estructurales son los que generan o refuerzan la estratificación social en la sociedad y definen la posición socioeconómica individual. Estos mecanismos configuran las oportunidades en salud en los grupos sociales basados en el poder, el prestigio y el acceso a los recursos (Commission on Social Determinants of Health, 2007). Los determinantes estructurales son: Ingreso, Educación, Ocupación, Clase social, Género y Raza/etnicidad.

- Determinantes intermedios o factores sociales intermedios

De acuerdo a la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, los determinantes intermedios (factores sociales intermedios o determinantes sociales de la salud) influyen desde la configuración de la estratificación social subyacente

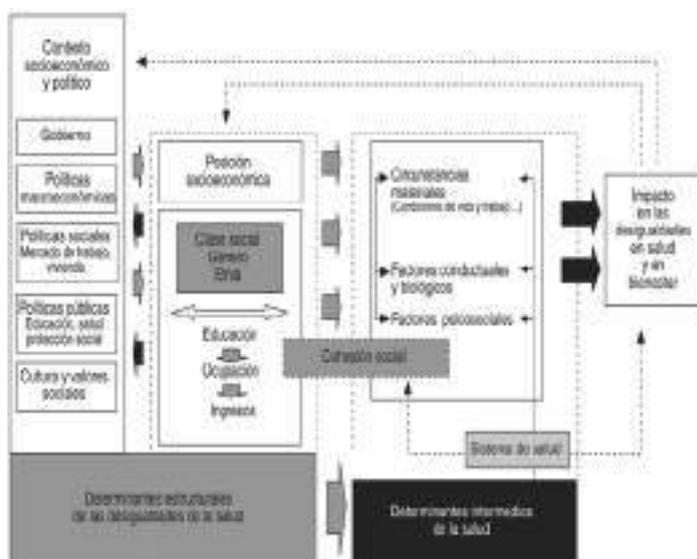
y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones-comprometidas en la salud y estos son: Circunstancias materiales, Circunstancias psicosociales, Factores de comportamiento y/o biológicos y Sistema de salud (Commission on Social Determinants of Health, 2007).



El Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS se propone visibilizar las desigualdades en la calidad de la vida y la salud en el mundo y sugerir soluciones de dichas inequidades, buscando explicar sus causas principales. Dicho modelo se sustenta en la equidad en salud, derechos humanos y empoderamiento como valores centrales.

El siguiente esquema (figura 12) representa los elementos de análisis de los Determinantes Sociales de la Salud:

figura 12



Fuente: Commission on Social Determinants of Health (2007)

Los ancianos tienden a experimentar en mayor grado las desigualdades en múltiples aspectos de salud pública como pueden ser: limitados accesos a servicios médicos, insensibilidad por parte de profesionales que los atienden y discriminan, entre otros. Todo esto se puede traducir en un aumento de su fragilidad y condiciones sociales adversas (pobreza, abandono y problemas de comprensión). Las políticas públicas ineficientes, condiciones económicas y sociales desfavorables y falta de sensibilidad hacia este grupo poblacional hacen que sean susceptibles a problemas de toda índole, muy particularmente de salud. De aquí la necesidad de crear consciencia y comenzar a laborar con los determinantes sociales que los ponen en mayor peligro de ser excluidos de toda una serie de servicios que afectan sus condiciones de vida.

Aunque en España las desigualdades sociales en salud no han constituido una prioridad en la política sanitaria, se han realizado diversos estudios importantes relacionados con las desigualdades sociales en salud. Uno de los primeros, con un significativo impacto, fue el Informe Navarro-Benach de 1996, al que le siguieron el Informe SESPAS de año 2010, así como los trabajos realizados por la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, comisionados por la Dirección General de Salud Pública.

En el Informe Navarro-Benach se muestra un estudio ecológico sobre desigualdades en la mortalidad a nivel de áreas pequeñas y Comunidades Autónomas, revelando que en las zonas cercanas al norte y noreste (zonas de mejor situación económica) tenían mejores indicadores de salud, y la zona sur y suroeste, con indicadores pobres, donde la mayoría de las Comunidades Autónomas del norte presentaban un menor porcentaje de zonas con alta mortalidad (Benach & Navarro, 1996).

En el Informe SESPAS se describe cómo el gasto en investigación y desarrollo para ciencias médicas dista de la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Muestra las deficiencias en la investigación científica sobre las desigualdades de la salud con respecto a otros temas, aunque se encontraban con una tendencia al alza (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2010).



Los ancianos tienden a experimentar en mayor grado las desigualdades en múltiples aspectos de salud pública. Ello trae consigo un aumento de su fragilidad y condiciones sociales adversas. Las políticas públicas ineficientes, condiciones económicas y sociales desfavorables y falta de sensibilidad hacia este grupo poblacional hacen que sean susceptibles a problemas de toda índole, muy particularmente de salud.

En el 2011 se aprobó en España la Ley General de Salud Pública 33/2011, la cual tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas. Dichas acciones se diseñaron con el fin de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la esfera colectiva (Ley General de Salud Pública, 2011).

Esta ley recogió el principio de equidad entre sus principios rectores de la acción en Salud Pública; es decir, la incorporación de acciones sobre condicionantes sociales y políticas, planes y programas que promuevan la disminución de las desigualdades sociales en salud. Contiene determinadas previsiones que inciden sobre los derechos y deberes de los ciudadanos y sobre las obligaciones de la Administración en materia de salud pública, dedicando los primeros tres capítulos a estas adecuaciones, respectivamente, donde los artículos del nro. 4 al nr.7 se enfocan en los derechos, los artículos del nro. 8 al nro.9 contienen los deberes y los artículos nro. 10 y nro.11 muestran la sección de obligaciones de las administraciones sanitarias.

Los derechos de los ciudadanos en materia de salud pública constituyen una nueva generación de regulaciones en relación con los derechos de los pacientes (Declaración de derechos de los pacientes, 1972) cuyo origen tuvo lugar, en la nueva normativa, situándole en el centro de los sistemas sanitarios (Ley General de Salud Pública, 2011). Se trabaja en ofrecer derecho a la información en caso

de riesgos específicos y relevantes para la salud, el derecho de participación, con respecto a las acciones referentes a la elaboración, modificación y revisión de normas, planes, programas de salud. Se incluye, además, el derecho a la igualdad, prohibiendo toda discriminación en la aplicación y el goce del resto de derechos recogidos en la ley, así como el derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto a la dignidad.

La nueva ley contiene los esfuerzos por priorizar el interés colectivo por encima del individual, por lo que los artículos que regulan los deberes tienen un marcado objetivo, promover la salud en su vertiente colectiva (Ley General de Salud Pública, 2011).



El derecho a la información en caso de riesgos específicos y relevantes para la salud, el derecho de participación con respecto a las acciones referentes a la elaboración, modificación y revisión de normas, planes y programas de salud, el derecho a la igualdad, así como el derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto a la dignidad son aspectos que se tienen en cuenta en las recientes regulaciones de la salud pública española.

En aras de visualizar el impacto de los DSS en la población y específicamente en el Anciano, se hace referencia al informe estadístico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) que presenta las estimaciones de un estudio exploratorio acerca de la relación de los determinantes económicos, recursos sanitarios y estilos de vida con los años de vida saludable en España.

En dicho estudio se analiza cómo los años de vida saludable variaron moderadamente entre comunidades autónomas de España, con un rango de 14,3 y 6,5 años para las estimaciones al nacer y a los 65 años respectivamente. Entre las variables independientes investigadas como posibles factores determinantes de los años de vida saludable, la renta per cápita fue la que mayor variación presentó entre comunidades autónomas, con un coeficiente de variación del 20%. El gasto sanitario público por habitante fue la variable que menor coeficiente de variación

presentó (10,5%), mostrando un rango de 543 euros por habitante. Los recursos sanitarios (médicos y camas hospitalarias) presentaron una variación intermedia entre la renta per cápita y el gasto sanitario, con coeficientes de variación entre 13 y 15% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) . Datos que se ilustran en la siguiente tabla (14):

Tabla 14

	AVI _{t-1}	AVI _t	Renta per cápita	Gasto sanitario público por habitante	Médicos de atención primaria /1.000 personas asignadas	Médicos especialistas /1.000 habitantes	Camas hospitalarias/1.000 habitantes	Perfil saludable
Andalucía	65,5	30,6	16.577	1.041	0,72	1,59	1,17	-1,37
Aragón	72,8	13,1	24.713	1.430	0,88	1,15	3,67	-1,15
Asturias	63,5	11,1	19.727	1.440	0,73	2,15	3,35	1,53
Baleares	66,0	11,9	21.498	1.189	0,63	1,87	2,99	2,40
Canarias	58,2	9,1	19.238	1.230	0,76	1,78	3,12	0,53
Cantabria	71,3	13,1	20.257	1.409	0,78	1,76	3,14	-0,16
Castilla y León	69,8	15,6	21.063	1.273	1,10	1,86	3,45	0,57
Castilla la Mancha	70,1	12,3	17.636	1.217	0,82	1,74	3,21	-1,00
Cataluña	66,7	12,7	26.624	1.244	0,72	1,84	3,81	-0,25
Comunidad Valenciana	66,7	13,1	19.691	1.197	0,75	1,68	3,35	0,10
Extremadura	67,8	11,3	15.457	1.432	0,88	1,75	3,48	-1,40
Galicia	64,8	11,6	19.661	1.297	0,82	1,76	3,31	-0,43
Madrid	68,5	12,9	30.755	1.194	0,68	2,00	2,86	1,09
Murcia	65,7	10,9	18.325	1.418	0,77	1,75	3,20	-3,79
Navarra	70,5	13,1	27.709	1.436	0,80	1,39	3,37	1,88
País Vasco	68,7	15,8	29.277	1.584	0,78	2,13	3,37	2,14
La Rioja	67,5	12,6	24.801	1.315	0,83	1,66	3,20	2,31

Fuente: (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016)

Resulta válido destacar que, en el análisis de regresión simple, la renta per cápita mostró asociación directa y estadísticamente significativa con los años de vida saludable a los 65 años. Dicho análisis se presenta de forma ampliada en la siguiente tabla (15):

Tabla 15

	Modelo 1			Modelo 2 ^a		
	B	p	R ²	B	p	R ²
AVS₀						
Renta per cápita ^b	0,23	0,228	0,10	0,32	0,037	0,54
Gasto público por habitante ^b	7,53	0,240	0,09	3,81	0,493	0,39
Médicos de atención primaria por 1.000 personas asignadas	12,20	0,151	0,13	-6,62	0,540	0,39
Médicos especialistas por 1.000 habitantes	4,56	0,258	0,08	3,67	0,270	0,42
Camas por 1.000 habitantes	1,01	0,585	0,02	0,24	0,879	0,37
Perfil saludable	-0,16	0,740	0,01	-0,08	0,850	0,37
AVS₁₀						
Renta per cápita ^b	0,20	0,020	0,31	0,23	0,005	0,52
Gasto público por habitante ^b	4,07	0,1818	0,12	3,17	0,305	0,39
Médicos de atención primaria por 1.000 personas asignadas	7,09	0,076	0,20	6,35	0,288	0,30
Médicos especialistas por 1.000 habitantes	2,86	0,131	0,15	2,62	0,155	0,25
Camas por 1.000 habitantes	0,88	0,325	0,06	0,69	0,439	0,17
Perfil saludable	0,32	0,165	0,12	0,34	0,128	0,27

a. Las estimaciones mostradas corresponden al coeficiente de regresión (B), el valor de p y el coeficiente de determinación (R²).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016)

En relación a los años de vida saludable al nacer, los modelos de regresión simple (modelo 1) mostraron que la renta per cápita y el número de médicos de atención primaria por 1.000 personas asignadas fueron las variables que mayor porcentaje de la varianza de los años de vida saludable (10% y 13%, respectivamente), si bien en ninguno de los casos el coeficiente de regresión alcanzó la significación estadística. Cuando esos modelos se ajustaron introduciendo la ruralidad (modelo 2), la renta per cápita se asoció de forma directa y estadísticamente significativa a los años de vida saludable ($\beta=0,32$, $p=0,037$).

Ese modelo, que explicó hasta un 54% de la variabilidad de los años de vida saludable al nacer entre comunidades autónomas, mostró que por cada 1.000 euros

de incremento en la renta per cápita, los años de vida saludable al nacer se incrementarían en 0,32, esto es algo menos de cuatro meses. Ninguna de las otras variables independientes estudiadas se asoció a los años de vida saludable al nacer de forma significativa (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

En relación a los años de vida saludable a los 65 años, los modelos de regresión simple (modelo 1), la renta per cápita mostró asociación directa y significativa con los años de vida saludable ($\beta=0,20$, $p=0,020$). Ese modelo explicó hasta un 31% de la varianza de la variable dependiente. La tabla 15 representa gráficamente la asociación entre la renta per cápita y los años de vida saludable a los 65 años. Ninguna de las otras variables estudiadas se mostró asociada a los años de vida saludable a los 65 años.

Cuando los modelos se ajustaron por ruralidad (modelo 2), la renta per cápita mantuvo la asociación significativa con los años de vida saludable ($\beta=0,23$, $p=0,005$). Ese modelo explicó hasta un 52% de la variabilidad de los años de vida saludable a los 65 entre comunidades autónomas, un porcentaje sensiblemente superior al obtenido en los modelos simples (modelo 1). La magnitud de la asociación sugiere que el incremento en 1.000 euros de la renta per cápita supondría un aumento de 0,23 años, esto es 2,7 meses de vida saludable a los 65 años. Ninguna de las demás variables independientes investigadas mostró asociación estadísticamente significativa con los años de vida saludable a los 65 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

España ocupa el décimo puesto de la producción científica sobre desigualdades sociales en salud y la investigación en DSS se ha incrementado en términos bibliométricos (Miguel Ruiz Alvarez, 2022), lo que evidencia en algún sentido la preocupación existente sobre el tema.

Según Miguel Ruiz Alvarez, en el período 2011-2021 los principales ejes de desigualdad fueron el estatus socio-económico y la raza. A continuación, se resumen los principales elementos que identifican los DSS en España a partir del estudio bibliométrico llevado a cabo por el autor (Miguel Ruiz Alvarez, 2022):

- La población rural presentó mayores problemas visuales: hizo un menor uso de la corrección óptica y tuvo un mayor riesgo de presentar dificultades graves relacionadas con la hipermetropía. En cuanto a los espacios verdes, dentro de la zona urbana se encontró menor riesgo de mortalidad por todas las causas a medida que estos aumentan. Los barrios del quintil de menor renta presentaron un 40% más de incidencia a la COVID-19, que aquellos con más renta. En esa misma línea, la residencia en áreas de bajos ingresos se asoció con mayores probabilidades de ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos y de mortalidad intrahospitalaria, con la que también se asoció el percentil del ingreso per cápita promedio.
- Las mujeres presentan peor salud autopercebida, aspecto que se relaciona con otros DSS tales como el bajo nivel educativo o el estatus socio-económico. Son más afectadas en lo que a salud mental se refiere que los hombres, siendo esta última superior en mujeres mayores, con menor nivel educativo y estatus social bajo. Los diagnósticos por depresión o ansiedad, y su consumo de psicofármacos fue casi dos veces superior en ellas. También tuvieron mayores afectaciones por obesidad y acumulación de grasa abdominal, así como menor frecuencia de envejecimiento activo.
- El nivel educativo es un predictor de la salud autopercebida, encontrándose una asociación entre un nivel bajo y una mala salud. Es mismo está inversamente asociado con la mortalidad cardiovascular. Entre las personas de 65 y más años, tanto la esperanza de vida como los años de vida con buena salud aumentaron con el nivel educativo, esta última en mayor medida, por lo que el bajo nivel educativo se asoció con fragilidad y discapacidad.
- La salud autopercebida, de igual forma, se asoció con el nivel de ingresos y estudios, y el aislamiento (bajo capital social) se concentró en personas con bajo estatus socio económico. La privación social (menor salario familiar o privación material) incrementó el riesgo de reportar mala salud. Las personas en proceso de desahucio tuvieron mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares (mayor en hombres), tabaquismo (aumentando el consumo y la probabilidad de fumar mientras avanza el proceso

de desahucio, sedentarismo, así como una peor salud autopercebida, peor salud mental y peor calidad de vida. También aumentaron la discapacidad, las enfermedades crónicas y el consumo de psicofármacos.

En estos momentos en el que contar con poblaciones altamente envejecidas constituye un reto para la mayoría de los países, resulta importante promover la tenencia de entornos propicios, tanto físicos como sociales, que faciliten que las personas mayores puedan llevar a cabo las actividades que son importantes para ellas, a pesar de la pérdida de facultades. La disponibilidad de edificios y transportes públicos seguros y accesibles, así como de lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios.



España ocupa el décimo puesto de la producción científica sobre desigualdades sociales en salud y se ha incrementado la investigación en DSS en términos bibliométricos. Según (Miguel Ruiz Alvarez, 2022), en el período 2011-2021 los principales ejes de desigualdad fueron el estatus socio-económico y la raza.

En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos individuales y ambientales que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial, ya que la salud integral de las personas y las comunidades obedece al fortalecimiento de conductas saludables, tanto individuales como colectivas. Muchos factores que inciden en el deterioro del medio ambiente dependen del conocimiento de las personas sobre el efecto de los mismos en su propia calidad de vida y bienestar.

Para la Organización Mundial de la Salud, las comunidades saludables son aquellas en las cuales: “las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general dedican esfuerzos constantes a mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expanden los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia” (OMS. Secretaría de Salud., 2013).

Los factores ambientales condicionan la salud humana. Entre estos factores la calidad del agua de consumo, la posibilidad de acceso a los nutrientes, la conexión a redes de alcantarillado, el manejo correcto de los residuos sólidos, el grado de contaminación del aire y la calidad de los alimentos son los más relevantes.

Según el enfoque de la (OMS. Secretaría de Salud., 2013), el ambiente no se limita a los factores físicos, sino que el aspecto social forma parte esencial, teniendo en cuenta que la promoción de la salud brinda el espacio para a articulación del conocimiento científico con la sabiduría popular, entendiendo que la mejor manera de promover conductas saludables consiste en impulsar la acción comunitaria para modificar los determinantes negativos y crear ambientes favorables (Organización Mundial de la Salud, n.d.).

El proceso de urbanización que atraviesa el mundo ha traído consigo la proliferación de diversas enfermedades, ya que es en las ciudades donde se aprecia una mayor concentración de personas, lo cual favorece un ambiente propicio para la insalubridad. La contaminación atmosférica, la acumulación de desechos industriales, el consumo generalizado de alcohol y tabaco, además del sedentarismo son los elementos determinantes de la aparición de nuevas epidemias.

Resulta paradójico que la industrialización y el crecimiento económico hayan jugado un papel primordial en el deterioro de la calidad de vida, a raíz de los procesos de urbanización y la generalización de patrones de consumo no saludables. Sin embargo, esto no significa que sea recomendable no promover el crecimiento económico, sólo que éste debe ser sostenible y con un impacto ambiental positivo.

La salud, como parte integral de la sociedad, está ligada indudablemente a la protección del medio ambiente, por lo que es deber de la sociedad mantener su cuidado. El acceso a agua segura ha sido declarado un derecho humano por la ONU, ya que la calidad de las fuentes de agua está directamente relacionada con la salubridad. La correcta eliminación de desechos protege la calidad del agua y los recursos naturales de la tierra; por tanto, constituye una tarea prioritaria para la higiene colectiva de las ciudades, así como para las zonas rurales, donde es más común que las personas utilicen para su consumo el agua de los ríos.

Por otra parte, la mala calidad del aire es una amenaza para el bienestar social y la salud de los habitantes de las ciudades. Muchas tienen excesos de contaminantes nocivos, los cuales afectan directamente el sistema respiratorio de las personas que viven en ese medio. Por tanto, las políticas que promueven la reducción drástica de emisiones deben ser adoptadas por todos los gobiernos.



Los factores ambientales condicionan la salud humana. Entre estos factores la calidad del agua de consumo, la posibilidad de acceso a los nutrientes, la conexión a redes de alcantarillado, el manejo correcto de los residuos sólidos, el grado de contaminación del aire y la calidad de los alimentos son los más relevantes.

Aprovechar las ventajas que da el vivir en una sociedad altamente globalizada, los avances tecnológicos (por ejemplo, en el transporte y las comunicaciones), la urbanización, la migración y los cambios en las normas de género, constituye una necesidad imperante que influye en la vida de las personas mayores de formas tanto directas como indirectas.

Cuando se habla de que constituye un reto para la sociedad que la población esté envejecida, se suele pensar que las personas mayores constituirán una carga al ser frágiles o dependientes. Se debe de romper este mito y un gran peso en esta labor la tienen los profesionales de la salud pública, quienes deben hacer frente a estas y otras actitudes edadistas, ya que pueden dar lugar a situaciones de discriminación y afectar a la formulación de políticas y la creación de oportunidades para que las personas mayores disfruten de un envejecimiento saludable. El edadismo, según la ONU, conduce a una salud más pobre, al aislamiento social y a muertes tempranas. Las personas mayores se ven desfavorecidas en sus puestos de trabajo, y las posibilidades de acceso a una educación y formación especializada son menores que para los jóvenes. Este organismo alienta a todos los países a utilizar estrategias para reducir los estereotipos de edad, para mejorar la empatía y combatir ideas erróneas, así como hacerles frente a posibles factores generadores de brechas de inequidad en materia de salud.

CAPÍTULO 5
GESTIÓN DE LA SALUD EN
LOS ANCIANOS

5. GESTIÓN DE LA SALUD EN LOS ANCIANOS

Los ancianos representan un grupo poblacional en incremento, tanto en España como en el resto del mundo y el estado de salud de este grupo etario depende de diversos factores, de tipos físico, cognoscitivo y sociofamiliares, tal y como se explicó anteriormente.

La vejez, por su carácter heterogéneo, caracterizada por la presentación en la mayoría de los casos de múltiples patologías, necesita de especial atención y constituye uno de los temas más relevantes para investigadores del sector por el proceso de envejecimiento tan marcado en la población española.

En este sentido, es imprescindible ofrecer a la población adulta mayor los medios para que puedan ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla, con el fin de lograr un envejecimiento exitoso, sin discapacidad, con el sufrimiento de menores patologías y manteniendo la autonomía y la calidad de vida. Actividades preventivas dirigidas hacia el anciano deben tener en cuenta, entonces, el riesgo de contraer enfermedades, la alteración funcional que estas enfermedades pueden causar a la persona, así como las condiciones frecuentes que deterioran la salud de los mayores, como la fragilidad en general.

A nivel mundial, se reconoce el envejecimiento poblacional como un aspecto central de la atención de las entidades pertinentes. Organismos multilaterales, como la Organización de Naciones Unidas (ONU), han declarado que la calidad del envejecimiento debe ser atendida y priorizada por las entidades de salud adecuadas en cada nación, tributando al ODS 3 antes mencionado.



Resulta imprescindible ofrecer a la población adulta mayor los medios para que puedan ejercer un mejor control sobre su salud y mejorarla, en afán de lograr un envejecimiento exitoso, sin discapacidad, con el sufrimiento de menores patologías y manteniendo la autonomía y la calidad de vid.

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el período 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable. Este proyecto unifica la colaboración de los organismos internacionales y gobiernos de países miembros de la ONU para mejorar de forma generalizada la salud de las personas de avanzada edad, mediante el fomento de buenas prácticas de los ciudadanos del mundo durante toda su vida.

La Década del Envejecimiento Sostenible de las Naciones Unidas tiene como objetivo, según la ONU: “reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo; desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores; prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores; y, proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que lo necesiten”. Es por ello que tiene en su base la Estrategia y Plan de Acción Mundiales de la OMS sobre el Envejecimiento y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, y es un apoyo para el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

La OMS recomienda diseñar políticas y programas que se desarrollen con la perspectiva del envejecimiento activo⁴ en el ámbito sanitario, educativo y de mercado de trabajo, lo que se espera que se traduzca en una mejora de la calidad de vida, el descenso de muertes prematuras y discapacidad ligada a enfermedades crónicas, además de una reducción del gasto sanitario y farmacéutico. Otras líneas básicas de la promoción de la salud de las personas mayores lo constituyen la prevención de la fragilidad, la dependencia y soledad no deseadas, así como el fomento del buen trato y la no discriminación por edad o género.

⁴ “Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. ONU.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, de forma tal que se reconoce que la salud depende directamente del estado del cuerpo, la mente y el entorno. Esto deviene en un accionar esencial para las autoridades sanitarias, a través de la creación de condiciones que garanticen que los ciudadanos disfruten de un estilo de vida saludable. La promoción de la alimentación equilibrada y los hábitos beneficiosos es una actividad fundamental para la gestión de la salud.



En afán de propiciar un envejecimiento activo en el ámbito sanitario, educativo y de mercado de trabajo, la OMS recomienda diseñar políticas y programas que permitan mejorar la calidad de vida, el descenso de muertes prematuras y discapacidad ligada a enfermedades crónicas, una reducción del gasto sanitario y farmacéutico, la prevención de la fragilidad, la dependencia y soledad no deseadas, así como el fomento del buen trato y la no discriminación por edad o género como líneas básicas de la promoción de la salud de las personas mayores.

Un estilo de vida sano puede ayudar a un anciano a disfrutar plenamente de su vida a pesar de los cambios normales que ocurren con el envejecimiento. Una persona que durante el transcurso de su vida sostiene hábitos que contribuyen al mantenimiento de su salud, tiene más posibilidades de vivir su etapa de anciano desde el disfrute de una buena calidad de vida, con menor riesgo de enfermedades evitables, un fuerte sistema inmunológico y una buena salud mental que le permita realizar actividades que, de otra forma, no le sería posible.

La alimentación está relacionada de forma estrecha con la salud de las personas. Padecimientos como la diabetes, la obesidad y algunos tipos de cáncer tienen entre sus causantes principales una dieta inadecuada y la inactividad física. Estas enfermedades crónicas, que están motivadas por una incorrecta alimentación, suelen empeorar con la edad, y, quienes la padecen y no modifican sus hábitos alimenticios, viven años de sus vidas con mala salud.

Las personas mayores, además, tienen un mayor riesgo de manifestar problemas nutricionales. Los cambios fisiológicos que ocurren con el envejecimiento constituyen aspectos importantes, sobre todo aquellos que se presentan en el sistema digestivo y que contribuyen a incrementar los problemas de alimentación y nutrición, afectando la calidad de vida. Algunos de estos cambios pueden ser: la falta de piezas dentarias, lo que dificulta la masticación de los alimentos; la pérdida progresiva del sentido del olfato, haciendo poco apetecibles las comidas; disminución de la sensación de sed, lo que puede desencadenar episodios graves de deshidratación, especialmente en circunstancias donde se producen grandes pérdidas de líquidos, como vómitos, diarreas y sudoraciones. Además, órganos como el hígado, páncreas y vesícula biliar, disminuyen su capacidad de funcionamiento, afectando el proceso digestivo y ocasionando molestias e intolerancias a algunos alimentos.

El consumo de sustancias como el tabaco tienen un efecto perjudicial ampliamente estudiado. El tabaquismo está asociado a las principales causas de muerte a nivel mundial, las producidas por enfermedades del sistema circulatorio y cáncer. Infecciones respiratorias agudas y problemas como enfisema pulmonar y enfermedades cardiovasculares tienen entre sus principales causantes el consumo excesivo y periódico de tabaco. Consumir alcohol incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de hígado, cirrosis hepática, y otras enfermedades digestivas y del tracto respiratorio. El abuso del alcohol también se asocia a muchos problemas sociales como la causa de accidentes y violencia doméstica.

Los factores del entorno social tienen efecto sobre el envejecimiento, y son elementos importantes a tener en cuenta para mantener la salud de las personas mayores. Un ambiente en que este grupo etario pueda realizar las actividades que les hacen felices, es altamente deseable para que su estado de ánimo sea el óptimo.

La familia o los cuidadores de ancianos desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la salud de los ancianos. Las relaciones familiares pueden contribuir a una buena evolución de las enfermedades en los mayores o, por el

contrario, a su empeoramiento. Cuando las relaciones familiares están fundamentadas en la cooperación para la toma de decisiones, en el respeto y la armonía en la convivencia, provén un entorno favorable para un correcto tratamiento de posibles enfermedades, además de representar un apoyo anímico importante. Por el contrario, la desintegración de la vida familiar genera un impacto negativo en el bienestar de las personas.

Figura 13: Hábitos saludables que permiten el mantenimiento de una vejez saludable.



Fuente: Elaboración propia.

Trabajar en la correcta integración de estos hábitos, así como en el fomento de un ambiente familiar y comunitario positivos, constituyen los pilares fundamentales en los que se debe hacer énfasis si se espera mantener un buen estado de salud durante toda la vida. En la siguiente sección serán expuestas acciones específicas que puede desarrollar cada individuo en aras de conservar su salud durante todo su ciclo vital.



El entorno social incide sobre el envejecimiento, y constituye un elemento importante a tener en cuenta para mantener la salud de las personas mayores. Es altamente deseable que el anciano cuente con un ambiente grato para que su estado de ánimo sea el óptimo.

5.1 Acciones para mejorar la calidad de vida de los ancianos.

El envejecimiento del cuerpo es un proceso natural, resultado del propio ciclo vital como fenómeno temporal, que tiene su punto cúlmine en la muerte. Sin embargo, el cuerpo puede ser cuidado y el envejecimiento, ralentizado, de forma que se llegue a edades avanzadas gozando de buena salud y felicidad. Para ello resulta imprescindible tener hábitos que lo permitan, en particular:

1- La realización de actividad física a diario.

Los ejercicios físicos ayudan al cuerpo a quemar grasas innecesarias, a la corrección de la postura, al correcto riego sanguíneo y la capacidad pulmonar, además de lograr la eliminación de gran cantidad de toxinas. Por tanto, la realización diaria de ejercicio físico puede contribuir a la prevención de enfermedades que tengan su causa fundamental en la obesidad o la ansiedad, ya que, al funcionar como un estrés positivo, contribuye a evitar la inmunodepresión. Es altamente recomendable realizar actividades físicas de manera regular durante toda la vida, incluso en la vejez.

A medida que el cuerpo envejece, los huesos y músculos se vuelven más frágiles. Mantenerlos saludables es una buena manera de conservar el estado general de salud, ya que así es posible realizar de forma normal las actividades diarias y mantener el cuerpo físicamente activo. Las personas que realizan ejercicios físicos durante gran parte de su vida tienen un riesgo bajo de sufrir fracturas de cadera, una de las condiciones que más afectan a los ancianos y les restringe grandemente su movilidad.

Si un anciano realiza actividades aeróbicas, de equilibrio y de fortalecimiento muscular, reducen mucho el riesgo de sufrir caídas y sus correspondientes lesiones. Correr, caminar rápidamente y saltar son ejercicios que ayudan a promover el crecimiento y la fortaleza de los huesos. También protegen las articulaciones, ayudando con la artritis y otras condiciones reumáticas que las afectan.

El impacto que tiene la realización de ejercicios físicos una vez se llega a avanzadas edades supone una reducción de las causas de morbilidad y el incremento de la expectativa de vida. Promover el desarrollo de actividad física regular entre la población mayor sedentaria debe ser una práctica frecuente que está en manos de los profesionales de la salud, la familia y los miembros de la comunidad en general, de acuerdo al estado de salud de cada cual.

2- La alimentación saludable.

Una alimentación equilibrada y saludable es el pilar fundamental de una buena salud. La correcta alimentación ayuda a prevenir enfermedades no transmisibles como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Los alimentos con altas concentraciones de fibra y antioxidantes, como frutas y verduras, son excelentes para el buen funcionamiento del organismo.

Al envejecer se producen cambios en el aparato digestivo, con frecuencia complicaciones en el tránsito intestinal —como los estreñimientos—, debido en parte a la falta de hidratación, el bajo consumo de fibras, el sedentarismo o como efecto de medicamentos que lo afectan. El consumo de abundantes líquidos a diario ayuda al correcto funcionamiento de este sistema de órganos. También cuida la piel, ya que esta se vuelve más seca y pierde elasticidad con el paso de los años.

El cuerpo necesita una dieta balanceada que le permita adquirir todos los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento. Incluir frutas y verduras a todas las comidas del día es altamente recomendable, así como la reducción del consumo de grasas presentes en alimentos fritos y horneados, principal causante del aumento no saludable de peso en el ser humano. Ingerir productos lácteos des-

cremados aportan hierro, calcio, vitaminas y antioxidantes, lo cual puede incidir en la prevención de la osteoporosis.

3- Dedicar tiempo a actividades ociosas.

El bienestar emocional es el estado de ánimo en el cual el individuo se siente bien consigo mismo y en armonía con su entorno. El equilibrio emocional, a raíz de la estabilidad en la vida cotidiana, la felicidad y la autoestima, define la capacidad de una persona para afrontar los contratiempos diarios, situaciones de estrés y para recuperarse de adversidades.

Figura 14: Cómo se transmite una afectación por estrés hacia la inmunodepresión.



Fuente: Elaboración propia.

El bienestar emocional es un factor relevante de la salud, que, si no es óptimo, puede relacionarse directamente con otros malestares físicos. El mal manejo del estrés puede ocasionar migraña, un aumento de la presión arterial o insomnio. Estas condiciones son inmunodepresoras, pueden desencadenar afecciones peores e impiden, a quien las padece, vivir una vida feliz.

Los momentos de ocio y entretenimiento son muy importantes para el mantenimiento del bienestar emocional. Además de realizar ejercicio físico, visitar familiares, ir a museos, cines y en general dedicar algo de tiempo cada día a la recreación son buenas prácticas para mantener la salud mental y el bienestar emocional en general.

Una persona emocionalmente estable y feliz puede afrontar el paso de los años y sus consiguientes cambios físicos de manera en que pueda seguir disfrutando de las actividades que le brinden alegría. Un cuerpo saludable es necesario para transitar por una adultez placentera, pero es en vano si la persona no goza de bienestar emocional. Se recomienda a los ancianos socializar con otros miembros de este grupo etario, así pueden compartir vivencias, recordar sus experiencias y sentirse incluidos.

4- Cese del consumo de sustancias dañinas para el cuerpo.

A cualquier edad en que cese el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol se obtiene un beneficio para la salud. Según el modelo de la OMS, el problema del tabaquismo debe ser abordado por los médicos en 5 etapas, para el logro de resultados positivos en sus pacientes: primero averiguar para identificar el consumo de tabaco, el grado de dependencia y los posibles motivos de recaídas; luego aconsejar, recomendando el cese de fumar, hablando sobre los perjuicios del tabaco y las ventajas de su abandono; luego apreciar, donde el paciente valora el abandono del consumo; luego la ayuda, donde se ofrece al fumador un plan concreto de apoyo; y luego establecer visitas de seguimiento específicas, y, de esta forma, lograr el completo desuso de sustancias tóxicas.



El cuidado del cuerpo ralentiza el envejecimiento, de forma que se llegue a edades avanzadas gozando de buena salud y felicidad. La práctica de del ejercicio físico diario, la alimentación saludable, la búsqueda del bienestar emocional a partir de la realización de actividades ociosas, así como el cese del consumo de sustancias tóxicas son acciones que generarán un impacto positivo en este cuidado.

5.2 Promoción de la salud del anciano.

La promoción de la salud es definida por la OMS como un proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y sus determinantes. Los principales medios de promoción de la salud se producen mediante el desarrollo de políticas públicas sanas que aborden los requisitos previos de la salud, como los ingresos, la vivienda, la seguridad alimentaria, el empleo, la educación y las condiciones laborales de calidad.⁵ Según la Carta de Ottawa,⁶ las cinco áreas de acción principales de la promoción de la salud son: la elaboración de unas políticas públicas sanas, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. A través de estas áreas de acción, según las políticas públicas y servicios de salud integrales, la promoción de la salud permite a la población incrementar el control sobre su salud en afán de lograr su mejoría.

La adopción de la Agenda 2030 brinda una importante oportunidad al mundo de avanzar hacia una sociedad más equitativa, con un abordaje integral de los determinantes de la salud. La promoción de la salud, como proceso de acciones intersectoriales que abordan los entornos donde las personas viven, estudian y trabajan, se posiciona como una tarea fundamental en la realización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La promoción de la salud, enfocada hacia los ancianos, puede ser abordada mediante políticas públicas que disminuyan la inequidad en esa etapa de la vida,

⁵ OPS/OMS- Promoción de la salud.

⁶ OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986, Ottawa, ON.

también a través de la concertación con gobiernos locales, para generar un impacto en la vida de los ancianos desde la calidad del ambiente donde se desenvuelven. El escenario familiar, de donde proviene el principal apoyo social de los ancianos, debe ser promotor de estilos de vida saludables, y puede ser suscitado mediante la motivación hacia la adopción grupal de estos estilos de vida, a partir de encuentros con profesionales de la salud que así lo recomienden, ya que es deber de los sistemas de salud promover estilos de vida saludables en los pacientes y educarlos en la conexión que existe entre los factores de riesgo y el deterioro de la salud. La posibilidad de adquirir información y motivación suponen aspectos relevantes en la promoción de estilos de vida saludables.



La promoción de la salud es un proceso que permite a los individuos tener mayor control sobre su salud y sus determinantes. El desarrollo de políticas públicas sanas que aborden los requisitos previos de la salud —los ingresos, la vivienda, la seguridad alimentaria, el empleo, la educación y las condiciones laborales de calidad— es la acción fundamental de esta promoción

Prevenir enfermedades resulta una tarea fundamental para la preservación de la salud en personas de avanzada edad. Las inmunizaciones periódicas ante enfermedades altamente contagiosas y peligrosas como tétanos, herpes zoster, la influenza y el COVID-19 constituyen la acción principal hacia su prevención. La realización sistemática de diagnósticos para enfermedades cuyos síntomas pueden aparecer incluso años después de padecerlas —como el cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de próstata, glaucoma, hipertensión e hiperlipidemia— puede significar el tratamiento rápido y eficaz de estos padecimientos.

Abordar tempranamente la condición de fragilidad es un aspecto que debe ser considerado para procurar la mejor condición de salud en la población que envejece. El cuerpo, debido al declive acumulado de los mecanismos fisiológicos, se vuelve más vulnerable a infecciones, traumatismos y condiciones estresantes, por lo cual identificar la fragilidad permite medir el riesgo a desenlaces adversos, de modo que se sepa caracterizar el estado funcional del cuerpo más allá del conocimiento de las enfermedades que padece un anciano.

Una oportuna identificación y correcto tratamiento de condiciones crónicas que impactan en la condición de fragilidad —como el deterioro cognitivo, artrosis, cánceres, demencia, depresión, malnutrición— debe estar enfocado en la búsqueda y control periódico, así como en la educación de los ancianos, para que conozcan los padecimientos y puedan priorizar el mantenimiento de la funcionalidad corporal.

Las enfermedades y condiciones fragilizantes se van acumulando con los años, la intervención de forma aislada no evita el riesgo de padecer el resto. Los tratamientos deben tener un enfoque abarcador, independientemente de la enfermedad, y no con un abordaje terapéutico de uno a la vez, ya que ofrece la oportunidad de intervención precoz y de evitar eventos no deseados para una adecuada condición de salud del anciano.



La prevención de enfermedades es un tema prioritario en el cuidado de la salud de los ancianos. Las inmunizaciones periódicas ante enfermedades altamente contagiosas y peligrosas o la realización sistemática de diagnósticos para enfermedades cuyos síntomas pueden aparecer incluso años después de padecerlas, son acciones que pueden marcar la diferencia en relación a la preservación de la salud y la vida humana.

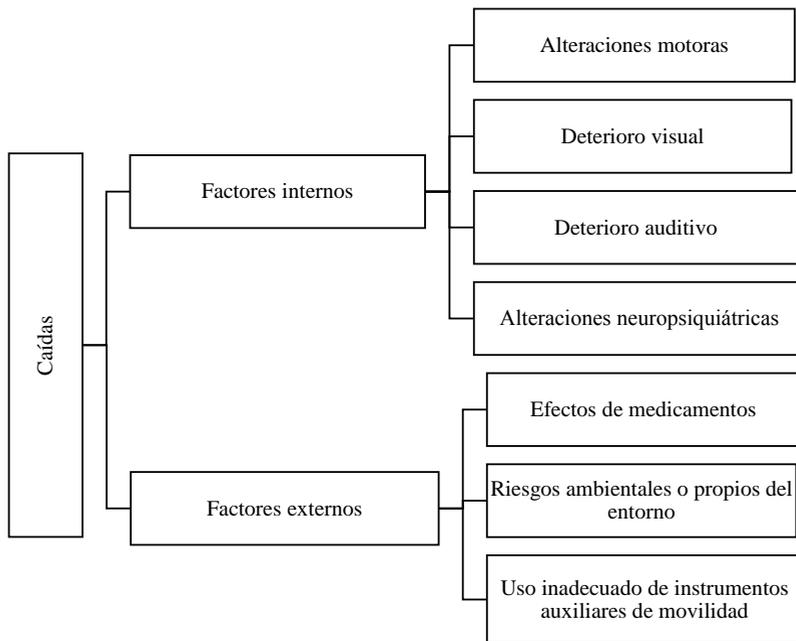
Las caídas sufridas por ancianos son una condición frecuente que suele tener desenlaces de fracturas u hospitalizaciones. Estos eventos tienen una naturaleza multifactorial, no son enfermedades, sino una manifestación de posibles enfermedades que actúan sobre la capacidad ósea y muscular del organismo. Su prevención es difícil, pero es posible evaluar el riesgo de caídas para cada anciano.

Los profesionales de la salud que atienden a este grupo de personas deben encargarse de conocer las condiciones motoras de su paciente, comprobando la cantidad de caídas sufridas, el estado del equilibrio y si existe o no dificultad para caminar, para así saber si es posible recomendar ejercicios que ayuden a prevenir caídas, como los de fuerza, resistencia aeróbica y equilibrio.



Deben cuidarse también los eventos de naturaleza multifactorial —como caídas o accidentes menores—, que, si bien no constituyen enfermedades, manifiestan posibles enfermedades que actúan sobre la capacidad ósea y muscular del organismo. Estos eventos son de difícil prevención, pero es posible calcular su riesgo para el grupo etario que ocupa este estudio

Figura 15 : Factores que inciden en el riesgo de sufrir caídas por los ancianos.



Fuente: Elaboración propia.

La evaluación nutricional a ancianos, que consiste en la revisión de datos bioquímicos, clínicos y dietéticos de cada paciente para así determinar su estado de salud y nutrición, debe ser una práctica ampliamente extendida, dada la impor-

tancia que recae en la buena alimentación para el mantenimiento de una vida saludable. Los indicadores antropométricos principales con que se trabaja son el peso corporal, la estatura, el porcentaje de pérdida de peso, el índice de masa corporal y los pliegues cutáneos. La antropometría permite evaluar de forma simple algunos comportamientos corporales y detectar grados de malnutrición por déficit o exceso. Los indicadores bioquímicos más revisados son el estado del hierro en sangre, las proteínas séricas, los indicadores inmunológicos y el estado de las vitaminas. Identificar a tiempo riesgos de malnutrición a partir de la vigilancia de estos indicadores hace posible implementar rápidamente medidas de intervención.

Las actividades de promoción de salud en el anciano tienen como objetivo el alcance del envejecimiento exitoso. Las actividades de promoción deben ser abordadas considerando el entorno social e individual. Las actividades preventivas deben estar dirigidas no sólo al riesgo de padecer enfermedades, sino también a las alteraciones funcionales que estas enfermedades provocan y el análisis generalizado de la condición de fragilidad y riesgo de caídas. Suponen desafíos para la promoción de la salud de los ancianos y de la población en general el crecimiento urbano caótico, la contaminación ambiental, el cambio climático, los conflictos políticos y la violencia, lo que obstaculiza la creación de ambientes saludables. La participación activa de los gobiernos, vinculados con las comunidades debe ser forma de mostrar su compromiso con la creación de ambientes favorables para la salud integral del individuo.

La participación social en temas de salud va adquiriendo relevancia en la medida en que es desarrollado un estudio integral del individuo. En la medicina los estudios sociales son responsables de conocer cómo los indicadores sociales intervienen y condicionan la salud y enfermedades que sufren las poblaciones. El trabajo social en materia de salud se enfoca en el desarrollo de comunidades saludables, considerando las circunstancias socioeconómicas, culturales y políticas que condicionan la vida en una sociedad. Juega un papel primordial en la prevención de enfermedades, a partir de la promoción y la educación a los miembros de una comunidad, Y, de ser considerado como el enlace entre la comunidad y el servicio de atención, puede cumplir su misión de construir un ambiente sostenible y saludable.

El aspecto social es integrador, pues una valoración sistémica a un paciente debe incluir los hábitos, creencias y formas de vida, por lo cual es de especial interés el estudio del contexto social de la salud y la enfermedad. Desde esta perspectiva se abordan situaciones como la violencia, el abandono, las pérdidas de seres queridos, elementos que sin duda influyen en el estado de salud de los ancianos.

En el año 1905, el médico Robert Cabot integró por primera vez el trabajo social en los servicios de salud de un centro hospitalario. En su libro *La función de la inspectora a domicilio* se comienza a describir la relevancia de este trabajo, pues para hacer un diagnóstico completo sobre un paciente, se deben conocer aspectos sobre su hogar, familia, costumbres, alimentación y situación laboral, entre otros.



La participación social en temas de salud va adquiriendo relevancia en la medida en que es desarrollado un estudio integral del individuo. En las ciencias médicas, estos estudios se proponen conocer cómo los indicadores sociales intervienen y condicionan la salud y enfermedades que sufren las poblaciones. El desarrollo de comunidades saludables que tomen en cuenta las circunstancias socioeconómicas, culturales y políticas que condicionan la vida en una sociedad es el foco principal de este tipo de estudios

Las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de los pacientes tienen su principal apoyo en los trabajadores sociales, pues son quienes aportan las informaciones sobre las variables socioeconómicas que inciden en la distribución y procesos de las enfermedades y sus consecuencias sociales. Son quienes conocen los factores biológicos y sociales de aquellas patologías frecuentes en poblaciones vulnerables, sobre todo en la detección de sintomatología, cuidados a familiares y redes de apoyo social que facilitan la tarea del control de epidemias.

La comprensión del proceso de envejecimiento y enfermedades propias de la vejez, la identificación de comportamientos comunes en ancianos y cómo

preparar proyectos que promuevan la creación de grupos de ancianos, deben ser elementos característicos del trabajo social con personas mayores por parte de trabajadores de la salud, ya que la situación de los ancianos requiere una eficiente atención. Síntomas de enfermedades son en ocasiones confundidos por familiares y amigos de la persona mayor como un efecto de envejecimiento y, por supuesto, el diagnóstico a tiempo ofrece garantías de una mayor posibilidad de atenuación de las consecuencias.

En ocasiones los ancianos, por no preocupar a sus familiares, ocultan síntomas de problemas de salud que padecen. En ese tipo de circunstancias es importante el trabajo social, ya que las visitas domiciliarias, las indagaciones sobre el comportamiento del anciano atendido mediante las reuniones con familiares y amigos cercanos, pueden arrojar pistas sobre posibles síntomas que deben considerarse para la realización de un diagnóstico médico, además de la ventaja que representa para un anciano conversar sobre su estado general de salud en casa y no en una instalación hospitalaria, donde puede estar sometido a estrés.



El trabajo social por parte de los trabajadores de la salud debe centrarse en la comprensión del proceso de envejecimiento y enfermedades propias de la vejez, la identificación de comportamientos comunes en ancianos y cómo preparar proyectos que promuevan la creación de grupos de ancianos

5.3 La gestión de la salud del anciano en España.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que, en España, constituye uno de los principales retos de la actualidad. El derecho de las personas mayores a una vida digna, al acceso a iguales oportunidades y a la no discriminación constituyen el comienzo de las políticas públicas que intenten crear un ambiente de envejecimiento activo y saludable. En este marco, existe la Estrategia Nacional para el Envejecimiento Activo, la cual impulsa los esfuerzos por hacer que el fenómeno del envejecimiento sea entendido como un logro social y no como una carga para el bienestar social general.

La Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato (2018-2021), según el Consejo Estatal de las Personas Mayores, en el marco del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, tiene como objetivos principales:

- 1- Garantizar a las personas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.
- 2- Garantizar la participación activa de las personas mayores en la formulación y aplicación en todas las actividades de la vida pública, si así lo desean y especialmente en las políticas que les afecten.
- 3- Promover la permanencia de las personas mayores en su entorno familiar y comunitario.
- 4- Propiciar formas de organización y participación de las personas mayores, que le permitan a la sociedad aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.
- 5- Impulsar la atención integral e interinstitucional, centrada en las personas mayores, por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.
- 6- Garantizar la protección y la seguridad social de las personas mayores.
- 7- Evitar la discriminación por motivos de edad.
- 8- Prevenir, diagnosticar, atender y erradicar las situaciones de malos tratos y abusos contra las personas mayores.
- 9- Mantener la calidad de vida con pensiones dignas, tal y como recoge la Constitución.

- 10- Dotar de derechos y seguridad jurídica a los mayores en todos los ámbitos que les afectan.
- 11- Favorecer con medidas efectivas el envejecimiento activo ya que a través de él se conseguirá un envejecimiento saludable.

Para la consecución de estos objetivos generales, se plantearon desde entonces diferentes acciones específicas, ellas son:

- Promoción de hábitos saludables: alimentación, actividad física, higiene, sueño, salud emocional entre otros
- Prevención de fragilidad y caídas.
- Vacunación de las personas mayores.
- Fomento del buen trato a las personas mayores.
- Prevención de la violencia a las personas mayores.
- Prevención del aislamiento social y la exclusión social.

Estas líneas de actuación se desarrollan teniendo en cuenta los dos ámbitos principales de atención de las personas mayores: el institucionalizado y el no institucionalizado. Se trabaja por tanto en:

- Estrategias para garantizar la calidad de la atención a las personas mayores.
- Apoyo público a los cuidados no institucionalizados.



La Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato (2018-2021), según el Consejo Estatal de las Personas Mayores, en el marco del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, impulsa los esfuerzos por hacer que el fenómeno del envejecimiento sea entendido como un logro social y no como una carga para el bienestar social general

El incremento de la cantidad de años de vida sanos de los ciudadanos españoles es una tarea que requiere de diversas medidas que promuevan la salud y otras que estén enfocadas en la prevención de enfermedades. Los programas que se implementen deben ser establecidos de forma tal que lleguen a toda la población mayor y les proporcione todas sus ventajas. Una estrategia integral del cuidado al anciano debe aunar los esfuerzos coordinados en las esferas social y sanitaria, de forma tal que se dé respuesta a las necesidades médicas de las personas de este grupo de edad, y se trabaje activamente en mantener su inclusión en la sociedad.

Dada la preferencia de las personas mayores de vivir en sus propios domicilios mientras les sea posible, en España se llevan a cabo estudios sobre qué edificios deben ser reparados para su renovación y modificación, para que las personas de avanzada edad puedan mantener sus casas hasta que así lo deseen.

Debido a la comprensión de la importancia del entorno social para el aprovechamiento pleno de todos los años de la vida, el gobierno de España ha desarrollado planes para la disposición de espacios en la ciudad, las calles, parques, edificios, transportes, lugares públicos y viviendas más accesibles que faciliten una vida más independiente a los ancianos y les permita realizar las actividades, que, de otra manera, no les sería sencillo ejecutar. Se diseñan acciones encaminadas a la mejora de las condiciones de vida del ser humano, sea cual sea su edad, lo cual es acorde con el carácter inclusivo de las estrategias de promoción de la salud de los ancianos en España.

De manera general, la familia española se hace cargo de los cuidados de sus miembros más longevos. Cuando estos han alcanzado cierto grado de dependencia, el núcleo familiar se convierte en el suministrador fundamental de ayudas y asistencia, de ahí que puede resultar en una actividad clave el respaldo a las familias con ancianos. La adquisición de conocimientos específicos sobre cuidados aumenta la capacidad de la familia de otorgar a sus ancianos dependientes respuesta a problemáticas comunes a su avanzada edad.



El gobierno de España ha desarrollado planes para la disposición de espacios en la ciudad que faciliten una vida más independiente a los ancianos. Se diseñan acciones encaminadas a la mejora de las condiciones de vida del ser humano, sea cual sea su edad, lo cual es acorde con el carácter inclusivo de las estrategias de promoción de la salud de los ancianos en el país

La educación para la salud ha sido una de las estrategias que, desde los años 70 fue impulsada por la OMS, enfocada en los aspectos preventivos de los sistemas sanitarios. Esta fue considerada entre las estrategias básicas en que se sustentaba el cambio en los sistemas sanitarios para poder alcanzar los niveles óptimos de salud para todos. Se entiende que la educación para la salud debe otorgar al anciano los conocimientos y herramientas suficientes para que pueda cuidarse de forma autónoma o apoyándose en sus familiares cercanos, además de promover la adopción de un saludable estilo de vida. Pero no sólo debe ser educado el anciano, los familiares deben formarse sobre el proceso del envejecimiento y cómo brindar asistencia a sus mayores.

La fragilidad que muchos ancianos padecen es un tema transversal que trata la estrategia nacional de salud. Esta condición es prevenible, tratable y reversible, por lo cual amplios son los esfuerzos por lograr que no represente una forma de empeorar la salud de un anciano que padezca un cuadro infeccioso. En el marco de la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato (2018-2021) se creó un grupo de trabajo para la prevención de fragilidad y caídas, que elaboró el “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” y la “Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Las actividades que se desarrollan en España para la prevención de la fragilidad son:

- 1- Intervención específica centrada en programas de actividad física, el trabajo de la resistencia aeróbica, la flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular en la población identificada como frágil.
- 2- En personas detectadas como de alto riesgo de caídas, el plan de ejercicios físicos y otros factores como la revisión de los medicamentos que consume el paciente.
- 3- En toda la población mayor de 70 años, se promueve la adopción de estilos de vida saludables.

Por todo ello, la promoción del envejecimiento activo conlleva favorecer el empoderamiento de las personas mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la vejez y los mayores asociados a fragilidad o debilidad, como se exponía en epígrafes anteriores, así como fomentar las creencias de eficacia personal en el propio proceso de envejecimiento y eficacia colectiva de las personas mayores (Bustillos et al., 2012).

El individuo ha de concienciarse de que es agente en su forma de envejecer. Los responsables de la atención integral de las personas mayores tienen el deber de promocionar el envejecimiento activo que es prevenir la dependencia —que es evitable. La sociedad debe luchar contra el edadismo que supone una amenaza.



La promoción del envejecimiento activo conlleva favorecer el empoderamiento de las personas mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la vejez y los mayores asociados a fragilidad o debilidad

CAPÍTULO 6
ECONOMÍA DEL CUIDADO

6. ECONOMÍA DEL CUIDADO

El término “cuidado” resulta muy complejo de definir debido a que guarda numerosas subjetividades. Se puede definir como todo lo que se hace para mantener, continuar y reparar el entorno inmediato, de manera que se pueda vivir en él tan bien como sea posible. Ese entorno incluye el cuerpo, el ser y el ambiente, así como todo lo necesario para entretener una compleja red de sostenimiento de la vida (Joan C Tronto, 1990).

Los autores Batthyány, Genta & Perrotta definen al cuidado como la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, cuidado material, que implica un “trabajo”; cuidado económico, que implica un costo económico; y cuidado psicológico, que implica un vínculo afectivo, emotivo sentimental. Puede ser realizado de manera remunerada o no remunerada (Batthyány, 2014).

Estos autores hacen énfasis en cómo el cuidado garantiza el desarrollo de las capacidades que las personas mayores todavía mantienen y en cómo se debe apoyarlas para que recuperen o se adapten a lidiar con las que han perdido. La forma de garantizarlo tiene un componente material, que incluye asegurarse de todos los dispositivos adecuados para promover la reducción de la dependencia, lo cual está vinculado con el apoyo en las necesidades de la vida diaria, particularmente de higiene y movilización (Batthyány, 2014).

La familia debe sostener el vínculo afectivo de las personas mayores, así como la responsabilidad de garantizar que el cuidado recibido sea de calidad, sobre todo cuando es remunerado y externo a la familia. La posibilidad de ofrecer un vínculo afectivo adecuado a las necesidades de los ancianos es considerada una de las ventajas de los cuidados familiares. En este sentido, la promoción del componente emocional es vista como un potenciador de un cuidado de calidad (Batthyány, 2014)

Es importante crear una visión de educación fundada en una ética del cuidado hacia el anciano. Generar una cultura de cuidado en las familias para que

los ancianos se sientan seguros y protegidos. Debido a que la etapa de adultez es parte del desarrollo del ser humano, al que todos sin duda alguna llegarán, trae consigo cambios físicos, psicológicos y sociales. Estos cambios no ocurren de la misma forma en todas las personas mayores, es decir, influye su forma de vivir, el entorno y el contexto donde habitan.

No obstante, si bien las familias son el primer eslabón a la hora de hablar sobre el tema, el cuidado de los ancianos involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, lo que provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede llevar a un desgaste físico y mental del mismo, comprometiendo la salud, el bienestar y el cuidado no solo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global.



Es importante generar una cultura de cuidado en las familias para que los ancianos se sientan seguros y protegidos. Resulta fundamental generar una visión de educación fundada en una ética del cuidado hacia el anciano

En la sociedad actual, los cuidados no se refieren solo a aquellas personas que los perciben por encontrarse en situación dependiente, ya sea por alguna minusvalía o por causas de la edad, sino que abarcan un mundo mucho más complejo.

En la literatura especializada, la “economía del cuidado” enfatiza la relación entre el cuidado de niños y ancianos brindado en la esfera doméstica y las características y disponibilidad de servicios de cuidado, tanto estatales como privados. En estas conceptualizaciones, el “trabajo de cuidado” es definido como las “actividades que se realizan y las relaciones que se entablan para satisfacer las necesidades materiales y emocionales de niños y adultos dependientes” (Lewis, 2000).

Una definición más amplia hace referencia a la producción de bienes y servicios del cuidado, donde se encuentran todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas. Estos análisis intentan explicar la manera en la que se proveen, distribuyen, intercambian y asumen los bienes y ser-

vicios de cuidado dentro o fuera de los hogares; es decir, el cuidado que brindan las familias, el mercado y las instituciones públicas y privadas (Moreno, 2018).

Este paradigma visualiza las tareas y el trabajo que implica el “cuidar” a los integrantes de la familia, haciendo énfasis en atender las necesidades específicas de los niños, ancianos, discapacitados y en general de todos los integrantes de la familia que no puedan valerse por sí mismos y que, por tanto, requieren de una atención especial y peculiar.



La “economía del cuidado” se concentra en la relación entre el cuidado de niños y ancianos brindado en la esfera doméstica y las características y disponibilidad de servicios de cuidado, tanto estatales como privados. Se persigue cubrir todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas.

Sánchez García presenta a los que proveen servicios de cuidado como Fuentes de Bienestar Social. En ella se encuentran la familia, el mercado, el Estado y la comunidad; es decir, lo constituyen fuentes de bienestar social, los sistemas sociales que en un complejo entramado de actores, relaciones, sistemas normativos y valorativos, construcciones simbólicas y relaciones de poder organizan, cada una desde sus particularidades las formas de acceso, distribución, destino y condiciones de reproducción de los recursos de bienestar (Sánchez García, 2008).

Desde esta perspectiva, el bienestar social se entiende como la capacidad colectiva del manejo de riesgos, o lo que es lo mismo, las formas sociales estatuidas de respuesta social. Para la autora, bienestar social es un proceso más complejo que implica al Estado y a la sociedad en su capacidad colectiva de creación de condiciones de vida dignas para las personas, familias y comunidades, que implica una visión de respuesta social que tiene tres dimensiones: la protección social; la prevención social; la proyección social (Sánchez García, 2008).

Varias organizaciones internacionales y académicas vienen planteando la necesidad de pasar de la cultura del privilegio a la cultura de la igualdad, y poner énfasis

fasis en nuevas formas de distribución (del tiempo y otros recursos), incorporando imprescindibles aspectos para la reproducción de la vida, como el cuidado. Se hace primordial que los países cuenten con agendas de desarrollo que tengan su base en la sostenibilidad económica, social y ambiental, incorporando el concepto de cuidado para asegurar un cambio estructural en el marco de un crecimiento inclusivo.



Se entiende el bienestar social como aquella capacidad colectiva del manejo de riesgos, que implica al Estado y a la sociedad en su capacidad colectiva de creación de condiciones de vida dignas para las personas, familias y comunidades. Esto trae consigo una visión de respuesta social que tiene tres dimensiones: la protección, la prevención y la proyección sociales. Para lograrlo, es fundamental incorporar el concepto de cuidado al diseño de estrategias de sostenibilidad económica, social y ambiental de los países.

6.1 Dejar el mito de pensar en términos de gastos cuando se habla de economía del cuidado para pensar en términos de inversión

Partiendo de definiciones muy básicas, los gastos responden a un esfuerzo monetario que no es recuperable, asociado directamente a un egreso o pérdida, por lo que suelen ser partidas a minimizar. La inversión por su parte se reconoce como ese costo o egreso en el que se incurre para que después regrese a las arcas de forma incrementada.

El objetivo básico de cualquier sociedad, independientemente de su modo económico de producción, debe ser la subsistencia de su población en las mejores condiciones posibles, lo cual por principio debería incluir el cuidado de todos los que la integran desde niños, adultos sin distinción de género ni edad, personas dependientes, etc. Por ello sería poco racional analizar bajo una perspectiva de gasto/pérdida el garantizar nuestra reproducción o mantenernos a nosotros mismos en las mejores condiciones posibles.

Si se hace un recuento histórico y se va al inicio de los tiempos, la preocupación central de la comunidad primitiva era la subsistencia de sus miembros,

y todos los trabajos y actividades estaban orientados a ese fin. A lo largo de la historia se pueden encontrar ejemplos que demuestran que no siempre la subsistencia estuvo asegurada para todos y, en estas circunstancias, una estrategia relativamente habitual fue abandonar a las personas mayores que ya no estaban en condiciones de colaborar/aportar a la subsistencia del grupo: soltar el eslabón más débil. Esta norma social, que hoy nos puede parecer casi inhumana, era una estrategia racional, ya que el mantener una población dependiente, ponía en peligro la permanencia del propio grupo. Hoy en nuestras sociedades industrializadas con mejores condiciones y generando mayores excedentes de recursos, existen grandes asimetrías y un ejemplo de ello se puso de manifiesto con la pandemia del COVID-19.



Más allá del sistema económico de producción que tenga cualquier sociedad, su objetivo básico debe ser la subsistencia de su población en las mejores condiciones posibles, lo cual incluye el cuidado de todos los que la integran sin distinción de género o edad.

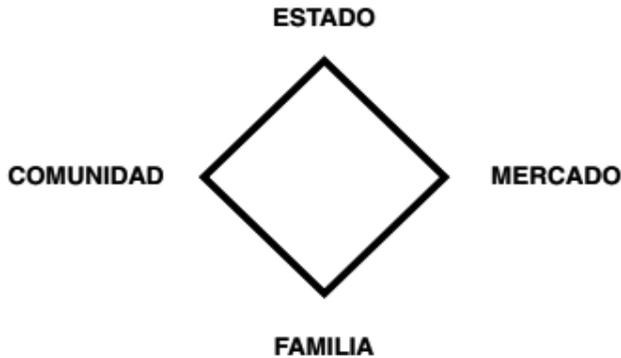
Como se ha explicado con anterioridad, cuando se habla de economía del cuidado se debe pensar en inversión. Los recursos que se destinen a este fin regresarán incrementados en términos de calidad de vida y de cuidado a la población con un enfoque inclusivo.

Hoy en día se evidencia la necesidad de implementar una Organización Social del Cuidado, entendiéndose la misma como la interrelación de las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen cuidado. Este enfoque se sustenta en el Diamante de Cuidado de Razavi (2007) como representación de la arquitectura a través de la cual se provee el cuidado.



La inversión debe ser el eje de la proyección y gestión de la economía del cuidado, en tanto resulta necesario destinar recursos que se traduzcan en el incremento de la calidad de vida y de cuidado a la población con un enfoque inclusivo.

Figura 16: Diamante del Cuidado



Fuente: Razavi (2007)

Como se puede apreciar en la figura, el diamante define la presencia de los 4 actores/ pilares fundamentales que deben dialogar en la economía del cuidado e instituye las relaciones que se establecen entre ellos. La provisión de cuidados no ocurre de manera aislada o estanca, sino que resulta de una continuidad donde se suceden actividades, trabajos y responsabilidades, buscando promover encadenamientos múltiples y no lineales entre los actores que participan en el cuidado.

Implementar políticas de cuidado es una inversión para los gobiernos e instituciones pues genera un círculo virtuoso con impacto positivo en el empleo. A corto plazo, la inversión en la profesionalización y certificación de quienes trabajan en forma remunerada en el sector de los cuidados incrementará sus competencias laborales, sus salarios y, por ende, su productividad. De igual forma, si se regula y se formaliza el sector, se perfeccionan los sistemas de pensiones y de protección social evitando el empobrecimiento de los ancianos, especialmente de las mujeres, que son las que suelen asumir este rol. Además, en el mediano y largo plazo, se traducirá en un grupo de externalidades positivas sobre el nivel de educación de la población, reduciendo desigualdades educativas.

Los cambios demográficos y socioeconómicos que están experimentando hoy la mayoría de los países, hace que aumente la demanda de cuidados y se tense la situación del sistema sanitario y sin políticas públicas adecuadas, podrían profundizarse las desigualdades de género. El modelo actual de organización social de los cuidados se basa en las familias, especialmente en el trabajo no remunerado de las mujeres, lo cual no es sostenible. Invertir en la economía del cuidado contribuye a la diversificación de la estructura productiva, sin trasgredir los límites ecológicos para la reproducción, lo que busca gestionar de forma más eficiente el patrimonio natural y garantizar la sostenibilidad de la sociedad.



Implementar políticas de cuidado genera un círculo virtuoso con impacto positivo en el empleo. A corto plazo, la inversión en la profesionalización y certificación de quienes trabajan en forma remunerada en el sector de los cuidados incrementará sus competencias laborales, sus salarios y, por ende, su productividad. En el mediano y largo plazo, se traducirá en un grupo de externalidades positivas sobre el nivel de educación de la población, reduciendo desigualdades educativas.

6.2 La economía de los cuidados en España: una mirada desde la perspectiva del anciano

El gran envejecimiento de la población española es una realidad, tal y como se ha abordado en los capítulos que anteceden, siendo el segundo país más longevo del mundo, solo por detrás de Japón. La evolución de la pirámide demográfica revela que cada vez la sociedad está más envejecida, algo que podría agravarse de manera considerable ya que, según las previsiones, alrededor de un tercio de la población española tendrá más de 65 años en 2050. Además, por cada jubilado solo habrá 1,7 personas en edad de trabajar, la mitad de los que hay actualmente, por lo que, atendiendo a las cifras, la economía de los cuidados tendrá un peso importante en España para esas fechas, una situación para el que el Gobierno ya ha comenzado a preparar una respuesta, España 2050.

Cuando se analiza la distribución del gasto público en España, se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a la inversión en protección social.

En segundo lugar, estaría la sanidad, seguida de los servicios públicos generales y el gasto en educación.

Un indicador que se suele utilizar a la hora de analizar de forma homogénea el esfuerzo financiero que dedican los gobiernos para asegurar unos niveles de vida dignos (pensiones, vivienda, etc.), cubrir a sus ciudadanos de riesgos inciertos (enfermedad, desempleo, etc.) y de en alguna medida, lograr una mejor distribución de la renta, es el gasto en protección.



España es el segundo país más longevo del mundo. Se prevee que, para mediados de siglo, alrededor de un tercio de la población española tendrá más de 65 años, por lo cual la economía del cuidado tendrá cada vez más peso. El país ya se prepara para este escenario con el programa España 2050.

En este sentido, los países miembros de la Unión Europea (UE), utilizan un sistema armonizado de estadísticas (SEEPROS), como metodología a seguir a la hora de medir, de forma homogénea e integrada, los niveles de protección social que le brindan a sus ciudadanos. De esta forma, se logra estandarizar y comparar los niveles de protección social de los países del bloque independientemente de que cuenten con sistemas de Seguridad Social.

El sistema SEEPROS analiza la protección social según ocho grupos de funciones:

- Asistencia médica
- Vejez
- Invalidez
- Supervivencia
- Familia
- Desempleo
- Vivienda
- Exclusión social no incluida en otra función

Resulta importante destacar que en términos de protección social. Actualmente los países de la Unión Europea han experimentado un gran desarrollo, no sólo en lo referente al número de personas incluidas en su campo de aplicación, sino también en las prestaciones que configuran su acción protectora. No obstante, la proporción del gasto social entre dichos países está marcada por diferencias significativas que van desde un 14,6% del PIB en Irlanda hasta el 31,3% del PIB en Suecia. Específicamente España se sitúa en el segundo país empezando por la cola y a 7 puntos (7,4) por debajo de la media europea, con el 20,1% del PIB. Solo Irlanda tiene un gasto social más bajo con el 14,6% del PIB.

La protección social en Europa puede clasificarse en 3 niveles: el nivel «alto» de protección social, en el que se incluyen Suecia, Francia, Alemania y Dinamarca, con porcentajes de gasto superiores al 29%. Un segundo nivel «medio» de protección social en el que estarían incluidos la mayoría de los países situados en la Europa central, con cifras de gasto en protección social en torno al 25-29% de PIB. En un nivel «inferior» a la media se sitúan países como Portugal, Luxemburgo, España e Irlanda, alrededor del 20% del PIB (Montserrat-Codorniu, 2006).

Tabla. 16: Proporción del Gasto Social asociado al PIB

	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Bélgica	29,3	28,7	28,1	28,6	27,9	27,6	27,5	26,8	27,5
Dinamarca	31,9	32,8	32,2	31,4	30,4	30,2	30	29,2	29,5
Alemania	28,4	28,3	28,9	29,9	29,5	29,3	29,6	29,6	29,8
Grecia	22	22,1	22,3	22,9	23,3	24,2	25,5	26,3	27,2
España	24	22,8	22,1	21,9	21,2	20,6	20,2	20,2	20,1
Francia	30,7	30,5	30,7	31	30,8	30,5	30,2	29,8	30
Irlanda	20,2	19,7	18,9	17,8	16,6	15,4	14,7	14,2	14,6
Italia	26,4	26	24,8	24,8	25,5	25	25,2	25,2	25,6
Luxemburgo	23,3	22,9	23,7	24,1	22,8	21,7	21,7	22,3	21,2
Países Bajos	32,3	31,7	30,9	30,1	29,4	28,4	28	27,4	27,6
Austria	29,1	29,9	29,8	29,8	28,7	28,3	28,9	28,4	28,4
Portugal	21	21,3	22,1	21,2	21,4	22,1	22,6	23	23,9
Finlandia	34,5	33,8	31,7	31,6	29,2	27,2	26,8	25,5	25,8
Suecia	38,2	36,7	34,6	33,9	33	32,2	31,6	30,7	31,3
Reino Unido	29	28,6	28,2	28	27,5	26,9	26,4	27,1	27,2
Media Unión Europea	28,7	28,5	28,2	28,24	28	27,5	27,4	27,3	27,5

Fuente: Montserrat-Codorniu (2006)

Si se analiza la información de la tabla, se podría concluir que la evolución del gasto en protección social en Europa está marcada por etapas. En un primer período comprendido entre 1990 y 1993, el indicado gasto/PIB aumentó de forma considerable llegando a alcanzar la media del 28,7% del PIB; un segundo período comprendido entre 1993 y 1997, en donde el indicador muestra una cierta estabilización con tendencia a la baja pero manteniéndose por encima del 28% del PIB y, finalmente, un tercer período, de 1998 en adelante, en donde el gasto/PIB muestra una desaceleración en los gastos de protección social, situándose por debajo del 28%.

Esta disminución global del gasto/PIB se debe a un mayor crecimiento económico, pero también a una menor proporción de los gastos sociales. Entre las razones para un menor crecimiento del gasto social se encuentra el hecho de la disminución de la prestación por desempleo motivado por un mayor grado de ocupación, pero, también, se debe a que las prestaciones sociales no han crecido en la misma proporción del PIB, lo que supone implícitamente un empobrecimiento de los colectivos clave de la política social (Montserrat-Codorniu, 2006).

El presente libro tiene su foco en los ancianos, por lo que particularizando en los gastos sociales que atañen a este colectivo, el indicador de gasto social se calcularía según: la función vejez y una proporción de la función atención sanitaria en la parte destinada a los mayores.

Resulta importante definir qué elementos se tienen en cuenta dentro de la función vejez, entendiéndose la misma como el conjunto de prestaciones destinadas a este colectivo por el hecho de haber alcanzado una cierta edad a partir de la cual cesa la actividad profesional. En España la edad considerada como la referencia para la jubilación es de 65 años. Las prestaciones que comprende son tanto las pensiones de jubilación como las de invalidez, viudedad y otras de los preceptores de más de 65 años, así como las estancias en residencias para jubilados y demás gastos de servicios sociales destinados a este colectivo.



Dentro del indicador de gasto social, la función vejez se define como el conjunto de prestaciones destinadas a este colectivo por el hecho de haber alcanzado una cierta edad a partir de la cual cesa la actividad profesional. Por tanto, deben considerarse prestaciones tanto económicas (pensiones) como de infraestructura para la atención.

Tabla 17: Proporción del Gasto Social en función de la vejez asociado al PIB

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Bélgica	8,6	8,5	8,5	8,6	8,6	8,7	8,7	8,5	8,7
Dinamarca	10,7	11,8	11,8	11,9	11,6	11,3	11,1	10,8	10,9
Alemania	10,9	11	11,3	11,5	11,4	11,5	11,5	11,6	11,7
Grecia	10,6	10,5	10,7	11	11,1	11,8	12	11,8	12,7
España	8,4	8,4	8,5	8,6	8,5	8,5	8,3	8,5	8,3
Francia	10,6	10,7	10,8	11	11	10,9	10,9	10,7	10,8
Irlanda	4,2	4,1	3,7	3,3	3,1	2,9	2,7	2,6	2,7
Italia	12,7	12,6	12,6	12,4	12,9	12,8	12,9	12,8	12,7
Luxemburgo	9,2	9,1	9,4	9,3	8,9	8,3	7,8	7,2	7,5
Países Bajos	9,8	9,4	9,5	9,6	9,6	9,5	9,6	9,5	9,3
Austria	10,4	10,6	10,6	10,7	10,8	10,6	10,8	10,8	10,9
Portugal	6,1	6,2	6,9	7	7	7,1	7,4	7,7	8,1
Finlandia	9,5	9,2	8,9	9,2	8,3	8	8,2	7,9	8,2
Suecia	13	12,6	12	12,2	12,1	11,9	11,7	11,3	11,3
Reino Unido	10,7	10,6	10,6	10,8	11	10,7	10,7	11,6	11,2
Media Unión Europea	10,7	10,7	10,8	10,9	11	10,8	10,9	10,9	10,9

Fuente: Montserrat-Codorniu (2006)

Como se puede observar en la tabla, el gasto social en la vejez como promedio de la Unión Europea muestra una tendencia a la estabilidad en torno al 10,9% del PIB, si bien tuvo su punto de inflexión en 1996, cuando alcanzó el 11%. En España también se observa una cierta estabilidad en dicho gasto, y se sitúa en alrededor del 8,4% del PIB, a partir de 1993. Esto refleja que el gasto en protección social a la vejez se incrementa en la misma proporción que la evolución del PIB, lo que indica que no ha habido crecimientos «reales» en esta función. No obstante, el país se sitúa a 2,6 puntos por debajo de la media europea.

Por otro lado, si se analiza específicamente el gasto de protección social que se destina a la atención sanitaria, entendiendo el mismo como el conjunto de prestaciones médicas que tienen como misión conservar, reponer o mejorar la salud del individuo, se obtiene que el gasto medio en el ámbito de la UE es del 7,4% del PIB.

En España el gasto público en atención sanitaria es del 5,9%, con un diferencial de 1,5 puntos. El gasto sanitario representa, dentro de la protección social, el segundo programa, y en el período 1995-2001 ha crecido en términos reales el 21,93%. Aunque esta es la función cuyo gasto más se aproxima a la media comunitaria, se percibe una ligera pero progresiva desaceleración del gasto desde 1993, cuya ratio alcanzó el 6,6% del PIB (Montserrat-Codorniu, 2006).

Si se coloca el foco en el colectivo generacional que atañe a este trabajo, es decir a los ancianos, no interesa analizar el gasto global en la atención sanitaria sino el gasto sanitario en las personas mayores. Pero proporcionar cifras al respecto no es fácil, ya que no hay un sistema de información homogéneo que permita desagregar el dato sanitario por grupos de edad.

El colectivo de personas mayores presenta una mayor prevalencia de enfermedades y discapacidad, y también el que utiliza en mayor medida los servicios sanitarios. Además, se deben tener en cuenta otros servicios que, sin ser estrictamente sanitarios, utilizan una parte importante de servicios sanitarios, como los servicios para las personas con dependencia. Servicios de este tipo son los que en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional Sanitario define como «el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus sufrimientos y facilitar su reinserción social. Incluye: a) los cuidados sanitarios de larga duración; b) la atención sanitaria de la convalecencia, y c) la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable» (Montserrat-Codorniu, 2006).

Por una cuestión de desgaste físico, el gasto sanitario que se destina a las personas mayores es superior al gasto medio del resto de la población. Además, en

correspondencia con las dinámicas demográficas de los disímiles países, hay un envejecimiento en aumento de la población y la población mayor ingresa cada vez más en los hospitales. Como un dato curioso se puede señalar que actualmente, la mayoría de los pacientes ingresados en un hospital es población anciana con unas características de morbilidad y necesidades asistenciales muy distintas a la población más joven. Los pacientes mayores de 65 años presentan una mayor complejidad de las enfermedades, más riesgo de reingreso y mayores estancias de hospitalización factores que contribuyen a unos mayores costes sanitarios.



El colectivo de personas mayores presenta una mayor prevalencia de enfermedades y discapacidad, y también el que utiliza en mayor medida los servicios sanitarios y otros que, sin ser estrictamente sanitarios, son requeridos por una parte importante de los servicios sanitarios, como por ejemplo los servicios para las personas con dependencia.

Como se ha explicado a lo largo de este libro, la edad y el incremento de la esperanza de vida tienen un fuerte impacto en la utilización de servicios sanitarios. Así, según la información publicada por la Comisión Europea referida a 1996, la tasa de días de hospitalización era 4,3 veces superior en la población de 65-74 años y 6,1 veces en la de 85 años o más, respecto al grupo de edad entre 16-24 años. Asimismo, la tasa de ingresos hospitalarios la razón era de 2,5 para la población de 65 a 74 años y de 4 para la de 85 años o más (Montserrat-Codorniu, 2006).

Con relación al gasto sanitario, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico estima que el consumo de los mayores de 65 años es 3,2 veces superior al del resto de la población². Otros trabajos como el de Barea³, estiman el gasto sanitario por grupos de edad y calcula el porcentaje del gasto sanitario de este colectivo de personas; el resultado fue que la población de 65 años y más gasta el 40,3% del total de dicho año (1997). En el mismo sentido, la autora⁴ realizó un estudio sobre el consumo y el gasto de las personas mayores con dependencia, concluyendo que el gasto sanitario de este colectivo alcanzaba el 32% del total (Montserrat-Codorniu, 2006).

En investigación llevada a cabo por la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Ramón Llull de Barcelona, a efectos de estimar el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario y, a título orientativo, se calcula el gasto sanitario de este colectivo tomando como base de referencia los datos de la función enfermedad según las estadísticas SEEPROS. Del importe total se deduce un porcentaje (10%) en concepto de las prestaciones económicas tendentes a cubrir la pérdida de recursos derivadas de la suspensión temporal de la actividad profesional y, sobre la base de ello, se imputa en concepto de consumo de la población mayor, el 35% (entre el 32 y el 40% del total) sobre el gasto total sanitario. Así, la estimación del gasto sanitario realizado por las personas mayores sería de, alrededor de, un ratio del 1,85% del PIB* (Montserrat-Codorniu, 2006).

Los futuros estudios sobre el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario pueden ofrecer una visión diferente de la actual ya que se está observando una reducción de la discapacidad y de la morbilidad crónica a lo largo del tiempo en la población anciana. La mayor eficacia de los procesos terapéuticos y diagnósticos, así como el incremento de estrategias informales y formales de mejora de los estilos de vida, deben tener un efecto en la reducción de la discapacidad de las personas mayores.

Al analizar el gasto social en vejez, se encuentra que sus componentes son: las pensiones y los gastos en servicios sociales. El gasto en pensiones representa la mayor proporción del gasto en mayores siendo el componente del gasto en servicios sociales muy bajo.

6.2.1 Sistema de pensiones en España.

Los sistemas de pensiones de la Seguridad Social constituyen uno de los componentes más delicados de cualquier sistema económico. Las distintas maneras de garantizar las prestaciones, así como la forma de administración y las combinaciones de las variables de cobertura, afiliación, suficiencia, serán responsables de que los sistemas nacionales sean relativamente únicos. A eso deben añadirse las continuas reformas paramétricas o estructurales que se diseñan para hacer frente a retos como el envejecimiento poblacional o el incremento de los beneficiarios.

Las pensiones, constituyen a su vez, una de las variables a estudiar cuando se trata de la Economía del Cuidado, al ser consideradas un pilar básico dentro del estados de bienestar. Se entiende por pensiones aquellas ayudas que otorga el estado a los ciudadanos y el otorgamiento es basado en diferentes motivos regidos por el MISSM (2022). Dentro del sistema de pensiones español existen dos clases:

- pensiones contributivas
- pensiones no contributivas.

Las de clase contributiva son prestaciones económicas y de duración indefinida, aunque no siempre, cuya concesión está generalmente supeditada a una previa relación jurídica con la Seguridad Social (acreditar un período mínimo de cotización en determinados casos), siempre que se cumplan los demás requisitos exigidos y se caracterizan por:

- Su cuantía se determina en función de las aportaciones efectuadas por el trabajador y el empresario, si se trata de trabajadores por cuenta ajena, durante el período considerado a efectos de la base reguladora de la pensión de que se trate.
- Dentro de la acción protectora del Régimen General y de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social, con las salvedades que, en cada caso y para cada modalidad, se indican en el respectivo régimen especial, se incluyen las pensiones siguientes:
 - Por jubilación: jubilación ordinaria, jubilación anticipada por tener la condición de mutualista, jubilación anticipada sin tener la condición de mutualista, jubilación anticipada derivada del cese no voluntario en el trabajo, jubilación anticipada por voluntad del trabajador, jubilación anticipada por reducción de la edad mínima debido a la realización de actividades penosas, tóxicas e insalubres, jubilación anticipada de trabajadores con discapacidad, jubilación parcial, jubilación flexible y jubilación especial a los 64 años.

- Por incapacidad permanente: total, absoluta y gran invalidez.
- Por fallecimiento: viudedad, orfandad y en favor de familiares.
- Dentro de la acción protectora del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), se incluyen las pensiones de:
 - Vejez.
 - Invalidez.
 - Viudedad.

Por otro lado, las no contributivas son prestaciones económicas que se reconocen a aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible, carezcan de recursos suficientes para su subsistencia en los términos legalmente establecidos, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar las prestaciones del nivel contributivo. Dentro de esta modalidad, se encuentran las pensiones de Invalidez y Jubilación.

La gestión de estas pensiones no contributivas está atribuida a los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma y a las Direcciones provinciales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en las ciudades de Ceuta y Melilla.

En España, el sistema público de pensiones es un sistema de reparto, es decir, los trabajadores de hoy son los que pagan las pensiones de los jubilados. En este contexto, no se debe perder de vista que uno de los elementos que agrega presión a la economía del cuidado en el país es que cada vez hay más pensionistas y los trabajadores no aumentan en la misma proporción. Esta tendencia se irá agravando en un futuro próximo por diferentes causas como las bajas tasas de la natalidad, la disminución de la inmigración y el progresivo envejecimiento de la población debido a la mayor esperanza de vida.

La cantidad que percibe cada trabajador jubilado se calcula en función de los años cotizados, estas pensiones contributivas de la Seguridad Social se fijan también dentro de unos niveles de pensión mínima y máxima (Hernández de Cos, 2017). También existe la modalidad de pensiones asistenciales para aquellas personas que no cumplan los requisitos para obtener las prestaciones de nivel con-

tributivo. Estas últimas se financian a través de impuestos y las reciben aquellas personas que por sus niveles de renta cumplen los requisitos para obtenerlas.

El mayor porcentaje de gasto público se invierte en las pensiones por jubilación, estas corresponden a aquellos gastos en efectivo que suponen un ingreso para las personas retiradas del mercado laboral o garantizan ingresos cuando una persona ha alcanzado una edad de jubilación “estándar” o ha cumplido los requisitos contributivos necesarios. El gasto total de pensiones en España fue de 10.943 millones de euros en diciembre de 2022, lo que supone un aumento del 6,15% con respecto al mismo mes del año pasado.

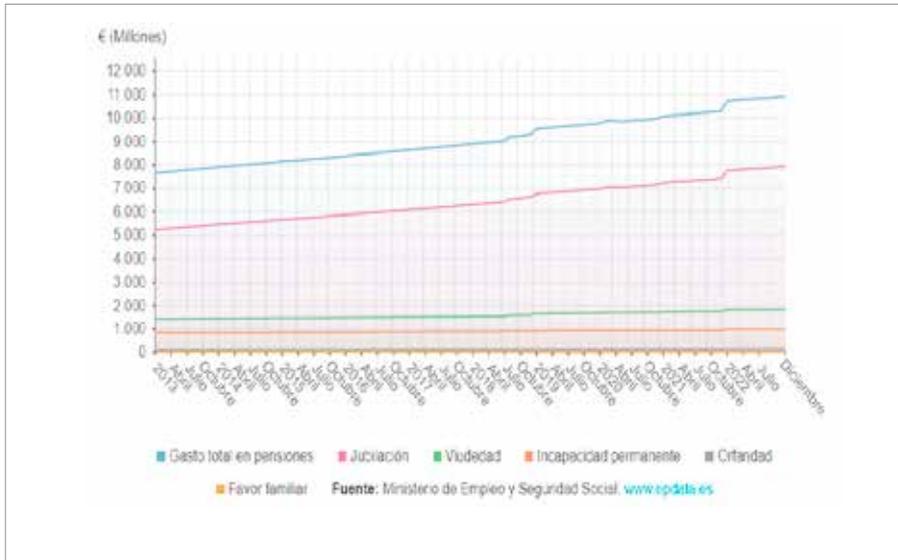


El sistema público de pensiones en España es un sistema de reparto, lo cual implica que los trabajadores de hoy son los que pagan las pensiones de los jubilados. En un contexto de envejecimiento creciente de la población, la cantidad pensionistas y trabajadores no aumentan en la misma proporción, tendencia que se irá agravando en un futuro debido a las bajas tasas de la natalidad, la disminución de la inmigración y el incremento de la esperanza de vida.

Gráfico 26: Evolución del Gasto de Pensiones en España



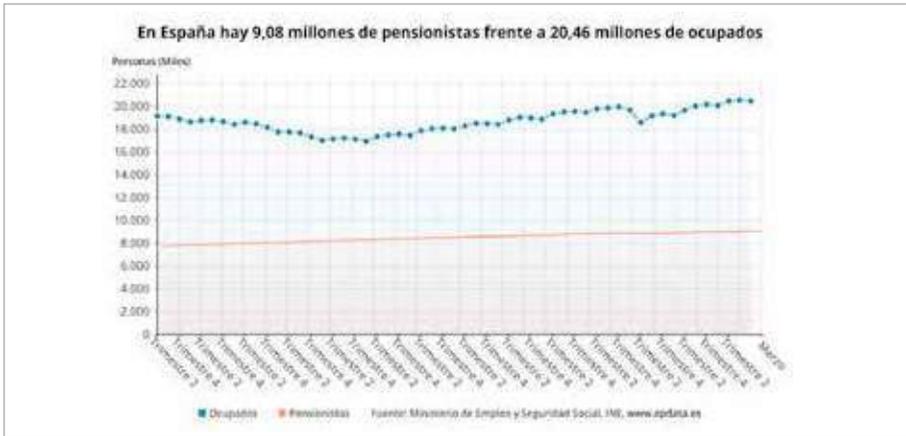
Gráfico 27: Evolución del gasto por tipo de pensión en España



Las pensiones de jubilación suponen el mayor gasto, acumulando 7.939,58 millones de euros por encima de las pensiones de viudedad (1.842,1 millones de euros), incapacidad permanente (982,57 millones), orfandad (149,98 millones) y las de favor familiar (28,76 millones).

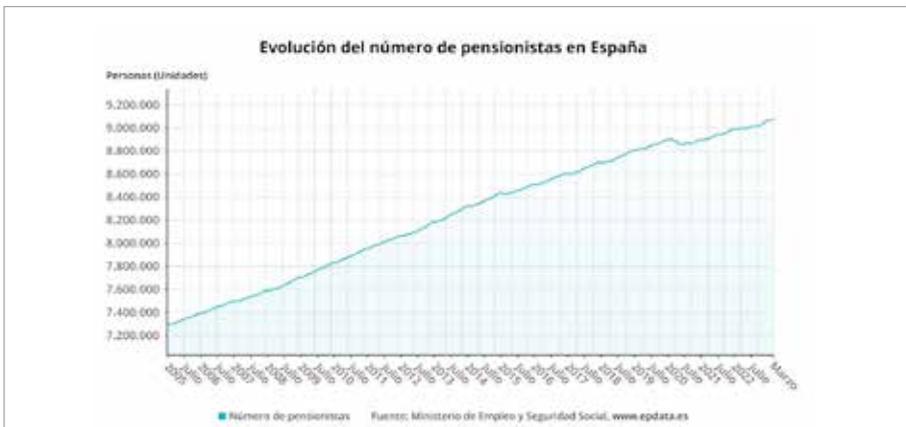
Por otro lado, si se elaborara un indicador comparativo entre pensionistas y ocupados, se llega a un resultado bastante desafiante para los hacedores de política y es que resulta en que los pensionistas que ascienden alrededor de poco más de 9 millones según datos publicados por el INE (2023), representan el 44% con respecto a los ocupados (gráfico 28), cifra bastante próxima al 50% lo que se traduce en tensiones sobre todo al sistema tributario al presupuesto del gobierno, específicamente en la partida de gasto social.

Gráfico 28:



El que exista una cifra tan alta de pensionados también hace saltar las alarmas, no solo desde el punto de vista unitario, sino también por la tendencia de esa serie histórica que se muestra en el gráfico 29 y en el que se observa la tendencia ascendente en los últimos 18 años, con una variación positiva equivalente a casi 2 millones de pensionistas.

Gráfico 29:



Si se detallara esa creciente solicitud de ayuda gubernamental se llegaría a varias conclusiones importantes, que se derivan de los gráficos 30 y 31, ellas son:

- Tendencia al alta y en constante crecimiento del número de pensionados españoles, máximos en los meses finales del año (noviembre-diciembre).
- La tasa de crecimiento interanual evidencia el crecimiento del número de pensionados entre un año y el otro tomando como año base el 2022
- Lo anterior demuestra el constante proceso de envejecimiento de la población española, así como la afectación entre lo que en un año podía ser población activa o aun considerarse trabajador activo, con respecto a otro año en que ya es jubilado/pensionado.

Existe una tendencia a pensar que los pensionistas están aumentando porque se ha vuelto común el que la persona pida o solicite la jubilación antes del tiempo establecido, y aunque es algo normal en determinados casos, sobretodo en casos de discapacidad o enfermedad avanzada, no es muy común.

Gráfico 30:

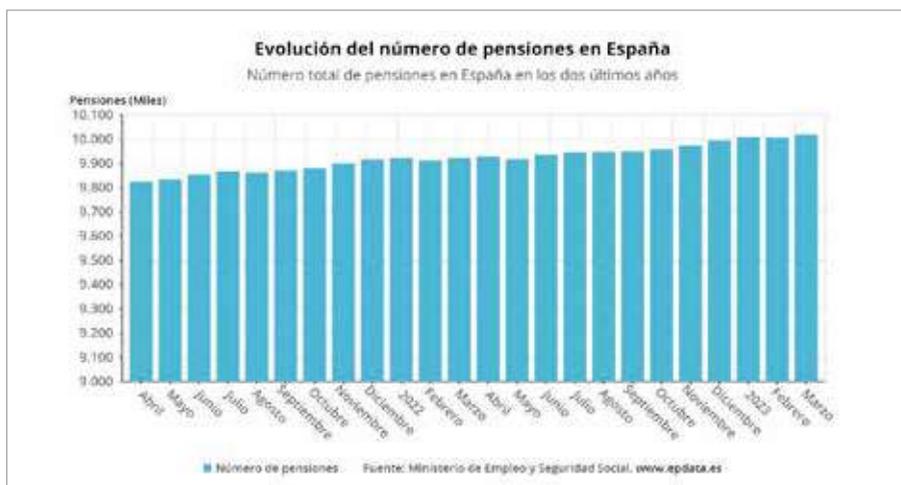
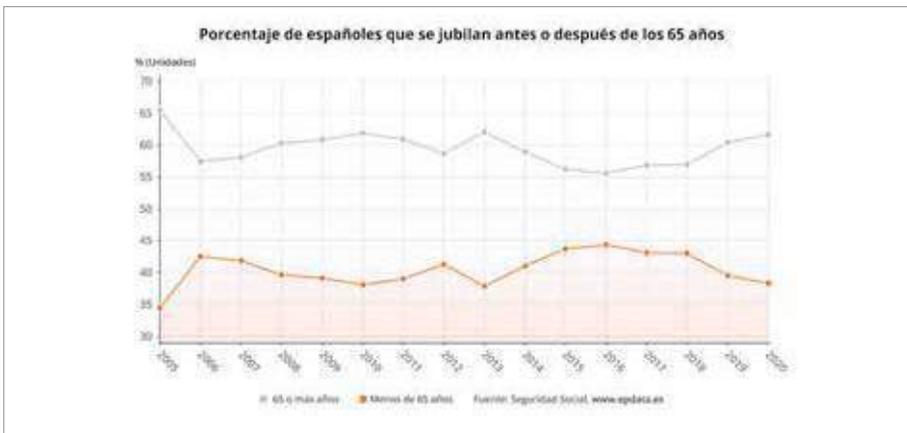


Gráfico 31:



La diferencia entre los jubilados menores de 65 años y los mayores de 65 años es bastante notoria, con una diferencia entre una cifra y otra de más del 30 % de representación (gráfico 32) por lo que no es elemento determinante en el comportamiento en ascenso del número de pensionados, pero que si está correlacionado al fenómeno de envejecimiento de españoles natos e inmigrantes que se establecen en alguna comunidad española.

Gráfico 32:

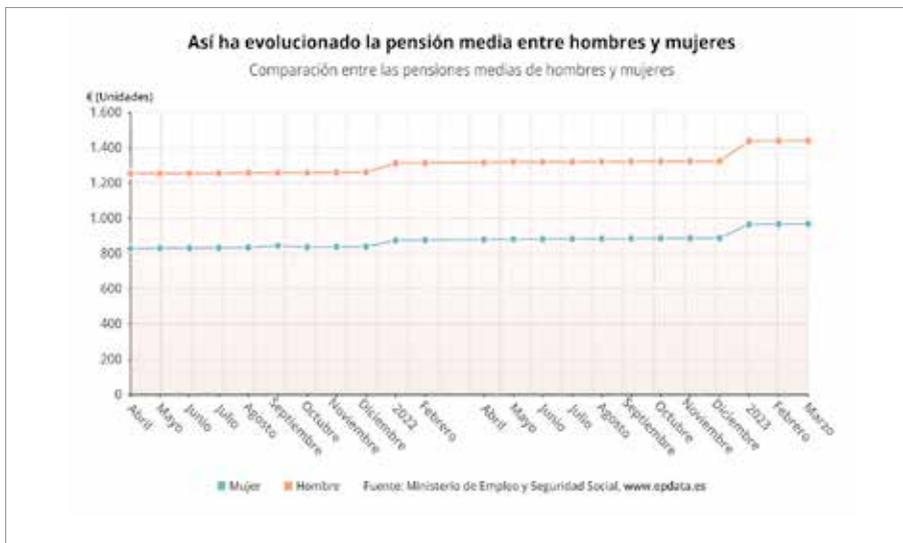


En cuanto al importe de estas pensiones, la cifra media en octubre de 2022 para todos los regímenes de pensiones (general, autónomos, agrario, minería, trabajadores del mar, empleadas del hogar, enfermedad y accidente de trabajo) se ha situado en 1.093,13 euros al mes, un 5,4% más que el año anterior. No obstante, el comportamiento de las pensiones difiere entre comunidades autónomas.

Los datos del Ministerio de Inclusión (2022) muestran que la pensión media está en aumento, llegando a ser en marzo de 2023 en los 1.192,3 euros. En el caso de la pensión de jubilación, la media se sitúa en 1.372,03 euros.

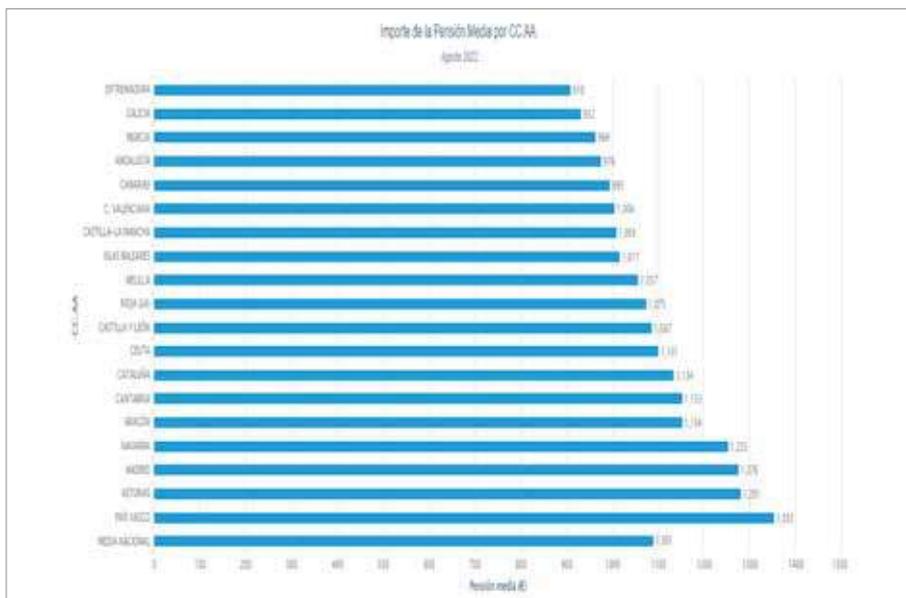
Por sexos la pensión media de los hombres en marzo de 2023 fue de 1.440,28 euros; en el caso de las mujeres, ascendió a la cifra de 967,58 euros (gráfico 33). La pensión media de las mujeres solo supera a la de los hombres en el caso de la pensión de viudedad (de media, las mujeres recibieron 873,21 euros en marzo de 2023 frente a los 596,41 euros que obtuvieron los hombres). En el resto de tipos de pensiones, los hombres reciben mayor cuantía de media.

Gráfico 33:



En once de las comunidades autónomas la pensión media está por debajo de la media nacional. La diferencia entre la pensión media de Extremadura, 910 euros (la más baja de todas) y la del País Vasco, 1.353 (la más alta de todas), es de 443 euros mensuales, un 48,68% más.

Gráfico 34: Pensión Media por Comunidades Autónomas



Fuente. Ministerio de Empleo y Seguridad Social, www.epdata.es

De manera general y antes de avanzar es importante señalar que las cuantías de las pensiones son reguladas por decreto elaborados por el MISSM (2022) para los que se tiene en cuenta el Índice de precios al consumidor del período así como determinadas características y factores que aportan heterogeneidad las necesidades de cada pensionado, para el año 2023, las cuantías mínimas quedaban conformadas de la siguiente manera:

Tabla 18:

Cuantías mínimas para las pensiones contributivas durante el año 2023

En 14 pagas

	Con cónyuge a cargo (€)	Sin cónyuge (€)	Con cónyuge no a cargo (€)
Incapacidad permanente Absoluta	13,526.8	10,963.4	10,406.2
Incapacidad permanente Gran Invalidez	20,290.2	16,445.8	15,610
Incapacidad permanente Total: con edad entre 60 y 64 años	12,682.6	10,256.4	9,695
Incapacidad permanente Total: Titular con 65 años	13,526.8	10,963.4	10,406.2
Incapacidad permanente Parcial del régimen de Accidente de Trabajo (Titular con 65 años)	13,526.8	10,963.4	10,406.2
Jubilación Titular con 65 años	13,526.8	10,963.4	10,406.2
Orfandad Orfandad absoluta (cantidad que recibirá cada uno de los beneficiarios si son varios)		11,659.2	

Fuente: Ministerio de Seguridad Social, Inclusión y Migraciones. www.epdata.es



Debe señalarse que las cuantías de las pensiones son reguladas por decreto elaborados por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, tomando en cuenta el Índice de precios al consumidor del período, así como los factores que aportan heterogeneidad a las necesidades de cada pensionado.

Ante la situación de envejecimiento por la que atraviesa el país, el Consejo de Ministros aprobó en Mayo de 2022, a propuesta del Ministerio de Trabajo y Economía Social, el Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE) de la Economía Social y de los Cuidados en el que se invertirán un total de 808 millones de euros entre este año y 2026. Esta iniciativa, que cuenta con aportaciones de los fondos NextGeneration, implica a un total de 13 ministerios con el objetivo de impulsar políticas palanca que permitan la expansión de la Economía Social, además de la transformación de la Economía de los Cuidados, ámbitos en los que se puede generar empleo de calidad y estable, así como un desarrollo equitativo, inclusivo y sostenible, que combata la despoblación rural y fomenta la igualdad de género.

El PERTE tiene como centro los siguientes objetivos generales:

- Impulsar el desarrollo de la Economía Social
- Fortalecer los servicios avanzados en el ámbito de los cuidados accesibles y centrados en las personas.
- Configurar un hub de vanguardia al servicio de la Economía Social, que sirva como referente para el intercambio de conocimiento con las entidades que componen el amplio ecosistema de la Economía Social.

Este tercer objetivo tiene un carácter más estratégico y responde a la necesidad de tener un punto de confluencia para concentrar y compartir todo el conocimiento que genera la Economía Social. El hub permitiría no sólo visibilizar y poner en valor la comunidad científica especializada en la Economía Social, sino que también permitiría poner la innovación y la transferencia de conocimiento al servicio de la transformación de las empresas y del modelo de los cuidados.

A fin de fortalecer los servicios avanzados en el ámbito de los cuidados, las líneas de actuación del PERTE buscan:

- Profesionalizar el sector de los cuidados sanitarios y la dependencia. Además de evaluar el sector, se buscarán nuevas soluciones para el cuidado y el autocuidado promoviendo, entre otros, la creación de viviendas colaborativas. Se aplicarán, por ejemplo, soluciones tecnológicas para fomentar el cuidado a domicilio recurriendo al diagnóstico remoto o los dispositivos de monitorización.
- Apoyar la lucha frente al reto demográfico a través de acciones para mejorar la oferta de servicios sociales y educativos en el ámbito rural, lo que evita la deslocalización y genera un emprendimiento verde. En este sentido se adaptará y mejorará de infraestructuras para Unidades de Crisis de Adolescentes (UCA), de menores de edad con trastornos conductuales o se desarrollarán iniciativas para fomentar el acogimiento familiar especializado mediante la sensibilización pública, la información y formación a las familias acogedoras.

- Promover la educación y capacitación digital poniendo el foco en nuevas habilidades relacionadas con la digitalización y sostenibilidad.
- Crear una herramienta digital que facilite el contacto entre consumidores y productores para la venta y distribución de los artículos agroalimentarios en mercados locales, medida que incide en uno de los baluartes de la Economía Social, que es fijar población al territorio.
- Promocionar e impulsar la igualdad de género con medidas que faciliten la conciliación y que profesionalicen un trabajo que tradicionalmente han venido realizando las mujeres de manera informal.

Todos los diciembres, el Gobierno aprueba mediante Real Decreto-ley 28 el cuadro de las cuantías de las pensiones para el año siguiente. Para el 2023 la cuantía mensual mínima es 743 euros si eres mayor de 65 años y tienes cónyuge, pero sin estar a cargo. En el caso de no tener cónyuge (familia unipersonal), el importe mínimo sería 783 euros mensuales.

Tabla 19: Cuantía de pensiones por jubilación para el 2023

Pensión mínima jubilación - Desde 65 años	Pensión mensual (14 pagas)	Pensión anual
Con cónyuge a cargo	966 euros	13.526 euros
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	783 euros	10.962 euros
Con cónyuge, pero no a cargo	743 euros	10.405 euros

Pensión mínima jubilación - menores de 65 años	Pensión mensual	Pensión anual
Con cónyuge a cargo	905 euros	12.682 euros
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	732 euros	10.256 euros
Con cónyuge, pero no a cargo	692 euros	9.694 euros

Fuente. <https://www.bankinter.com/blog/finanzas>

En el caso de las pensiones no contributivas, para aquellas personas con problemas de recursos y que no han cotizado el número mínimo de años exigido, la pensión máxima en 2023 se sitúa en los 484 euros mensuales.

Un informe de la Comisión de las Comunidades Europeas del año 2002 sobre la asistencia sanitaria y atención a las personas mayores propone medidas para garantizar un alto nivel de protección social en el futuro. No todos los países de la UE invierten la misma (similar) cantidad de recursos económicos en la atención a los ancianos ya que los mecanismos utilizados por los países son muy diferentes, los mecanismos de protección social adoptan formas muy diversas en los estados miembros. En algunos países, las familias siguen siendo responsables de la prestación o financiación de los cuidados. Sólo se facilita ayuda pública, si no es posible la ayuda familiar (caso español). No obstante, cada vez hay más países que optan por un reparto más amplio de los riesgos a través de mecanismos de seguros como Alemania y los Países Bajos.

Lamentablemente, aunque se reconozca la necesidad de trabajar con un enfoque de economía de los cuidados, la misma todavía no juega el papel que debe dentro de las prioridades de la administración española.

España y los países del Mediterráneo son países con una importante tradición histórica de la familia como soporte para todo tipo de cuidados. No obstante, el modelo tradicional basado en la familia está en «crisis» y se prevé que las familias irán disminuyendo su soporte a los ancianos dependientes debido a los nuevos estilos de vida que están surgiendo como, por ejemplo, la no convivencia de padres e hijos en el mismo domicilio, la mayor distancia entre los domicilios de ambos, el hecho de que las mujeres trabajen, la menor propensión de las mujeres a abandonar el trabajo, etc. Todo ello incidirá en un incremento de la demanda de servicios asistenciales, a la vez que, debido al bajo nivel de pensiones, aumentará la demanda de financiación pública.

El Libro Blanco de la dependencia establece los principios que deben tenerse en cuenta para la implantación de un Sistema Nacional de Dependencia en España, que se sintetizan en (IMSERSO, 2004):

- Universalidad de la prestación. Todas las personas en situación de dependencia, sean cual sea su edad y el origen de la dependencia y situación social podrán acceder a las prestaciones del sistema, en las condiciones y requisitos que se establezcan.
- Carácter público de la prestación, con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.
- Igualdad en el acceso al derecho. El estado debe garantizar la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia, aunque las administraciones autonómicas y locales podrán, con cargo a sus presupuestos, ampliar o mejorar las condiciones básicas. La ley de atención a la dependencia tendrá carácter de normativa básica estatal y, por tanto, de mínimos garantizados.
- Cofinanciación por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan con carácter general para toda España.



En los países del Mediterráneo —y en concreto en España— se cuenta con una arraigada tradición histórica de la familia como soporte para todo tipo de cuidados. Sin embargo, este modelo tradicional está en «crisis» debido a los nuevos estilos de vida de la modernidad (la no convivencia de padres e hijos en el mismo domicilio, la distancia, la mayor inclusión y permanencia de la mujer en la fuerza laboral), por lo cual se prevé que las familias disminuirán su soporte a los ancianos dependientes. Todo ello incidirá en un incremento de la demanda de servicios asistenciales, a la vez que, debido al bajo nivel de pensiones, aumentará la demanda de financiación pública.

El problema de la dependencia muchas veces supera la capacidad familiar para cuidar al dependiente, otras veces, no existe familia o no se puede contar con ella. Existe casi unanimidad que el modelo de tipo asistencial no es un modelo

valido actualmente, ya que los cuidados familiares están en crisis y los servicios son muy caros con relación al nivel medio de las rentas. Por ello, los Gobiernos, paulatinamente, han ido implantando o están debatiendo propuestas para implantar un sistema universal de protección a la dependencia.

En este contexto, algunas empresas, dada la poca respuesta o cobertura que tiene hoy el gobierno, han encontrado en la economía de los cuidados una oportunidad de negocio en el sector de la longevidad. La economía de los cuidados ya es un gran negocio para algunas empresas en 2022, con crecimientos interesantes durante los últimos años.

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en agosto de 2021 había más de 1.875.000 solicitudes de prestaciones por dependencia en España, situación que según la empresa de formación Supercuidadores, el empleo en el sector de los cuidados aumente entre un 3% y un 10% cada año en el país.

Las necesidades de una población cada vez más envejecida suponen un enorme reto para las arcas públicas y una gran oportunidad de negocio para el sector privado. Un estudio realizado por la Asociación Española de Servicios Personales y Domésticos (AESPD) recoge los servicios de ayuda a personas mayores y dependientes en domicilio generan alrededor de 1.608 millones de euros, de los cuales unos 960 millones de euros se mueven dentro de la economía sumergida. El sector de la teleasistencia y ayuda a domicilio facturó en 2020 una cifra de 1.755 millones de euros, un crecimiento del 2% interanual que se sumó al 7,5% del año anterior.

Alares es la primera empresa de asistencia privada que se puso en marcha en España para el cuidado de personas de cualquier edad, en casa y en cualquier lugar donde se encuentren. Otras empresas que se desempeñan en el sector de la economía de los cuidados en el país son: Clece, DomusVi, Sacyr Social, Asispa y Suara Cooperativa. Las mismas tiene su foco en presentar servicios de ayuda a domicilio a personas con algún tipo dependencia, sobre todo personas mayores con dolencias o enfermedades propias de la longevidad (Diego S., 2022).



Las necesidades de una población cada vez más envejecida suponen un enorme reto para las arcas públicas y una gran oportunidad de negocio para el sector privado. Los servicios de ayuda a personas mayores y dependientes en domicilio o la teleasistencia son algunos de los sectores privados en crecimiento.

La actividad privada en el segmento de la dependencia representa alrededor del 0,5% del PIB español. Entre las principales líneas de negocios en las que se desarrollan se encuentran:

- Coliving para jubilados

Algunos fondos de inversión ya están apostando por este negocio, menos estacional que el turismo, y que presenta una elevada demanda en 2022. Así, montar un coliving para jubilados —españoles, pero también extranjeros— se presenta como una de las grandes oportunidades para los emprendedores nacionales dentro de la economía de los cuidados.

Una de las claves del negocio de los coliving para jubilados son los servicios complementarios. Estos espacios deben contar con un potente equipo médico, así como con una actividad cultural y social que hagan atractiva la vida. Por todo ello, sus clientes pagan entre 100.000 y 250.000 euros por apartamento de media, a los que se suma una cuota mensual que va desde los 350 hasta los 900 euros para disfrutar de diferentes servicios.

- Tecnología preventiva

La aplicación de las nuevas tecnologías —Inteligencia Artificial, Big Data, IoT— a la economía de los cuidados será una de las claves para sobrevivir en un mercado que podría llegar a saturarse de competidores. En este contexto, algunas empresas ya han empezado a ofrecer soluciones.

Una de ellas es Neki, una *startup* española que ofrece accesorios de uso cotidiano con GPS integrado, como relojes, cinturones, colgantes, llaveros, etc., que pueden llevarse de forma discreta y que permiten localizar a la persona en todo momento. Este sistema es muy útil para personas con problemas de movilidad y con enfermedades como el Alzheimer. En el caso de Neki, basan su modelo de negocio en la suscripción a su app y a su servicio de atención al cliente (Diego S., 2022).

Los grandes emprendedores internacionales también han comenzado a poner su foco en la economía de los cuidados. Es el caso de Jeff Bezos, el fundador de Amazon, quien invirtió 100 millones de dólares en Grail, una empresa tecnológica que podría detectar algunas enfermedades graves de forma temprana gracias a un simple análisis de sangre. Además, el empresario participa como inversionista en otros proyectos emprendedores relacionados con la longevidad, como Unity, una *startup* que investiga una terapia para frenar la destrucción de tejidos asociada al envejecimiento.

CAPÍTULO 7
LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL
COMO OPORTUNIDAD

7. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO OPORTUNIDAD

El imperioso avance de la tecnología la ha llevado a posicionarse como una de las ramas trascendentales, presentes en la mayoría de las esferas y actividades que desarrolla el ser humano y esto es perceptible en numerosos escenarios como el ocio, la educación y el sistema sanitario, solo por mencionar algunos ejemplos.

Específicamente la inteligencia artificial tiene un alto potencial en la esfera de la medicina, más si se enfoca específicamente en los ancianos. Son muchos los autores que afirman que los llamados robots de servicios se van a convertir en una prioridad estratégica para cubrir determinados servicios en el área de la salud, entre ellos el acompañamiento a ancianos, población con tendencia creciente que ha llegado a representar actualmente casi el 10% a nivel mundial y el 20% en España (Banco Mundial, 2022).

Además de los múltiples beneficios que estos supondrían, se suman al acompañamiento o la posibilidad de paliar algunas discapacidades, es decir, determinadas tareas técnicas dentro de un sector que desde la pandemia se ha visto atacado y superado para cubrir determinados puestos ya sea por falta de personal, capacitación o recursos.

A nivel mundial se han desarrollado disímiles prototipos: algunos traen intrínseco capacidades afectivas, otros ayudan a personas con dificultades para su movilidad —como los exoesqueletos—, incluso hay otros dispositivos inteligentes que asisten en determinadas cirugías de mucha precisión o exactitud o que facilitan los tratamientos de rehabilitación.



La inteligencia artificial tiene un alto potencial en la esfera de la medicina, y en concreto en el sector de los ancianos. Se perfila que en breve los llamados robots de servicios se van a convertir en una prioridad estratégica para cubrir determinados servicios en el área de la salud, entre ellos el acompañamiento a ancianos, la posibilidad de paliar discapacidades físicas, la rehabilitación e incluso la asistencia en cirugías.

El anciano, en su paso a edades más avanzadas, va experimentando la disminución de su autonomía y, con ello, disímiles problemas asociados a la edad tales como síntomas depresivos, disminución de la necesidad de socialización, menor calidad de vida relacionado con el bienestar físico que se agrava, en algunos casos, por la falta de compañía o de familia cercana con quien compartir sus últimas etapas de vida. En estas etapas se hacen dependientes de cuidadores especializados o del ingreso en instituciones de salud en casos extremos.

Según la OMS, ante esta situación no reversible y de carácter heterogéneo, existen dos posicionamientos posibles:

1. Por un lado, la prevención, que se centra en el estudio y aplicación de acciones de carácter preventivo para retrasar o, en el mejor de los casos, evitar esas dependencias y tributar a mantener ese estrato de la población en un estado de buena salud física y mental.
2. La otra postura posible es la reduccionista, enfocada en minimizar todo lo que sea posible, el nivel existente de dependencia ya difícilmente reversible, con el fin de incrementar su autonomía y, por consiguiente, lograr mejoras psicológicas en el estado de bienestar del paciente.

Para ambos cometidos la robótica ha desarrollado diversos prototipos que, aunque algunos no son muy comunes encontrarlos por su elevado coste, colaboran tanto en la prevención como en la reducción de dependencias en ancianos. Según su funcionalidad estos se dividen en 2 grandes grupos (ver figura 17).

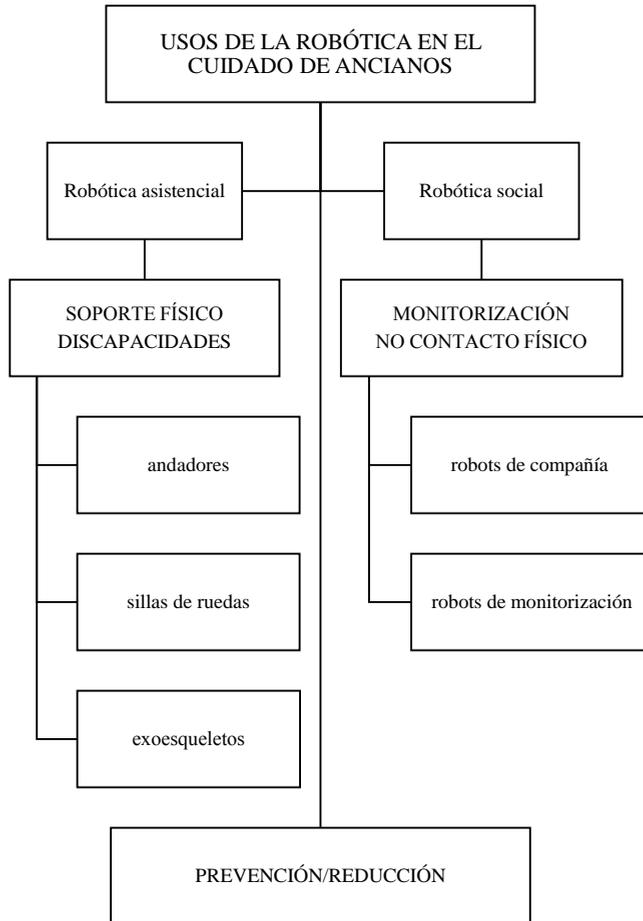
Por un lado, se encuentra la robótica social encargada de monitorizar o acompañar, pero sin tener contacto físico directo con el paciente y, por otro lado, los que se centran en dar soporte físico a las personas o palear alguna discapacidad, sea física o cognitiva, y es conocida como robótica asistiva o asistencial.



La robótica social y la robótica asistiva desarrollan prototipos para que este grupo etario recupere poco a poco la autonomía que disminuye con el paso de los años.

En función de lo anterior, a continuación, se detalla brevemente en qué consiste cada una de las dos ramas de la robótica aplicada al cuidado de los ancianos y se ejemplifica cada uno de los grupos que la conforman:

Figura 17:



Fuente: Elaboración propia

- Robótica asistiva o asistencial

Se trata de plataformas de uso general que facilitan la movilidad del usuario y tienen cierto grado de adaptación a las necesidades del usuario (andadores, sillas de ruedas, bastones, prótesis robóticas, etc.). Su objetivo principal es el de brindar el soporte físico necesario para que las personas puedan llevar a cabo sus Actividades de la Vida Diaria (ADL, Activities of Daily Living en inglés), que se ven afectadas o limitadas por la falta de movilidad inherente a la etapa de la vejez y la degradación de determinadas funciones. En dependencia del grado de discapacidad del paciente, su modelo de control puede variar de navegación completamente autónoma a un control compartido mínimo, donde el paciente toma todas las decisiones y efectúa todas las maniobras salvo las que encuentra más complejas, de las que se encarga el robot.

La robótica actual permite explorar la sinergia entre prevención y reducción de las dependencias de movilidad mediante el uso de dispositivos robotizados de asistencia a la movilidad, combinando la promoción de un estilo de vida activo con la adaptación de la ayuda que se ofrece al usuario en función de su estado. Con estos dispositivos robotizados, se aumenta la autonomía del usuario y se fomenta un estilo de vida activo, a expensas de las limitantes propias de la edad, lo que promueve un sin número de beneficios tanto físicos como mentales. Además de que se pudieran mencionar unos incontables beneficios tales como reducción del riesgo de caída, mejora del estado físico y cognitivo e incremento de las interacciones sociales.

“La adaptación de ayuda conlleva una mejor aceptación por parte del usuario, un mejor estado mental y mayor satisfacción personal por la autonomía otorgada. En este sentido la robótica funciona tanto como paliativo como previsor ante la pérdida de capacidades residuales que resultan de un exceso de asistencia. Dentro de este grupo de la robótica asistencial los ejemplos más comunes son los andadores y las sillas de ruedas con sistemas de software incluidos” (González,2017).

En adición, el uso de este tipo de dispositivos, ayuda a retrasar el tránsito a niveles mayores de dependencia —por ejemplo, de caminadores a sillas de ruedas—, ya que cuando un usuario no puede ejercer alguna de sus capacidades básicas con un dispositivo más sencillo, es necesario proporcionarle una ayuda superior, aún cuando sus otras capacidades se mantengan. Dispositivos más sencillos robotizados permiten cubrir discapacidades parciales sin necesidad de recurrir al todo o nada (Fernández et al, 2017).



La robótica asistencial permite explorar la sinergia entre prevención y reducción de las dependencias de movilidad mediante el uso de dispositivos. Esto, junto a la promoción de un estilo de vida activo, aumenta la autonomía del usuario, a expensas de las limitantes propias de la edad, lo que promueve importantes beneficios tanto físicos como mentales.

Dentro de la robótica asistencial, los ejemplos más comunes actualmente y de mayor cotización a nivel mundial son:

- Andadores: El área de los andadores ha sido una de las que más avances ha mostrado en el área de la robótica asistencial, desde el uso de estructuras de apoyo acopladas a robots autónomos hasta la adaptación de andadores convencionales para transformarlos en robots y que respondan a necesidades particulares de cada uno de los pacientes. Este último tipo posee un sin número de ventajas y es el más utilizado actualmente. A priori, es una herramienta que le resulta conocida al anciano lo que facilita su uso y, en consecuencia, su aceptación por parte de este, reduciendo así las posibilidades de rechazo o abandono. Con relación a las funcionalidades de los mismos, son muy amplias y van desde la ayuda en la movilidad hasta la captación de señales por medio del individuo y redireccionar su trayecto, evitando objetos o posibles desequilibrios del mismo.
- Sillas de ruedas: Al igual que los andadores, en esta área ha existido gran avance y heterogeneidad, aunque en los últimos años los creadores en

este ámbito se han centrado, en gran medida, en la creación de plataformas robotizadas desde cero pero que lleven intrínsecos sensores, control de motores y distintas funcionalidades que suplan algunas de las discapacidades físicas del individuo. Si bien es cierto que este es el prototipo más desarrollado, existen varias empresas en el mercado que hacen todo lo contrario y es reajustar las sillas de ruedas comerciales añadiéndoles hardware y algunos complementos facilitadores de funciones degradadas en el individuo.

Similar al caso de los andadores, esta segunda opción, además de menos costosa, es la que tiene mayor aceptación entre los ancianos, ya sea por la similitud de un objeto conocido o porque no exige mucha capacitación con respecto a la tecnología que utiliza para hacerla funcional, asunto que en muchos casos no es conveniente ya que causa grandes tensiones en su usuario generando, incluso, crisis de ansiedad.

Con relación a las prestaciones, estas son muy diversas y dependen de la empresa que las fabriquen o si son hechas siguiendo alguna especificidad por el comprador. Estas pueden ir desde la navegación hasta la incorporación de diversos dispositivos adaptados a cada tipo de discapacidad. Las diferencias principales entre unas y otras se centran principalmente en el grado de ayuda que necesite el usuario, dependiendo entonces del grado de discapacidad o de la pérdida de determinadas funciones físicas o cognitivas. Basado en esto, existen múltiples posibilidades en función de la discapacidad específica de cada usuario, desde control por botones hasta control por voz o incluso cascos BCI (Brain Computer Interface) en casos extremos.

- Exoesqueletos: Este tipo de robot es considerado un complemento y se utiliza fundamentalmente en usuarios con discapacidades severas para reforzar los miembros inferiores y/o superiores. Aunque no dispone de autonomía propiamente, posee un avanzado sistema de sensores que le permiten captar la intención del usuario a través de electromiografía, BCI y otros, y configurar los distintos motores y articulaciones para reproducir el movimiento deseado en las extremidades del paciente, que viste el

robot como un traje. El principal problema de estos robots radica, más allá de su coste, en su consumo de batería, que dificulta su uso por periodos de tiempo razonables.



Los andadores, las sillas de ruedas y los exoesqueletos son los dispositivos de uso más recurrentes y de mayor cotización a nivel mundial dentro de la robótica asistencial.

- Robótica social:

En este grupo se incluyen los robots de compañía, de telepresencia, asistentes y cuidadores. Actualmente, los robots diseñados bajo estas características, en principio, no tienen contacto directo con el paciente, aunque entre sus prestaciones sí incluye que el paciente se acerque a ellos. Entre sus objetivos principales se encuentra la monitorización del paciente, su rutina y costumbres, así como informar de irregularidades potencialmente peligrosas a sus cuidadores, aseguradoras o servicios sociales. Otro de sus objetivos es la estimulación cognitiva, interactuando con los pacientes, haciendo función de agenda o recordatorio con determinados datos o fechas importantes —por ejemplo, de citas médicas—, alertando de horarios determinados para su medicación o indicándoles dónde han dejado un objeto si es necesario.

Los diseños más avanzados de este tipo incluso tienen dentro de sus funciones la programación para cumplir con determinadas tareas como puede ser el trasladar objetos pequeños, aunque sin tener tacto directo con el humano en sí. Adicionalmente, los robots ofrecen servicio de telepresencia, permitiendo iniciar videoconferencia y cualquier otro tipo de comunicación con cuidadores, familiares o doctores. Además, en caso de emergencias, por ejemplo, están configurados para detectar caídas y, de esta forma, la comunicación podría ser iniciada por el robot para evaluar la situación antes de proceder al auxilio. Este tipo de robot tiene un aspecto muy amigable e incorpora algoritmos para la detección y la imitación de emociones, incluyendo, en muchos casos, sistemas de aprendizaje para adaptarse poco a poco a sus usuarios. Entre ellos destacan:

- Robots de compañía: fueron diseñados específicamente para personas que padecen de trastornos cognitivos, aunque no sustituyen al cuidador porque no realizan ninguna tarea más allá de la interacción cognitiva con el usuario. Su principal función es entender impulsos, emociones y respuestas humanas e imitarlas para que la gente los acepte más fácilmente y para adaptarse a la persona a la que acompañan de la forma más adecuada posible. Se evita a propósito que parezcan personas para no caer en el denominado “Uncanny Valley”, que es como se denomina el rechazo que provoca en las personas el detectar que algo que parece prácticamente humano pero que en realidad no lo es. En su lugar, se opta por imitar animales o claramente robots, siempre seguros, de poco peso y fáciles de manipular, con apariencias amigables y software accesible.
- Robots de asistencia: Se utilizan mayormente en personas con discapacidades leves, aunque por su coste en el mercado, es muy poco común encontrarlos en domicilios particulares, sino que son empleados más bien en centros de cuidado y/o residencias. Estos prototipos no tocan a los usuarios, sino simplemente ofrecen servicios como teleconferencia, detección de alarmas, recordatorios o transporte de objetos. En algunos casos, incluso, están preparados para mantener conversaciones con los usuarios y paliar la sensación de soledad que muchos ancianos tienen a veces por vivir solos o pasar horas en casa sin algún familiar cercano.
- Robots de monitorización: Encargados de analizar parámetros biométricos y de comportamiento de los usuarios para detectar variaciones significativas, las cuales pueden estar asociadas a problemas de salud o peligros en el desempeño de su ADL. En extremo, algunos de estos robots pueden orientarse al denominado CSA (Clinic Scale Assessment) u obtención automática de escalas clínicas para los profesionales de la salud. El CSA requiere un tiempo importante por parte del personal clínico para observar y puntuar una serie de tareas repetitivas que un robot puede compilar de forma automática y así tener información para realizar un seguimiento evolutivo del paciente en determinados parámetros —desde la tensión, temperatura y pulsaciones a otros más complejos y técnicos.



Los robots de compañía, de telepresencia, asistentes y cuidadores son los más comunes dentro de la robótica social. Dentro de sus funciones incluye la monitorización del paciente, su rutina y costumbres; informar de irregularidades potencialmente peligrosas a sus cuidadores, aseguradoras o servicios sociales, así como la estimulación cognitiva. Los más recurrentes son los robots de compañía, los de asistencia y los de monitorización.

7.1 Ejemplos empíricos del uso de la robótica en el cuidado de ancianos en el mundo.

En una sociedad que envejece (se espera que en 2025 la población de más de 65 años represente el 30% del total frente al 23% actual), se prefiere optar antes por robots que por cuidadores extranjeros. Se prevé que el número de cuidadores pase del 1.7 a 2.5 millones en la próxima década (Banco Mundial, 2022), pero ante la naturaleza de estos puestos de trabajo que implican un desgaste físico y salarios relativamente bajos, se encuentra en los robots y diversas tecnologías de automatización como una posible solución a la escasez de trabajadores humanos.

Entre los ejemplos más destacados respecto al uso de la inteligencia artificial y la robótica en el cuidado de ancianos a nivel mundial se encuentran:

- Japón, país donde los robots están asumidos hace alrededor de 40 años —por ejemplo, tienen camareros robots, juguetes robots, robots en la televisión. Además, el gobierno cada tanto desarrolla actividades de conscientización y fomento del uso de prototipos de inteligencia artificial en las distintas esferas. Por ejemplo, el plan “Abenomic” para actuar desde la robótica en temas sociales. Por otro lado, se han llevado distintas campañas de promoción en los últimos años que centran su atención en la robotización en el uso para la sanidad, enfermería y el cuidado de los mayores (Ortega, A. 2016, 63-66). En el año 2015 lanzaron la Japan’s New Robot Strategy como plan quinquenal que pretende favorecer la revolución robótica. Para ello se creó una plataforma de innovación abierta (llamada

Robot Revolution Initiative, RRI) para que las partes interesadas intervinieran promoviendo la colaboración público-privada y la comunicación entre usuarios y fabricantes. También para planificar proyectos internacionales, apoyar el establecimiento de estándares globales, proponer reformas reguladoras, compartir y popularizar mejores prácticas, y establecer áreas para la realización de experimentos demostrativos con robots. El área de la Robótica asistencial de la estrategia nipona tiene seis principios fundamentales claves:

- ✓ la indumentaria mecánica para cuidadores (traje de músculo)
 - ✓ los robots operables por una sola persona (cuidador o paciente)
 - ✓ la movilidad exterior del paciente con andadores motorizados
 - ✓ la ayuda a la movilidad doméstica
 - ✓ los sistemas de alerta para cuidadores domésticos y
 - ✓ los sistemas de supervisión dentro de viviendas).
- La *startup* israelí Sensi.ai desarrolló una plataforma de ayuda que permite a los encargados de centros de atención o proveedores de cuidados en hogares de ancianos, así como a los miembros de la familia, una supervisión completa e integral del programa de atención continua de un paciente bajo un cuidador. Su principal funcionalidad es que tiene la capacidad de grabar sonidos y transformarlos en respuestas positivas o negativas, en función de determinados parámetros establecidos anteriormente y enviar indicaciones o resúmenes diarios del día a día del paciente, además de determinadas recomendaciones para mejorar su estado de salud o mejorar determinados hábitos. Esta tecnología permitiría prescindir de una grabación mediante video, lo cual es extremadamente invasivo para la privacidad de estas personas, entregando además detalles de las rutinas de los ancianos, qué es lo que deben hacer, horarios para sus medicamentos, entre otros.
 - La National Science Foundation (USA) es una de las organizaciones que invierte y desarrolla investigaciones respecto al tema. Por ello entre sus

prioridades estratégicas se encuentra el financiar la investigación en el ámbito de la robótica de servicios, específicamente en el cuidado a mayores. Existen otras organizaciones que también desarrollan actividades referidas a promover el uso de robots, al menos teóricamente. Por ejemplo, el Instituto Nacional de envejecimiento, que ha proporcionado más de \$1 millón en la financiación de la investigación para los robots para el cuidado de mayores. Además, es de destacar la actual “Robotics Initiative 2.0: Ubiquitous Collaborative Robots” donde se trata la investigación en robótica y formación técnico-profesional, así como las implicaciones sociales, económicas, éticas y legales del futuro de los robots en tratamientos reductores o paliativos de discapacidades en los Estados Unidos.

- Otro de los ejemplos son los chatbots, estos procesan el lenguaje natural con habilidades que los hacen excelentes compañeros y si bien no pueden llenar el vacío de los ancianos en momentos de soledad, pueden ser de gran apoyo para recordarles las tomas de medicamentos, analizar su salud y, sobre todo, alertarle en cualquier situación de emergencia y, por otra parte, contiene juegos de memoria que son de gran apoyo para las personas que padecen de Alzheimer. Podría decirse que la característica más importante de los Chatbots es la capacidad conversacional para reconocer el lenguaje natural y de retener información. En cuanto a las conversaciones, los chatbots entienden diversas formas de la misma pregunta para tener la oportunidad de formar un enlace con su dueño. Por ejemplo, una simple pregunta —“¿Cómo estás hoy?”— se puede formular en una variedad de maneras. La respuesta a esto es un método conversacional que utiliza tecnología (PNL) programación neurolingüística y está en constante aprendizaje.

Además, muchos Chatbots luchan actualmente con el contexto, una característica crucial cuando se trata de mantener una conversación. Muchos pueden responder a una pregunta básica, pero después de eso, es imposible juzgar cómo el diálogo se desarrollará a partir de ahí. Después del saludo y una respuesta adecuada, un individuo podría seguir para abordar una variedad de temas, a fin de ser capaz de retener la información proporcionada con el fin de producir una

conversación convincente o incluso para preguntar acerca de cómo fueron las actividades; crucial para establecer una buena relación. También es vital que las máquinas puedan entender lo que se les dice y registrar las respuestas a preguntas específicas.

La capacidad de comunicarse de los chatbots podría ser la característica más llamativa, pero la inteligencia artificial también puede controlar la salud de las personas mayores y personal médico e incluso de alerta de emergencias.

Además de las debilidades físicas, estos están preparados para detectar algunos problemas de salud mental en desarrollo o posibles problemas de seguridad tales como el dejar la estufa prendida o las puertas abiertas. Los científicos de la Universidad Estatal de Washington han utilizado sensores para recopilar datos sobre cómo los residentes se están comunicando y los movimientos que puede identificar la depresión o demencia. En un futuro no muy lejano, podríamos ver algoritmos desarrollados para predecir cambios en el comportamiento para prevenir que los problemas emocionales empeoren.

- En San Francisco, un grupo de ancianos participó en un estudio con un dispositivo llamado ElliQ, el cual utiliza una máquina de aprendizaje para entender las preferencias del propietario con el fin de recomendar actividades. Además de hablar, ElliQ también utiliza formas no verbales de comunicación. Por ejemplo, cuando los familiares envían fotos en Facebook, ElliQ puede mostrar la imagen en la pantalla antes de que la persona incline la cabeza, similar a cuando un nieto le muestra las fotos en persona. Estas técnicas hacen que el contenido sea más accesible para las personas de edad avanzada y garantizan que no se sientan solos mientras disfrutan de ellas.

Luego de todos estos ejemplos expuestos se podría afirmar que la inteligencia artificial no solo se podría aplicar en cuidarlos o monitorearlos, sino que podría jugar un papel importante en cuanto a calidad de vida y salud mental. Son muchas las instituciones e informes (entre ellos la OMS) que ratifican que las enfermedades o trastornos asociados a la salud mental son de las más comunes en los ancianos, hecho reflejado también en el epígrafe 3 en el gráfico 9, en el que

se evidenciaba no solo la propensión a padecer trastornos mentales sino la brecha perceptible entre hombre y mujeres ante ellos.

En función de esto, la empresa Nimoy Cognitive Computing desarrolló un prototipo parecido a un asistente como los conocidos de Iphone o Google (Siri y Google Home respectivamente) que más allá de ayudarte a navegar en la web, sirve de compañía virtual e incluso está preparada para tener una discusión o pequeño debate sobre un tema determinado con una voz amigable y una interfaz acorde con la función cognitiva del paciente en cuestión. Esto además va acompañado de otras funciones, como el recordatorio de medicamentos y el monitoreo de determinados signos vitales. Ciertamente son prototipos en constante cambio y actualización, aunque se enfrenta a limitantes importantes como la selección de respuestas o la forma de respuesta a determinados temas (Mancilla, 2021)



La naturaleza de los puestos de trabajo dedicados al cuidado de los ancianos, que implican un desgaste físico y salarios relativamente bajos, encuentran en el desarrollo de la robótica y tecnologías de automatización una posible solución a la escasez de trabajadores humanos en una sociedad que envejece cada vez más.

Si bien es cierto que ningún robot puede sustituir la interacción social necesaria para el desarrollo humano, sobretodo en edades avanzadas donde el relacionarse con familiares y cercanos puede servir de atenuante a algunos padecimientos, sí puede ayudar a determinadas familias y algunos casos extremos, a adultos que transitan por la vejez en solitario. Un estudio realizado en el Reino Unido en el año 2019 arrojó que más de un tercio de la población mayor de 70 años vivían solos y, además, no interactuaban con otros humanos en más de un día.

Bajo esta idea, nace la preocupación de estudiosos del tema, gobiernos y profesionales del sector salud sobre la alarmante cifra que ha alcanzado la población mundial con más de 60 años en contraposición de cada vez más pequeña, la cifra de cuidadores con formación profesional. Solo en España el 19.3% de la población es mayor de 65 años, país que se vio en jaque durante la pandemia mundial y que

mostró que actualmente no está preparado para asumir ese cargo y que, por tanto, no solo necesita de políticas públicas que tributen a ello, sino de otras soluciones para llenar estos vacíos, como puede ser la robótica, que podría ser empleada para intervenir y apoyar. Es por esto que son muchas las iniciativas de investigación que desarrolla la Unión Europea, donde además del desarrollo de estudios y prototipos en conjunto con empresas de alta tecnología, se observa un fuerte posicionamiento de que las mismas sean promovidas por el sector privado. Esto no solo potenciaría los efectos ya conocidos en la economía europea, sino también que serviría para aliviar gastos del sistema público de salud que no muestra grandes signos de recuperación desde la pandemia provocada por el COVID-19.



Los dispositivos desarrollados por la robótica social alivian los desgastes físicos del cuidado, si bien es cierto que ningún robot puede sustituir la interacción social necesaria para el desarrollo humano, sobretodo en edades avanzadas en las que esta interacción con familiares y amigos cercanos puede atenuar muchos de los padecimientos y condiciones de vida de este grupo etario.

Pero si son tantos los beneficios derivados de la inclusión de la inteligencia artificial en la vida cotidiana y específicamente en el cuidado de los ancianos, ¿por qué el desarrollo alcanzado en este sentido es tan incipiente aún?

En principio, la propagación del uso y por tanto la comercialización de los robots asistenciales depende en gran medida del marco institucional imperante en el país. Es mucho más fácil su inclusión en clínicas u hospitales especializados que hacerlo en un hogar doméstico, más si es una familia no relacionada con el sector salud, es decir, sin la formación técnica de respaldo. Por ejemplo, si los robots asistenciales se definen como un producto de primera necesidad, susceptibles de financiación pública en función del nivel de dependencia del usuario, la comercialización de los mismos se realizará de forma diferente a si se consideran simplemente un bien privado que se puede comprar en función del poder de compra de cada usuario. Aunque este es un determinante importante existen otros frenos, tratados en el siguiente subepígrafe.

7.2 Contrastes del uso de la robótica en el cuidado del anciano.

Tal y como se había mencionado anteriormente, la incorporación de la inteligencia artificial en el campo de la medicina, específicamente en tratamientos para ancianos, puede tributar no solo a beneficios referidos al bienestar en general, sino también a suplir determinadas limitaciones propias del envejecimiento. Sin embargo, existe un alto riesgo de que, por su coste, diseño, implementación y uso, estas lleven a promover la discriminación por edad que existe en las sociedades y minar la calidad de la atención médica y social que recibe ese grupo poblacional, hecho que debe ser apuntalado con un buen marco regulatorio e instituciones que se aseguren de su uso adecuado.

Así como son muchos los beneficios de la inclusión de la robótica en el cuidado de ancianos, son varios los riesgos que esto conlleva sin el debido acompañamiento institucional. En primer lugar, los datos que alimentan a estas tecnologías pueden no ser representativos de las personas mayores o estar sesgados por estereotipos, prejuicios o conceptos discriminatorios. Por otro lado, se encuentra el tema de las suposiciones erróneas sobre cómo las personas mayores desean vivir o interactuar con la tecnología en su vida diaria, lo que puede resultar en limitaciones en su diseño y alcance, de ahí la importancia de la concientización y de campañas que promuevan dicho uso.

Además, la forma en que se utiliza la inteligencia artificial puede reducir el contacto intergeneracional o profundizar las barreras existentes para el acceso digital. De acuerdo con la OMS, para garantizar que las tecnologías de inteligencia artificial tengan un impacto positivo en la vida de los ancianos, hace falta identificar y eliminar la discriminación por edad de su diseño, desarrollo, uso y evaluación.

Siguiendo este enfoque, la Organización Mundial de la Salud, en aras de minimizar este peligro, elaboró y publicó hace poco más de 5 años, ocho directrices que acotaran el uso de la inteligencia artificial de manera que tomara en cuenta la discriminación por edad y que las personas mayores participen en la concepción de los procesos, sistemas, tecnologías y servicios que les competen, ellos son:

1. “Participación de las personas mayores en el diseño de la inteligencia artificial que usarán. Supone capacitación y oportunidades educativas para que intervengan en el proceso de diseño. Su inclusión no sólo debe basarse en la edad, sino que debe considerar elementos como el género, la etnia, la raza y sus capacidades. Los diseñadores y programadores deben estar entrenados para reconocer y evitar los factores discriminatorios
2. Formación de equipos de proceso de datos con personas de distintas edades. Los grupos responsables de seleccionar, validar y aplicar los datos para el diseño y operación de las tecnologías deben incluir a personas mayores y ser diversos no sólo en sus criterios de edad, sino también en los demográficos
3. Recopilación de datos que incluyan edad. Si las personas de edad están subrepresentadas en un conjunto de datos, el servicio que recibirá de la inteligencia artificial tendrá menor calidad con respecto al que obtendrán otros grupos de población mejor representados. Se deben fijar estándares que garanticen una recopilación de datos representativa de todos los colectivos
4. Inversiones en infraestructura y alfabetización digital para personas mayores, sus proveedores de atención médica y sus cuidadores. Muchas veces las tecnologías de inteligencia artificial pueden tener un diseño adecuado para las personas mayores, pero carecer de infraestructura apropiada, lo que puede contribuir a la idea discriminatoria de que las personas mayores no comulgan con las tecnologías digitales. Se debe garantizar que esos individuos entiendan el propósito de la inteligencia artificial y aprendan a usarla
5. Derecho de las personas mayores a consentir u oponerse. Las personas deben tener la última palabra en decisiones críticas y ejercer su capacidad de elegir y dar su consentimiento respecto a cómo usar las tecnologías digitales. Por otro lado, éstas no deben sustituir la atención o tratamiento proporcionado por un profesional de la salud o cuidador

6. Marcos de gobernanza y regulaciones para empoderar y trabajar con las personas mayores. Las regulaciones no deben recurrir a prácticas excluyentes y discriminatorias que podrían perjudicar el diseño de las tecnologías de inteligencia artificial. Se deben instaurar mecanismos para que los gobiernos, el sector privado y todos los actores implicados trabajen en conjunto con las personas mayores y aborden los temas de discriminación por edad
7. Mayor investigación para comprender los nuevos usos de la inteligencia artificial y evitar sesgos. A medida que las personas mayores aumenten el uso de la inteligencia artificial se deben hacer más estudios para determinar si existe discriminación por edad, raza o sexo e identificar medidas para mitigarla o eliminarla
8. Procesos de ética estrictos en el desarrollo y aplicación de la inteligencia artificial. Es necesario basar el desarrollo y la aplicación de la inteligencia artificial en una ética sólida que identifique los riesgos de discriminación por edad y que evalúe los efectos positivos y negativos de esa tecnología en las personas mayores.”



La inclusión de la robótica en el cuidado de ancianos puede traer consigo varios riesgos si se implementan sin el debido acompañamiento institucional: la naturaleza de los datos que alimentan a estas tecnologías puede no ser representativos de las personas mayores o estar sesgada por estereotipos, prejuicios o conceptos discriminatorios; las limitaciones en su diseño y alcance, derivadas de suposiciones erróneas sobre cómo las personas mayores desean vivir o interactuar con la tecnología en su vida diaria, así como la reducción del contacto intergeneracional. Se debe eliminar la discriminación por edad de su diseño, desarrollo y uso en afán de lograr que estas tecnologías tengan un impacto positivo en la vida de los ancianos.

7.3 Limitaciones del uso de la robótica en el cuidado de ancianos.

En sentido general, la robótica de los servicios ha tenido un notable aumento en cuanto a investigaciones, prototipos y aplicaciones disponibles en diversos ámbitos. La expansión de la robótica reproduciría conductas que ya han ocurrido en algunos sectores industriales y es que muchos de los procesos se transforman y se readaptan a un mayor nivel de automatización, generando, por un lado, beneficios en cuanto a optimización de recursos y por otro, el que se hagan innecesarios algunos puestos de trabajo ocupados por humanos. Sin embargo, en el sector servicios, son muchos los puntos positivos que pudieran derivarse de su inclusión, además de que serviría como inyección directa de innovación y tecnologías, generando un efecto de abaratamiento en sus costes y por tanto promoviendo su inclusión en otros sectores u instituciones.

Si son tantos los beneficios de adquirirlos, ¿por qué su uso es tan limitado? La respuesta es bastante simple: tienen un elevadísimo coste no solo de adquirirlo sino también de mantenerlos. Por esta razón es que en España no existe aún ningún prototipo funcional de la robótica asistencial, aunque en el mundo sí pudieran analizarse algunos ejemplos, específicamente en los Estados Unidos y Japón, aunque cabe señalar además que, en Europa, específicamente en determinados hospitales, se han llevado a cabo una especie de pruebas pilotos que utilizaron sillas de ruedas robotizadas.

Podríamos afirmar entonces que la robótica es viable desde hace años, pero con la limitante del costo que implica la contratación o compra de su uso se ha optado por suplir puestos de cuidadores de manera informal con inmigrantes o personas en paro, que, aunque evidentemente no realizan las mismas funciones, es “más barato”.

Por todo lo anterior es importante diferenciar entre los distintos tipos de personas que se enfrentan al uso de la robótica, los cuales podrían agruparse como se enuncia a continuación, de acuerdo a Fernández *et al* (2017):

- i. Un primer grupo que represente a la persona mayor que se beneficiará directamente del uso del robot, sea parcial o totalmente, y que por tanto usa los adelantos de la técnica en función de su propio bien.
- ii. Los cuidadores profesionales conformarían el segundo grupo, ya que además de contar con una formación profesional determinada, se relacionarían con el prototipo en una institución, centro residencial, hospital especializado o directamente en el domicilio del anciano, pero con cuenta con experiencia previa para ello.
- iii. Por último, se encuentra el cuidador no profesional o el que no ha recibido una preparación para ello. Este es uno de los casos más comunes y generalmente son familiares del anciano, por lo que es un grupo en desventaja que necesita de preparación o alguna clase de capacitación antes de integrar en su rutina un robot asistencial o de monitoreo. Cabe destacar que, en el mundo actual, no es muy común este tipo de casos, por los riesgos que esto conllevaría para el paciente y para el propio familiar en funciones. Justamente por ello, es muy poco probable encontrar familias que usen robots si en ella no hay nadie vinculado directamente con la medicina o algún área de la salud.



La robótica de los servicios ha experimentado un aumento importante en cuanto a investigaciones, prototipos y aplicaciones disponibles en diversos ámbitos. Su uso extendido permitirá optimizar recursos y puestos de trabajo. Sin embargo, su uso es aún muy limitado debido a los altos costes de adquisición y mantenimiento. Es por eso que en España no existe aún ningún prototipo funcional de la robótica asistencial.

Bajo estas circunstancias es muy certero afirmar que el uso de la robótica en general y específicamente de robots asistenciales comenzará en el sector institucional y poco a poco irá transfiriéndose al doméstico. En cualquier caso, hay varios aspectos a tener en cuenta en esta transferencia de tecnología, resumidas a continuación según la lógica de Fernández *et al* (2017):

- En principio, se debe tener en cuenta a los mayores que van a interactuar con los robots. Al igual que se tiene que ir avanzando en la formación de personas que se encargan del cuidado de las personas mayores y que vayan utilizando robots, se tienen que ir concienciando e incluso formando a los mayores como una vertiente más del envejecimiento activo. Ya hay algunas experiencias de programas para favorecer la igualdad de oportunidades en el acceso a las TIC. Por tanto, es recomendable que se realicen para los usuarios directos (ancianos), tanto en el ámbito doméstico como en el ámbito más institucionalizado, talleres generales de carácter tecnológico que tributen no solo a la concientización sino también a la capacitación en este sentido.
- Por último, el grupo de cuidadores no especializados, es decir, que no estudiaron o no tienen una formación técnica que los respalde, es el más representativo a nivel mundial y España no está exenta de eso. Grupo subvalorado, sobretodo el caso de las mujeres que cuidan a sus padres o abuelos, se trata de un trabajo no remunerado. En este caso sería importante tener en cuenta la capacitación de estas personas para la inclusión de un robot en el hogar, aunque deberían tenerse en cuenta también no caer en discriminaciones o estereotipos de género alrededor de este tema.

En todas las investigaciones realizadas sobre el impacto del cambio tecnológico o sobre potenciales usos del mismo en determinados países, se ha llegado a la conclusión de que uno de los factores claves y que potencia los beneficios de los mismos, es la formación en cuanto a estas nuevas tecnologías que faciliten el proceso de adaptación a los nuevos requerimientos que este desafío plantea.

En un nuevo mundo donde la ventaja comparativa de las futuras máquinas llevará a la sustitución de una parte de los trabajadores en ciertas tareas o a la complementación en otras, parece evidente que el papel de la formación resulta trascendental a la hora de favorecer aquellas habilidades o capacidades en las que los seres humanos seguimos siendo imprescindibles. Por sí misma, la adquisición de competencias es una vía hacia la empleabilidad y la prosperidad: cuando se tienen las capacidades apropiadas, las personas disponen de las herramientas ne-

cesarias para ocupar puestos de trabajo de calidad y con ello poder desarrollar su potencial como ciudadanos activos y seguros de sí mismos. Si a esto le añadimos la posibilidad de que la educación sirva para orientar el desarrollo de las habilidades más demandadas por el mercado de trabajo del futuro, estamos anticipándonos a los posibles problemas que el cambio tecnológico pueda provocar, tal y como señala el World Economic Forum en su informe de 2020.

La integración en el cuidado de ancianos es otra área potencial para la robótica, promovida, en gran medida, por el envejecimiento poblacional que se está dando a nivel mundial, con un carácter muy marcado en Europa.

Es primordial realizar campañas de concientización sobre los múltiples beneficios del uso de los robots en el cuidado de los mayores, destacando además que esa ayuda tendría carácter complementario, no sustitutivo ni de cuidadores especializados ni doctores o enfermeros en determinadas tareas.

Es importante convencer a las empresas de su rentabilidad económica cuando los precios comiencen a bajar, tal y como se prevé a corto plazo, y concienciar también a los trabajadores de sus virtudes, ya que debe tenerse en cuenta que hay trabajadores que son contrarios a su uso por considerar que son acciones muy íntimas que deben ser ejercidas por humanos. Se plantea desde el Instituto de Robótica para la Dependencia que es cierto que todavía se utilizan muy poco, principalmente por desconocimiento, por los altos costes y por falta de priorización por parte de la dirección de los centros, pero que los robots educativos que se utilizan en las escuelas pueden ser utilizados en el cuidado a las personas sin mucho coste y con mucha efectividad, como han demostrado en un estudio experimental (Fernández et al, 2017).

La inteligencia y las capacidades de los robots introducirán un alter ego en el entorno social, de la misma manera que ya desempeñan un papel central en la realización de tareas en los sectores industriales. Y todo esto se materializará en sociedades cosmopolitas, pero desiguales y estratificadas, que posiblemente crearán nuevas formas de desigualdad que se superpondrán a formas más antiguas de desigualdad.



El envejecimiento poblacional que tiene lugar a nivel mundial, con un carácter muy marcado en Europa, promueve la integración de la robótica en el cuidado de ancianos.

Para hacer que estas formas de desigualdad tengan el mínimo efecto posible y que sólo unos pocos afortunados se aprovechen de tales beneficios, tenemos que comenzar a analizar nuestro sistema de protección social y ver cómo se podría introducir la robótica para el cuidado de mayores que evite desigualdades entre estos y dar respuesta desde nuestro sistema de protección social. Ahora bien, tenemos que ser realistas, estamos en la parcela con mayores problemas de desarrollo en los últimos años, principalmente por falta de dotación presupuestaria debido a la crisis económica de la que parece se está saliendo. El gasto que supone la robótica no sólo va a tener consideración de gasto, podrá ser considerado como una inversión, como medidas preventivas y no cortoplacistas

7.4 La robótica en España, antecedentes

Sin duda alguna, los robots industriales son cada vez más utilizados en los distintos sectores, hecho que va de la mano al implacable avance de las tecnologías digitales, aunque actualmente su presencia sea más notoria en sectores como la metalurgia, la electrónica y la automoción. La densidad de robots por cada 10.000 trabajadores sigue aumentando en los principales países, y en el caso de España ocupa el puesto número 11 del mundo, con 160 robots por cada 10.000 trabajadores (Fernández et al, 2017).

Es por esto que la Federación Internacional de Robótica (IFR) prevé una expansión significativa en el campo de la robótica industrial en el período 2015-2030 según anunciaba en sus portales y página web, refiriéndose no solo al número de robots instalados sino también en las áreas en que pueden encontrarse. Sin embargo, los expertos del tema coinciden en que el mayor potencial de la robótica se encuentra en los “robots de servicio” que incluyen los robots de campo (agricultura, panadería), robots de defensa y seguridad, vigilancia, búsqueda y rescate; robots médicos, rehabilitadores; y robots personales (asistenciales, terapéuticos, domésticos, educativos, mascotas de compañía y entretenimiento).

La robótica asistencial, fuera del entorno cerrado de la industria y dirigida a interactuar con personas, por ejemplo, con ancianos o niños enfermos en hospitales para entretenerlos, está en pleno auge. España es puntera en el uso de esta tecnología, con varios grupos de investigación y desarrollo del más alto nivel en esa área, seguido de un importante crecimiento de fondos nacionales y sobre todo europeos de financiación I+D+I en tecnologías robóticas que apoyen dicho proceso.



España es puntera en el área de la robótica asistencial, con varios grupos de investigación y desarrollo del más alto nivel en esa área. Este interés se ve apoyado por un importante crecimiento de fondos nacionales y sobre todo europeos de financiación I+D+I en tecnologías robóticas que apoyen dicho proceso.

Son varios los estudios sobre el diseño de prototipos que responden a “Robots biomédicos” para el estudio de enfermedades neurodegenerativas (entre ellas el Alzheimer), enfermedades raras y tumores. Estos robots permiten predecir fenotipos, es decir, la expresión contenida en los genes de cada individuo en función del ambiente en que se desarrolló.

El robot biomédico es un conjunto de herramientas de matemáticas aplicada, ciencias de computación y estadística que recoge datos complejos para aprender y dar resultados que ayuden a los investigadores de cada paciente cuando ha de aplicársele un tratamiento concreto.

Según informa Madrid+D, un grupo de investigación español, se ha desarrollado un estudio donde se utiliza este robot en pacientes que padecen de tres enfermedades concretas: la leucemia linfocítica crónica, la miositis por cuerpos de inclusión y la esclerosis lateral amiotrófica. En el caso de la esclerosis lateral amiotrófica, los robots han sido capaces de determinar la importancia de un grupo de proteínas —las caspasas— que controlan el mecanismo de muerte celular programada y que en modelos animales transgénicos se han relacionado con la mutación del gen SOD1. También aparecen vías relacionadas con el virus de Epstein-Barr.

El trabajo ha permitido desarrollar herramientas capaces de escrutar el poder discriminatorio de los genes y de buscar las diferentes redes genéticas que están involucradas en su desarrollo. Según los autores, genes cabecera (headers) explican gran parte del fenotipo y trabajan en sinergia con genes ayudantes (helpers) (Fernández et al, 2017).

A principios del año 2021 arrancó también ZaintekIoT, un proyecto apoyado por la Diputación Foral de Gipuzkoa y la Fundación Adinberri para estudiar e implantar un sistema de atención para personas mayores con dispositivos IoT e Inteligencia Artificial. Para ello, seleccionaron a la empresa donostiarra Wattio, desarrollador de soluciones IoT para generar espacios inteligentes, que desarrolló Konekta2, un sistema domótico que permite el cuidado de las personas mayores que viven solas, “sin tener que cambiar su modo de vida y sin dispositivos que tengan que llevar siempre con ellos”.

Durante seis meses alrededor de 115 familias guipuzcoanas han tenido instalado en sus hogares este equipo domótico para testar la viabilidad y efectividad de la solución. Compuesto por un asistente virtual, dos sensores de apertura de puerta (uno en la puerta de entrada y otro en la del frigorífico) y un sensor de movimiento, el sistema es capaz de notificar a la persona encargada o responsable del cuidado, a través de una aplicación de móvil, los sucesos inusuales que suceden en la casa. “El sistema aprende la rutina del usuario a lo largo de 30 días. Cuando esta rutina se rompe, por ejemplo, una puerta abierta a las 3 de la mañana o no haber salido de casa en todo el día, el sistema manda una notificación a la persona responsable a la app que tiene instalado en su móvil. De esta manera, la persona se mantiene informada y su capacidad de reacción es mucho más rápida y eficaz. Cuanto más tiempo pase activado el sistema, más aprende, y más precisas son sus notificaciones”.

Junto al sistema, las personas mayores también pudieron hacer uso de un asistente virtual con el que poder realizar algunas acciones, como programar recordatorios, leer noticias o jugar a juegos de memoria, utilizando solamente la voz. “Somos conscientes de que para muchas personas supone un reto adaptarse a este tipo de tecnologías. Por esta razón, hemos considerado de vital importancia

incorporar un servicio de acompañamiento y asistencia técnica, tanto para la persona mayor, como para las familias, y así, asegurarnos de que el uso del equipo es correcto y eficiente”.

El proyecto ya ha atravesado su ecuador y ha dejado datos reveladores extraídos de una batería de encuestas y entrevistas realizadas a los participantes. Entre ellos la empresa destaca que “más del 80% de las familias han mostrado estar satisfechas con el producto, además de haber calificado el dispositivo como útil en su labor de cuidados. Asimismo, muchas de ellas han confirmado haber obtenido más conocimiento sobre las rutinas y conductas de sus mayores, y el 40% ha podido detectar anomalías en la conducta de estos, por ejemplo, relacionadas con el sueño o con las caídas”.

Tras las conclusiones, el proyecto sigue su curso con el objetivo de evaluar nuevas estrategias de soporte técnico para mejorar el servicio prestado. Seguir apostando por este tipo de tecnologías y hacer el esfuerzo de insertarlas en las vidas de las familias merece la pena. En la actualidad en España hay un gran número de personas que transitan por la vejez viviendo solas y en 15 años esa cifra probablemente se triplique, por lo que es vital aprovechar y explotar el potencial al máximo de un mercado que ofrece soluciones viables al envejecimiento poblacional a medida que intenta mantener, lo más posible, la independencia de estas personas en un entorno conocido y cómodo para ellas en sus casas, sin interferir en su día a día.

Mediante sensores distribuidos por la casa, que miden variables como temperatura, ubicación, luminosidad, cámaras y micrófonos, se recogen datos de las rutinas de la persona, así como información en tiempo real. Por ejemplo, si la persona no se encuentra en la cama durante la noche, si identifican una posición extraña del cuerpo o si se salta algunos de sus hábitos, puede ser señal de que algo no va bien, actuando entonces los servicios de asistencia al recibir el pertinente aviso.

A esto le podemos añadir el trabajo de robots especializados. Estos pueden estar en la casa o en un centro, como una residencia de ancianos. Si reciben aler-

tas de posibles incidencias por el sistema de inteligencia artificial, pueden acudir rápidamente a comprobar qué ha ocurrido y prestar la debida asistencia.

Se trata de un robot que puede ser manejado remotamente por los propios sanitarios mientras acude el equipo humano al lugar. Además, estos pueden comunicarse directamente por vídeo y audio con la persona afectada.

Se debe matizar que, aunque se empleen cámaras de visión artificial, micrófonos y otros sensores en estos dispositivos, en todo momento se respeta escrupulosamente la privacidad de la persona que está siendo monitorizada, así como de las personas que están a su alrededor.

En resumen, se espera que en 2030 la tasa de dependencia será del 60% y para 2050 puede alcanzar el 83.7%. Algo que sucederá, principalmente, por el continuo envejecimiento de la población. De hecho, en los últimos 20 años, hay un 40% más de personas mayores de 65 años, constituyendo casi el 20% de la población. Ante este escenario, los agentes sociales deben anticiparse y trabajar en la ayuda a personas dependientes, algo en lo que ya se encuentran inmersos. En 2021 el presupuesto para dependencia aumentó en un 34% aproximadamente, siendo de 2.345 millones de euros. Bajo esta lógica existen cuatro funciones o escenarios que los dispositivos robóticos podrían realizar, según Fernández *et al* (2017) ellos son⁷:

1. los escenarios de seguridad y vigilancia,
2. escenarios de asistencia personal que ayuden al cuidador y a la persona que padece Alzheimer
3. escenarios de entretenimiento para el enfermo

⁷ Es importante recalcar que no se pretende crear un cuidador artificial que sustituya al cuidador, sino un apoyo que ayude al cuidador a las tareas asistenciales del enfermo y que ralentice los efectos de determinadas enfermedades como puede ser el Alzheimer, prolongando la estancia en el hogar del enfermo y manteniendo su calidad de vida, haciendo función de soporte y ayuda.

4. escenarios de estimulación para realizar determinadas actividades cognitivas que ralenticen ciertos efectos, dado que esta patología no tiene tratamiento para su curación.

Aunque aún queda mucho camino por recorrer, existen ya algunos prototipos en funciones. Por ejemplo, Maggie, un robot creado por la Universidad Carlos III de Madrid que nació en el año 2005 y que actualmente sigue en proceso de mejoras. Maggie es capaz de hablar, reconocer la voz y de mover partes de su cuerpo tales como los brazos o los ojos mediante la utilización de varios sensores, con los que además recibe diversa información sobre su entorno. Hace algunos años, este robot fue presentado para asistir a personas enfermas de Alzheimer, siendo capaz de hacerles compañía, informarles sobre la composición de los medicamentos (ya que posee conexión a internet) y, lo que es más importante, disminuir algunas de sus limitaciones físicas y mentales haciendo posible que la vida del enfermo sea más llevadera y otorgándole un poco de la autonomía que tenían restringida por limitaciones físicas propias de la vejez y otras que son el resultado de la enfermedad.

PACA ha sido desarrollada a través de Pepper, un robot humanoide que mide poco más de un metro y tiene la opción de ser programado y diseñado para interactuar y ayudara las personas. Es capaz de reconocer tanto el lenguaje verbal como el no verbal. Es decir, las personas pueden preguntarle de forma oral o a través de texto escribiendo en la pantalla que lleva en el pecho.

El robot tiene varias opciones de respuesta desde la vía oral o de forma textual y con imágenes, y así hace posible que todas las personas, tengan unas capacidades u otras, puedan acceder a su información. El dispositivo robótico ofrece información de un modo muy accesible tanto para personas sordas, ciegas, con discapacidad visual, intelectual, y también para personas mayores. La idea es que las funciones de PACA se amplíen y pueda ser guía en hospitales, centros de trabajo, hoteles e incluso para orientar a la gente a ir de un lugar a otro (La robótica asistencial de la mano de Fundación ONCE, 2022)

Otro ejemplo de la robótica aplicada en el cuidado del anciano en España es el desarrollado para acompañar a los ancianos que padecen de demencia, enfermedad en creciente tendencia en personas de avanzada edad. Este fue nombrado como EFE y es un pequeño robot, como un busto que se coloca sobre la mesa y habla a los ancianos y los estimula desde el punto de vista cognitivo.



Se espera que en 2030 la tasa de dependencia en el país sea del 60%, lo cual se incrementará para 2050. Ante este escenario, los agentes sociales deben anticiparse y trabajar en la ayuda a personas dependientes, algo en lo que ya se encuentran inmersos. Bajo esta lógica existen cuatro funciones o escenarios que los dispositivos robóticos podrían realizar: seguridad y vigilancia, asistencia personal que ayuden al cuidador y a la persona que padece Alzheimer, entretenimiento para el enfermo y estimulación para realizar determinadas actividades cognitivas que ralenticen ciertos efectos.

7.5 La inteligencia artificial como oportunidad.

A modo de resumen, la inteligencia artificial no tiene como fin reemplazar a las enfermeras o a cuidadores especializados, por el contrario, servirá de herramienta para alivianar algunas tareas simples y otras que no lo son, de manera que pueda optimizar las prestaciones de un servicio sanitario que ya demostró que actualmente no es suficiente y que no lo será en un futuro donde se prevé que la cifra de este estrato poblacional llegue a duplicarse.

En este contexto, la robótica actuará de facilitador tanto para cuidadores/enfermeros como para las personas mayores con discapacidades, de manera que sirva de catalizador de ventajas de la tecnología y potenciará beneficios del avance de la ciencia y la técnica de manera que ralentice o disminuya, hasta donde sea posible, una posible crisis en cuidadores de ancianos, fundamentalmente en los que viven solos y dependen de instituciones del estado o centros hospitalarios.

En una sociedad envejecida como la española, la robótica constituye una gran oportunidad y en unos años será una prioridad para las administraciones públicas y transformarán, de esta manera, el entorno asistencial de los ancianos, que además por la ley constitucional es de carácter obligatorio.

Haciendo referencia al sistema de Servicios Sociales, la constitución española refiere que además de garantizarse la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, señala que hay que promover su bienestar mediante un “sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. Si la robótica de servicios va a proporcionar un mayor bienestar a los mayores, significa que los poderes públicos tendrán que garantizar que la nueva tecnología llegue a todos los mayores que lo necesiten, aunque se entiende que esto sea un proceso gradual y resultado de las pruebas necesarias que garanticen que el prototipo responda efectivamente a las características del anciano que supervisará o tendrá a su cargo, además de su cuidador esté calificado para la inclusión del mismo en la rutina de cuidados, o en el caso de los ancianos que viven solos, que se le capacite para que no lo catalogue como difícil de manejar y pueda provocar rechazo en él. Lo anterior podría ser tareas de trabajadores sociales o del sector de la salud capacitados previamente por instituciones de alto mando.

También es necesario tomar en consideración las características específicas del sector público, tanto normativas como de organización, ya que en el ámbito de los cuidados, la salud y las políticas sociales, la incorporación de robots asistenciales va a depender de cómo se regule su financiación y su implantación (por ejemplo, en residencias de mayores, centros de día, hospitales o, en general, centros de servicios sociales que sería muy predecible que la inclusión de los mismos sea previamente en instituciones antes que en domicilios particulares).

Son las Comunidades Autónomas las que se han encargado de idear su propio sistema de servicios sociales partiendo del artículo 148.1.20 CE, en el que les atribuye competencia exclusiva en asistencia social, produciéndose diferencias muy importantes entre Comunidades Autónomas, caso parecido y que se evidenciaba cuando se hacía referencia a la esperanza de vida y los factores característicos que terminaban por definir el estado de salud del anciano.

La introducción de la robótica puede crear además una diferencia de trato entre los mayores de diferentes Comunidades Autónomas. Sería necesaria entonces una mayor dotación presupuestaria, de un nuevo diseño coordinado de los Servicios Sociales donde sería muy positivo retomar el plan Concertado de Servicios Sociales que se firmó hace ya algunos años entre el gobierno, Comunidades Autónomas y Entidades Locales. La robotización, junto con el envejecimiento de la población y el nuevo planteamiento de familia, hace necesario un rediseño completo de lo que hoy consideramos que son los servicios sociales.

Por otro lado, sería necesario readaptar el Sistema de Dependencia y su alcance. A medida que se vaya dando el proceso de inclusión gradual de la robótica en el cuidado de mayores en instituciones especializadas de tratamiento y cuidado, se debe ir haciendo una campaña de concientización en las personas mayores para evitar la reticencia frente a robots. El envejecimiento de la población tiene como consecuencia directa el incremento de las personas con problemas en su autonomía personal y los robots asistenciales pueden colaborar en el mantenimiento o recuperación de niveles de autonomía adecuados, tanto en el ámbito doméstico como en residencias de mayores, hospitales o centros de servicios sociales, como se expuso anteriormente. Aunque la introducción no es a corto plazo, tal y como está estructurado el sistema de dependencia, no se cuenta actualmente con un terreno apropiado para su introducción por falta de capacitación, recursos y personal calificado, por mencionar algunos ejemplos.



En una sociedad envejecida como la española, la robótica constituye una gran oportunidad para transformar el entorno asistencial de los ancianos y se convertirá en pocos años en una prioridad para las administraciones públicas.

Por otra parte, a pesar de los importantes equipos de investigación en la materia, España no tiene aún una estrategia específica por parte de las Administraciones Públicas en materia de robótica avanzada, como sí se puede identificar en otros países, por ejemplo, en Japón, como se mencionó anteriormente.

Sería conveniente contar con una Estrategia Nacional de Tecnología y Robótica avanzada. Lo primero que habría que hacer en esta Estrategia es describir el marco socioeconómico y tecnológico actual, para después delimitar los objetivos a corto, medio y largo plazo y las líneas prioritarias de actuación, con el fin de fomentar la producción e incorporación de tecnología avanzada, pero no sólo en el ámbito industrial, sino también en el ámbito doméstico y el de servicios, y por tanto, en donde se analizara la estrategia a seguir para una adecuada implantación de la robótica para el cuidado de mayores.

Téngase en cuenta, tal y como ya han apuntado estudiosos y desarrolladores de prototipos de inteligencia artificial, así como la propia la Unión Europea, que el cuidado humano es imposible sustituirlo en su integridad. Esto conlleva a que la sustitución del puesto de trabajo por una máquina no será lo predominante, sino más bien se planteará la automatización de algunas tareas. La prioridad, por tanto, es adaptar la actual formación profesional a los cambios tecnológicos, para preparar a los futuros trabajadores como a aquellos que ya tienen un empleo.

De igual forma, si se quiere minimizar la brecha robótica y las desigualdades por la utilización de robots en este campo, se tendría que comenzar por analizar qué medidas se podrían tomar desde sistema de protección social, principalmente desde el sistema de Servicios Sociales actual, y desde el Sistema de Dependencia. En definitiva, aunque en el ámbito específico de la robótica asistencial se encuentre en una fase inicial, la inversión en nuevos desarrollos tecnológicos, la formación adecuada de trabajadores y usuarios, y un marco normativo adecuado, pueden permitir que la robótica asistencial se convierta en una apuesta estratégica para España.

Sería por tanto importante enmarcar una Estrategia Nacional de Tecnología y Robótica avanzada, con el fin de fomentar la producción e incorporación de tecnología avanzada no sólo en el ámbito industrial, sino también en los servicios como una oportunidad de múltiples ventajas y como herramienta imprescindible ante el resto que supone tener una de las poblaciones más longevas del planeta.



A medida que se vaya dando el proceso de inclusión gradual de la robótica en el cuidado de mayores en instituciones especializadas de tratamiento y cuidado, se debe ir haciendo una campaña de concientización en las personas mayores para evitar la reticencia frente al uso de estas tecnologías para su cuidado.

BIBLIOGRAFIA

- Banco Mundial. (2022). Demografía y Población Mundial. Estimaciones y retos.
- Batthyány, K. G. (2014). DISCURSO EXPERTO EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES. . *Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS, vol. 27, n.º 34, julio 2014.*
- Benach, J., & Navarro, V. (1996). Desigualdades sociales de salud en España. *Salud Pública, 505-636.*
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). *A conceptual framework for action on.* Ginebra: Ed. OMS.
- Cordero P. y Pinto J.A. (2015). Las personas mayores y su salud: Situación actual. *Avances en Odontostomatología, versión On-line ISSN 2340-3152 versión impresa ISSN 0213-1285.*
- Dahlgren G, W. M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.* World Health Organization.
- Daviña, P. G. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España.* Madrid: memoria para optar al grado de doctor universidad complutense de madrid.
- Declaración de derechos de los pacientes. (1972).
- Diaz, C. R.-D. (2001). *Promoción de la salud y cambio social.* Ed. Masson.
- Diego S., A. (1 de agosto de 2022). *La economía de los cuidados: un gran negocio en España por el envejecimiento de la población.* Obtenido de www.emprendedores.es/gestion/economia-de-los-cuidados-negocios/
- España, entre los diez países con mayor esperanza de vida: esta es la lista.* (15 de enero de 2023). Obtenido de Onda Cero: https://www.ondacero.es/noticias/sociedad/espana-diez-paises-mayor-esperanza-vida-esta-lista_20220827630a5304142d7b0001977897.html
- Eurostat, C. E. (2011). *Tercer Informe sobre Demografía.* Obtenido de Disponible en [http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6688&langId=en.](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6688&langId=en)

- Fernández et al. (2017). Los robots para el cuidado de mayores. Un debate interdisciplinar, tecnológico, sociológico y jurídico. *Universidad de Granada*.
- Gil Aluja, J., & Askenasy, J. J. (2023). A Tentative Algorithm for Neurological Disorders. In *Artificial Intelligence in Control and Decision-making Systems: Dedicated to Professor Janusz Kacprzyk* (pp. 199-222). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Gil Aluja, J. Las revoluciones tecnológicas frente al mandato biológico conferencia inaugural. *Desafíos de la nueva sociedad sobrecompleja: Humanismo, transhumanismo, dataísmo y otros ismos*, 15.
- Gil Pedriola et al. (2003). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Ed. Masson.
- Hernández de Cos, P. J. (2017). *El sistema público El sistema público de pensiones en España: situación actual, retos y alternativas de reforma*. Banco de España.
- IMSERSO. (2004). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid.
- INE (2023).
- Joan C Tronto, B. F. (1990). *Toward a Feminist Theory of Caring*. NY: in E Abel & M Nelson (eds), *Circles of Care*. SUNY Press, Albany.
- La robótica asistencial de la mano de Fundación ONCE. (2022).
- Lewis, D. y. (2000). *The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states*.
- Ley General de Salud Pública. (2011).
- Miguel Ruiz Alvarez. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021). *Rev. Esp.Salud Pública*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Determinantes económicos, recursos sanitarios, estilos*.

- MISSM (2022). *Seguridad Social/Pensionistas*. Obtenido de <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Pensionistas/Pensiones/33467?changeLanguage=es>
- Montserrat-Codorniu, J. (2006). El gasto en los mayores: el reto de la dependencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 41. Núm. 1.
- Moreno, S. N. (2018). La Economía del Cuidado: división social y sexual del trabajo no remunerado en Bogotá. . *Revista Latinoamericano de estudios de Familia*, 10(1), enero-junio.
- Observatorio Virtual de Transferencia Tecnológica. (2020).
- OMS. (Noviembre de 1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- OMS. (2021). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- OMS. Secretaría de Salud. (2013). Programa de acción específico 2007-2012: Entornos y Comunidades Saludables.
- ONU (2022).
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- RAE (2001).
- Ramos Cordero P & Pinto Fontanillo JA. (2015). Health status of the elderly. Current situation. *Av. Odontoestomatol*, 107-116.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*.
- RC., V. (1848). *Report on the typhus epidemic in Upper Silesia*. . *Am J Public Health*.
- Ruiz Alvarez, M. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021). *Rev. Esp.Salud Pública*.
- Sánchez García, M. (2008). *Trabajo Social: La cuestión social, fuentes de provisión de bienestar social y comunidad*. La Paz- Bolivia: Facultad Ciencias Sociales.