

CAPÍTULO 4.

EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ANTE EL RETO DE LA DEPENDENCIA

Armando Pardo Gómez*
Juan Ignacio González Cecilio*

4.1. Introducción: envejecimiento y dependencia, dos conceptos separables

Estamos viviendo una transición demográfica a escala global. La población mundial está envejeciendo. Numerosos informes de organismos internacionales llevan años reflejando esta realidad y proyectando que este envejecimiento se hará aún más acusado en los años por venir. La OMS ha declarado el periodo 2021-2030 como la “Década del Envejecimiento Saludable”, en aras de fomentar acciones y comprometer a los gobiernos de los países para tomar medidas que garanticen que ese envejecimiento se acompañe de una situación de bienestar (OMS, 2020).

Como ilustración rotunda de ese envejecimiento, podemos tomar el informe sobre *Perspectivas de la Población Mundial 2024* de Naciones Unidas, cuyas proyecciones para finales de la década de 2070 elevan la población mundial de 65 o más años a los 2.200 millones, superando en número a los menores de 18 años. También prevé que, a mediados de la década de 2030, habrá más personas mayores de 80 años que niños. Esta situación, que se da en prácticamente todos los países del mundo, se está verificando ya desde hace años en Europa. Según datos de Eurostat, para el 1 de enero de 2024, la población de la Unión europea (UE) se estimaba en 449,3 millones de personas, y más de una quinta parte (21,6 %) contaba 65 o más años.

Dentro de Europa, España se encuentra en el grupo de países cuyas poblaciones más van a envejecer. Según el informe de *Envejecimiento en Red*, publicado por el CSIC en octubre 2025, el número de personas centenarias residentes en España alcanzó en 2024 un máximo histórico, con 15.911 (82,2 % de las cuales eran mujeres). La cifra supone un incremento anual del 8,5 %. La tendencia ascendente iniciada en 2001 (interrumpida en 2020 y 2021 como consecuencia de la pandemia por coronavirus) continúa de forma sostenida.

El proceso de envejecimiento se asocia al deterioro de las capacidades biológicas, mentales y sociales necesarias para alcanzar bienestar y una suficiente calidad de vida. El aumento de la esperanza de vida no implica necesariamente un aumento de años libres de discapacidad. Pero ¿está el envejecimiento inexorablemente ligado a un deterioro en la calidad de vida? ¿Hasta qué punto envejecer y enfermar son procesos que van de la mano?

El envejecimiento es un proceso fisiológico que experimentan los seres vivos, algunos incluso en su fase embrionaria, aunque no todos lo hacen de la misma manera y muchos no llegan a estadios avanzados de esta condición. La senescencia es espe-

* Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

cialmente tangible en animales, encontrando en la naturaleza especies más longevas que otras. En el caso de los seres humanos, más que un aumento de la longevidad total como especie, lo que se observa en las últimas décadas es un aumento considerable en la cantidad de personas que logran llegar a edades avanzadas.

El envejecimiento no es una enfermedad, pero sí aumenta el riesgo de padecer muchas enfermedades a medida que pasan los años. Es por eso por lo que, a pesar de tratarse de un proceso biológico normal, se ha medicalizado su atención, al igual que ha sucedido con otros procesos fisiológicos que conllevan un aumento de riesgo para el individuo, como el embarazo, el puerperio o la menopausia, por mencionar solo algunos que afectan específicamente a las mujeres.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se caracteriza por una pérdida progresiva de la integridad fisiológica que conduce a una disfunción celular y a un aumento de la vulnerabilidad a enfermedades asociadas a la edad, como el cáncer, la diabetes y la neurodegeneración. En 2013 se publicó en la prestigiosa revista científica *Cell* un artículo que ofrecía un marco conceptual y sintetizaba los mecanismos biológicos subyacentes al envejecimiento. Los autores identificaron procesos fundamentales (*hallmarks*) comunes a distintos organismos para orientar la investigación y propusieron potenciales intervenciones terapéuticas. El mismo grupo de autores revisó esta idea diez años después y, en 2023, amplió este marco. Los procesos identificados son doce: inestabilidad genómica, acortamiento de telómeros, alteraciones epigenéticas, pérdida de proteostasis, desregulación en la detección de nutrientes, disfunción mitocondrial, senescencia celular, agotamiento de células madre, alteración de la comunicación intercelular, inflamación crónica, disbiosis (alteración del microbioma) y cese de la macroautofagia (autofagia deshabilitada). Cada uno de ellos puede ser utilizado por la medicina antienvjecimiento como dianas terapéuticas para intentar frenar o incluso revertir el envejecimiento.

Desde el punto de vista sociodemográfico, el envejecimiento poblacional supone un reto importante. La sociedad debe prepararse para que una parte considerable de su población supere umbrales etarios tradicionalmente vinculados con la vejez, como los 65 años y muchas personas adquieran la condición de octogenarias, centenarias o súpercentenarias. Esta realidad exige elaborar nueva normativa, adaptar espacios, asignar partidas presupuestarias específicas y reorganizar sistemas para poder satisfacer las necesidades de este tipo de población. La planificación de la atención sanitaria juega un papel central en este contexto, si se quiere mantener el bienestar a edades avanzadas.

Desde el punto de vista clínico, la atención al envejecimiento implica a varias disciplinas. La geriatría es la especialidad médica dedicada al estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y síndromes propios de las personas mayores, con un enfoque integral que considera simultáneamente los aspectos biológicos, funcionales, psicológicos y sociales del envejecimiento. Su objetivo central no es únicamente tratar patologías aisladas, sino preservar la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores, abordando de manera prioritaria problemas complejos y frecuentes, como la comorbilidad, la fragilidad, la discapacidad, el deterioro cognitivo, la polifarmacia y los síndromes geriátri-

cos. Caben hoy pocas dudas de que los centros de atención sanitaria deben incluir geriatras entre sus profesionales si quieren dar una atención integral a las personas mayores.

Sin embargo, como estamos viendo, el envejecimiento poblacional genera una situación compleja y requiere de la intervención de múltiples profesionales para su abordaje. La gerontología es la disciplina científica interprofesional que estudia el envejecimiento y la vejez en todas sus dimensiones, incluyendo los procesos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y demográficos asociados al curso de la vida. Analiza cómo y por qué envejecen las personas y las poblaciones, así como las consecuencias del envejecimiento sobre el individuo y la sociedad, con el objetivo de promover un envejecimiento saludable, activo y digno mediante la investigación, las políticas públicas, las intervenciones sociales y las estrategias preventivas.

El envejecimiento, cuando no es saludable, puede venir asociado a la discapacidad. Esta discapacidad, sin embargo, no siempre se acompaña de dependencia. Dependencia y discapacidad son conceptos relacionados, pero no equivalentes. La discapacidad se refiere a la presencia de una deficiencia o limitación en funciones o estructuras corporales (físicas, mentales, sensoriales o intelectuales) que puede restringir la aptitud de una persona para realizar determinadas actividades. Es un concepto que manifiesta la interacción entre la condición de salud del individuo y su entorno, y no implica necesariamente la necesidad de ayuda de otra persona. Una persona puede tener una discapacidad y ser plenamente independiente si cuenta con adaptaciones, apoyos técnicos o estrategias compensatorias adecuadas.

La dependencia, en cambio, describe la necesidad efectiva de ayuda de terceros para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como consecuencia de una (o varias) discapacidad(es) o enfermedad(es). Es un concepto funcional y relacional que se manifiesta cuando las limitaciones superan la capacidad de compensación individual o ambiental y generan una demanda concreta de cuidados. Como ejemplo práctico para visualizar estos conceptos, podemos decir que casi todos somos dependientes para escalar el monte Everest (necesitaremos ayuda de terceros), pero la mayoría de nosotros no lo somos para subir un tramo de escaleras. Además de entrenar y fortalecer al individuo, si adaptamos el entorno, disminuimos la dependencia. Si colocamos rampas, asideros o ascensores, una persona, aunque tenga una discapacidad en la marcha, podrá sortear el tramo de escaleras sin necesidad de ayuda de otra y no será dependiente. La discapacidad se refiere a la limitación, mientras que la dependencia se refiere a la necesidad de ayuda.

En definitiva, toda persona dependiente presenta algún grado de discapacidad, pero no toda persona con discapacidad es dependiente.

4.2. La transición al envejecimiento saludable: el enfoque compuesto de la medicina geriátrica y la antropología de la salud

A la hora de realizar una aproximación al concepto de envejecimiento, resulta esencial adoptar un enfoque poliédrico, teniendo en cuenta las consideraciones de dos

modelos en contraposición: por un lado, el modelo hegemónico actual, centrado en los aspectos biomédicos y, por otro, el modelo de integración social y cultural de la antropología de la salud.

El modelo biomédico es la denominación más contemporánea de lo que se conoce como medicina alopática o medicina occidental. La crítica a este modelo se basa en los siguientes argumentos.

Reduccionismo materialista y positivista. Basado en un mecanicismo fisiológico, el marco conceptual fuertemente arraigado en el esquema positivista y la visión materialista se considera insuficiente para entender de manera plena el binomio salud-enfermedad y, por tanto, inadecuado para desgranar los fenómenos del envejecimiento.

Parcialidad de las aproximaciones tradicionales. Con el paso del tiempo y con el desarrollo de la medicina, la formulación de una visión integral exige enfoques más complejos, superando diferentes modelos, como el anatomopatológico, impulsado por Morgagni en la segunda mitad del siglo XVIII, que atribuye la causa de la patología a lesiones anatómicas; el fisiopatológico, desarrollado por Claude Bernard a finales del siglo XIX, más integrador o multidisciplinar, pero basado en el entendimiento de la salud como un equilibrio fisiológico; y el etiopatogénico, introducido por Louis Pasteur, también en las postrimerías del siglo XIX, que se centra en hallar las causas, sobre todo, en el seno de la patología infecciosa. Cada uno de los modelos aborda los mismos fenómenos desde puntos de vista diferentes, pero sin ofrecer una visión integral del envejecimiento.

Lógica social y utilitarista. El modelo prioriza soluciones técnicas y asigna a los profesionales un rol fundamentalmente técnico, centrado en la eficiencia y el control, sustentado en analogías parciales entre el sentido de la vida y su conservación. Pasa así por alto que la biomedicina se inscribe en un sistema mucho más amplio que el estrictamente médico, condicionado por las estructuras socioculturales en las que opera.

Exclusión del sujeto. La objetividad, elevada a estándar en la medicina contemporánea, aleja de la percepción del individuo, desplazando los aspectos más desagradables de los procesos asociados a la enfermedad.

El modelo biomédico del envejecimiento impide, en definitiva, el concebir el envejecimiento como una transición compleja y multidimensional cuya comprensión requiere de otras aportaciones disciplinares, como la de la antropología médica, también llamada antropología de la salud, un subcampo dentro de la antropología social que trata de esclarecer la realidad de los procesos sociales y las representaciones de la salud a través de la investigación empírica. Centrada en la inclusión de la dimensión sociocultural y la redefinición de conceptos esenciales de la práctica médica, la antropología de la salud nace en respuesta a la búsqueda de teorías sociales que permitan reelaborar los conceptos en torno al binomio salud-enfermedad en un mundo cada vez más complejo y diverso. En plena crisis del positivismo y, ante la incapacidad de la medicina de alcanzar la comprensión global del ser humano, la influencia de la filosofía moderna encuentra un encaje necesario en pos de ese objetivo. Figuras como

Ludolf von Krehl y Viktor von Weizsäcker son clave en el surgimiento de una medicina más antropológica, en esa búsqueda de la unión de la biomedicina y la filosofía. Es desde el realismo filosófico desde donde se conforman la antropología de la salud en torno a la enfermedad, la naturaleza específica del hombre y el fundamento científico como pilares esenciales. Cabe dividir las aportaciones fundamentales de la antropología de la salud en tres campos principales: (1) crítica social y atención específica a la dimensión sociocultural; (2) la persona y la experiencia de enfermar, y (3) la relación médico-paciente y la práctica médica.

La crítica social apunta al sistema de desigualdades sociales que pone de relieve el análisis estructural del proceso de enfermedad. En este sentido, cobra importancia la categorización de la biomedicina como una etnomedicina dentro del marco de una salud intercultural encaminada al reconocimiento de sistemas diversos, sin la jerarquización étnica ligada al modelo actual.

El énfasis en la persona y la experiencia de enfermar se basa en la convicción de la necesidad de recuperar la perspectiva del paciente, su cosmovisión, teniendo en cuenta la experiencia como hito biográfico. El síntoma es parte de esa biografía en forma de lenguaje inconsciente.

Finalmente, al enfocar la atención en *la relación entre pacientes y profesionales*, se dota de importancia a los diálogos, que evolucionan y eventualmente trascienden la curación de las enfermedades que ocasiona el encuentro médico. Aunque la medicina se ejerza como arte y como técnica bajo el dominio de la razón, al situar al ser humano como elemento central, se reconoce que su fundamento último no reside en la biología ni en la estadística, sino en la antropología. Este reconocimiento amplía el pacto terapéutico que, bajo el modelo canónico, tiene la curación como finalidad.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento saludable, que conforme a la definición de la OMS (2020) consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar, no puede eludir los aspectos sanitarios e implica la consecución de la independencia funcional y una percepción concreta de calidad de vida. Estos elementos se sitúan en el centro del bienestar físico, mental y social.

Enmarcada en este paradigma, la geriatría contemporánea, en la que la medicina preventiva adquiere un peso creciente, se enfoca el envejecimiento como un proceso heterogéneo e indeterminado. En esta línea, son muchos los geriatras —entre los que nos incluimos— que hoy día proponen abandonar la rígida dicotomía entre dependencia e independencia para virar hacia la idea de interdependencia y autonomía relacional, una idea atenta al componente social y a su influjo en la vulnerabilidad del ser humano. Abandonar las categorías rígidas de la biomedicina se convierte en una prioridad, reconceptualizando asociaciones alrededor del envejecimiento, lo que permite entender que dicho proceso debe ser visto como una responsabilidad política y social colectiva. Las políticas deben involucrar a la población envejecida en la toma de decisiones. Ello exige reconocer la complejidad de este segmento de la población y tener también en cuenta el marco conceptual ofrecido por la antropología de la salud en la consecución del bienestar físico y mental que la geriatría tiene como objetivo. Esta

colaboración interdisciplinar puede facilitar la generación de políticas que respeten la diversidad de experiencias, necesidades y deseos, más allá de los estándares de productividad y autonomía.

En conclusión, el envejecimiento poblacional representa un reto importante para el individuo y para la sociedad, pero debemos dejar de concebir el envejecimiento de la persona como un problema. El envejecimiento del individuo es un éxito de la sociedad. Sin embargo, una sociedad con una población envejecida puede llegar a ser insostenible si las personas mayores son dependientes. Por ello se precisa un cambio de foco. Dejemos de decir “el problema del envejecimiento” y hablemos del “problema de la dependencia” y de cómo abordarlo: cómo mitigar sus efectos cuando aparece, pero, especialmente, cómo prevenirlo. En este texto exponemos algunas formas de afrontar el envejecimiento desde una óptica positiva y algunas herramientas disponibles para que ese envejecimiento no implique inevitablemente una mala calidad de vida.

4.3. El envejecimiento saludable como proceso multifactorial

4.3.1. Dimensiones clave

Funcionalidad física y cognitiva

El envejecimiento saludable es un proceso multidimensional que se da a lo largo de la vida, en el que se incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Desde el punto de vista clínico, existe un eje de atención prioritario que determina la calidad de vida: la funcionalidad.

La funcionalidad se define como la capacidad de una persona para realizar de manera autónoma y eficaz las actividades necesarias para la vida diaria e interactuar con su entorno. En el ámbito de la geriatría, las actividades de la vida diaria son un indicador fundamental de la capacidad funcional y se utilizan para evaluar el grado de independencia del adulto mayor. Según su nivel de complejidad, se clasifican en actividades básicas, instrumentales o avanzadas.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas que tienen que ver con el autocuidado y la movilidad: alimentación, aseo personal, vestido, baño, uso del retrete, control de heces y de orina, transferencias (cama-silla), deambulación y uso apropiado de escaleras. Las actividades instrumentales de la vida diaria son las que definen la relación del individuo con su entorno: uso del teléfono, realización de compras, preparación de alimentos, cuidados del hogar, lavado de ropa, uso de medios de transporte, manejo de la medicación y control del dinero. Las actividades avanzadas de la vida diaria hacen referencia a tareas sociales, recreativas, ocupacionales y comunitarias que reflejan el nivel más alto de funcionalidad y participación social: desempeño de trabajo remunerado o voluntario, realización de actividades deportivas, recreativas y culturales, uso de tecnología y medios digitales, y participación social y comunitaria.

El deterioro funcional puede aparecer asociado al envejecimiento o como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica. Cuando aparece asociado al envejecimiento, se pierde la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, de las más complejas a las más sencillas. Una persona que no es capaz de realizar las actividades básicas no puede vivir sola. Una persona que no puede realizar las actividades instrumentales puede vivir sola, pero necesitará ayuda para desenvolverse fuera de su domicilio. Una persona que no pueda realizar las actividades avanzadas podrá interactuar con su entorno, pero verá disminuida su calidad de vida. Es importante identificar estos déficits cuando aparecen, porque una intervención temprana puede conseguir que la persona recupere la función perdida o evitar que la discapacidad progrese a actividades más sencillas que conduzcan finalmente a una situación de dependencia.

Fragilidad, sarcopenia y deterioro cognitivo como puntos de intervención clínica

La funcionalidad depende de la integridad de varios sistemas del organismo, entre ellos, el musculoesquelético, el cardiovascular o el neurológico. Antes de que aparezca la pérdida de función, estos sistemas se ven alterados. La geriatría moderna intenta identificar parámetros que revelen cómo funcionan estos sistemas; si detecta déficits en ellos, puede adelantarse a la pérdida de función e intervenir para mantener los sistemas en el mejor estado posible.

La funcionalidad física es especialmente sensible a dos procesos que afectan a estos sistemas: la fragilidad y la sarcopenia. La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por una reserva fisiológica disminuida y una mayor vulnerabilidad ante estresores, manifestándose clínicamente como debilidad, pérdida de peso involuntaria, lentitud en la marcha, baja actividad física y fatigabilidad. Puede ser también consecuencia de la acumulación de déficits a lo largo de la vida. La sarcopenia, por su parte, es la pérdida progresiva y generalizada de masa y fuerza muscular, que afecta a la capacidad para mantener el equilibrio, levantarse de la silla o caminar a velocidades adecuadas. Ambos procesos se solapan y condicionan entre sí. En la medida en que son potencialmente prevenibles y tratables, representan puntos de intervención fundamentales para la geriatría.

La capacidad cognitiva es otro pilar del envejecimiento saludable. Engloba procesos como la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, la orientación y el lenguaje, que permiten planificar, decidir y adaptarse a situaciones cotidianas. En personas mayores, el deterioro cognitivo constituye una de las causas más relevantes de pérdida de autonomía. Incluso alteraciones sutiles de funciones ejecutivas pueden dificultar tareas instrumentales, como gestionar la medicación o las finanzas domésticas, antes de que aparezcan limitaciones en actividades más básicas. Por ello, la detección temprana y el seguimiento longitudinal del rendimiento cognitivo son esenciales para prevenir complicaciones, adaptar el entorno y planificar estrategias de apoyo familiar y social.

El proceso de enfermedad en los pacientes mayores se comporta de manera totalmente diferente a como lo hace en los adultos jóvenes. La principal característica de los pacientes mayores es la pérdida de “capacidad intrínseca”, definida como el con-

junto de todas las capacidades físicas y mentales de una persona que determinan su potencial funcional a lo largo del curso de vida, independientemente de las características del entorno. Este concepto, central en el enfoque de la OMS sobre envejecimiento saludable, incluye la reserva biológica y funcional con la que cuenta el individuo para afrontar demandas y estresores. Evoluciona de forma dinámica a lo largo del tiempo; puede mantenerse, mejorar o deteriorarse, y es potencialmente modificable mediante intervenciones preventivas y terapéuticas. En suma, representa el capital biológico y mental que tiene una persona para enfrentarse a un problema de salud.

La OMS ha establecido que la capacidad intrínseca se compone de cinco grandes dominios: la movilidad, la cognición, los sentidos, el estado psicológico y la vitalidad. Cada uno de estos dominios está formado, a su vez, por distintos atributos susceptibles de medición y caracterización. Desde el punto de vista epidemiológico, el concepto de capacidad intrínseca es fundamental cuando se habla de envejecimiento saludable. Desde el punto de vista clínico, es más útil medir déficits sobre los que se pueda actuar y, por eso, los geriatras medimos la fragilidad, la sarcopenia o el deterioro cognitivo —en lugar de la “pérdida de capacidad intrínseca”— como elementos cuya detección debería ir seguida de intervenciones sanitarias.

La tarea aún pendiente: la vulnerabilidad social

La definición de salud que acuñó la OMS a mediados del siglo XX ya entendía esta como un estado de bienestar en tres dimensiones: físico, mental y social. Sin embargo, los sistemas sanitarios, en general, y los hospitales, en particular, se han centrado durante décadas en el bienestar físico. Desde hace algunos años, se otorga más importancia a la salud mental, aunque con grandes desigualdades de recursos e incluso de relevancia frente a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas biológicos. Más de 75 años después de que la OMS ofreciera su definición tridimensional de la salud, la tercera dimensión, el aspecto social, sigue siendo materia pendiente en los hospitales. Esta dimensión adquiere especial relevancia para las personas mayores. En primer lugar, porque para combatir muchas de las patologías asociadas a la edad se precisa disponer de un soporte social firme y, en segundo lugar, porque la situación social de una persona se ha asociado con resultados relevantes en salud —como el deterioro cognitivo, las enfermedades infectocontagiosas y la soledad no deseada—, incluso con la expectativa de vida.

Ciertamente, en los centros de salud de atención primaria (AP), la situación social se halla mucho más presente en la relación médico-paciente que en el ámbito hospitalario. El personal médico y de enfermería de familia llega a conocer de forma mucho más cercana el estilo de vida de los pacientes, incluyendo, en muchas ocasiones, visitas domiciliarias que permiten ver *in situ* cómo viven los pacientes y obtener información valiosa que ellos mismos no transmiten y que puede tener impacto en su salud. En los hospitales, se ha creado una figura que conecta la atención hospitalaria con la primaria: la enfermera de continuidad asistencial. El sistema sanitario también cuenta con servicios de Trabajo Social, conectados con los centros de Trabajo Social de zona, con el propósito de coordinar los recursos y la atención social de la población más vulnerable. Aun así, la dimensión social, suele estar excluida de la actividad asistencial. Muy poco personal sanitario está concienciado y, mucho menos, formado

para identificar, investigar y dar solución a estos problemas. De hecho, aunque se integre en el concepto global de salud y tenga impacto evidente sobre patologías físicas y mentales, el aspecto social queda habitualmente al margen del trabajo asistencial.

Esta marginación genera una batería de preguntas. ¿Existe un eslabón perdido entre lo sanitario y lo social? ¿Deberían integrarse en el mismo proceso asistencial, como una prestación más del sistema sanitario? ¿Quién debe cumplir y quien cumple esta función de integración en el sistema sanitario español? Las respuestas a estos interrogantes arrojan más dudas que certezas.

En las comunidades autónomas españolas, la estructura de administración y gobierno de la sanidad y los asuntos sociales varía según la región y el gobierno de turno, encontrándose tanto unificadas como separadas, aunque con una tendencia creciente hacia la integración de la atención sociosanitaria. Existen modelos unificados en los que algunas comunidades agrupan ambas áreas bajo una misma consejería para gestionar de forma conjunta la atención primaria, hospitalaria y la dependencia. Existen, también, modelos separados que mantienen consejerías independientes para sanidad y para asuntos sociales/familia, distinguiendo la gestión sanitaria de las políticas de servicios sociales.

Lo “socio”, lo “sanitario” y la geriatría

En toda esta construcción del entramado institucional, a los geriatras apenas se les ha dado un espacio, sin reparar en el papel que podrían desempeñar para mejorar el funcionamiento de la cadena de cuidados. La pregunta surge inevitablemente: ¿por qué tienen los geriatras tan escasa voz en el debate sobre la dependencia y los cuidados de larga duración? Uno de los objetivos principales de la geriatría es, precisamente, evitar la dependencia, pero existe poca integración entre los profesionales sanitarios que realizan las actividades asistenciales y las personas encargadas de desarrollar las políticas sociales. Quizá, la respuesta a esa pregunta se encuentre en la escasez de estos especialistas respecto al colectivo de población, grande y creciente, al que deben atender.

Actualmente, la mejor respuesta que se le puede dar a este problema es la coordinación sociosanitaria, pero depende en gran medida de la voluntad y organización de los profesionales para integrar los ámbitos de atención primaria, hospitalaria y domiciliario. Podemos hablar de un verdadero “eslabón perdido” en la cadena de cuidados entre lo asistencial y lo social, un eslabón necesario para completar el engranaje verdadero entre todas las dimensiones de la salud. No está claro quién debe ejercer esa función o llenar ese vacío: ¿el geriatra?, ¿el médico de atención primaria?, ¿la enfermera especialista en geriatría?, ¿la enfermera de continuidad asistencial?, ¿el trabajador social?, ¿otro profesional formado específicamente para ello? Una solución adecuada pasa, a nuestro juicio, por el fortalecimiento de la disciplina de la gerontología. Las gerontólogas y los gerontólogos emergen como figuras en el ecosistema del envejecimiento saludable; ellas y ellos podrían asumir el protagonismo en la coordinación entre la atención sanitaria (física y mental) y la atención social.

4.3.2. La importancia de lo cotidiano (hogar, barrio, cultura)

Los diferentes contextos que rodean al proceso del envejecimiento condicionan la experiencia de cada sujeto en esa etapa vital. Existen diferentes modelos al respecto, y los valores y significados en torno a la vejez varían en función de la cultura desde la que se examinen. Así, en la perspectiva de sociedades tradicionales, se ensalza a los mayores. Por el contrario, las sociedades industriales, en aras de una filosofía que busca el cambio, atribuyen un valor menor al cuerpo envejecido.

Desde el modelo biomédico, el envejecimiento saludable se centra en la consecución de la autonomía y la independencia como objetivos individuales, dejando de lado las variables sociales externas y la autopercepción. Sin embargo, son estas, junto con las circunstancias histórico-sociales y vivenciales, las que determinan los estilos de vida como respuestas contextuales a las problemáticas de salud, soledad o falta de apoyo a las que las personas deben hacer frente.

Es cierto que, aunque el modelo biomédico considera la autonomía como un objetivo, esta puede entenderse desde un prisma individual o, por el contrario, social, es decir, relacional. En este segundo sentido, la dependencia constituye una característica universal y el bienestar se fundamenta en la interdependencia efectiva y el cuidado mutuo.

En la esfera política, los contextos socioculturales tienen una implicación directa que condiciona el modo en el que se planifica y ejecuta la atención a la población envejecida. Los sistemas médicos son, al fin y al cabo, sistemas culturales que se alinean con los grupos que los crean, que, a su vez, son responsables de las nociones y los comportamientos asociados a la salud. El modelo biomédico, todavía prevalente en muchos sistemas sanitarios contemporáneos occidentales, vincula las limitaciones físicas individuales que experimentan las personas, sobre todo, con la edad cronológica. Lo cierto es que, dentro de la vivencia histórica y la trayectoria vital del individuo, el envejecimiento se encuentra vinculado a numerosos factores que se superponen a lo largo de los años, entre otros, la edad biológica y los accidentes. Carece de sentido idealizar o demonizar este fenómeno; alejándose de estereotipos y de enfoques tan limitados, es necesario ofrecer perspectivas de cuidado global.

De ahí que el éxito de las políticas de salud en el manejo del envejecimiento radique en hacer tan amplia como sea posible la atención al individuo y a la comunidad. Para ello, se requiere de un enfoque intercultural y transversal, realizando un análisis completo no solo de las circunstancias individuales, sino de las condiciones que rodean al concepto de salud y que matizan la noción de bienestar y éxito.

En definitiva, el análisis de los contextos socioculturales ha de tener en cuenta tres aspectos diferenciales: las construcciones culturales alrededor del concepto de salud, lo que se considera bienestar o éxito en cuanto al envejecimiento, y la traducción de tales construcciones y consideraciones en la aplicación de políticas de salud.

4.3.3. La importancia de los determinantes sociales del envejecimiento (educación, ocupación, vivienda, cultura de cuidados)

El envejecimiento es, desde el punto de vista antropológico, una construcción cultural, social e histórica que se encuentra imbricada en el proceso biomédico y en cuyo desarrollo intervienen una serie de elementos contextuales de importancia fundamental. Empezando por la educación (formal o informal) de los individuos, esta no solo tiene un peso importante en el bienestar, sino también en la capacidad de adaptación frente a diferentes problemáticas vitales. El nivel educativo interfiere de forma directa sobre el proceso de envejecimiento conformando la “reserva cognitiva”, que se erige en factor atenuante del declive cognitivo tanto fisiológico como patológico.

En la sociedad actual, los itinerarios educativos y laborales favorecen un retraso de la edad en la que se tiene descendencia y se constituye una familia propia, lo que afecta de forma directa a la posición de las personas mayores en los núcleos familiares. Por ejemplo, antes se las consideraba transmisoras de conocimiento por tradición oral; ahora, ese rol es menos relevante. Por otro lado, las generaciones previas combaten las consecuencias del analfabetismo (incluido el digital) y se enfrentan a una relación problemática con una tecnología rápidamente cambiante en una sociedad en constante transformación.

La interacción entre el nivel educativo, la historia laboral y la posición socioeconómica representa una importante fuente de desigualdades. De hecho, estas desigualdades afectan a la provisión de cuidados y a la esperanza de vida de las personas enfermas en cualquier sociedad. También el género, la vivienda y el entorno en el que se vive cobran especial relevancia como determinantes sociales del envejecimiento y de la autonomía durante la vejez. Dado que la autonomía se concibe como relacional, la accesibilidad y la distribución territorial de la población en diferentes niveles jurisdiccionales pueden influir en la manera en la que se administran los cuidados. Asimismo, las relaciones sociales, un componente esencial del envejecimiento saludable, dependen de la facilidad de movilidad fuera del domicilio y en el entorno cercano, de las preferencias de la persona y de las políticas reguladoras, lo que convierte estos factores en elementos clave del mantenimiento de la salud.

Pero no menos importante que estos determinantes que habitualmente aparecen en todos los análisis de estratificación social de la población que precisa cuidados de larga duración es la cultura de los cuidados, tradicionalmente feminizados. En efecto, la responsabilidad familiar de los cuidados ha recaído y sigue recayendo fundamentalmente en las mujeres, incluso en sociedades avanzadas en esta materia, como la española. Ahora bien, los cambios sociales en las últimas décadas, que han supuesto un distanciamiento de convenciones socioculturales previas, afectan a la capacidad de las familias y, en particular, de las mujeres, para proveer cuidados, provocando una crisis del cuidado, tanto más ostensible cuanto más débil es el soporte institucional a las familias. El cuidado es, en sí mismo, un tipo de relación social y constituye una actividad transversal de la vida social y familiar. Sobre esta concepción del cuidado, la antropología propone un cambio desde la visión individualista de la autonomía e independencia hacia una interdependencia y autonomía basada en las relaciones.

4.4. Cultura y experiencia del envejecimiento

4.4.1. Representaciones sociales del proceso de envejecer: ¿saludable para quién y con qué estándares?

Las representaciones sociales del fenómeno del envejecimiento son sistemas conceptuales cuyo análisis permite alcanzar una comprensión profunda de todo el proceso. La etnogerontología ha tratado de encontrar una visión amplia en este análisis que integre todas las experiencias de envejecimiento. Se describe un “paraíso gerontocrático” como una idealización de la vejez masculina. Sin embargo, se ha demostrado que, en las sociedades tradicionales, las circunstancias en las que se desarrolla esta etapa dependen, en gran medida, de las condiciones de vida durante la juventud.

En la conceptualización contemporánea, el envejecimiento se entiende de manera dicotómica. Por un lado, la vejez se asocia con un proceso involutivo con connotaciones negativas derivadas de la pérdida funcional, la soledad y la vulnerabilidad, relegando a los adultos mayores a una posición marginal. Por otro, el envejecimiento se representa de forma positiva dentro del paradigma de actividad, positividad y responsabilidad individual, vinculado al culto al cuerpo y la productividad.

Para analizar estas representaciones, la disciplina antropológica dispone de un conjunto de herramientas metodológicas que ayudan a estandarizar el análisis. Conviene, en primer lugar, exponer los conceptos fundamentales.

- Edad social vs. edad cronológica, respondiendo la primera a una imagen cultural que recoge las atribuciones sociales de valores y estereotipos.
- Construcción cultural, entendida como el marco en el que se establecen los límites y las características del concepto de edad.
- Sistemas clasificatorios, que permiten distinguir los esquemas en los que, a partir de los discursos de cada sociedad, se estructuran las etapas del ciclo vital.
- Totalidad y contexto, que apelan a la necesidad de tener en cuenta diferencias de experiencias marcadas por la influencia de los cambios sociales.

Junto a los conceptos, es asimismo conveniente conocer los marcos teóricos desde los que se enfocan los análisis, distinguiendo entre la etnogerontología, que, desde la experiencia del individuo, trata de estudiar el envejecimiento según la concepción de los propios actores evaluando el contexto; la geroantropología o gerontología crítica, que cuestiona la perspectiva homogeneizadora y pasiva de los afectados por el fenómeno; la fenomenología, que enfatiza la subjetividad, la experiencia de envejecer en el mundo; y la teoría de la estratificación por edades, que estudia las jerarquías sociales y analiza el desigual acceso a los recursos en función de la edad, considerada criterio demarcador de los grupos sociales.

4.4.2. Antropología del envejecimiento: la edad como construcción sociocultural e histórica

Aunque el criterio etario constituye un principio organizativo en diversas sociedades, los estudios muestran que la edad cronológica no siempre se corresponde con la posición social. Por ello, el concepto de edad social resulta esencial para comprender el envejecimiento en distintas culturas.

Existen múltiples modelos de envejecimiento que asignan roles a las personas mayores, con implicaciones de diversa importancia, todos ellos condicionados por el contexto cultural. Es fundamental reconocer que la abstracción cultural y la superación del etnocentrismo permiten una mejor comprensión de las posibilidades organizativas mediante un enfoque transcultural.

Los valores y las representaciones de los adultos mayores, bajo la influencia de determinantes socioculturales, han cambiado históricamente: desde su posición elevada como centro de experiencia y sabiduría con poder político real, hasta la posición marginal observable hoy en sociedades industrializadas, en las que la avanzada edad se percibe como estigma negativo, alejado de lo productivo, y las personas mayores, como receptoras pasivas de cuidados.

4.5. La frontera entre envejecimiento saludable y dependencia

4.5.1. El enfoque biomédico tradicional frente al enfoque de la medicina geriátrica

Como ya se ha esbozado arriba, la perspectiva biomédica se inserta en un modelo esencialista que simplifica el envejecimiento sin adaptarse a la complejidad de los pacientes mayores. Desde un punto de vista filosófico, este modelo ignora la condición social y relacional del ser humano e interpreta la dependencia como una deficiencia, una disminución de la propia condición humana considerando la autonomía como un valor absoluto dentro de la dicotomía capaz-incapaz, sano-enfermo, etcétera. Esta forma de analizar al individuo es unidimensional y a menudo medicaliza el propio envejecimiento considerándolo, en cierto modo, como una enfermedad.

En contraposición, el enfoque de la medicina geriátrica moderna se centra en la optimización del estado de salud y el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas mayores. La valoración geriátrica integral se erige en una herramienta fundamental alrededor de la cual se realiza el diagnóstico, el tratamiento y la evaluación de resultados en salud de dicho tratamiento. Es un recurso multidisciplinar que contempla al ser humano de forma multidimensional.

La transición desde el modelo biomédico tradicional al enfoque integral que defiende la medicina geriátrica moderna constituye un cambio fundamental. En geriatría, se entiende el envejecimiento como un proceso fisiológico dinámico, mientras que la pérdida de la salud y de la capacidad funcional se enmarcan en un *continuum* dinámico

que sitúa en el centro al concepto de “capacidad intrínseca”, siendo esta la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de la persona. El *continuum* va desde la máxima capacidad intrínseca de los pacientes robustos, hasta la mínima, en el caso de los pacientes dependientes, pasando por los pacientes frágiles, que se encuentran en un estado intermedio reversible que antecede a la discapacidad, aumentando el riesgo de dependencia en el caso de que algún cambio intrínseco o extrínseco altere la homeostasis. Este estadio intermedio es crucial, y uno de los cambios paradigmáticos de la medicina geriátrica es su aprovechamiento como una “ventana de oportunidad” para la intervención, en lugar de una razón para la inacción.

En línea con el énfasis que pone la antropología en la dimensión social de la dependencia y en la noción de autonomía relacional, la medicina geriátrica considera el contexto o entorno como un factor clave, englobando las relaciones sociales en su análisis.

4.5.2. La valoración geriátrica integral como la herramienta básica e indispensable en la atención sanitaria del adulto mayor

Numerosos programas de atención a las personas mayores y promoción de la longevidad, lanzados por diferentes instituciones y enmarcados en la “Década del Envejecimiento Saludable”, han definido entre sus objetivos principales la prevención, la detección precoz y el tratamiento de la fragilidad. Sin embargo, este síndrome geriátrico no suele identificarse en una valoración médica habitual. Se precisa una Valoración Geriátrica Integral (VGI), proceso diagnóstico multidimensional, sistemático e interdisciplinario destinado a identificar, cuantificar y manejar los problemas médicos, funcionales, mentales y sociales de la persona adulta mayor, con el objetivo de elaborar un plan de atención individualizado. Se realiza en las unidades de geriatría y, a diferencia de la evaluación clínica tradicional, la VGI se centra en la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida, y no sólo en el diagnóstico aislado de enfermedades. Identifica riesgos potenciales, además de diagnósticos clínicos, y permite intervenir a tiempo para evitar consecuencias desfavorables para la salud y la calidad de vida.

La finalidad de la VGI es generar un plan individualizado para cada uno de los problemas identificados. Con esta intervención se busca mantener la función física y cognitiva de las personas el mayor tiempo posible, un objetivo que demostradamente se consigue mediante intervenciones como las que se relacionan a continuación.

El ejercicio físico es posiblemente el principal impulsor del envejecimiento saludable. Incluso pequeñas cantidades de ejercicio han demostrado beneficios indudables en la calidad de vida y el mantenimiento de la funcionalidad. Los programas del denominado “ejercicio multicomponente” integran varios tipos de ejercicio (fuerza y resistencia, cardiovascular, equilibrio y flexibilidad) de forma estructurada. Para la prevención y el tratamiento de la fragilidad y sarcopenia se recomienda, en particular, el ejercicio de fuerza y resistencia. El ejercicio físico debe ser prescrito por profesionales formados para ello, de manera individualizada para el paciente, revisándose y adaptándose periódicamente según la situación funcional y cognitiva de la persona.

La intervención nutricional es otro pilar fundamental para prevenir y revertir la fragilidad y la sarcopenia. La dieta debe ser equilibrada y contener proteínas de alto valor biológico (carnes animales, huevos, lácteos). Al contrario de lo que pueda pensarse, los adultos mayores requieren un mayor aporte de proteínas que el adulto joven.

No menos cruciales son los objetivos de detección y manejo de la fragilidad para evitar o retrasar la discapacidad, y de creación y mantenimiento de la “reserva cognitiva”. Personas con mayor reserva cognitiva, que utilizan de forma más eficiente y flexible las redes neuronales, pueden presentar menos síntomas clínicos ante el mismo grado de patología cerebral (por ejemplo, Alzheimer o lesiones vasculares). El concepto de la “reserva cognitiva” surgió al observar que personas con alto nivel educativo o actividad intelectual mostraban menor deterioro cognitivo clínico con igual carga patológica que otros pacientes, mientras que, como revelaban algunas autopsias, patologías neuronales avanzadas se manifestaba en individuos que habían sido clínicamente funcionales. La educación formal, la actividad intelectual (leer, escribir, aprendizaje continuo, juegos de estrategia, música, idiomas), la actividad laboral, la actividad física y la interacción social ayudan a construir y mantener la reserva cognitiva.

Entre otras intervenciones favorables al mantenimiento de la función física y cognitiva de las personas mayores destaca la evitación de la polifarmacia. Las múltiples enfermedades crónicas que pueden acumular las personas mayores a lo largo de la vida se acompañan a menudo de prescripción de medicación, también crónica. Muchos pacientes toman a diario seis o más fármacos, lo que implica posibles efectos secundarios e interacciones farmacológicas. En ocasiones, se mantienen prescripciones que ya no son necesarias, incluso potencialmente inapropiadas por el perfil de seguridad o que ya no aportan el beneficio esperable. La conciliación de la medicación y la deprescripción de fármacos es un pilar fundamental en la atención de los pacientes mayores. También la prevención de caídas, que a menudo generan dependencias provisionales o duraderas, contribuye decisivamente a mejorar las perspectivas del envejecimiento saludable.

En conclusión, el sistema sanitario debe adaptarse a las características de los pacientes mayores, sus principales usuarios, y debe alinear las decisiones clínicas con las preferencias y los planes de vida de los pacientes. En la disciplina de la geriatría se ha ido imponiendo la convicción en la necesidad de pasar de un modelo reactivo a uno proactivo, en el que la prevención de la dependencia sea un objetivo principal, tanto para el individuo, como para su entorno, junto con el tratamiento de las enfermedades que ya padezcan los pacientes.

4.5.3. Evolución de la especialidad de geriatría: desarrollo, ratio y ámbito asistencial

La geriatría en cuanto a especialidad médica en España ha experimentado un desarrollo progresivo desde que fue reconocida oficialmente en 1978, en el marco de la reorganización de las especialidades médicas. Aunque la geriatría ya existía como práctica clínica en algunos hospitales de Madrid y Barcelona, los médicos que la practicaban no tenían reconocimiento oficial como especialistas y carecían de una forma-

ción reglada. El hecho de ser una especialidad relativamente joven implica una menor implantación estructural y un desigual desarrollo territorial, lo que inexorablemente conduce a un déficit actual de especialistas.

Cabe afirmar que el desarrollo de la especialidad de la geriatría no se ha producido al mismo ritmo que el envejecimiento poblacional, lo que ha generado un desequilibrio entre necesidades y recursos asistenciales. Desde el punto de vista poblacional, España es un país “envejecido”, cuya población 65 y más años supera ya el 20 % y con previsiones de crecimiento ininterrumpido en las próximas décadas. En este contexto, la geriatría cobra una importancia creciente como especialidad centrada en el manejo de la complejidad, la fragilidad y la dependencia en la población mayor.

El número de especialistas en geriatría en activo es limitado. Según el Ministerio de Sanidad, los/las registrados/as en esta especialidad médica son 830, dos terceras partes, mujeres (Ministerio de Sanidad, 2025). Sin embargo, Cesari et al. (2026), basándose en información proporcionada por sociedades médicas, ofrecen una estimación más elevada del número de geriatras en España: 2.400. Con todo, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología criticó en 2022 la deficitaria oferta de formación especializada (plazas de Médico Interno Residente [MIR])¹. Desde entonces, las plazas de MIR en geriatría han aumentado un 28 % (de 93 en 2022 a 119 en 2026), mientras que el total de plazas MIR lo ha hecho en un 8,5 %.

Si bien las recomendaciones sobre la proporción de especialistas en geriatría en función de la población mayor no son unánimes, La British Geriatrics Society, el organismo seguramente más explícito a este respecto marca como objetivo la existencia de un especialista en geriatría por cada 500 personas de 85 y más años. En España, sin embargo, esa relación es de 1/1.900 si se toma la cifra de geriatras que ofrece el Ministerio de Sanidad, y 1/663 si se toma la cifra recogida por Cesari et al. (2026). Aunque la valoración de la situación varía significativamente en función de la cifra de geriatras que se tome para hacer el cálculo, cabe afirmar que en España faltan geriatras para hacer frente a las necesidades de salud de la población mayor si se quiere cumplir con los estándares de calidad de una atención especializada.

En España, la geriatría es una especialidad eminentemente hospitalaria y su crecimiento ha venido de la mano de las unidades de agudos (el equivalente a cualquier unidad de hospitalización en las diferentes especialidades), las unidades de recuperación funcional y continuidad de cuidados, y los centros sociosanitarios (residencias y centros de día). La presencia de la geriatría en la atención primaria es prácticamente inexistente a nivel formal, lo que configura un modelo asistencial en el que la geriatría queda fuera del primer nivel asistencial y, a su vez, limita su capacidad preventiva y de intervención precoz en síndromes geriátricos y fragilidad.

Como parte de la atención geriátrica integrada en la estructura hospitalaria hay que incluir a la enfermería de continuidad y a los trabajadores sociales. La enfermería de

¹ Véase el artículo titulado “La deficitaria oferta MIR de Geriatría atenta contra la Constitución” en la revista *Redacción Médica*, 04/08/2022.

continuidad adquiere un papel fundamental en la planificación del alta tras hospitalización durante un proceso agudo, así como en el seguimiento posterior. Si la enfermera de continuidad asistencial representa un elemento esencial para garantizar una continuidad real y efectiva de los cuidados, trascendiendo la mera sucesión de intervenciones aisladas, los trabajadores sociales aportan información sobre el entorno del paciente y su red de apoyos, sus condiciones logísticas, identificando situaciones de riesgo (soledad, abandono, maltrato) y facilitando la gestión de recursos sociales y la coordinación con servicios sociales comunitarios.

4.6. Desafíos: el envejecimiento saludable en escenarios de escasez de recursos

4.6.1. Modelos sanitarios basados en resolución de patologías agudas vs. agudizaciones frecuentes de patologías crónicas

De la mano de la transición demográfica, ha aparecido una transición epidemiológica, especialmente en países desarrollados. Consiste en un cambio en los patrones de enfermedad: en los primeros años del siglo XX, las enfermedades infecciosas y los traumatismos eran los más prevalentes; ahora, aunque evidentemente siguen existiendo, unas y otros han sido superados en prevalencia por las enfermedades dependientes de la edad y de curso crónico, como las cardiovasculares, neurodegenerativas y el cáncer. Estas enfermedades crónicas son las principales causantes de un incremento en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD, DALY, por sus siglas en inglés), según el Estudio sobre la carga global de enfermedad de 2023. Los AVAD son los años de vida sana que se pierden por muerte prematura o por discapacidad. Según el mencionado informe, de las diez principales causas de muerte a nivel mundial, ocho se producen por enfermedades crónicas.

El sistema sanitario se enfrenta ahora al reto de brindar atención a pacientes mayores (generalmente mayor de 75 años), con elevada comorbilidad crónica, con deterioro funcional o elevado riesgo de que este aparezca y que va a consumir un elevado porcentaje de recursos sanitarios. ¿Está preparado el sistema de salud español para la atención de este tipo de pacientes?

Un sistema del siglo XX ante los desafíos del siglo XXI: envejecimiento, cronicidad y dependencia

El Sistema Nacional de Salud español es el resultado de un proceso histórico largo y complejo que se fue desarrollando a partir de una realidad epidemiológica marcada por enfermedades agudas (infecciosas, traumáticas, quirúrgicas u obstétricas) que requerían estructuras hospitalarias jerarquizadas y respuestas rápidas a episodios puntuales. La atención primaria se concibió como puerta de entrada, pero con recursos limitados para el seguimiento intensivo de pacientes crónicos complejos. En ese contexto, la multimorbilidad, la cronicidad y la dependencia no constituían la principal carga de enfermedad que representan hoy, en un país donde la esperanza de vida se sitúa entre las más altas del mundo y el envejecimiento demográfico es cada vez más acusado.

La transformación del perfil demográfico ha generado una población con elevada prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad, deterioro funcional y cognitivo, y mayor necesidad de coordinación entre niveles asistenciales. Ante esta realidad, el sistema ha intentado adaptarse mediante iniciativas nacionales tales como la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (2012), que impulsó la estratificación poblacional, la atención integrada y la promoción del autocuidado, y programas autonómicos como el PIAISS (Programa de Atención Integrada Social y Sanitaria) en Cataluña, dirigidos a coordinar servicios sanitarios y sociales. También el desarrollo de hospitales de día geriátricos, unidades de continuidad asistencial, equipos de atención domiciliaria y programas de atención integrada para pacientes frágiles o con alta complejidad clínica representan respuestas que el SNS ha ido ofreciendo a las demandas generadas por las significativas transformaciones demográficas.

A pesar de estos avances, el cambio en las demandas de atención sanitaria provocado por la realidad epidemiológica exige un rediseño profundo que permita pasar de un sistema centrado en episodios agudos a uno verdaderamente orientado a la cronicidad, la prevención del deterioro funcional y la promoción de un envejecimiento saludable, integrando servicios sociales y sanitarios y reforzando de manera real la atención primaria y comunitaria. Una atención centrada en el tipo de paciente que utiliza el sistema actual.

Todas las intervenciones que hemos visto para promover el envejecimiento saludable y prevenir la fragilidad son generalmente poco costosas o, en todo caso, sin duda, coste-efectivas. La mayor dificultad para su implementación quizás recaiga en que implica un cambio del modelo establecido.

4.6.2. Desigualdades en el acceso a programas de promoción de la salud en mayores

La importancia de analizar profundamente los enfoques acerca del envejecimiento radica en que la aplicación de los diferentes modelos puede llegar a condicionar un desigual acceso a los recursos, según cual sea el que prevalezca. Ese desigual acceso atiende a diferentes factores.

En primer lugar, la brecha socioeconómica dentro de un mismo territorio nacional hace variar la esperanza de vida libre de discapacidad. Además, tanto la morbilidad como la esperanza de vida se ven afectadas por la pobreza, el bajo nivel educativo y los determinantes sociales en la fase de juventud.

En segundo lugar, la desigualdad social se traduce en un fenómeno de injusticia en salud, de manera que los grupos socioeconómicos más desfavorecidos presentan un agravamiento de los mecanismos biológicos del envejecimiento. El nexo principal de esta diferencia es la inflamación crónica de bajo grado, o *inflammaging*, que se manifiesta de forma mantenida en el tiempo. Sabemos que la esperanza de vida libre de discapacidad no es homogénea, evidenciándose grandes diferencias entre los extremos del espectro social. Factores ajenos a la propia biología, como las condiciones de vida y la exposición a determinadas circunstancias desde la edad temprana, inciden

en los niveles de biomarcadores inflamatorios, lo que se asocia en última instancia con el declive funcional y una mayor susceptibilidad a la discapacidad. Asimismo, las barreras rurales, que se traducen en menor accesibilidad, ingresos más bajos y menor nivel educativo en comparación con zonas urbanas, constituyen un factor limitante en el mantenimiento de una salud y envejecimiento óptimos.

En definitiva, la inflamación actúa como un círculo vicioso con más impacto en las poblaciones socialmente vulnerables. El sedentarismo y la obesidad entre las personas mayores, causas importantes de la inflamación, también se distribuyen desigualmente en las sociedades avanzadas.

4.6.3. Medicalización del envejecimiento saludable

El objetivo de un envejecimiento saludable ha dado lugar a discursos públicos frecuentemente medicalizados. En general, las políticas de envejecimiento activo y de protección a la dependencia se han sustentado en un enfoque biomédico centrado en la salud física, equiparando la vejez con la discapacidad y la enfermedad. Esta perspectiva ha tendido a generar una dicotomía: por un lado, los adultos mayores dependientes; por otro, los jubilados activos, creando categorías predominantemente físicas que dejan de lado la dimensión social y contextual.

Además, el paradigma del envejecimiento activo se asienta sobre una responsabilidad individual y una obligación normativa de participación que estigmatiza y reduce el poder de los mayores que experimentan un declive funcional.

4.7. Reflexión ética respecto al envejecimiento con dependencia

Es relevante abordar la dependencia asociada al envejecimiento desde el punto de vista ético porque esta condición produce situaciones que pueden enfrentar principios y valores que plantean conflictos importantes.

No se trata de un problema meramente organizativo, sino de un conflicto de valores: qué entendemos por buenos cuidados, cómo respetamos la dignidad de la persona mayor, cómo protegemos sin anular y decidimos sin imponer.

En bioética (en la línea de la bioética clínica del Dr. Diego Gracia) se utiliza el método deliberativo para resolver conflictos en los que se ven enfrentados valores y principios. Dentro de este método, de forma muy resumida, se delibera sobre los hechos, sobre los valores, se establecen los cursos de acción extremos e intermedios y se escoge, dentro de las opciones intermedias, aquella que sea la más prudente. Hagamos un ejercicio de reflexión sobre los hechos que condicionan dilemas éticos: La persona dependiente se encuentra en una situación de vulnerabilidad (física, cognitiva, social). Esta situación de vulnerabilidad genera una asimetría de poder entre la persona mayor dependiente y sus cuidadores, profesionales de la salud y sistemas organizativos. Inevitablemente, se presentan situaciones que demandan decisiones con impacto vital, como el lugar de residencia (convivencia con familiares, institucionalización en cen-

tros socios sanitarios), recibir o no un tratamiento médico, manejo del patrimonio de la persona mayor... Todas estas circunstancias ocurren en un escenario de escasez, en el que se debe hacer uso de unos recursos finitos; decidir con qué criterios se prioriza la atención de una persona dependiente supone un reto de gestión de esos recursos.

Existen al menos dos conflictos claros entre los principios de la bioética que se pueden ver enfrentados en la situación de los pacientes mayores dependientes. Por una parte, el conflicto “autonomía vs. beneficencia y no maleficencia” es central en los debates sobre la dependencia. El principio de autonomía del paciente incluye el respeto a sus decisiones, valores y proyecto de vida. En los principios de beneficencia y no maleficencia se busca proteger, curar o evitar el daño (incluso el que se puede hacer a sí misma la persona). Ejemplos habituales en los que estos principios pueden verse enfrentados se encuentran cuando una persona mayor vive sola y desea permanecer en su domicilio a pesar de alto riesgo de caídas; cuando se rechazan ayudas técnicas, cuidadores o institucionalización o cuando se aplica la contención física o farmacológica en pacientes con deterioro cognitivo y trastornos de conducta. Los cursos extremos en este caso son el paternalismo (beneficencia sin autonomía) y el abandono (autonomía sin cuidados). Por otra parte, ante el conflicto “beneficencia vs. justicia”, el principio de justicia exige el uso equitativo y razonable de recursos sanitarios y sociales. Puede surgir el conflicto cuando decisiones individuales consumen recursos desproporcionados o cuando la atención intensiva o continuada prolonga la vida con dependencia sin mejorar la calidad de vida. Los cursos extremos serían la discriminación por edad (edadismo) o la negación del acceso a la atención sanitaria a pacientes dependientes y, también, el uso indiscriminado de recursos siendo negligente con los límites legítimos del sistema.

Para resolver los conflictos debemos establecer los cursos intermedios, teniendo en cuenta la ética de mínimos y máximos. La ética de mínimos corresponde a lo obligatorio, no negociable, que no puede ser vulnerado. La ética de máximos se refiere a lo valioso, no siempre exigible, pero deseable. Los conflictos se resuelven garantizando primero los mínimos y deliberando después sobre los máximos. No negociables serían, en todo caso, la dignidad de la persona, la protección frente al daño grave y la no discriminación; en cambio, sobre cómo vivir la dependencia, qué riesgos son aceptables y qué significa “calidad de vida” para esa persona concreta sí se puede deliberar y tratar de alcanzar acuerdos normativos.

La resolución del conflicto ético pasa por: identificar los mínimos no negociables; explorar los valores de la persona mayor (conocer qué es importante para ella); evaluar riesgos proporcionales, entendiendo que no se puede pretender riesgo cero; compartir responsabilidades, haciendo uso de una toma de decisiones compartida, y revisar las decisiones a lo largo del tiempo, explicando que las decisiones no tienen por qué ser definitivas y pueden cambiar si la situación cambia.

La buena práctica no elimina los conflictos éticos, pero los hace debatibles, compartidos y humanamente habitables. La VGI puede incluir la planificación anticipada de cuidados para ayudar a tomar decisiones en situaciones difíciles.

4.8. Líneas de futuro: hacia un nuevo paradigma de envejecimiento saludable

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos, sanitarios y sociales más relevantes del siglo XXI. El reto ya no consiste únicamente en aumentar la esperanza de vida, sino en conseguir que esos años adicionales se acompañen de bienestar, funcionalidad y participación social. En este contexto, el concepto de envejecimiento saludable continuará evolucionando en las próximas décadas y obligará a replantear tanto los modelos asistenciales como las estructuras sociales y culturales vinculadas al cuidado.

Traslación desde tratamiento de enfermedades a la preservación de la funcionalidad

Uno de los principales cambios previsibles será la consolidación de un modelo sanitario centrado en la prevención. En el caso de los pacientes mayores, esto requiere de forma indispensable la preservación de la capacidad funcional, más que en el tratamiento aislado de enfermedades. La medicina geriátrica ya ha comenzado esta transición, pero estos enfoques se deberían extender al conjunto de los sistemas sanitarios. La detección precoz del deterioro funcional, la identificación de situaciones de vulnerabilidad y la implementación temprana de intervenciones preventivas permitirán actuar antes de la aparición de discapacidad y dependencia. En este escenario, la funcionalidad podría convertirse en uno de los principales indicadores de salud poblacional y de calidad asistencial, desplazando parcialmente modelos centrados exclusivamente en supervivencia o control de enfermedades específicas.

Integración efectiva entre los sistemas sanitario y social

La separación histórica entre la atención sanitaria y los servicios sociales representa actualmente una de las principales limitaciones para afrontar la dependencia y los cuidados de larga duración. El futuro exigirá avanzar hacia modelos de integración sociosanitaria reales, capaces de coordinar de manera fluida hospitales, atención primaria, atención domiciliaria, residencias y recursos comunitarios. La dependencia no puede entenderse únicamente como un problema administrativo o de recursos, sino como un fenómeno complejo en el que interactúan vulnerabilidad biológica, funcionalidad, entorno y soporte social. En este contexto, sería ideal que surgieran nuevas figuras profesionales orientadas a la coordinación sociosanitaria y a la gestión integral de cuidados, reforzándose asimismo el papel de la gerontología como disciplina vertebradora entre los ámbitos sanitario y social.

Redefinición cultural del envejecimiento y de los cuidados

Las sociedades contemporáneas deberán revisar progresivamente sus representaciones culturales acerca de la vejez, la autonomía y la dependencia. El modelo centrado exclusivamente en productividad, independencia absoluta y autosuficiencia resulta insuficiente para comprender la complejidad del envejecimiento humano. Es previsible una evolución hacia paradigmas basados en la autonomía relacional, la interdependencia y el reconocimiento del cuidado como elemento estructural de la vida

social. En paralelo, será necesario combatir el edadismo y promover la participación de las personas mayores en el diseño de políticas públicas, estrategias asistenciales y modelos comunitarios.

El envejecimiento saludable no dependerá únicamente de factores biológicos, sino también de cómo las sociedades definan el valor social de la vejez, la vulnerabilidad y los cuidados.

Tecnología, digitalización y nuevos entornos asistenciales

El desarrollo tecnológico tendrá un impacto creciente sobre la atención a las personas mayores, como en el resto de los ámbitos de la vida. La telemedicina, la monitorización domiciliaria, los dispositivos portátiles (*wearables*), la inteligencia artificial aplicada a predicción de riesgos y las tecnologías de apoyo permitirán ampliar la capacidad preventiva y facilitar la permanencia en el domicilio. Sin embargo, estos avances también plantean nuevos desafíos éticos y sociales. La brecha digital, la accesibilidad tecnológica y el riesgo de deshumanización de los cuidados obligarán a desarrollar herramientas adaptadas a las necesidades reales de las personas mayores y a sus contextos socioculturales, intentando en el camino no perder la relación humana entre médico y paciente. La tecnología deberá entenderse como un complemento del cuidado humano y no como un sustituto de las relaciones sociales y asistenciales.

Investigación del envejecimiento biológico

Los avances en biología del envejecimiento abren nuevas perspectivas de investigación. El estudio de los mecanismos celulares y moleculares implicados en el envejecimiento como la inflamación crónica, la senescencia celular, alteraciones epigenéticas, disfunción mitocondrial o microbioma, entre otros permitirá desarrollar intervenciones cada vez más específicas dirigidas a preservar la función y retrasar la aparición de fragilidad y dependencia.

En los próximos años probablemente se intensificará la investigación en terapias dirigidas al envejecimiento biológico, medicina regenerativa y estrategias de prevención personalizada. Actualmente, ya existe una corriente creciente que busca detener e incluso revertir el envejecimiento. No obstante, hay una distancia entre los hallazgos experimentales y su aplicabilidad clínica real, por lo que será necesario mantener una visión prudente y basada en evidencia científica sólida.

Desarrollo futuro de la geriatría y la gerontología

El envejecimiento poblacional incrementará de forma muy significativa la necesidad de profesionales especializados en atención a personas mayores. La geriatría deberá expandirse más allá del ámbito hospitalario y reforzar su integración con atención primaria, atención domiciliaria y recursos comunitarios, desarrollando modelos asistenciales longitudinales y preventivos. Del mismo modo, la gerontología adquirirá previsiblemente un papel cada vez más relevante como disciplina interdisciplinar capaz de integrar dimensiones biomédicas, psicológicas, funcionales, sociales y culturales

del envejecimiento. La magnitud del fenómeno demográfico obliga a asumir que el envejecimiento saludable no podrá abordarse exclusivamente desde una especialidad médica concreta, sino mediante una transformación estructural de los sistemas sanitarios, sociales y comunitarios.

En definitiva, el principal desafío de las próximas décadas no será únicamente vivir más años, sino conseguir que esos años adicionales puedan desarrollarse con dignidad, funcionalidad, participación social y sentido vital. El envejecimiento saludable constituye, por ello, uno de los mayores retos científicos, sanitarios, sociales y éticos del presente siglo.

Bibliografía

ALEGRE-AGÍS, E., y FERNÁNDEZ-GARRIDO, S. (eds.). (2019). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (I): perspectivas metodológicas en la investigación en salud*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

CASTRO, V. C., y PONCE, M. (2007). Reseña de “Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. En L. ROBLES, F. VÁZQUEZ, L. REYES E I. OROZCO, *Región y Sociedad*, 19(40),195-204.

CERRI, C. (2015a). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital* 15(2),111-140.

CERRI, C. (2015b). Envejecer(se) y cuidar(se): una aproximación antropológica al mundo de los mayores [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

CESARI, M., THIYAGARAJAN, J. A. ET AL. (2026). Geriatric medicine across countries: Specialised workforce, training and system integration challenges. *The Journal of Frailty & Aging*, 15(3).

EVANGELIDOU, S., y MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (eds.). (2020). *RESET: reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

FEIXA, C. (1996). *Antropología de las edades*. En: Prat J, Martínez A, editores. *Ensayos de antropología cultural: homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Ariel, 319-335.

FERNÁNDEZ-GARRIDO, S., y ALEGRE-AGÍS E. (eds.). (2019). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II): perspectivas feministas en la investigación en salud*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

FRÖHLICH, J., GARCÍA, C., y ROMANÍ, O. (eds.). (2020). *Medicamentos, cultura y sociedad*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

GOIKOETXEA, M. J. (2011). Aproximación antropológica y ética a la dependencia. *Lan Harremanak – Revista De Relaciones Laborales*, 15. <https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.3120>

HERRERA, D., y TROYA, C. (2019). Antropología para médicos. *Práctica Familiar Rural*, 4(2).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). (2025). Censo de Población y Viviendas y Estadística continua de población. Madrid: INE.

INSTITUTO PARA LA MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SALUD (IHME). (2025). Carga global de enfermedad 2023: Conclusiones del estudio GBD de 2023. Seattle, WA: IHME.

LANGDON, E. J., y WIIK, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am Enfermagem [Internet]*, 18(3), [09 pantallas].

McKEE, M., MERKUR, S., EDWARDS, N., y NOLTE, E. (eds.). (2020). *The Changing Role of the Hospital in European Health Systems*. Cambridge: Cambridge University Press.

MENÉNDEZ, E. L. (2018). *Poder, estratificación social y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. 1.ª ed. corregida y aumentada en PURV. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

MINISTERIO DE SANIDAD. (2025). Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. Madrid.

MONTOYA-ARCE, B. J. (ed.). (2014). *Hitos demográficos del siglo XXI: envejecimiento*. Tomo II. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

MORERAS, J. (ed.). (2019). *Socio-anthropología de la muerte: nuevos enfoques en el estudio de la muerte*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili; 2019.

Mozo, C. (2013). Aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud. *Revista Andaluza de Antropología*, 5, 1-11.

OFFENHENDEN, M. (2017). Introducción. La antropología en los debates actuales sobre el cuidado. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 1-16.

OMS. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

PÉREZ DÍAZ, J., CASTILLO, A. B., ACEITUNO, P., RAMIRO, D., y ORDANOVICH, D. (2025). Un perfil de las personas mayores en España, 2025. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, nº 34. Madrid: CSIC. doi: 10.13140/RG.2.2.35684.85124

RAMÍREZ, I. M. (2001). La autonomía versus dependencia en la vejez. En: *IV Congreso Chileno de Antropología*. Santiago de Chile. Colegio de Antropólogos de Chile A. G.

ROMANÍ, O. (ed.). (2013). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV.

SÁNCHEZ BARRERA, O., MARTÍNEZ ABREU, J., CASTEL, P., GISPert, E. A., y VILA, M. (2019). Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. *Rev. Méd. Electrón [Internet]*, 41(3).

STUCK, A. E., y MASUD, T. (2022). Health care for older adults in Europe: how has it evolved and what are the challenges? *Age Ageing*, 51(12), afac287. doi: 10.1093/ageing/afac287

UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. (2024). Nueva York: United Nations, 2024.

VON WEIZSÄCKE, V. (2023). *Textos de antropología médica*. D. BUSCH y M. ADAMO (comp.). Buenos Aires: Editorial Dunken.