

Aspectos sanitarios del envejecimiento

JUAN ANTONIO VARGAS NÚÑEZ*

RESUMEN

En los últimos años hemos asistido a avances importantes en el conocimiento de la biología del envejecimiento, ratificados por la concesión del premio Nobel de Medicina 2009 a tres científicos estadounidenses por sus investigaciones sobre la telomerasa, una enzima que previene la degradación de los cromosomas involucrados en el proceso de envejecimiento y del cáncer. En este trabajo se exponen brevemente los principales cambios físicos y funcionales relacionados con el envejecimiento; a continuación, la exposición de las diferentes teorías del envejecimiento pone de manifiesto la ausencia hoy día de una única explicación válida de este proceso. Si hay, en cambio, acuerdo en la identificación de los problemas clínicos más relevantes en el paciente anciano, a los que se dedica un apartado de este artículo, que termina esbozando los retos que el envejecimiento plantea a nuestro sistema sanitario en sus diferentes niveles asistenciales.

1. A PROPÓSITO DEL ENVEJECIMIENTO COMO PROCESO Y DE LA ANCIANIDAD COMO ESTADO

Don Santiago Ramón y Cajal, en su obra *El mundo visto a los 80 años*, publicada en 1934, comienza diciendo: "Hemos llegado sin sentir a los helados dominios de Vejecia, a ese invierno de la vida sin retorno vernal, con sus honores y horrores según decía Gracián. El tiempo empuja tan solapadamente con el fluir sempiterno de los días, que apenas reparamos en que, distanciados de los con-

* Profesor Titular de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid (jvargas.hpth@salud.madrid.org).

temporáneos, nos encontramos solos, en plena supervivencia. Porque el tiempo corre lento al comenzar la jornada y vertiginosamente al terminarla". Y continúa: "Al leer en nuestra conciencia, quedamos un poco aturridos. El Yo, no obstante las traiciones y eclipses de la memoria, sigue considerándose como eje de nuestra vida interior y exterior, a despecho de un cuerpo decrepito que nos sigue jadeante y como a remolque en nuestras andanzas fisiológicas e intelectuales" (Ramón y Cajal 1947: 287).

Posiblemente, nuestro insigne Premio Nobel de 1906 estaría de acuerdo en que envejecer no es lo mismo que enfermar, aunque en la vejez se produce un mayor número de enfermedades. Asimismo, en muchas ocasiones no resulta sencilla la diferenciación de los grupos de procesos que modulan los cambios en el anciano. Por un lado se encuentra el envejecimiento fisiológico o primario y, por otro, el envejecimiento secundario, relacionado con factores ambientales, de riesgo y/o patológicos¹.

El anciano no puede considerarse un adulto mayor, porque en su camino hacia el envejecimiento se han producido cambios importantes en el plano morfológico, fisiológico, funcional, psicológico y social. En efecto, los ancianos tienen:

¹ Por envejecimiento fisiológico o primario se entienden las modificaciones establecidas por el simple paso del tiempo. El envejecimiento relacionado con el ambiente y los factores de riesgo se debe a la exposición frecuente y prolongada a diversos agentes (contaminación, dietas inadecuadas, alcohol, estrés, inactividad física...). El envejecimiento patológico es el relacionado con las secuelas de enfermedades, los accidentes y actos quirúrgicos acumulados a lo largo de la vida.

a) algunas enfermedades muy relacionadas con su edad, muy raras o inexistentes en edades previas, como, por ejemplo, la amiloidosis cardiaca o el cáncer de próstata;

b) enfermedades comunes a otras edades de la vida, pero con incidencia muy superior y con un comportamiento muy diferente (tumores malignos, infecciones, insuficiencia cardiaca, enfermedades degenerativas osteoarticulares, neurológicas, etc);

c) procesos geriátricos específicos como caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad, desnutrición;

d) peculiaridades semiológicas, diagnósticas y terapéuticas: los signos físicos y los síntomas no se manifiestan de la misma forma que en el adulto joven;

e) afectación de varios órganos y sistemas en el curso de sus enfermedades y coexistencia de varios procesos morbosos (enfermos complejos o pluripatológicos).

Todas estas modificaciones se ven moduladas por posibles problemas sociales (económicos, de soledad, de incapacidad), psicológicos y de comportamiento (actitud ante la vida, deterioro mental, etcétera).

Existe cierta controversia en cuanto a la determinación de la edad de corte para hablar de paciente anciano o geriátrico; de hecho, el factor de edad no es el principal para definir este concepto. Se deben tener en cuenta otros factores, como la presencia de pluripatología, problemas funcionales físicos y mentales o la necesidad de programas de rehabilitación física, psíquica o social. En virtud de esta consideración, no más del 10-15 por cien de la población que supera los 65 años puede ser considerada población anciana. Ahora bien, después de los 85 años, la mayoría de las personas cuando sufren un proceso agudo intermitente cumplen criterios de paciente geriátrico o "anciano frágil", y deben ser evaluados y tratados como tales. Se considera anciano frágil aquel que ha perdido gran parte de su "reserva funcional" y, por esta razón, es especialmente vulnerable a cualquier tipo de agresión.

Para Ramón y Cajal, en la obra ya citada, se es verdaderamente anciano, psicológica y físicamente, cuando se pierde la curiosidad intelectual y cuando, con la torpeza de las piernas, coincide la torpeza y premiosidad de la palabra y del pensamiento. Otros conceptos habituales en el contexto

de discusión sobre el envejecimiento son la esperanza de vida media y el índice de envejecimiento². Actualmente la esperanza de vida en España se sitúa alrededor de los 81 años (76 años para varones y 83 para mujeres). Se considera, por lo demás, que en diez años uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años; habida cuenta de que este grupo de edad ocupa el primer lugar en el uso de los sistemas de salud, este proceso demográfico en curso podría implicar que en una década aproximadamente diez millones de personas tendrían un coste sanitario que, según diversas fuentes, es entre cuatro y doce veces mayor que el del resto de la población (Sauquillo 2009; Blázquez 2010).

Al hilo de estas consideraciones también cabe citar una pareja de conceptos importantes, los de "esperanza de vida independiente" y "esperanza de vida dependiente", en función de si la persona en cuestión es o no capaz de valerse por sí misma o requiere la ayuda de terceros³. La lucha contra la dependencia y la búsqueda de una buena capacidad funcional constituyen el objetivo fundamental de la asistencia geriátrica y su mayor reto en la actualidad.

2. PRINCIPALES CAMBIOS FÍSICOS Y FUNCIONALES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

En el paciente anciano se producen cambios en la configuración general del cuerpo. Se observa una pérdida de estatura (un centímetro por década a partir de los 40-50 años), que suele atribuirse a la pérdida de masa ósea y la consecuente reducción en la altura de los cuerpos vertebrales. La disminución de altura total durante el proceso de envejecimiento puede oscilar entre 2,5 y 7,5 centímetros. También tiene lugar una redistribución del tejido adiposo con tendencia a fijarse de forma centripe-

² La esperanza de vida media es el periodo de tiempo de vida que, con criterios estadísticos, puede vivir previsiblemente un individuo a partir de un momento determinado, ya sea el de su nacimiento o a una edad cualquiera. El índice de envejecimiento es la proporción de individuos mayores de 65 años en relación con el total de la población.

³ Enfermo dependiente es aquel que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.

ta en el tronco, así como una pérdida de masa muscular y una merma en el contenido total de agua, más acusada a nivel intracelular. En cuanto al peso, se produce un incremento en los hombres hasta los 50 años, que después comienzan a perderlo; en cambio, en las mujeres el aumento de peso se da hasta los 70 años y posteriormente lo van perdiendo. La disminución del peso se debe a la reducción del tejido muscular y del depósito de grasa subcutánea, a la menor masa ósea y la menor cuantía de agua.

Los cambios más destacados en los ancianos se producen a distintos niveles:

- la pérdida total de determinadas funciones: el ejemplo más claro es la pérdida de la capacidad reproductora en la mujer tras la menopausia, que de forma más tardía e irregular ocurre también en el hombre;

- cambios funcionales secundarios a alteraciones estructurales: son los más comunes y, en menor o mayor grado, afectan a todos los órganos o sistemas. Lo habitual es que las alteraciones funcionales sigan a las pérdidas anatómicas. Un ejemplo es la pérdida progresiva de la función renal secundaria a la pérdida de nefronas que probablemente se deba a la reducción del flujo vascular del riñón. Asimismo, es probable que muchas de las alteraciones en el comportamiento o en la función mental del anciano se deban a la pérdida de neuronas y sinapsis;

- cambios funcionales sin alteración estructural demostrable: son menos frecuentes, pero un ejemplo típico es la reducción con la edad de la velocidad de conducción de la fibra nerviosa periférica sin cambios morfológicos en el nervio;

- cambios en órganos de los sentidos: son típicos la presbicia, que se manifiesta en la lectura cuando la letra es pequeña o el texto muy próximo, y la presbiacusia cuando se reduce considerablemente la intensidad del sonido.

estas teorías, el más clásico las divide en estocásticas y no estocásticas. En las primeras, los procesos que determinan el envejecimiento ocurren aleatoriamente, al azar, y se van sumando en el transcurso del tiempo debido a la acumulación de agresiones procedentes del medio ambiente hasta que alcanzan un nivel incompatible con la vida. De acuerdo con las teorías no estocásticas, el envejecimiento se define a partir de normas predeterminadas. Según Ribera (2006), las teorías no estocásticas más importantes son las siguientes:

La teoría de los radicales libres o peroxidación

Enunciada en 1956, esta teoría mantiene que durante el proceso oxidativo se generan radicales libres que reaccionan con los componentes celulares originando su muerte y el envejecimiento del organismo. Diferentes estudios con agentes antioxidantes en los que se han utilizado modelos animales muy elementales han permitido, en algunos casos, prolongar la extensión de vida máxima en la especie correspondiente. Pero este tipo de respuesta no se ha conseguido en la especie humana.

La teoría de los enlaces cruzados

Se basa en los cambios moleculares que afectan a la información contenida en el ADN y en el ARN. Según esta teoría, las alteraciones generadas en el ADN debidas a enlaces covalentes o de hidrógeno darían lugar a mutaciones en las células y, posteriormente, a su muerte.

La teoría del error catastrófico

Conforme a esta teoría, en la síntesis de proteínas se produce una acumulación de errores que conducen a un trastorno de la función celular, determinando cambios en ella que facilitan su envejecimiento y su muerte. Tiene el inconveniente de que, tanto en modelos animales como en humanos, al menos en muchas ocasiones no se encuentra este tipo de errores en el anciano.

La teoría inmunológica

En el envejecimiento hay un importante declinar en el sistema inmunológico que determina una peor capacidad para responder a agresiones o para diferenciar lo propio y lo ajeno, facilitando la apa-

3. LAS DIFERENTES TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Existen numerosas teorías con base científica que intentan explicar el envejecimiento, pero ninguna, por sí sola, explica exhaustivamente dicho proceso. Entre los varios sistemas para clasificar

rición de enfermedades, especialmente de tipo autoinmune, infeccioso y tumoral.

La teoría neuroendocrina

De fundamentación similar a la inmunológica, según esta teoría el principal responsable del envejecimiento sería el deterioro en los mecanismos superiores de regulación neuroendocrina. La teoría se basa en que durante el envejecimiento se pierden células nerviosas, así como hormonas reguladoras del mecanismo reproductor y de la capacidad funcional en el mecanismo endocrino regulador.

La teoría de la acumulación de productos de desecho

En la mayor parte de células de animales ancianos se observan productos de degradación metabólica que podrían alterar el metabolismo de la célula acelerando su destrucción. No parece que ningún producto de desecho o cuerpo de inclusión intracelular desempeñe función activa alguna en el proceso de envejecer, sino que posiblemente sean marcadores indirectos del proceso de envejecimiento.

Las teorías genéticas

Constituyen el prototipo de las teorías no estocásticas. Estas teorías parten del supuesto de que la longevidad de una especie y de sus individuos se halla en parte determinada por mecanismos genéticos, con lo que el individuo nacería con una secuencia de envejecimiento programada en su genoma que le adjudicaría una potencial supervivencia, la cual se vería modificada por fenómenos ambientales.

En conjunto, como se ha avanzado ya, ninguna de estas teorías es por sí misma suficiente para explicar el proceso del envejecimiento. Por tanto, la cuestión sigue abierta y así seguirá previsiblemente durante muchos años.

4. LOS PROBLEMAS CLÍNICOS MÁS RELEVANTES EN EL PACIENTE ANCIANO

Siempre teniendo en cuenta la definición anteriormente establecida de "paciente anciano", las alteraciones más importantes que le aquejan son las siguientes: deterioro intelectual (demencia, deli-

rio), incontinencia, inestabilidad-caídas, inmovilidad, malnutrición, alteraciones sensoriales (auditivas, visuales), depresión-soledad y alteraciones yatrógenas (inducidas por la propia asistencia). El cuadro 1 incluye información sobre la prevalencia de las principales de estas alteraciones.

Como se desprende de la información recogida en el cuadro 2, aunque las alteraciones de la salud que sufre la población anciana pueden encontrarse en cualquier nivel asistencial, en general son más frecuentes entre los ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias. De todos modos, es necesario recordar que la mayoría de los ancianos viven en la comunidad (es decir, en sus entornos de vida previos al proceso de ancianidad) y conservan la capacidad para realizar las actividades de la vía diaria. Así, el 83 por cien de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad no presentan limitación de la movilidad, y el 68 por cien del mismo grupo califican su salud como "buena" o "muy buena".

De todas las alteraciones referidas, las que probablemente más inciden en la calidad de vida de los pacientes ancianos son las siguientes:

La demencia y el delirio

Para el diagnóstico de demencia se requiere que el paciente presente deterioro de la memoria a corto y largo plazo, junto a, al menos, una alteración de las siguientes áreas: pensamiento abstracto, juicio, lenguaje, praxis⁴, reconocimiento visual, capacidad construccional o personalidad. Estas alteraciones deben ser lo suficientemente importantes para interferir en la actividad laboral, las actividades sociales o la vida de relación.

El paciente con demencia puede padecer alguna de las enfermedades habituales del anciano y, en bastantes ocasiones, presentar varias simultáneamente. Estos procesos intercurrentes pueden exacerbar su deterioro cognitivo y, en ocasiones, son la causa del fallecimiento. Entre estas enfermedades intercurrentes destacan neumonías aspirativas, deshidratación, malnutrición, sepsis de origen urinario, úlceras por presión o enfermedades tales como cáncer o cardiopatías de incidencia elevada en este grupo de edad.

⁴ El término "praxis" describe una acción práctica o una actividad gestual diferenciada y coordinada, producto de una actividad nerviosa superior.

CUADRO 1

PREVALENCIA DE DETERIORO FUNCIONAL EN LA POBLACIÓN ANCIANA QUE VIVE EN LA COMUNIDAD, HOSPITALIZADA O INSTITUCIONALIZADA EN RESIDENCIAS

	<i>Comunidad</i>	<i>Hospital</i>	<i>Residencia</i>
Deterioro intelectual (%)	8-23	30-50	47-65
Incontinencia urinaria (%)	10-20	35	50
Caídas (por año)	25	2-26	52
Inmovilidad (%)	3-6	33.6	65
Malnutrición (%)	16	25-75	30-55
Depresión (%)	5-10	33	15-50

Fuente: Elaboración propia a partir de Cristófol (2009: 1324-1325).

La coexistencia de demencia y delirio es frecuente, y no siempre resulta fácil establecer en qué medida participa cada uno de los elementos en la situación clínica del paciente en un momento determinado. No obstante, el delirio representa un síndrome transitorio de inicio agudo potencialmente reversible. Se caracteriza por alteración de la conciencia, falta de atención, deterioro de la memoria y trastornos del ciclo vigilia/sueño. Entre el 10 y el 15 por cien de ancianos hospitalizados por una enfermedad médica aguda presentan un cuadro de delirio, también conocido como síndrome confusional agudo. El delirio está claramente asociado a un mal pronóstico al alta, con un aumento de la mortalidad y morbilidad, posible prolongación de la hospitalización, deterioro funcional y déficit cognitivo. Entre los ancianos más debilitados, la prevalencia de esta enfermedad puede superar el 50 por cien y multiplica por dos la mortalidad de los pacientes ancianos que lo presentan.

Las causas del delirio son múltiples y pueden actuar de forma simultánea. Se distinguen cuatro grupos causales: las alteraciones intracraneales primarias (hematomas, tumores y accidentes cerebrovasculares); las enfermedades sistémicas (insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, arritmias, infecciones, trastornos metabólicos, deshidratación, insuficiencia renal, etc.); el consumo de determinados fármacos (algunos ansiolíticos, antiinflamatorios, etc.) y ciertos factores ambientales (cambios en la ubicación y deprivaciones sensoriales).

La depresión

Representa el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales con-

sultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida. La depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad. Los ancianos deprimidos, además de más proclives que los jóvenes a negar o minimizar los síntomas, acusan una mayor tendencia a la apatía y la soledad, manifestando además con frecuencia sentimientos de inutilidad, pérdida de autoestima, alteraciones perceptivas, de la memoria, trastornos del sueño, del apetito y de la motricidad. Una amplia variedad de enfermedades físicas pueden presentarse o acompañarse de datos clínicos de depresión. Entre las enfermedades relacionadas con la depresión destacan el cáncer (típicamente el de páncreas), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

Es difícil distinguir la depresión de síntomas asociados, como apatía y pasividad –frecuentes, por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer– o la labilidad emocional, habitual en la demencia vascular. Cabe destacar que entre un tercio y la mitad de los pacientes con demencia desarrollan un cuadro de depresión en algún momento de la enfermedad.

Las alteraciones de la movilidad

La prevalencia y la incidencia de los problemas de movilidad aumentan en la población anciana. Aproximadamente un 18 por cien de las personas mayores registran dificultades para moverse. La mitad de los mayores de 75 años tienen problemas para salir del domicilio: por otra parte, casi seis de cada diez ancianos que ingresan en un hospital de agudos inician dependencia en alguna actividad de la vida diaria.

Son muchas las situaciones que predisponen al anciano a disminuir su actividad y, en muchas ocasiones, se solapan. Las principales causas son:

- las enfermedades musculoesqueléticas, como la poliartrrosis, la osteoporosis y las fracturas;
- las enfermedades neurológicas, como los trastornos cerebrovasculares, la enfermedad de Parkinson y la demencia;
- las enfermedades cardiorrespiratorias y vasculares;
- el consumo de fármacos, en particular, sedantes, hipnóticos y antipsicóticos.

Otro aspecto destacable como fuente de incapacidad es la falta de actividad y la inmovilidad a las que se ven sometidos los pacientes durante el ingreso como parte del proceso de atención rutinario; de ahí la conveniencia de reducir el tiempo de reposo en cama y la utilización de vías intravenosas y sondas vesicales a lo estrictamente necesario, ya que prolongar los tiempos de estos procedimientos favorece la inmovilidad y, como consecuencia inmediata, el deterioro funcional.

Las caídas

Un problema clínico muy importante entre la población anciana por su frecuencia y sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales se deriva de las caídas. Su incidencia depende del lugar donde habita el paciente anciano. Así, en el domicilio se producen 0,5 caídas por persona y año, mientras que en el medio hospitalario el número asciende a 1,5 caídas/cama y año. La caída puede provocar una sucesión de complicaciones significativas en el 13 por cien de los pacientes. Además de las lesiones severas que pueden ocasionar, en muchos casos precisan hospitalización, conducen a incapacidad, conllevan riesgo de institucionalización o muerte y tienen un alto coste para los servicios de salud.

Varios factores relacionados con la edad, que suelen interactuar con un medio agresivo, contribuyen a la inestabilidad y las caídas. Los sistemas visual, auditivo, neurológico y musculoesquelético deben trabajar en perfectas condiciones para mantener el equilibrio o responder ante situaciones inesperadas. La identificación de factores de riesgo y el asesoramiento sobre conductas a seguir, junto al entrenamiento del equilibrio, reducen la frecuencia de caídas y sus consecuencias.

Las reacciones adversas a medicamentos

Los ancianos son un grupo de alto riesgo de reacciones adversas medicamentosas, entendiéndose por tales cualquier efecto perjudicial producido por un fármaco utilizado a las dosis habituales y que requiere tratamiento, obliga a su suspensión o hace que su utilización posterior suponga un riesgo inusualmente elevado. Las reacciones adversas, propiciadas por la frecuente asociación de múltiples factores predisponentes (pluripatología, polifarmacia, factores psicosociales), pueden ser responsables de un 10 por cien de los ingresos hospitalarios y de estancias hospitalarias prolongadas.

5. LA ASISTENCIA SANITARIA AL PACIENTE ANCIANO

La asistencia sanitaria al paciente anciano comprende un conjunto de niveles de atención que deben garantizar su calidad de vida, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que éstos presentan. Para la realización de una asistencia geriátrica óptima cabe considerar una atención ambulatoria o primaria, una atención hospitalaria y una atención posthospitalaria o sociosanitaria (Ribera 2009: 1311). Todos estos niveles asistenciales deben mantener una coordinación permanente, con el objetivo de que el paciente anciano siga viviendo en su domicilio, en buenas condiciones de salud tanto físicas como psíquicas y sociales (Blázquez 2010).

La asistencia geriátrica en los centros de salud

Los médicos de atención primaria consumen más de la mitad de su tiempo de consulta en la atención de pacientes mayores de 65 años, así como dos terceras partes de los avisos urgentes. En este nivel asistencial, el cuidado del paciente anciano recae en el médico de familia, y el centro de salud se convierte en el punto de referencia. Además de la atención dispensada en el centro de salud, también la atención domiciliaria al anciano corresponde al médico de atención primaria, tanto en el caso del anciano con enfermedad aguda que realiza una vida normal, como en aquel que ha sido previamente asistido en el hospital, o en el que presenta procesos crónicos que requieren controles periódicos. En este último tipo de atención deben

desempeñar un papel decisivo los servicios de ayuda a domicilio en su doble vertiente médica y social. Las organizaciones de voluntariado también pueden prestar un gran apoyo.

Así pues, los centros de salud, en coordinación con el hospital de tercer nivel que le corresponda deben realizar una labor preventiva, educativa y de seguimiento, que cubra tanto el control del cumplimiento terapéutico, como las campañas educativas para los ancianos y sus familias sobre las enfermedades más comunes y las campañas de vacunación. Sin embargo, no siempre se produce esta coordinación entre niveles asistenciales. Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, y también médico, indica que el hecho de que algunos pacientes vayan tantas veces a los centros de salud representa un problema directamente provocado por el propio sistema, que adolece de una gran falta de comunicación entre la atención primaria y la especializada (Sahuquillo 2009: 29).

La asistencia geriátrica en el hospital

En España, la atención sanitaria hospitalaria al paciente anciano se realiza en los servicios de Medicina Interna de forma predominante, dado que la implantación de unidades y servicios de Geriátrica continúa siendo escasa. Dentro del hospital, la atención sanitaria se presta en diferentes ámbitos: consultas externas, hospitalización, hospital de día, atención domiciliaria.

Es necesario partir de la idea de que es preferible atender fuera del hospital todas las necesidades sanitarias posibles. Ello implica reforzar la relación con los centros de salud, con los hospitales de apoyo y con los servicios sociosanitarios de la propia zona. Este principio es válido tanto porque la atención extrahospitalaria es más económica que la proporcionada en el hospital, como porque el anciano no debe organizar su cuidado en torno al hospital, sino en lugares más próximos y menos agresivos. El deterioro funcional originado durante la hospitalización representa un cambio significativo en la calidad de vida para el paciente y sus cuidadores, e implica también consecuencias sobre el sistema de salud que le asiste. Para el paciente supone a menudo la pérdida de independencia y autoestima, con la repercusión añadida sobre el cuidador, que en muchas ocasiones se ve desbordado por las necesidades de un paciente que previamente era independiente, lo que puede terminar conduciendo a la institucionalización permanente del anciano con discapacidad.

Los cuidados sanitarios requeridos por los ancianos deben abarcar tanto los cuidados agudos y preventivos como los cuidados a largo plazo de pacientes con patologías crónicas, integrando ambos cuidados de una manera indisoluble y fomentando aquellas intervenciones precoces que eviten o limiten la aparición de la incapacidad, así como la necesaria coordinación de los servicios que proporcionen estos cuidados.

La asistencia geriátrica posthospitalaria o sociosanitaria

Como se ha indicado previamente, el objetivo prioritario de la asistencia geriátrica es mantener al anciano en su domicilio en las mejores condiciones de bienestar. Por tanto, el domicilio debería ser el destino lógico tras la atención hospitalaria, pero en muchas ocasiones esto no es posible por razones médicas o sociales (demencia, enfermedad crónica invalidante, ausencia de personal cuidador, falta de condición de la vivienda, etc). Una alternativa son las residencias de ancianos, pero en España, en 2007, existían cuatro plazas por cada cien personas mayores de 65 años, por debajo de las recomendadas por las instituciones europeas (entre seis y siete). Estas instituciones deben estar dotadas de personal médico especializado y de una mínima infraestructura sanitaria que incluya rehabilitación. Deberían asimismo estar coordinadas con el centro de salud correspondiente o con el hospital terciario de referencia. Además, las características de las personas ingresadas en residencias están cambiando, ya que los internos son cada vez mayores, están más enfermos y presentan mayor dependencia funcional, con necesidades crecientes y a menudo difíciles de cubrir para las residencias.

El desarrollo de alternativas sociales complementarias, tales como los centros de día, los sistemas de teleasistencia o los programas de ayuda a domicilio, se encuentra también bastante por debajo de la media europea, aunque la Ley de Dependencia de 2006 prevé potenciar este tipo de medidas, incrementar las prestaciones sociales y favorecer la preparación sanitaria del personal cuidador.

6. EN CONCLUSIÓN

El envejecimiento de la población impone un aumento de los recursos económicos dedicados a cubrir las necesidades sanitarias de los ancianos: se

considera que en diez años uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años, lo cual, en términos económicos, podría implicar que aproximadamente diez millones de personas tendrían un coste sanitario entre cuatro y doce veces mayor que el del resto de la población (Sauquillo 2009: 22). Este aumento supone un desafío importante para quienes han de adoptar las decisiones de política sanitaria y quienes han de financiarlas, es decir, para la clase política y la sociedad españolas.

Pero también para los profesionales sanitarios se plantea un reto importante: más allá del crecimiento del gasto, es preciso anticipar el cambio cualitativo en la oferta de servicios sanitarios que lleva consigo el envejecimiento de la población y que exige una mayor atención a las necesidades específicas de los ancianos, así como un desarrollo y una integración mayores de servicios sociosanitarios consistentes en cuidados de diverso tipo, cuyo desempeño también necesita cierto grado de profesionalización.

Desde una perspectiva de salud pública, es indudable que existe un amplio margen para una política sanitaria preventiva, quizá más eficaz que la curativa que se ha seguido prácticamente de forma exclusiva hasta ahora. El desafío demográfico no se circunscribe, por tanto, a la contención del gasto sanitario, sino que también exige que el sistema sanitario –su organización y gestión, y sus prestaciones– se adapte a las necesidades del que ya se ha convertido en su principal paciente: el anciano.

SAUQUILLO, M. R. (2009), “La sanidad así no es sostenible”, *El País*, 17 de noviembre: 28-29.

Otras lecturas recomendadas consultadas para la realización del trabajo:

ANTÓN JIMÉNEZ, M. *et al.* (2007), *Tratado de Geriátria para residentes*, Madrid, Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.

MILLAN CALENTI, J. C. (2006), *Principios de Geriátria y Gerontología*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

RODRIGUEZ MAÑAS, L. y J. J. SOLANO (Eds.) (2001), *Bases de la atención sanitaria al anciano*, Madrid, Sociedad Española de Medicina Geriátrica.

BIBLIOGRAFÍA

BLÁZQUEZ, S. (2010), “Los retos del envejecimiento”, *El País* (Negocios, Extra Sanidad), 28 de marzo: 8-9.

RAMÓN Y CAJAL, S. (1947), “El mundo visto a los 80 años. Impresiones de un arterioesclerótico”, en *Obras Literarias Completas*, Madrid, Aguilar: 287-478.

RIBERA CASADO, J. M.; ALTIMIR LOSADA, S.; CERVERA ALEMANY, A. M.; CRISTÒFOL ALLUÉ, R. y P. GIL GREGORIO (2009), “Geriátria”, en: FARRERAS, P. y C. ROZMAN (Eds.), *Medicina Interna* (16ª edición), Madrid, Elsevier España: 1307-1341.

RIBERA CASADO, J. M.; MILÁN VEGAS, A. y M. RUÍZ RUÍZ (2006), “Conceptos esenciales del envejecimiento”, *Medicine*, 9: 4003-4010.