

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

EL IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Antoni Salvà y Joan Carles Rovira



Director: Prof. Mario Foz

N.º 19, Septiembre de 2007
ISSN: 1886-1601

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

N.º 19, Septiembre de 2007

Director

Prof. Mario Foz Sala

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Consejo Asesor

Dr. Francesc Abel i Fabre

Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)

Prof. Carlos Ballús Pascual

Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Prof. Ramón Bayés Sopena

Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Edelmira Domènech Llaberia

Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Sergio Erill Sáez

Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona

Dr. Francisco Ferrer Ruscalleda

Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Dr. Pere Gascón

Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona

Dr. Albert Jovell

Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes

Prof. Abel Mariné

Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona

Prof. Jaume Puig-Junoy

Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomía i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona

Prof. Ramón Pujol Farriols

Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Prof. Celestino Rey-Joly Barroso

Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Trías i Pujol. Badalona

Prof. Oriol Romaní Alfonso

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza

Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia

Dra. Anna Veiga Lluch

Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona

COMENTARIO EDITORIAL

Ramon Pujol Farriols

Jefe del Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

No me parece necesario justificar la pertinencia del tema tratado en este número, ya que existe un gran interés en analizar las repercusiones de toda índole que está teniendo, y aún tendrá más, el envejecimiento poblacional en toda Europa y especialmente en el Sur del continente. Muchos aspectos sociales, económicos, políticos y sanitarios se están modificando debido a las repercusiones que tiene este segmento creciente de población en nuestras sociedades.

Desde una perspectiva sanitaria, la salud en estos ciudadanos está íntimamente ligada a los aspectos sociales; de ahí que haya emergido con fuerza un nuevo nivel de atención que ha venido a sumarse a la atención primaria de salud y a la atención hospitalaria; es la denominada atención sociosanitaria.

En muchos de los países europeos, la velocidad con la que este fenómeno se ha implantado ha desbordado, en cierta manera, la capacidad de planificación de los sistemas sanitarios y, paralelamente, ha puesto de manifiesto las dificultades de coordinación

con los servicios sociales. Todo esto en una sociedad que ha cambiado radicalmente sus esquemas de convivencia, al sustituirse el modelo familiar clásico por otro que tiende a poner en manos de terceros el cuidado de las personas más desvalidas.

Muchos profesionales sanitarios han debido introducir cambios en su práctica diaria como consecuencia del incremento de pacientes mayores, muchos de ellos con alteraciones cognitivas, funcionales, pluripatológicos y que requieren, en definitiva, un manejo específico. Algunos, médicos y otros profesionales, han profundizado en el análisis de la prevención de la enfermedad y del tratamiento de la misma, cuando se produce, en esta franja específica de edad; sin embargo, una gran mayoría han tenido que ir incorporando, "sobre la marcha", nuevos conocimientos y habilidades que se han hecho imprescindibles si quieren mantener una atención clínica de calidad y, además, han debido desarrollar una capacidad de ayuda entre unos profesionales y otros en el paradigma de la organización sanitaria en lo que concierne al cuidado de las personas mayores, cual es el trabajo

interdisciplinar. En cualquier caso, está suponiendo una adaptación imprescindible al nuevo entorno que presupone, entre otras cosas, la capacidad de compartir responsabilidades y competencias, teniendo además en cuenta que nuestros sistemas educativos no han adaptado aún en la debida medida la formación de los profesionales sanitarios a las nuevas circunstancias para conseguir los objetivos mencionados. La forma como los profesionales sanitarios han de afrontar el envejecimiento poblacional requiere un abordaje pragmático, poniendo en

su justo punto el quién, el qué y el cómo de la nueva realidad. Para este menester era preciso que un especialista en el tema, que tiene experiencia en atención geriátrica, en la investigación relacionada con el envejecimiento y, para cerrar el círculo, con experiencia en responsabilidades de gestión al respecto, lo reflejara mediante un análisis concienzudo.

Agradecemos al Dr. Antoni Salvà que haya aceptado nuestra solicitud y estamos seguros de que su artículo permitirá a los lectores enriquecer su conocimiento actual.



Antoni Salvà

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciado en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona el 1982.
 - Especialista en Geriatria.
- Diplome d'Université. Médecine Geriatrique et Gerontologie. Facultad de Medicina de La Universidad de Montpellier (1992).
- Capacité National de Médecine (Gerontologie) por la Facultad de Medicina de la Universidad de Montpellier (1992).
 - Máster en Gerontología Clínica por la Universidad Autónoma de Barcelona (1999).

ACTIVIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL

- Coordinador y profesor del Master de Gerontología clínica de la Universidad Autónoma de Barcelona.
 - Del 1 enero de 1984 hasta el 29 de febrero de 1989, médico residente del Servicio de Medicina Interna del Hospital Sant Jaume de Mataró.
 - Del 1 de marzo 1989 hasta el 28 de febrero de 1993, médico adjunto en el servicio de Medicina Interna del Hospital Sant Jaume de Mataró.
- Del 1 de marzo de 1993 hasta el 16 de marzo de 1999, Centro Geriátrico Cabanellas. Médico adjunto de Geriatria, Unidad de Convalecencia, Unidad Funcional de Geriatria (UFISS) del Hospital General del Consorcio Sanitario de Mataró.
- Desde el 16 de marzo de 1999 hasta el 22 de marzo del 2004, Director del Programa "Vida als Anys" del Servicio Catalán de la Salud de la Generalitat de Catalunya.
 - Desde el 22 de marzo de 2004 hasta abril 2007, Director del Plan Director Sociosanitario del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.
- Desde el 22 de marzo de 2004 hasta la actualidad, Director General de la Fundació Institut Català de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona.
 - Desde abril de 2007, presidente del Consell Asesor Sociosanitari. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

OTRAS ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

- Desde 1994 vocal y desde 1996 hasta el 10 de diciembre del 2001 Vicepresidente de la Sociedad Catalano-Balear de Geriatria y Gerontología.
 - Editor Jefe de Revista Española de Geriatria y Gerontología (2004-julio 2007).
 - Director de la edición anual de "El año gerontológico". Glosa Ediciones, Barcelona.
 - Miembro del Comité editorial de la revista de Gerontología.
- Miembro del Comité editorial de *Research and Practice in Alzheimer Disease*. Serdi Publisher (París) y Springer Publishing (New York).
 - Miembro del comité editorial de *Nutrition Health & Aging*.



Joan-Carles Rovira Pascual

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona.
 - Médico Especialista en Geriatria y Gerontologia.
- Máster en Gerontologia Clínica por la Universitat Autònoma de Barcelona.

ACTIVIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL

- Médico Adjunto en el Hospital Sant Jaume de Manlleu desde 1988.
- Director Médico de la Fundació Hospital Sant Jaume de Manlleu (1988-2002).
 - Divisió d'Atenció Sociosanitària del Servei Català de la Salut (2003).
- Responsable del Àrea Formació i Comunicació de la Fundació Institut Català de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma Barcelona a partir 2002.
- Profesor colaborador en programas de posgrado en la Universitat Autònoma de Barcelona y en la Universitat de Vic.

EL IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

RESUMEN

El sistema sanitario se enfrenta en los principales países desarrollados a cambios muy importantes que tienen entre sus principales causas la evolución tecnológica y el envejecimiento de la población. Este último, además, es, junto con el fenómeno migratorio, el hecho social más relevante del principio del siglo XXI. El envejecimiento plantea nuevos retos, especialmente en relación con los profesionales de la salud que han recibido una formación poco adaptada a los nuevos conocimientos en relación a las necesidades y particularidades de las personas mayores. Nuevas, o no tan nuevas, especialidades como la Geriátrica que cobran relevancia. Nuevos roles, especialmente para la enfermería, y mayor papel de los otros profesionales de la salud como fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el impacto del envejecimiento de la población en las profesiones y los profesionales de la salud.

Según el censo de población de 2001, el 17,01% de la población tenía 65 o más años. Según el mismo censo, el porcentaje de personas entre 0 y 14 años y entre 15 y 64 era del 14,52 y del 68,44, respectivamente.

La salud subjetiva declina con la edad, pero este decremento es más importante en los mayores de 75 años que en los de 65 a 75 años. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, en el grupo de edad de 60-64 años el porcentaje de personas con un estado de salud autopercebido bueno o muy bueno era del 51,2% y entre los de 65-69 años del 46,3%. Se encuentran diferencias poco importantes en la prevalencia del buen estado de salud autopercebido entre la población de 75-79 años (36,3%) y aquella que tiene 80 y más años (36,0%).

Los hombres muestran una autopercepción de su estado de salud significativamente mejor que las mujeres.

La formación, especialmente de los médicos, está orientada al diagnóstico y a la resolución de los problemas agudos, olvidando a menudo el manejo de

los aspectos más crónicos de la enfermedad o de las consecuencias que de ella se derivan como el dolor, el delirio o la discapacidad. Los problemas propios de las personas mayores, como las caídas o las demencias, a veces de difícil manejo, son poco o sólo parcialmente conocidas por los profesionales no especializados en Geriátrica.

El envejecimiento de la población ha provocado una mayor demanda de uso de servicios, con una mayor necesidad de recursos humanos. Este aumento de necesidades afecta a muchos profesionales dada la complejidad y variedad de servicios que las personas mayores utilizan. Este crecimiento de la demanda de profesionales exige una adecuada oferta de los mismos que no siempre está garantizada.

La especialización médica ha sido fundamental en la mejora del sistema sanitario y la formación de médicos residentes, a pesar de sus desigualdades, la mejor baza para la mejora del sistema en las últimas dos décadas. Sin embargo, al mismo tiempo, la especialización ha provocado una segmentación de los profesionales y en ocasiones un cierto corporativismo "de especialidad". La idea de la especialización ha disminuido el valor de la polivalencia que representan algunas especialidades generalistas como la medicina de familia, la propia medicina interna o en cierta medida la especialidad de geriatría. Al mismo tiempo que en la formación especializada en geriatría hay que insistir en la formación básica en geriatría para todos los médicos en el pregrado y, sea cual sea el modelo final, en la formación de todas las especialidades médicas.

En el cuidado del paciente geriátrico la enfermería desempeña un papel muy relevante. Su rol es muy importante en todos los niveles asistenciales (cuidados agudos o atención ambulatoria) y en los aspectos preventivos, pero es determinante en los cuidados de larga duración tanto a domicilio como en el medio institucional, y es en este colectivo donde descansa la garantía de los cuidados continuados.

THE IMPACT OF POPULATION AGEING ON HEALTHCARE PROFESSIONALS



SUMMARY

The healthcare system faces, in the most developed countries, very important changes that stem from reasons such as the technological evolution and the population ageing. The last one is, besides, along with the migratory phenomenon, the most relevant social fact in the beginnings of the XXIst century. Aging brings about new challenges, especially when it comes to healthcare professionals that have received a training that barely fits the new scope of knowledge related to the needs and particularities of aging people. New or not so new specialties like geriatrics become relevant. New roles, especially in nursing, and a greater importance of other healthcare professionals like physiotherapists and occupational therapists are coming afloat.

The goal of this article is to think about the impact of the population aging on healthcare professions and professionals.

According to the 2001 population census, 17,01% of population was 65 or over. As reported through the same census, the percentage of people between 0 and 14 years old and 15 and 64 years old was 14,52 for the first case and 68,44 for the second one.

Subjective health declines as we age, but this decrease is more important among people over 75 years old than among those between 65 and 75. According to the data provided after the 2003 Health National Survey, in the group aged 60-64, the percentage of people with a good or very good auto-perceived health status was 51,2%, and that among those people aged 65-69 was 46,3%. Slight differences are found in the prevalence of the auto-perceived good health status between the 75-79 years old population (36,3%) and that of 80 years old and over (36,0%). Men show an auto-perception of a significantly better health status than that reported by women.

The training, especially for medical doctors, focuses on

the diagnostics and the solving of acute conditions, while often forgetting to handle the chronic features or the consequences of the diseases, such as pain, delirium and incapacity. The problems genuine to old people like falls or dementias, sometimes difficult to manage, are poorly or only partially known by non geriatric specialized professionals.

The population aging has fostered a greater demand of the use of services, with a greater need of human resources. This increase of needs affects many professionals given the complexity and variety of services that old people use. This growth of the demand of professionals requires a proper offer of the last ones that is not always warranted.

The medical specialization has been a cornerstone in the improvement of the healthcare system and the training of the resident physicians, despite their inequalities, the best way to improve the system during the last two decades. However, in the meantime, the specialization has boosted a segmentation of professionals and sometimes certain "specialty" corporativism. The idea of "specialization" has decreased the value of the polyvalence that represent some generalist specialties like the Family Medicine, the own Internal Medicine or, to a certain extent, the specialty of Geriatrics. The focus must be both on the specialized education in geriatrics and the basic one for every medical student and, whatever the final model, on the training of all medical specialties.

When it comes to the geriatric patient care, nursing plays a major role. Its role is very important at all assistance levels (acute care and ambulatory assistance) and in every preventive feature, but it is crucial for both at home and in-hospital long lasting treatments; it is, thus, the collective harboring the warranty for continued care services.



EL IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

ANTONI SALVÀ y JOAN CARLES ROVIRA

Institut de l'Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona (España).

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario se enfrenta en los principales países desarrollados a cambios muy importantes que tienen entre sus principales causas la evolución tecnológica y el envejecimiento de la población. Este último, además, es, junto con el fenómeno migratorio, el hecho social más relevante del principio del siglo XXI. Además de provocar modificaciones en los hábitos sociales, el fenómeno del envejecimiento tiene una especial repercusión en los sistemas de protección social y de salud. Se han producido ya cambios, aunque insuficientes, en la organización de los sistemas sanitarios y también en los sociales para adaptarlos al envejecimiento de la población. Entre éstos cabe destacar la creación de los programas de coordinación sociosanitaria o, como en el caso de Catalunya, la creación de una nueva red de servicios fundamentalmente orientada a satisfacer las necesidades de las personas mayores y también las del sistema sanitario¹. A pesar de ello se viven muchas tensiones derivadas de una de las principales consecuencias del envejecimiento: el aumento de la demanda. Así, el colapso ya habitual en los servicios de urgencias, la sobrecarga de los servicios de atención primaria o las listas de espera son algunos de los aspectos que ponen de manifiesto las tensiones de un sistema todavía poco adaptado a esta nueva situación. La OCDE, en una de sus últimas publicaciones, presenta estimaciones de la evolución del gasto público destinado a los cuidados de salud y de los cuidados

de larga duración. Según este estudio, el primero pasará del 5,5% del PIB actual al 7,8-9,6% en el 2050, y el segundo pasará de un 0,2% a un 1,9-2,6% del PIB. Éste último, es decir el relacionado con los cuidados de larga duración, fundamentalmente por las prestaciones vinculadas a las situaciones de dependencia².

Pero más allá de estos aspectos, económicos o de organización de los servicios, el envejecimiento también plantea nuevos retos, especialmente en relación con los profesionales de la salud que han recibido una formación poco adaptada a los nuevos conocimientos en relación a las necesidades y particularidades de las personas mayores. Nuevas, o no tan nuevas, especialidades como la Geriátrica que cobran relevancia. Nuevos roles especialmente para la enfermería y mayor papel de los otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el impacto del envejecimiento de la población en las profesiones y los profesionales de la salud. No abordaremos en este artículo aspectos relacionados con los servicios sanitarios y su necesidad de adaptación a las necesidades de la atención de las personas mayores.

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Aunque no es un fenómeno circunscrito a nuestro país, sino que afecta a todo el mundo y de manera muy especial a los países desarrollados,



España es uno de los países del mundo con mayor tasa de personas mayores. Según el censo de población de 2001, el 17,01% de la población tenía 65 o más años. Según el mismo censo, el porcentaje de personas entre 0 y 14 años y entre 15 y 64 era del 14,52 y del 68,44, respectivamente³. El índice de envejecimiento, es decir, el número de personas de 65 y más años por cada 100 personas de menos de 15 años es de 117. Estos valores de por sí significativos son más llamativos si los comparamos con los valores de hace solamente 25 años, con un 11,24% de personas de 65 y más años y una tasa de envejecimiento de 44; y ya no digamos si lo comparamos con datos de un siglo atrás, cuando solamente el 5,5% de la población tenía 65 o más años, el 33,52% estaba entre los 0 y los 14 años y el 61,28% entre los 15 y los 64 años. La tasa de envejecimiento era de 16 personas de 65 y más años por cada 100 personas de menos de 15 años⁴. El peso de la población de 65 y más años ha superado el de la población de menos de 15 años por primera vez en la historia española.

Esta tendencia se acentuará más aún en los próximos años. El Instituto Nacional de Estadística ha publicado proyecciones de población hasta el año 2030⁵. El porcentaje de mayores de 64 años alcanzará el 23,44% en el 2030. A pesar que se trata de estimaciones que pueden verse modificadas por cambios en la natalidad y especialmente por el fenómeno de las migraciones, representan una información clara sobre el continuo incremento de personas en esta franja de edad, que solamente se verá frenada temporalmente entre los años 2010 y 2020, cuando se incorporarán a la vejez aquellas generaciones que nacieron durante la Guerra Civil y la posguerra, lo que producirá un vacío relativo de la población mayor en los primeros tramos de edad frente a un crecimiento de la población que supera los 75 y 85 años. Posteriormente, entre los años 2020 y 2040 se incorporarán a la vejez las generaciones más numerosas de la historia de España. Durante este periodo, la población mayor aumentará y lo hará en todos los tramos de edad.

El envejecimiento poblacional es debido a la mayor esperanza de vida y también a la menor tasa de natalidad. El aumento de la esperanza de vida obedece a las mejoras en la salud materno-infantil y a las mejoras generales de las condiciones socioeconómicas y de salud pública que se han producido a lo largo del siglo XX. Ello ha dado lugar a un aumento de las tasas de supervivencia y, como consecuencia, a una mayor esperanza de vida. Lo que en el siglo XX y sobre todo en las décadas intermedias y finales del siglo, generó las primeras generaciones con muchos efectivos mayores de 65 años, en las primeras décadas del siglo XXI provocará el aumento más importante de personas de 80 u 85 años y más.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 1998 la esperanza de vida al nacer era de 75,25 años para los hombres y de 82,16 para las mujeres. En el mismo año, la esperanza de vida a los 65 años era de 16,11 y de 20,09 años respectivamente para los hombres y las mujeres.

LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Las tres características más importantes de la salud de las personas mayores son la acumulación de enfermedades crónicas, la reducción de la reserva funcional y la consecuencia sobre sus capacidades físicas y cognitivas que facilita la aparición de discapacidad.

Normalmente, en las encuestas de salud se utiliza la salud autopercebida como un indicador del estado de salud de la población. Hay una gran evidencia sobre las relaciones entre salud percibida y salud objetiva. Unas condiciones basales de salud malas, con presencia de enfermedades crónicas y discapacidad, condicionan una peor percepción del estado de salud y una aceleración de la percepción de una mala salud con el paso de los años. La salud subjetiva declina con la edad, pero este decremento es más importante en los mayores de 75 años que en los de 65 a 75 años. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, en el

grupo de edad de 60-64 años el porcentaje de personas con un estado de salud autopercebida bueno o muy bueno era del 51,2% y entre los de 65-69 años del 46,3%. Se encuentran diferencias poco importantes en la prevalencia del buen estado de salud autopercebida entre la población de 75-79 años (36,3%) y la que tiene 80 y más años (36,0%). Los hombres muestran una autopercepción de su estado de salud significativamente mejor que las mujeres. Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas en todos los grupos de edad⁴.

LA MORTALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Las principales causas de defunción en los grupos de edad de más de 65 años son las enfermedades relacionadas con el corazón y el resto del aparato circulatorio, así como el cáncer (tabla 1)⁴. Las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, entre las que destaca la enfermedad de Alzheimer, están aumentando de manera importante especialmente en los mayores de 75 y más años. En estos grupos de edad el diagnóstico de demencia y particularmente de enfermedad de Alzheimer ha mejorado en las últimas décadas, lo que sin duda mejora también la cumplimentación de los certificados de defunción.

DEPENDENCIA Y PERSONAS MAYORES

En las personas mayores la discapacidad aparece como consecuencia de distintas situaciones entre las que se encuentran los propios cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y en algunos casos enfermedades o situaciones agudas que generan discapacidad de manera brusca. Según los trabajos de Ferrucci et al, en aproximadamente la mitad de las personas con discapacidad ésta aparece de manera progresiva, mientras que en el resto aparece de manera catastrófica como consecuencia de un proceso agudo médico o traumático⁵.

Diversos estudios han publicado cifras dispares sobre la prevalencia de personas dependientes en España. Las diferencias entre los datos publicados se deben a la utilización de distintas fuentes de información, así como a las diferentes características de las mismas y a los diferentes criterios utilizados tanto en la selección de las actividades como en la manera de preguntar por las mismas. Se han dado valores que varían entre el 20 y el 35%⁶⁻⁸. Según un estudio que ha considerado 11 actividades, incluyendo 6 básicas y 5 instrumentales, siguiendo los criterios definidos por Manton⁹ y utilizando la base de datos de la EDDS del 1999, en España el 23,5% de los mayores de 64 años tienen discapacidad para

TABLA 1. TASAS DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES PARA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS (ESPAÑA 2003)

Causa de muerte	Tasa de mortalidad (65-74 años)		Tasa de mortalidad (75 y más años)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tumores malignos	1.031,7	398,7	2.105,2	934,0
Trastornos mentales	25,1	282,9	15,5	415,5
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	61,1	309,9	49,5	363,7
Enfermedades del aparato circulatorio	722,6	3.039,0	331,3	3.065,2
Enfermedades del aparato respiratorio	267,3	1.519,2	73,7	803,2
Enfermedades del aparato digestivo	143,1	403,3	59,2	335,4

Fuente: Modificado de referencia bibliográfica 4.



al menos una de las actividades consideradas. Sin embargo, el 31,9% de éstos solamente tienen discapacidad para actividades instrumentales, el 36,6% para 1 o 2 actividades básicas, el 12,2% para 3 o 4 actividades básicas y el 12,5% para 5 o 6 de estas actividades. El 6,8% restante correspondería a personas ingresadas en residencias de asistidos¹⁰. Estos porcentajes situaban el número de mayores dependientes en el 2003 en 1.710.006 personas. Todos los estudios coinciden en que tres cuartas partes del número total de dependientes corresponde a personas mayores de 65 años.

TRAYECTORIAS EN EL ENVEJECIMIENTO HUMANO

Si bien el estado de salud en general declina con la edad y especialmente a partir de los 75 años, hay distintas trayectorias que se manifiestan por la mayor o menor acumulación de enfermedades crónicas, la discapacidad y la percepción de salud. El llamado envejecimiento usual implica una disminución de las capacidades y de la salud percibida alrededor de la década de los 70 años. El llamado envejecimiento satisfactorio implica que las personas se mantienen activas hasta edades más avanzadas, con pocas enfermedades invalidantes y una buena salud autopercibida y conservando su nivel funcional con discretos decrementos en la década de los 80 o incluso al inicio de la de los noventa. Por último, un envejecimiento patológico se caracteriza por el aceleramiento del declinar, de manera que la persona presenta mal estado de salud ya hacia los sesenta o el inicio de los setenta años¹¹⁻¹⁴. Estos grupos no son estancos y pueden darse otros modelos, así como situaciones reversibles entre uno y otro. Una peor percepción de salud y una evolución desfavorable de la salud se correlacionan con un mayor número de afecciones crónicas de la salud, deterioro de la actividad física y menor capacidad cognitiva¹⁵.

LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Las personas mayores tienen un comportamiento particular frente a las enfermedades. En primer lugar, y como ya hemos comentado anteriormente, es frecuente la comorbilidad. A menudo ésta es responsable de la polifarmacia. Los síntomas que presentan las personas mayores en ocasiones son distintos o están enmascarados por síntomas de otra enfermedad crónica preexistente. La respuesta del organismo está disminuida y es frecuente la aparición de complicaciones frente a determinadas enfermedades agudas y frente a determinados tratamientos. Algunos problemas, debido a su frecuencia o a su gravedad, han sido denominados los síndromes geriátricos o los gigantes de la geriatría. Entre ellos destacamos las caídas, el deterioro cognitivo, el delirio, la depresión, la desnutrición... El manejo de las enfermedades agudas requiere tener en cuenta la frecuencia de algunos de estos síndromes, como por ejemplo el delirio, muy frecuente en situaciones agudas. La discapacidad es una complicación frecuente de la enfermedad. Se puede revertir a menudo con un abordaje integral al inicio, pero es de difícil manejo si está consolidada.

LAS PERSONAS MAYORES Y LAS PROFESIONES SANITARIAS

El impacto que el envejecimiento de la población tiene y va a tener de manera creciente en el futuro en los profesionales sanitarios es importante. Por una parte, hay aspectos cualitativos relacionados con los cuidados y las atenciones que prestan y con su capacitación profesional y, por otra parte, los hay de tipo cuantitativo, que tienen que ver con la demanda creciente de determinados profesionales. En general podemos considerar que la situación de los profesionales del sector salud es similar en la mayor parte de los países industrializados de nuestro entorno. Los servicios asistenciales suelen estar bien desarrollados y los recursos, en general,



son suficientes y, sin embargo, se dan algunos problemas de adecuación a las nuevas necesidades¹⁶.

Aspectos cualitativos

Los aspectos cualitativos los podemos resumir en dos: formación adecuada en el manejo de las situaciones clínicas frecuentes y trabajo en equipo interdisciplinar. La formación, especialmente de los médicos, está orientada al diagnóstico y a la resolución de los problemas agudos, olvidando a menudo el manejo de los aspectos más crónicos de la enfermedad o de las consecuencias que de ella se derivan como el dolor, el delirio o la discapacidad. Los problemas propios de las personas mayores, como las caídas o las demencias, a veces de difícil manejo, son poco o sólo parcialmente conocidos por los profesionales no especializados en geriatría. Igualmente, en la fase diagnóstica los profesionales deben saber llevar a cabo una valoración más integral, que incluya además de los aspectos clínicos habituales por aparatos los aspectos funcionales y aun los sociales, que tienen un gran impacto en la calidad de vida de la persona atendida. Las intervenciones, además de la mejora de la enfermedad concreta diagnosticada, tendrán en cuenta también estos aspectos funcionales (frecuente asociación de programas de rehabilitación) y el control de síntomas como el dolor, la debilidad, etc... En muchas ocasiones se necesitarán diferentes recursos asistenciales (unidades de agudos, unidades de convalecencia/rehabilitación, atención a domicilio, hospitales de día, residencias...), que a su vez estarán atendidas por diversos profesionales. Algunas disciplinas como la enfermería, la terapia ocupacional, la fisioterapia o la dietética adquieren un papel relevante en el manejo de las personas mayores.

La obligada concurrencia de estos diversos profesionales en la atención de las personas mayores plantea la necesidad del trabajo en equipo con diversas profesiones y la necesidad de coordinación y aun de integración de la

información y de las competencias profesionales de cada uno, en orden a diseñar objetivos integrales para el paciente en cuya consecución debe trabajar todo el equipo. Ello requiere una adecuada formación de los equipos y la incorporación de dinámicas que permitan el enriquecimiento mutuo del trabajo de cada uno. El trabajo en equipo tiene sus dificultades y suele ser un reto de las organizaciones. A menudo los médicos estamos acostumbrados a que nuestro equipo esté formado por colegas médicos de otras especialidades. La formación de equipos multi-profesionales requiere una redistribución de roles que conviene definir previamente a fin de evitar conflictos. Sin embargo, el éxito en la superación de este reto redundará en una elaboración más rica de los planes de cuidados y repercutirá de manera favorable en una atención de calidad al paciente.

Otro aspecto a considerar es el de la especialización. En sí, la mayor especialización de las profesiones sanitarias frente a los problemas frecuentes de su práctica clínica redundará en un mayor y mejor conocimiento y, por tanto, en mayores probabilidades de éxito. Sin embargo, una excesiva especialización o una excesiva rigidez del sistema pueden comportar, a su vez, respuestas poco útiles al sistema. Hasta ahora solamente los médicos tenían una especialización definida en geriatría. Recientemente se ha aprobado la especialidad de enfermería geriátrica. Sin embargo, el número de personas mayores que son atendidas en el sistema sanitario es tan alto que no es posible ni deseable que sean atendidas exclusivamente en un entorno especializado. Así, en la atención primaria de salud una buena parte de las personas atendidas ambulatoriamente y casi todas las atendidas en programas de atención domiciliaria son personas mayores. Ello obliga a asegurar conocimientos a los profesionales de atención primaria sobre la detección y manejo de los principales problemas geriátricos, así como sobre el uso de los recursos especializados disponibles para las personas mayores. Lo mismo podemos decir de las especialidades hospitalarias, sobre todo de la medicina interna. Una par-



te importante de las personas atendidas en el hospital lo será en unidades de especialidades médicas o quirúrgicas. La formación básica en geriatría y la posibilidad de interconsulta con equipos especializados en geriatría será fundamental para reducir las complicaciones frecuentes de las personas mayores durante el ingreso hospitalario. La existencia de unidades especiales de geriatría en distintos niveles asistenciales –de agudos, de media estancia, a domicilio, atención ambulatoria- se reserva para casos especialmente complejos con especiales características y con un papel además docente y de investigación. La disponibilidad de otras disciplinas como la terapia ocupacional, la fisioterapia o la dietética pueden ser decisivas para asegurar el mejor manejo tanto de la patología causante del ingreso como de las complicaciones sobrevenidas, y asegurar un retorno al domicilio en las mejores condiciones de funcionalidad y calidad de vida.

La formación en el pregrado y la correcta formación continuada es indispensable para asegurar la competencia necesaria de los distintos profesionales de la salud en los problemas y enfermedades geriátricas.

Aspectos cuantitativos

El envejecimiento de la población ha provocado una mayor demanda de uso de servicios, con una mayor necesidad de recursos humanos. Este aumento de necesidades afecta a muchos profesionales, dada la complejidad y variedad de servicios que las personas mayores utilizan¹⁷.

Este crecimiento de la demanda de profesionales no siempre está garantizado por una adecuada oferta de los mismos. De hecho, el número de profesionales sanitarios puede decrecer en los próximos años a medida que éstos se vayan jubilando y/o coincida además con una reducción progresiva de su jornada laboral, si no hay una política planificada que permita el reemplazo de los que salen del sistema y la cobertura de las nuevas necesidades creadas. Es de esperar

que el crecimiento de la demanda se produzca en todas las disciplinas profesionales, y especialmente en las relacionadas con la rehabilitación y la mejora de las actividades de la vida diaria, además de en las de medicina y enfermería, que representan el “núcleo básico” de la atención. En éstas dos últimas centraremos el siguiente análisis.

Como ya se ha apuntado en relación a enfermeras y médicos, la progresiva jubilación de muchos profesionales sanitarios se unirá a la creciente demanda de la población, de manera que todo ello pondrá en riesgo la disponibilidad de estos profesionales.

Las profesiones con un ciclo formativo más largo tienden a ser globalmente más “viejas” que aquellas con ciclos formativos más cortos. Así, los médicos, con un periodo formativo largo (que en España se encuentra en torno a los 10-12 años) presentan, en países como EEUU, una edad superior a los 55 años en un 30% de los casos¹⁷. Contrariamente, en las profesiones nuevas, que ni tan siquiera existían hace unos años como la terapia ocupacional, encontramos medias de edad muy jóvenes. Según algunos autores, los profesionales más jóvenes tienen una menor motivación para trabajar con personas mayores. Así, muchas enfermeras prefieren trabajar en hospitales a hacerlo en instituciones sociosanitarias o residencias, de manera que se observan medias de edad claramente inferiores en el hospital. En EEUU, la media de edad de las Registered Nurses (RNs) en instituciones sociosanitarias es de 44 años, y de 41 años en los hospitales¹⁷. En la explicación de este hecho subyace el papel “más técnico” que se desarrolla en el hospital y que puede seducir más a los más jóvenes. Sin embargo, frente a esta visión debemos considerar, por un lado, la existencia en muchos casos de niveles retributivos diferentes, favorables siempre al ámbito hospitalario y, por otro, una clara percepción de menor valor o prestigio profesional en los servicios de atención continuada o no hospitalaria, y en especial en los dedicados a la atención de las personas mayores y de los enfermos crónicos.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS (CATALUÑA 2001)

Profesionales	Menos de 40 años	40-50 años	Más de 50 años
Médicos	38%	43%	19%
Odontólogos y estomatólogos	52%	31%	17%
Farmacéuticos	52%	24%	25%
Biólogos	63%	32%	5%
Enfermeras	53%	30%	17%
Matronas	10%	48%	42%
Ópticos	63%	19%	18%
Podólogos	42%	29%	29%
Fisioterapeutas	81%	12%	7%
Protésicos dentales	53%	25%	22%

A título de ejemplo, en la tabla 2 puede observarse la distribución por edades de las profesiones médicas en Catalunya. Destaca un menor porcentaje de médicos con menos de 40 años (38%) que del resto de profesionales (con la excepción de las matronas) y una mayor juventud de los fisioterapeutas (81% con menos de 40 años)¹⁸.

En la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias vigente en España¹⁹ se consideran las siguientes:

- Con título académico de *licenciatura*: médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios y psicólogos clínicos.
- Con título académico de *diplomatura*: enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, ópticos-optometristas, logopedas y dietistas-nutricionistas.

En la tabla 3 puede verse la distribución de los profesionales en Catalunya en el 2001¹⁸. De

TABLA 3. PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS EN CATALUÑA (2001)

Profesionales	Por 1.000 habitantes
Médicos	4,63
Farmacéuticos	1,16
Odontólogos	0,48
Psicólogos clínicos	-
Biólogos (sanitarios)	0,08
Enfermeras	5,09
Matronas	1,62
Dietistas y nutricionistas	0,03
Fisioterapeutas	0,53
Ópticos y optometristas	0,21
Podólogos	0,12
Protésicos dentales	0,15
Auxiliares de enfermería	2,14



cara al futuro no debe considerarse solamente el número de médicos y de enfermeras, sino también la relación enfermera/médico cercana a 1, probablemente inadecuada en un escenario de mayor envejecimiento.

Algunos perfiles profesionales de gran importancia en la atención del paciente geriátrico no son considerados por la Ley como profesiones sanitarias. Así, los psicólogos no se consideran profesión sanitaria, a no ser que hayan realizado la especialidad de psicología clínica. Tampoco merecen tal consideración los neuropsicólogos, de gran importancia en la valoración del paciente con deterioro cognitivo e incorporados en las unidades de diagnóstico y atención a las personas con demencia.

También participa en el proceso de atención el trabajador social. Aunque es discutible su consideración como profesional sanitario, no lo es que su participación es necesaria en la valoración integral y en la propuesta del programa de cuidados, especialmente frente a personas con problemas crónicos y dependencia que necesitan de cuidados de larga duración. Sólo así daremos respuesta a la definición amplia de salud como “el estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares. La salud así concebida es un derecho humano fundamental y la búsqueda del máximo grado posible de salud se convierte en la meta social más importante a nivel mundial. Alcanzar esta meta requiere la participación de otros sectores sociales y económicos además del sector salud.

Vamos a realizar algunas consideraciones particulares sobre los médicos y las enfermeras por su relevancia en el conjunto del sistema y de los programas de cuidados.

Los médicos

En España, el perfil de envejecimiento de los especialistas médicos de los servicios públicos de salud difiere mucho entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). Las Comunidades con transferencias recientes tienen profe-

sionales más jóvenes (Extremadura, Castilla La Mancha). Las CCAA con hospitales creados en la primera oleada de centros del Servicio Nacional de Salud tienen los efectivos más envejecidos. Madrid encabeza la lista, con el 55% de médicos mayores de 50 años²⁰ (tabla 4).

Aunque los colegios de médicos no son una fuente de información exhaustiva ni carente de sesgos, parecen de momento la mejor para obtener datos de la estructura de edad y sexo de la población de médicos colegiados. El intervalo etario más frecuente es actualmente el de 45 a 54 años tanto en hombres como en mujeres. Aunque globalmente hay más médicos que médicas, esta distribución se está modificando, dado que por debajo del intervalo de 35 a 44 años hay más mujeres que hombres²⁰⁻²¹. Comparando el número de licenciados en Medicina cada año con el número de colegiados mayores, próximos a la edad de jubilación, resulta que en los próximos diez años se necesitaría una media de 2.514 médicos cada año para “reponer” a los que se irán jubilando. Actualmente están saliendo algo más de 4.000 nuevos licenciados cada año, pero además se homologa un número muy considerable de títulos extranjeros, con lo que la reposición está garantizada. A medida que pasen los años la tasa de reposición se irá incrementando, de manera que se necesitarán más médicos nuevos cada año. De acuerdo con las previsiones, a partir de 2016 esta cifra llegará a los 7.085 médicos nuevos cada año, una cifra que requiere la adopción de medidas orientadas al incremento de plazas tanto para el acceso a la formación de grado como a la formación especializada, la agilización de los trámites de homologación y la adopción de nuevas medidas de impacto en la gestión tendentes a eliminar rigideces entre especialidades, como podría ser la troncalidad en la formación para algunas de ellas²⁰⁻²¹.

Como hemos comentado anteriormente, la especialización médica ha sido fundamental en la mejora del sistema sanitario, y la formación de médicos residentes, a pesar de sus desigualdades, la mejor baza para la mejora del sistema en las últimas dos décadas. Sin embargo, al

TABLA 4. MÉDICOS COLEGIADOS A 31 DICIEMBRE 2005: FEMINIZACIÓN Y JUBILACIÓN

	% mujeres	% jubilados
Andalucía	36,8%	7,5%
Aragón	43,9%	7,8%
Asturias	42,5%	6,5%
Islas Baleares	38,2%	3,2%
Canarias	39,2%	5,4%
Cantabria	43,2%	8,3%
Castilla-León	42,1%	9,0%
Castilla-La Mancha	39,6%	8,4%
Cataluña	43,7%	6,9%
Ceuta y Melilla	25,1%	6,3%
Comunidad Valenciana	41,6%	7,1%
Extremadura	39,1%	6,6%
Galicia	41,3%	7,1%
Madrid	47,1%	7,1%
Murcia	37,6%	6,1%
Navarra	46,8%	6,8%
País Vasco	44,9%	6,5%
La Rioja	43,4%	8,1%
TOTAL	42,1%	7,1%

Fuente: OMC (INE).

mismo tiempo la especialización, o quizás la excesiva especialización, ha provocado una segmentación de los profesionales y en ocasiones un cierto corporativismo “de especialidad”. La idea de la especialización ha mermado el valor de la polivalencia que representan algunas especialidades generalistas como la de Medicina de Familia, la propia Medicina Interna o en cierta medida la especialidad de Geriátrica. También la “segmentación del mercado” provoca un cambio en las prioridades del planificador en beneficio de determinadas ratios de especialista. El equilibrio adecuado entre la especialización y la polivalencia es uno de los elementos a considerar en el futuro. También es posible plantearse otras políticas de mayor flexibilización del sistema. Entre ellas destacan algunas modificaciones en la especificidad en la convocatoria de

algunas plazas ofertadas en el sistema público o la revisión de la formación de especialista. ¿Es posible establecer medidas correctoras de algunos desequilibrios, aumentar la capacidad de adaptación de la oferta a las necesidades cambiantes de profesionales sanitarios mediante la reconversión, a corto plazo, de especialidades excedentarias hacia las deficitarias, ajustar los procedimientos de incorporación de profesionales de otros países y la redistribución del trabajo entre grupos profesionales? ¿Y a medio y largo plazo es posible reconsiderar el avance hacia el modelo troncal en la formación especializada y la modulación del acceso a la formación básica y de la oferta de plazas de formación especializada?²⁰.

Es evidente que estos planteamientos son relevantes en lo que se refiere a las personas



mayores y a la formación de los médicos en geriatría. En 1984 terminó la residencia la primera promoción de especialistas en Geriatría por la vía MIR (médicos internos residentes). En 2006 había en España 737 médicos especialistas en Geriatría, de los que tres cuartas partes eran menores de 50 años. La tasa de feminización es del 0,54% y llega al 0,69% en las últimas convocatorias.

En España hay actualmente un déficit de algunas especialidades entre las que se encuentra la Geriatría; éste es un fenómeno dinámico y, por tanto, sujeto a variaciones importantes en el futuro. Sin embargo, en el momento actual existe una mayor demanda que oferta de médicos geriatras. En otros países el acceso a la especialidad es distinto, en ocasiones a partir de la Medicina Interna o la Medicina de Familia, con un periodo de formación complementario (certificado de especialización que supone un año o dos de estudio adicional), como en el caso de Estados Unidos. En este debate como mínimo podemos señalar que son posibles varias opciones y que en cualquier caso el modelo debe garantizar al menos una formación complementaria específica en geriatría, única manera de asegurar la adquisición de competencias y habilidades propias de la especialidad.

Al mismo tiempo que la formación especializada en geriatría hay que insistir en la formación básica en geriatría para todos los médicos en el pregrado y, sea cual sea el modelo final, en la formación de todas las especialidades médicas y muy especialmente de la Medicina de Familia y de la Medicina Interna en el período de formación especializada. En este sentido, parece que la troncalidad puede ser el modelo adecuado para garantizar una formación básica y una más especializada, entendiendo como básica la formación tanto en medicina interna como en los principios básicos de atención geriátrica.

Las enfermeras

Existe un importante desequilibrio en la dotación relativa de enfermeras y médicos en

nuestro país. Así, nuestra ratio enfermera/médico es muy inferior a la del entorno europeo (1,08 frente al 2,7). Cada año se gradúan aproximadamente 1,8 enfermeras por cada nuevo médico. Siguiendo el ritmo actual de acceso a la Universidad de 2 plazas de enfermería por 1 de Medicina, se tardarían casi 60 años en alcanzar la ratio europea²².

En el colectivo de enfermería se observa un descenso en la demanda de los estudios y un envejecimiento de los profesionales en activo, así como un fenómeno emergente de emigración hacia países del entorno, de manera que ya actualmente se observa un déficit de estos profesionales, con una especial incidencia en ámbitos como el sociosanitario y el de la salud mental.

Durante 2006 solamente el COIB (Colegio de Enfermería de Barcelona) tramitó 429 expedientes para enfermeras que querían ejercer en el extranjero. Al mismo tiempo, se colegiaron 123 enfermeras procedentes de otros países, especialmente latinoamericanas²³. Todavía no tenemos información sobre la repercusión de la aparición de la especialidad de enfermería geriátrica dado lo reciente de la misma y la inexistencia de esta categoría profesional en la práctica asistencial.

Al analizar la ratio de profesionales de enfermería por mil habitantes entre nuestro país y los de su entorno inmediato como Francia, Italia o el Reino Unido, observamos que es similar; sin embargo, debería analizarse las funciones y tareas desarrolladas en cada uno de estos países. Así, por ejemplo, en EEUU encontramos diversas modalidades de profesionales de enfermería:

- Las “*advanced practice nurses*” (APNs) son enfermeras con formación avanzada. Este perfil profesional está especialmente concebido para el manejo y cuidado del paciente crónico, por lo que tiene especial valor en la atención a las personas mayores.
- Las “*professional nurses*” (PNs) y las “*registered nurses*” (RNs) prestan atención directa al paciente y desarrollan el plan de cuidados.



Aunque buena parte de su tiempo deben dedicarlo a tareas de supervisión y gestión, en las residencias de ancianos (*nursing homes*) son también responsables de la valoración del estado de salud del residente y de la supervisión de las *“licensed practical nurses”* (LPNs). Éstas últimas se dedican a los cuidados básicos, como cambiar la ropa, tomar constantes, etc.

- Además, también encontramos aún a las *“nursing aides”*, que prestan los cuidados denominados “paraprofesionales” y son un elemento básico en el cuidado de larga duración (*“long term care”*). Este perfil correspondería al que en nuestro país conocemos como auxiliar de enfermería, del que también hay un importante déficit y que probablemente requiera similares medidas de corrección al mismo tiempo que un mejor reconocimiento retributivo y de la organización laboral¹⁷.

En el cuidado del paciente geriátrico la enfermería juega un papel muy relevante. Su rol es muy importante en todos los niveles asistenciales, pero es determinante en los cuidados de larga duración tanto a domicilio como en el medio institucional, y es en este colectivo en el que descansa la garantía de los cuidados continuados. También en los programas de atención ambulatoria, en la detección precoz de problemas frecuentes en las personas mayores, en los aspectos preventivos, etc. el rol de la enfermería puede determinar una buena parte de la atención.

LA DEPENDENCIA

Se ha hablado mucho del impacto que la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia²⁴ va a tener en el sistema sanitario y, como consecuencia, en sus profesionales. Nuestro punto de vista es que esta ley es fundamentalmente una ley social que garantiza el derecho al acceso al sistema de protección social. Los programas de atención a la dependencia de las personas mayores que se

van a desarrollar a partir de la reciente aprobación de la Ley van a dar lugar a una expansión muy notable del sistema de bienestar y, muy en particular, en el sector de los servicios sociales en el que las carencias son más acusadas en relación con la media de la Unión Europea (UE). Según el libro blanco de atención a la dependencia, para homologarse con la media de la UE, España necesitaría crear más de 500.000 nuevos empleos en el sector sociosanitario. De las cifras así estimadas, habría que deducir los puestos de trabajo que actualmente se dedican a la atención de personas dependientes.

El resultado es una generación neta de empleo, como resultado de la puesta en marcha del sistema de dependencia, de unos 263.057 puestos de trabajo a jornada completa en el horizonte de 2010²⁵.

De hecho, solamente con que la décima parte de los cuidados que actualmente se prestan a las personas ancianas y enfermas en el seno de la familia se profesionalizaran, podrían crearse en España ese medio millón de puestos de trabajo. Este incremento de profesionales se producirá en el ámbito de las labores de sustitución en las actividades de la vida diaria de autocuidado, movilidad o domésticas, por lo que fundamentalmente se dará en el sector de las trabajadoras familiares. Evidentemente, el incremento del número de residencias o de centros de día también comportará un discreto incremento de la necesidad de profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares de clínica), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y en menor medida de médicos.

Por tanto, no se producirá de manera directa una mayor necesidad de profesionales de la salud. Sin embargo, de manera indirecta sí esperamos que se produzca una mayor demanda de atención por programas de rehabilitación o de cuidados domiciliarios que deberán proveerse desde el sector salud. También se abre una esperanza para las políticas de promoción de la autonomía, es decir, las políticas de promoción de la salud y preventivas. A pesar que la ley no las define o detalla, a la luz de la misma es posible dar un nuevo impulso a dichas políticas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Salvà A, Llevadot D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica, uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39 (2): 101-8.
2. Projecting OECD Health long term care expenditures: What are the main drivers? Economics Departments Working papers 477 2006; 5.
3. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población y vivienda 2001 (base de datos en Internet). Madrid: INE (fecha de acceso: 3 de enero de 2007). Disponible en www.ine.es
4. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Previsión al año 2015. Madrid: Fundación Pfizer, 2007 (en prensa).
5. Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E, et al. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *The Journal of Gerontology. Series A* 1996; 51A,3: 123-30.
6. Abellán A, Puga D. La Dependencia en los mayores. En: Informe España 2001. Madrid: Fundación Encuentro, 2001; 187-246.
7. Casado Marín D, López i Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona: Fundación la Caixa, 2001.
8. INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados nacionales detallados. Madrid: INE, 2002.
9. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proc Natl Acad Sci USA* 1997; (90) 6: 2593-2598.
10. Estudio del modelo de atención de las personas mayores en España. Barcelona: Edad y Vida, 2004.
11. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of clinical geriatrics. New York: McGraw-Hill, 1999.
12. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennet JM, Blaum C, Kobayashi E, et al. Changes in functional status among older adults in Japan: Successful and usual aging. *Psychology and Aging* 2003; 18: 684-695.
13. House JS, Lepkowsky JM, Kinney AM, Mero RP, Kesler RC, Herzog Al. The social stratification of aging and health. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 213-234.
14. Rowe JW, Khan RI. Human Aging: Usual and successful. *Science* 1987; 237: 143-149.
15. Leinonen R, Heikkinen, Jylha M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people. A 5 year longitudinal study. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1329-1341.
16. Libro blanco de las profesiones sanitarias en Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2003.
17. The impact of the Aging Population on the Health Workforce in the United States. National Center for Health Workforce Analysis Bureau of health professions. March 2006.
18. Libro blanco de las profesiones sanitarias en Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2003.
19. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm 280; pág. 41442-41458.
20. González López-Valcárcel B, Barber P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030) Las Palmas de Gran Canaria: Grupo Investigación Economía de la Salud de la Universidad de Las Palmas, 2007.
21. Estudio de la oferta, demanda y matrícula de nuevo ingreso 2005-06. Madrid: Ministerio de Educación
22. González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gac Sanit* 2000; 14(3): 237-246.
23. Butlletí Informatiu Col·legi Infermeria Barcelona "info31 infermeria", juny 2007.
24. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE núm 299; pág 44142-44156.
25. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid, 2004.