

Tribuna de opinión

LA EDAD NO ES SINÓNIMO DE DEPENDENCIA. SE PUEDE LLEGAR A EDADES AVANZADAS SIN SER DEPENDIENTE

Javier Gómez Pavón

Secretario General de la SEGG

El consejo de Europa ha definido la dependencia como “la necesidad de ayuda o de asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o de otra manera, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular los referentes al cuidado personal.”

Los datos hasta ahora, nos muestran que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de personas dependientes aumenta de forma considerable conforme aumenta la edad. La dependencia por su parte trae consigo un mayor gasto tanto sanitario como social. Sanitario ya que la dependencia se asocia

directamente con mayor riesgo de enfermar y de morir. Social porque la dependencia es el principal riesgo de institucionalización, y la institucionalización, es decir el ingreso en residencia, es la variable de mayor gasto social. Por todo ello cuando se pregunta directamente a la persona mayor que es lo que más le preocupa, siempre la contestación es la misma: el ser dependiente, es decir la salud para lograr ser independientes. Igualmente la segunda preocupación es la pensión, variable unida también a salud, ya que la pobreza siempre va unida a mayor dependencia.

Sin embargo hay algunas connotaciones en el debate abierto social y político de la dependencia que nos preocupan. Por ejemplo:

- Mostrar la dependencia como una consecuencia inevitable por la alta edad.
- Insistir mucho en su atención y poco en su prevención.

- Hacer más énfasis en las responsabilidades individuales y familiares y menos en las competencias públicas.

- Creer que la atención a la dependencia puede ser un campo importante de negocio y riqueza, a la vez que uno de los mayores “yacimientos de empleo”.

- Proponer la prolongación de la vida laboral y los seguros privados a la dependencia, como la solución al problema.

- Transmitir a la opinión pública la carga fiscal que podría suponer el garantizar por Ley unos mínimos de atención, con todo lo que eso supone de imagen negativa de la vejez.

La edad no es sinónimo de dependencia. Se puede llegar a edades avanzadas sin ser dependiente. Las altas tasas de dependencia en las personas mayores que estamos viviendo en España, no tienen porque mantenerse,

pueden y deben disminuirse. Es posible, la evidencia científica así lo demuestra. Es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la dependencia. Para ello es preciso actuar simultáneamente a tres niveles.

1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La práctica regular de ejercicio físico es el aspecto más importante. Existe una forma posible de practicarlo para cada persona y cada edad. Es el principal factor de riesgo de dependencia modificable. Se ha estimado que su no práctica constituye un riesgo tan importante como el tabaquismo o la hipertensión arterial mal controlada. Otros aspectos muy importantes en este apartado son la dieta adecuada y el peso correcto, el consumo moderado de alcohol, evitar el consumo de tabaco, no consumir excesivos medicamentos y unas relaciones sociales adecuadas.

2. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para poder potenciar y aplicar este apartado y el anterior no son necesarios recursos nuevos. Sería suficiente con una reorientación de los objetivos y las prioridades en el campo sanitario. Ello conllevaría a potenciar la formación en los problemas de

Cuando la dependencia aparece es necesario cuidar de esa dependencia, para darle una buena calidad de vida, y para evitar que siga aumentando. Para ello es necesario que sus necesidades estén cubiertas por las administraciones

salud más prevalentes y a actitudes más gerontofílicas. Así, por ejemplo, no veríamos tantas embolias cerebrales en pacientes con fibrilación auricular crónica, y sin tratamiento anticoagulante por el temor a una hemorragia por su avanzada edad, cuando es precisamente la superación de los 75 años un criterio favorecedor de anticoagulación.

3. SERVICIOS SANITARIOS EFICIENTES PARA LOS ANCIANOS

La fase aguda de las enfermedades es el periodo de mayor riesgo para que una dependencia se produzca, al igual que lo es de mayor rendimiento para poder evitarla. Esto es tanto más cierto cuanto más frágil es la persona mayor, más anciana, más desprotegida, es decir, más población diana de la atención geriátrica. Los equipos que nos dedicamos a la práctica de la geriatría, estamos acostumbrados a ver cómo los pacientes geriátricos son dados de alta de los hospitales, con una recuperación parcial o total de la independencia perdida durante el proceso agudo de su enfermedad. Otros dicen que no se benefician de la hospitalización, porque les produce más secuelas y dependencia, por lo que sugieren que a partir de cierta edad se limite su ingreso en los hospitales generales.

La Geriatría y la Gerontología respondemos, y demostramos con la evidencia de la ciencia y de los hechos, que el mayor riesgo de la hospitalización de los pacientes geriátricos es su no-hospitalización; después, su hospitalización inadecuada: en servicios o unidades no especializadas en geriatría, no adecuadamente preparadas para sus necesidades. Un paciente mayor de 80 años que ingresa en las unidades de medicina tradicional tiene más riesgo de

dependencia, de mortalidad y de ingreso en una residencia que si ingresa en una unidad de especializada de geriatría.

Es necesario que España afronte el reto como otros países de nuestro entorno, de que el 100% de los hospitales dispongan de geriatría y de profesionales especializados en la atención de los muy ancianos. Nadie pone en duda la pediatría en los hospitales, siendo obligado a su existencia en todos los hospitales. ¿porqué no ocurre lo mismo con la geriatría?. Los muy ancianos (mayores de 80 años) tienen una forma y una respuesta a la enfermedad muy diferente al resto de la población. Sin embargo la realidad española es que solo el 32% de los hospitales tienen geriatría. Las administraciones públicas se

movilizan por demandas políticas y sociales. Las asociaciones de mayores tienen cada vez mayor protagonismo político y social. ¡Movilícense, de ustedes, las personas mayores, depende que los gobiernos se preocupen, no solo de viajes desde luego con gran importancia social, sino de que les correspondan hospitales eficientes para atender a las personas mayores.

Cuando la dependencia aparece es necesario cuidar de esa dependencia, para darle una buena calidad de vida, y para evitar que dicha dependencia siga aumentando. Para ello es necesario que sus necesidades sociales de cuidados (aseo, alimentación, limpieza de domicilio, ...) estén cubiertas por ley por las administraciones públicas (estado, autonomías, y ayunta-

mientos). Es necesario una cobertura social adecuada y equitativa en todo el estado español, que no haya comunidades o ayuntamientos ricos y pobres. Dicha cobertura debe de facilitar la permanencia de la persona mayor dependiente en el domicilio (telealarma, ayuda domiciliaria,...), facilitando el apoyo familiar cuando este existe (ayudas económicas, centros de día). Cuando no sea posible mantenerse en el domicilio es necesario garantizar una plaza residencial adecuada al nivel de dependencia. Plazas residenciales que deben de cumplir con máximos de calidad asistencial, con formación específica de todos sus profesionales en el ámbito de la geriatría y la gerontología, y con un control exhaustivo por parte de las administraciones, que deben de controlar tanto las pla-



zas residenciales públicas como las privadas.

Sin embargo el panorama español de atención de las necesidades sociales es muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas. Pero sobre todo es insuficiente y muy por debajo de la media europea. España es uno de los países de menor cobertura de asistencia domiciliaria, y con un número inferior a la media europea recomendada de plazas residenciales, sin exigir formación específica para sus profesionales, y con sueldos mínimos, a los de cualquier otro profesional de igual categoría en otra profesión diferente. Esto lleva a que la atención social del anciano, sea algo casi altruista, voluntario, ...

Por ello siempre es positivo todos los intentos por intentar mejorar la situación. Por ello la ley de dependencia, ahora llamada de autonomía personal (aunque todavía quizás la vuelvan a cambiar) pretende paliar este problema.

No obstante ya parte de premisas falsas, como que la atención de la dependencia es algo puramente social, por lo que la ley solo debe de recoger aspectos sociales. La dependencia es siempre un aspecto social y sanitario. Y sanidad debe de hacerse cargo de la atención a la dependencia, sino la ley ya estará viciada y no será del todo eficiente. Sanidad debe de ir unida a la atención social, en

todo lo referente del cuidado de la dependencia.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ha realizado a petición expresa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, un informe de análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios en relación con la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Dicho informe, forma parte de la documentación anexa entregada al parlamento español junto al libro blanco de la dependencia. Está integro a libre disposición en nuestra página web (www.segg.es), dentro del apartado guías-recomendaciones, subapartado documentos de la SEGG. En dicho informe se detallan las recomendaciones y propuestas de la SEGG para la mejora de la atención sanitaria a las personas mayores que se resumen en las siguientes:

1. Promover programas comunitarios y de envejecimiento saludable.
2. Potenciar programas de atención domiciliaria.
3. Desarrollo de centros diurnos.
4. Potenciar la cobertura sanitaria de las residencias asistidas.
5. Generalizar la cobertura geriátrica especializada en los hospitales generales.

6. Garantizar el acceso a unidades de media estancia o convalecencia.

7. Desarrollo de suficientes camas de larga estancia.

8. Potenciar la coordinación sociosanitaria.

9. Implantar controles de calidad específicos de prevención y atención a la dependencia.

Dicen los ancianos en las encuestas que es la dependencia y el sufrimiento lo que más les preocupa si siguen viviendo más años. Que ambas cosas son la base para poder tener una adecuada calidad de vida. Minimizar ambos aspectos es una asignatura pendiente.

Quizás la más importante. La cobertura de las personas ancianas dependientes, de las personas vulnerables, son indicadores del grado de interés de organizaciones y sociedades por la dignidad de las personas más desprotegidas.

Dicen los ancianos en las encuestas que es la dependencia y el sufrimiento lo que más les preocupa si siguen viviendo más años. Que ambas cosas son la base para poder tener una adecuada calidad de vida. Minimizar ambos aspectos en el campo de la salud es una asignatura pendiente. Quizás la más importante de la sanidad española.