
Atención a la ancianidad: conceptos generales

Elderly care. General concepts

Manuel Serrano Martínez*

Conocemos con la exactitud que ofrece la ciencia demográfica el progresivo incremento de la proporción de ciudadanos cuya edad cronológica supera una edad que se ha dado en situar en los 65 años. Este momento de la vida, en el que la mayor parte de las personas aseguran tener una aceptable salud, se ha tomado como impreciso límite de la edad adulta quizás por coincidir con la de jubilación, y con el progresivo aumento de la necesidad de cuidados sanitarios y de otros medios de atención social. La evolución de la familia en la sociedad del fin de este milenio contribuye a complicar el apoyo preciso para atender a las necesidades, complejas en ocasiones, que surgen en relación con el envejecimiento de nuestros conciudadanos. Este hecho social obliga a considerar unas necesidades de recursos, progresivas en términos económicos y también de previsión de medios técnicos, que han de ser cubiertas por las entidades públicas

La primera cuestión que surge al referirnos a este colectivo de personas es el cómo referirnos a ellas. Las comunes acepciones de "tercera edad" o "pensionistas" es ambiguo y se utiliza económica y socialmente para hacer referencia al conjunto de ciudadanos jubilados, y no es válida para identificar a todas las personas que, enfermas o no, requieren cuidados especiales sanitarios o sociales.

El término de "ancianidad" es menos preciso todavía, ya que implica un cierto grado de dependencia, lo que no suele ser fácil de cuantificar en nuestros días porque es frecuente encontrar personas de edad avanzada con elevado grado de autonomía. Sin embargo, identifica mejor a aquellas personas

* Coordinador del equipo redactor.

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra.

Centro de Salud de Azpilagaña. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Pamplona.

que precisan mayor atención familiar, sanitaria, y de medios de apoyo social. Además, la "ancianidad", es decir, la situación de dependencia relativa o total a la que muchos llegan finalmente durante variables periodos de su vida, es el objetivo contra el que luchar, para conseguir que más ciudadanos alcancen edades avanzadas en la mejor situación física y psicológica posible. Éste es el propósito de la atención a ancianos. Una segunda consecuencia de una mejorada atención preventiva y curativa es la desaceleración de la curva de mortalidad en edades avanzadas de la vida, y por tanto el incremento de la expectativa global de vida, por la presencia social de un número progresivo de ciudadanos con edades comprendidas entre 80 y 100 años¹.

Los ancianos presentan necesidades comunes sanitarias y sociales. A todo ello nos vamos a referir en este número de ANALES del Sistema Sanitario de Navarra. Sin embargo, si bien todos los ancianos deben ser objeto de atención sanitaria integral, muchos otros miembros de la sociedad requieren vigilancia para retrasar el mayor tiempo posible, e incluso para conseguir que no desarrollen este tipo de dependencia, o ésta sea mínima. En efecto, uno de los principales objetivos sanitarios en nuestra sociedad es el mantenimiento de la autonomía de los ciudadanos tan largo tiempo como sea posible, a través de programas preventivos que sean capaces de controlar la morbilidad en general, especialmente de aquellas patologías frecuentemente asociadas a dependencia física, relacionadas con la esfera cardiovascular, en concreto con las secuelas de accidentes cerebrovasculares, o del sistema respiratorio, y del aparato locomotor, sin olvidar el importante papel que especialmente en esta etapa vital desempeña la salud mental.

Las estructuras sanitarias, pensadas y organizadas en tiempos en que las mayores necesidades eran otras, en épocas en que la expectativa vital y el apoyo familiar eran diferentes, o en que quizá también diferían las demandas de las personas mayores en cuanto al tipo de integración social esperado, se han quedado obsoletas para cubrir las necesidades de salud de los ancianos, que conviven largos años con enfermedades crónicas y degenerativas, intentando llevar una vida lo más activa y normal posible. Una gran parte de las medidas que afectan a la salud no dependen del sistema sanitario, sino que son competencia de otras instancias, de donde surge el concepto de espacio sociosanitario, cuya coordinación es la clave de la eficiencia de las organizaciones responsables de estos servicios a la sociedad.

Las actividades de *educación para la salud*, que deberían abarcar toda la vida de todos los ciudadanos, son capaces de establecer barreras para la aparición de enfermedades y de sus complicaciones. Las actividades de vigilancia de los pro-

gramas de prevención y promoción de la salud adaptadas a la atención integral de la persona mayor sana deben ser práctica común en las actividades de atención primaria.

Un ámbito de especial interés en la atención de estos pacientes es el *medio domiciliario*, donde el paciente anciano se encuentra máximamente orientado y seguro, y donde paradójicamente ocurre el mayor número de accidentes, especialmente las caídas². En Navarra se estima que casi un 5% de la población son personas mayores de 65 años que viven sin apoyo directo de familiares más jóvenes, y casi la mitad de éstos han cumplido ya 75 años³.

Como consecuencia, una gran parte de las actividades propias de la atención primaria han de tener lugar en el domicilio de aquellos pacientes que no pueden acceder a los centros de salud por imposibilidad física o por causa de dificultades arquitectónicas o geográficas, que inciden en la accesibilidad a los programas de cuidados básicos y a las actividades de educación para la salud, porque la preocupación por llevar la prevención al propio domicilio del anciano, con objeto de evitar accidentes y cuidar la salubridad de su ambiente vital, no debe ser ajena al interés de los profesionales sanitarios.

Este acceso a cuidados especiales no debería ser prestado únicamente –ni siquiera principalmente– bajo demanda de los pacientes, sino que por la más elemental justicia distributiva debe ser planificado para atender equitativamente a todas las personas que por sus medios no puedan acceder al sistema sanitario. Es evidente que ello supondrá un incremento de las cargas asistenciales y puede requerir una reestructuración del modo en que se organizan los servicios sanitarios. La estimación cuantitativa de necesidades debe hacerse sobre un 5% de pacientes entre 65 y 79 años visitados a domicilio al año, un 10% entre 80 y 84 años, y un 20% de los pacientes con 85 o más años⁴.

La *valoración geriátrica integral* se ha identificado como un método capaz de reducir significativamente la discapacidad y la institucionalización de ancianos, siempre y cuando se mantenga la continuidad de cuidados y se controle con detalle el cuidado de cada paciente^{5,6}. La valoración geriátrica integral tiene por objeto la identificación y captación de la población anciana de riesgo y la adecuación de las medidas preventivas y los cuidados a prestar, así como la prevención de la incapacidad, el fomento de la independencia funcional de las personas mayores, el mantenimiento del paciente en el medio social más adecuado, a ser posible su domicilio, y la documentación de su evolución en el tiempo, para poder tomar medidas precoces ante datos de evolución no favorable. A la profundización en estos conceptos, y a la explicación de los métodos

mejor validados para llevar a cabo esta evaluación exhaustiva, se ha dedicado un amplio espacio en este Suplemento, de modo que pueda servir a muchos profesionales como orientación en su práctica diaria.

La *universalización de las coberturas asistenciales* son otro gran avance en la consecución de mejores cotas de salud de nuestros mayores, por cuanto los estudios llevados a cabo en sistemas sanitarios de "pago por servicio" demuestran que éstos se asocian significativamente con deterioro físico en los ancianos⁷.

Una alta proporción de los pacientes que acceden a los cuidados de atención especializada, bien de modo ambulatorio o en el medio hospitalario, pertenecen al grupo de ciudadanos al que nos estamos refiriendo, y aunque la patología que les haya llevado a esa determinada situación sea particularmente concreta, todos los profesionales han de tener en cuenta las limitaciones personales, físicas o psicológicas, y familiares, y aún las de adecuación terapéutica, al indicar pautas de tratamiento y de seguimiento posterior; es decir, toda la globalidad del paciente y el conjunto de sus circunstancias personales, familiares y sociales. De este modo, al considerar el resto de los condicionantes del enfermo y su entorno, la adecuación terapéutica y la integración de cuidados serán óptimos.

Por estas razones nos ha parecido necesario considerar en este número los más variados puntos de vista, porque todos los profesionales, sea cual sea nuestra dedicación principal, debemos tener en cuenta muchos y diversos factores en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes ancianos. Y hay que considerar además que las personas mayores tienen modos peculiares de manifestar la sintomatología de entidades comunes, así como reacciones farmacológicas peculiares y efectos secundarios más frecuentes por algunos medicamentos, especialmente los fármacos psicotropos. Por ello nos hemos ocupado de incluir aquí capítulos dedicados a las formas especiales de enfermar somáticamente y psicológicamente de las personas mayores, así como de profundizar en los cuidados de enfermería dedicados a los ancianos.

La enfermedad o invalidez de un miembro de la familia afecta al resto de la familia. Este hecho tan obvio es a menudo olvidado cuando tratamos a cada paciente individual. Cada enfermo precisa una orientación terapéutica y recomendaciones de diverso tipo que sin duda afectan a aquellas personas que conviven con él, tanto más cuanto mayor sea su nivel de dependencia. Por ello es aconsejable realizar alianzas dentro del entorno familiar que mantengan alto el dintel de confianza no sólo por parte del enfermo, sino por quien debe ser nuestro apoyo dentro del grupo familiar. La continuidad, coheren-

cia, visión integral de los problemas, la comunicación y la confianza están significativamente ligados a más altas cotas de satisfacción y de mejoría subjetiva en ganancia de salud⁸, por lo que pueden y deben ser aspectos a fomentar en el contexto al que nos estamos refiriendo.

Dentro de la familia se organiza un sistema de cuidados al anciano dependiente que acaba por recaer en uno de los miembros de la misma, casi siempre mujer, en la edad media de su vida, con dificultades personales previas más o menos patentes a la que viene a añadirse una carga que puede llegar a ser realmente pesada en algunos casos. Esta es la causa de problemática añadida que no es independiente del problema original, porque en función de los apoyos recibidos en la familia que lo necesite para cuidar al familiar dependiente, así será de factible la resolución de los problemas secundarios.

Todo este universo de problemática personal, sanitaria y familiar requiere una planificación de ayudas por parte de las entidades públicas. Las áreas de apoyo social de los Ayuntamientos y las de Bienestar Social de los Gobiernos tienen una misión subsidiaria en la que deben sopesar el empleo de los recursos de apoyo, porque los posibles trastornos familiares, que han de importar a la sociedad, tienen su origen en la obligación solidaria de prestar cuidados a quien por sí mismo no es capaz de cubrir sus necesidades más básicas como ser humano.

La planificación de la atención sociosanitaria a la ancianidad debe empezar desde la edad adulta y antes aún, puesto que gran parte de las circunstancias que conducen a enfermedades capaces de provocar pérdida de la autonomía personal pueden ser prevenidas en una parte muy importante, especialmente a través de la adopción de estilos de vida acordes con el mantenimiento de estados positivos de salud. La educación sanitaria y la prevención de accidentes, así como los exámenes de salud en una atención integral al anciano, serán capaces de optimizar el empleo de los recursos que la sociedad dedica a aquellos que no pueden ser atendidos de modo completo y equilibrado dentro de su ambiente familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. MANTON KG, VAUPEL JW. Survival after age 80 in the United States, Sweden, France, England and Japan. *New Engl J Med* 1995; 333: 1232-1235.
2. STENWEG KK. Caídas en las personas mayores. *Am Fam Phys (Ed. Española)* 1998; 5: 206-215.
3. Estadística de población de Navarra. 1996. Población de 65 y más años. Instituto de Estadística de Navarra. Departamento de Economía y Hacienda. Gobierno de Navarra. 1998.
4. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas de edad. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1995.

5. STOCK AE, SUI AL, WIELAND GD et al. Comprehensive geriatric assessment: A metaanalysis of controled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
6. BOULT C, BOULT C, MURPHY et al. A controlled trial of outpatients geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 465-470.
7. WARE JE, BAYLISS MS, ROGERS WH et al. Differences in 4 year health outcomes for ederly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. *JAMA* 1996, 276: 1039-1047.
8. SAFRAN D, TAIRA DA, ROGERS WH et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998; 47: 213-220.