

LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO. NECESIDADES NO CUBIERTAS

Ángel Otero Puime

*Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad Autónoma de Madrid*

Como se viene señalando en los artículos anteriores de este número de Encuentros Multidisciplinares, el envejecimiento demográfico es un hecho evidente en el contexto de los países desarrollados y de especial actualidad en España, que tiene importantes repercusiones sociales, sanitarias, económicas y políticas.

El envejecimiento de la población va asociado a un aumento en el número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria, y en consecuencia dependientes de la ayuda de otras personas para realizarlas. Esta ayuda puede proceder de cuidados informales o de servicios formales de atención, especialmente servicios y sociales. La atención socio-sanitaria se refiere a la interfase de los servicios sociales y sanitarios para aquellas personas que necesitan cuidados médicos especializados y ayuda de los servicios sociales, que supone una fracción importante de las personas mayores dependientes.

La importancia que en la política presupuestaria y socio-económica de un país tienen los costes de los servicios formales a la dependencia asociada al envejecimiento no debiera ocultar el enorme coste que suponen los cuidados informales, especialmente como costes indirectos e intangibles.

En nuestro medio, los cuidadores informales son generalmente miembros de la propia familia y, especialmente, las mujeres más próximas a la persona mayor dependiente (las esposas y las hijas). La familia es el lugar básico donde se recibe ayuda para realizar tanto las actividades básicas de la vida diaria como las actividades instrumentales. La mayoría de las personas mayores dependientes viven en la comunidad gracias a la ayuda que les presta su grupo familiar. Sin este tipo de ayuda el mantenimiento de las personas mayores dependientes en su comunidad no sería posible. Los vecinos y amigos juegan un papel menor en el apoyo de estas personas aunque puede ser muy importante en situaciones puntuales o de urgencia.

LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN PERSONAS MAYORES.

Cuando se intenta medir la importancia de un problema socio-sanitario como el que nos ocupa existen distintos abordajes. Se puede valorar, entre otros indicadores, la utilización de los servicios, la demanda de servicios o las necesidades.

En esta presentación, que recoge distintos resultados ya publicados y algunos avances de trabajos en marcha de una línea de investigación que se enmarca en el campo de la Salud Pública (el proyecto "Envejecer en Leganés"), nos hemos querido aproximar a medir las necesidades de las personas mayores. La medida de las necesidades de la población constituye una de las funciones básicas de esta disciplina.

Siguiendo la terminología, ya clásica, de Bradshaw se trataría de identificar necesidades normativas, esto es aquellas que se identifican, en el marco del grado de conocimiento actual, tras la realización de un estudio del nivel de salud y grado de dependencia en esa población. Para ello es

necesario la obtención y análisis de información en una muestra representativa de la población de personas mayores.



*Algunos de los ponentes que intervinieron en el Seminario sobre el Envejecimiento.
De izquierda a derecha: Lourdes Pérez, Ángel Otero, Jesús Lizcano, María Campos y Roberto Marco*

Los datos y reflexiones que se presentan en este documento tienen como origen el estudio “Envejecer en Leganés”, que parte de una muestra de la población de personas mayores de 65 años en 1993 en ese municipio de 170.000 habitantes, situado en el suroeste de la corona metropolitana de Madrid y que ha sido seguida durante 6 años (1993-1999). No se trata, por consiguiente, de un estudio de cuyos resultados pueda inferirse estadísticamente cual es la situación exacta de la dependencia y de las necesidades de la población española de personas mayores, aunque si es un punto de partida interesante para observar y analizar una realidad similar a la de una buena parte de la población anciana española de aquel año.

La distribución por edad, sexo, nivel de instrucción y salud autopercebida de la población de Leganés era comparable, en el momento del inicio del estudio a la distribución recogida en la Encuesta Nacional de Sanidad de 1987.

En relación al nivel de instrucción, si bien es cierto que la proporción de analfabetos era similar a la media nacional, la distribución por Comunidades Autónomas de esta variable entre las personas mayores de 65 años es muy diferente, oscilando entre el 2% de Cantabria y el 22 % de Andalucía (según datos del Censo de 1991). El dato referido a analfabetismo en Leganés era mayor que la media de la Comunidad Autónoma de Madrid (7,1%), similar a la media de Castilla La Mancha y Murcia (17,4%) e inferior a la de Andalucía y Extremadura (21%).

EL ESTUDIO “ENVEJECER EN LEGANÉS”

El estudio “Envejecer en Leganés” es un estudio longitudinal que ha supuesto el seguimiento de una cohorte de personas mayores de 65 años seleccionada por muestreo aleatorio y estratificada por edad y sexo entre la población de Leganés que vivía en su domicilio, puesto en marcha desde el Centro Universitario de Salud Pública (CUSP) bajo el impulso de la Dra. Victoria Zunzunegui en 1993 (León, Zunzunegui y Beland, 1995).



D. Ángel Otero Puime

Es importante resaltar que el objetivo principal del estudio era evaluar el papel de las redes sociales y del apoyo social en el mantenimiento de la salud en las personas mayores.

La muestra del estudio fue seleccionada aleatoriamente a partir del Padrón Municipal, según 13 estratos de igual tamaño para cada dos años de edad (65-66, 67-68, 69-70,....., 89 y más) y por separado para hombres y mujeres. El número total de personas seleccionadas fue de 1560. Los datos basales se recogieron en 1993 durante dos visitas a domicilio. La tasa de respuesta fue de 82% (n=1283). Se realizaron nuevas recogidas de datos en 1995 (n=1013), 1997 (n=879) y 1999 (n=527). Un estudio previo mostraba que no había diferencias significativas en lo que se refiere a los indicadores de salud estudiados entre los participantes y los perdidos (Zunzunegui, Beland y Gutiérrez, 2001).

Distintas publicaciones han recogido los datos referidos al nivel de salud de la cohorte “Envejecer en Leganés”. En el apartado de Bibliografía se presentan las principales referencias de este estudio. La base de datos generada en Leganés ha sido incluida en una base de datos común de 6 estudios longitudinales de distintos países (Italia, Holanda, Finlandia, Suecia, España e Israel), que, bajo el apoyo del V Programa Marco de la Unión Europea pronto estará disponible para los investigadores interesados (Proyecto CLESA, Minicucci et al, 2003).

EL NIVEL DE SALUD EN LOS MAYORES DE 65 AÑOS

Para medir el nivel de salud de los mayores se pueden utilizar distintos indicadores: número de enfermedades, estado funcional, número de medicamentos, existencia de depresión, de deterioro cognitivo, salud autopercebida, utilización de servicios, etc.

En la Tabla 1 se presentan algunas características de los datos basales sobre el nivel de salud de los mayores de Leganés en 1993, separando los resultados para hombres y mujeres.

Destaca que las mujeres tienen un nivel de salud claramente peor que el de los hombres, constatable tanto en la salud autopercebida como por el número de enfermedades o medicamentos. Especialmente evidente es el tema de la depresión. La proporción de mujeres con depresión supera en un 75% a la proporción entre los hombres. Estos datos se mantienen cuando se controla por la edad. Esta desigualdad de género ante la salud de las personas mayores está ligada, junto a las propias características biológicas, a desigualdades sociales entre las que destaca el nivel de instrucción, mas bajo en las mujeres de esta edad que en los hombres, que se enmarca en las propias características socioeconómicas y de la escolarización en España entre 1920 y 1940, en la que se sitúa la infancia y adolescencia de la mayoría de la cohorte estudiada, de origen eminentemente rural.

Tabla 1
Algunos indicadores referidos al nivel de salud de las personas mayores de 65 años en 1993
(datos del estudio “Envejecer en Leganés”)

	Mujeres %	Hombres %	Total %	P (X ²)
SALUD AUTOPERCIBIDA				
Muy buena o buena	23,9	45,8	35,2	<0.001
Regular	52,7	44,7	48,5	
Mala o muy mala	23,5	9,5	16,2	
NÚMERO DE ENFERMEDADES				
Cero	5,2	14,3	9,8	<0.001
Una	20,7	30,1	25,4	
Dos - Tres	52,9	44,6	48,8	
Cuatro – Cinco	19,4	10,1	14,7	
Mas de cinco	1,9	0,9	1,3	
NÚMERO DE MEDICAMENTOS				
Cero	12,4	25,2	18,8	<0.001
Una	14,4	20,8	17,6	
Dos - Tres	38,6	29,5	34,0	
Cuatro – Cinco	20,9	17,1	19,0	
Mas de cinco	13,7	7,4	10,6	
DEMENCIA (*)				
No	86,0	90,6	88,2	0,105
Si	14,0	9,4	11,8	
DEPRESIÓN				
No	45,8	68,4	57,2	<0.001
Si	54,2	31,6	42,8	

(*) Los datos proceden del diagnóstico realizado en los sobrevivientes en el corte de 1999/2003 (Zunzunegui, AP, 2003)

Guralnik et al. (1993), en su análisis sobre la esperanza de vida libre de discapacidad han demostrado que existen grandes diferencias en el número de años que se puede vivir sin discapacidad entre personas con distintos niveles de instrucción. El aumento del nivel de instrucción de una población conlleva un mejor acceso y utilización de recursos así como un mayor conocimiento sobre la forma de evitar riesgos para la salud. Además, una menor exposición a distintos factores de riesgo (de tipo físico, biológico y social) a lo largo de la vida disminuye la probabilidad de padecer trastornos crónicos en la vejez (Ben-Shlomo et al, 2002). El aumento en el nivel de instrucción de la población empuja en la dirección del envejecimiento saludable

Otra variable que ayuda a explicar esta desigualdad de género es el diferente rol social de la mujer en la estructura familiar, en las que ha venido asumiendo las funciones de cuidadora principal cuando existen personas dependientes en la familia, lo que se asocia, en el contexto actual, con un aumento de la morbilidad, especialmente la depresión (Llacer et al, 2002)

Como contraste, la utilización de los servicios formales, tanto sanitarios como sociales, no es diferente entre hombres y mujeres, salvo un mayor índice de frecuentación al médico de atención primaria (Tabla 2).

Tabla 2
*Utilización de servicios en la población mayor de 65 años en Leganés en 1993**

	Mujeres %	Hombres %	Total %	P (X ²)
HOSPITALIZACIÓN				
No	87,0	85,5	86,2	0.479
Si	13,0	14,5	13,8	
VISITA A URGENCIAS				
No	84,2	84,0	84,1	0.930
Si	15,8	16,0	15,9	
CONSULTA ESPECIALISTA				
No	74,6	76,9	75,8	0.530
Si	25,4	23,1	24,2	
VISITAS AL MEDICO DE FAMILIA				
Cero	7,7	11,2	9,5	0.035
De una a cinco	35,2	44,2	39,7	
Mas de cinco	57,1	44,5	50,8	
AYUDA FORMAL A DOMICILIO				
No	92,5	91,3	91,9	0.459
Si	7,5	9,7	8,1	

(*) Los datos se refieren al último año

DEPENDENCIA ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO

Una vía indirecta de medir el nivel de salud, mas relacionada con la calidad de vida, es estudiar la dependencia y sobre todo si las necesidades de atención que requieren las personas mayores están cubiertas o no.

En nuestro trabajo se ha definido la dependencia como la incapacidad de realizar sin ayuda alguna de las actividades de la vida diaria. Estas actividades pueden agruparse en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), también conocidas como Actividades de Cuidado Personal (ACP), o Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), muy ligadas a las Actividades de Mantenimiento del Ambiente en el Hogar (AMA).

En sentido más estricto la dependencia o discapacidad se asocia con las ABVD (caminar por la habitación, asearse, vestirse, comer, salir de la cama, levantarse de una silla o sillón, utilizar el WC). En el estudio de Leganés esta dependencia alcanza una proporción del 14% en 1993, con una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (Tabla 3.1).

En relación a la dependencia para el resto de actividades se puede agrupar como necesidades semanales o de varias veces por semana (cocinar, comprar la comida, hacer la limpieza ligera de la casa y hacer recados) y necesidades que nosotros hemos definido como mensuales (hacer la limpieza pesada de la casa, utilizar transporte para desplazamientos a larga distancia, administrar el dinero). Se quiere señalar que la actividad bañarse, que es una actividad de cuidado personal, a los efectos de esta clasificación entre necesidades diarias, semanales y mensuales, se han incluido entre las semanales o de varias veces por semana y no entre las diarias porque un análisis de correspondencia había mostrado que su comportamiento para esta población se parecía mas a las AIVD que a las ABVD,

probablemente debido a pautas de conducta asociadas a las dificultades para el acceso al agua corriente y al agua caliente antes de los años 50.

Tabla 3.1
Prevalencia de las necesidades de ayuda para la realización de distintas actividades

	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>
Para actividades diarias	10% (7,2-13)	17% (14-20)	14% (12-16)
Para actividades semanales	32% (28-36)	44% (40-48)	39% (36-42)
Para actividades mensuales	38% (34-42)	58% (54-62)	50% (47-53)

Entre paréntesis se presenta el intervalo de confianza al 95% para la población mayor de 65 años de Leganés. Fuente: Otero et al, 2003.

La prevalencia de la necesidad de ayuda semanal y mensual abarcaba, en 1993, al 39% y al 47% de la población, con diferencias significativas entre hombres y mujeres. De nuevo las mujeres tienen más necesidad de ayuda que los hombres, asociada a su peor nivel de salud (Tabla 3.1).

La proporción de necesidades no cubiertas es del 38% para las Diarias, del 22% para las Semanales y del 9% para las Mensuales (Tabla 3.2). En este aspecto no se demuestran diferencias entre hombres y mujeres. En la Tabla 4 se presenta una descripción mas pormenorizada de las necesidades no cubiertas en cada una de las actividades estudiadas.

Tabla 3.2
Prevalencia de las necesidades de ayuda no cubiertas en las personas mayores

	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>
Para actividades diarias	38%	41%	40%
Para actividades semanales	22%	29%	27%
Para actividades mensuales	9%	13%	12%

El % se refiere al total de los que necesitan ayuda. Fuente: Otero et al, 2003.

Tabla 4
Necesidades de ayuda en actividades básicas e instrumentales entre las personas mayores de Leganés

	<i>Necesita ayuda</i>	<i>Necesidad no cubierta</i>	<i>Necesidad cubierta</i>
Actividades diarias			
Andar por una habitación	6,4	2,2	4,2
Asearse	6,3	1,3	5,0
Vestirse	8,5	2,4	6,1
Comer	5,2	0,8	4,4
Salir de la cama	5,3	1,7	3,6
Levantarse de una silla	4,2	1,1	3,1
Usar el retrete	3,7	0,8	2,9
Actividades semanales o varias veces por semana			
Bañarse	21,9	6,1	15,8
Comprar comida	28,2	1,9	26,2
Cocinar	20,7	2,0	18,7
Hacer recados	23,5	2,1	21,4
Hacer limpieza casa ligera	25,5	1,8	23,7
Actividades mensuales			
Hacer limpieza casa pesada	54,8	2,1	43,1
Transporte publico	67,6	3,4	29,0
Administrar dinero	85,6	1,3	13,1

Los resultados se presentan en % sobre la población mayor de 65 años
Fuente: Otero et al., 2003

LA TENDENCIA DE LA DEPENDENCIA EN UN FUTURO PRÓXIMO

En España se han realizado recientemente varios estudios de estimación de la evolución del número de personas dependientes basado en datos transversales. Según el informe de Antares (2000) y de Casado y López-Casnovas (2002), la proporción de personas mayores con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria se encontraba, en el año 1998, entre el 15 y el 20%. Morán (1999) ha realizado un ejercicio de proyección de la población dependiente para el año 2005, bajo la hipótesis de permanencia de las proporciones estimadas en la Encuesta Nacional de Salud de 1993, concluyendo que el número de personas mayores dependientes aumentará en un 25%.

Nuestros resultados preliminares sobre la evolución de las tasas de dependencia a lo largo de todo el periodo de seguimiento (1993-1999/2000) del estudio “Envejecer en Leganés” muestran un retraso en la edad de aparición de la dependencia asociada al envejecimiento y una reducción de la tasa de dependencia en edades inferiores a 83 años. A edades más avanzadas se produce una inversión de esta tendencia. Estos datos preliminares apuntan a que el número total de dependientes aumentará en los próximos años, aunque no tanto como se señalaba en los otros estudios citados. Este aumento se hará a costa de un incremento del número de dependientes en los mayores de 85 años coincidente con una clara disminución en los menores de esa edad.

La evolución futura de la dependencia se asocia, de esta forma, a una mayor esperanza de vida libre de discapacidad y una mayor complejidad de los cuidados necesarios para las poblaciones dependientes, que estarán constituidas fundamentalmente por mujeres muy ancianas.

Nuestro estudio sobre las necesidades no cubiertas ya señalaba que la familia es la principal fuente de asistencia a las personas mayores dependientes. Mas del 80% de la ayuda que reciben las personas dependientes en los distintos tipos de necesidades procede exclusivamente de las familias.

Los servicios formales, tanto sociales, como la atención sociosanitaria, han de incrementarse de una manera notable, debido tanto a la baja cobertura que actualmente ofrecen como a los cambios sociodemográficos y a los cambios sobre el papel de la familia en este tipo de cuidados que se están produciendo en nuestro medio. Las necesidades económicas en una sociedad de mercado, las características de las viviendas actuales, el aumento de la participación de la mujer en la fuerza del trabajo así como los valores emergentes de autonomía e independencia, están influyendo en el cambio de la estructura y relaciones familiares.

Todo ello contribuye a un aumento de la demanda de los servicios formales para las personas mayores dependientes y de los servicios de apoyo a las familias que cuidan a sus mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antares Consulting (2000): *Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro*. Barcelona. UNESPA.
2. Béland, F.; Zunzunegui, M.V. (1995): “La utilización de los servicios médicos y sociales por las personas mayores de Leganés”. *Rev. Gerontol*; 5:309-324.
3. Béland, F.; Zunzunegui, M.V. (1999): *Predictors of functional status in community dwelling elderly. Age and Ageing*; 28:153-159.
4. Ben-Shlomo, Y.; Kuh, D. (2002): “A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives”. *International Journal of Epidemiology*; 31:285-293.
5. Casado, D.; López-Casnovas, G. (2002): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona. Fundación La Caixa. Disponible en: www.estudis.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos_esp

6. Guralnik, J.M.; Land, K.C.; Blazer, D.; Fillenbaum, C.G.; Branch, L.G. (1993): "Educational status and active life expectancy among older blacks and whites". *New England Journal of Medicine*; 329:126-127.
7. Llacer, A.; Zunzunegui, M.V.; Cuadra-Gutierrez, P.; Béland, F.: (2002): "Correlates of wellbeing among parental and spousal caregiver's of disabled elderly in Spain". *European Journal of Public Health*; 12(1):3-9
8. León, V.; Zunzunegui, M.V.; Béland, F. (1995): "El diseño y la ejecución de la encuesta "Envejecer en Leganés". *Rev. Gerontol*; 5; 215-231.
9. Moran Alaez, E. (1999): "Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas", en: Rodríguez Cabrero, Gregorio. *La protección social de la dependencia*. Ed. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid; pág. 111-162.
10. Otero, A.; García de Yebenes, M.J.; Rodríguez-Laso, A.; Zunzunegui, M.V. (2003): *Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain*. *Aging Clin Exp Res.*; 15: 234-242.
11. Otero, A.; Zunzunegui, M.V. (2001): "La importancia de identificar las necesidades de servicios sanitarios y sociales de las personas mayores". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; 36(S3):41-42.
12. Zunzunegui, M.V.; Béland, F. (1995): "La salud de las personas mayores de Leganés". *Rev. Gerontol*; 5;245-258.
13. Zunzunegui, M.V.; Béland, F.; Recalde, J.M. (1997): "La utilización de los medicamentos por las personas mayores que viven en su comunidad". *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*, 32:109-115.
14. Zunzunegui, M.V.; Beland, F.; Llacer. A. (1998): *Gender differences in depressive symptomatology among spanish elderly*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 33: 195-205.
15. Zunzunegui, M.V.; Beland, F.; Gutierrez, P. (2001): *Losses to follow up in a longitudinal study of older people in Spain* . *J Clin Epidemiol*; 54: 1-10.
16. Zunzunegui, M.V.; Béland, F.; Otero, A. (2001): *Support from children, living arrangements, self rated health and depression of the elderly in Spain*. *Int J Epidemiol*; 30:1090-99.
17. Zunzunegui, M.V.; Del Ser, T.; Rodríguez Laso, A.; García de Yebenes, M.J.; Domingo, J.; Otero, A. (2003): *Detección de la demencia y utilización de servicios sanitarios: implicaciones para la Atención primaria*. *Atención Primaria*; 31:581-586.