

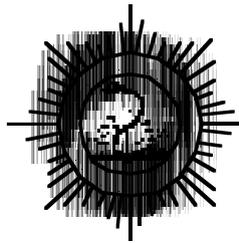
CANTABRIA ACADÉMICA

Tema: *Salud pública*

*Salud y personas mayores.
La discriminación sanitaria del mayor*

*Health and elder people.
Elder people's sanitary discrimination*

por D. Eduardo Rodríguez Rovira



Santander, Diciembre 2004

ACADEMIA DE MEDICINA DE CANTABRIA

Nº 194

CANTABRIA ACADÉMICA

Fundada en 1970 por D. Francisco Vázquez de Quevedo

Facultad de Medicina
Universidad de Cantabria
C/ Cardenal Herrera Oria s/n
39009 SANTANDER

Telf. 942 20 19 38

Telf. 942 20 19 17

www.acimecan.com

E-mail: secretaria@acimecan.com

Código de Identificación Fiscal G-39245830

*Salud y personas mayores.
La discriminación sanitaria del mayor.*

*Health and elder people.
Elder people's sanitary discrimination.*

por D. Eduardo Rodríguez Rovira

RESUMEN

Aunque la salud es el tema que más preocupa a las personas mayores, incluso por encima de la situación económica, son llamativas las numerosas discriminaciones que éste colectivo sufre en materia sanitaria. Para empezar, existe un problema ético en la creencia de que un tratamiento tiene menos valor en las personas mayores que en los jóvenes, pero al mismo tiempo se produce una discriminación institucional debido a que el sistema sanitario es incapaz de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población. Existen limitaciones por edad en los protocolos de tratamiento y los mayores son también sistemáticamente excluidos de los ensayos clínicos. Las listas de espera y la desnutrición son otros graves problemas que afectan sanitariamente a las personas mayores. Por todo ello, se hace necesario el desarrollo de una Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Sanitario y una Ley de Protección a las personas con dependencia.

ABSTRACT

Elder people are most concerned about health, even over economical situation, but they often suffer a huge discrimination in sanitary items. There's an ethical problem in the believe that a treatment on an elder person has less value than on a young one, but at the same time there's also an institutional discrimination as sanitary systems are not able to match the needings of a population in continous changings. Age limitations are often included in treatment protocols and elder people are systematically excluded from clinic tests. Waiting lists and denutrition are other severe problems suffered by this age group. For all these reasons, a new Law for the Quality and Cohesion of the Sanitary System and a Law for the Protection of people with dependency should be developed.

Autor:
Eduardo Rodríguez Rovira

Edita:
**ACADEMIA DE MEDICINA
DE CANTABRIA**
con la colaboración de
CAJA CANTABRIA Obra Social

Edición:
1ª Edición. Diciembre 2004

Copyright ©:
**ACADEMIA DE MEDICINA
DE CANTABRIA**

Impreso en Santander:
DISEÑO 6 Edición y Pub. Cantabria S.L.
San Fernando, 16 - Bajo
39010 Santander (Cantabria)
Telf. 942 37 44 49

Depósito Legal: SA-1629-2004

INSTITUTO DE ESPAÑA

PRESIDENTE

Excmo. Sr. D. Salustiano del Campo Urbano

GOBIERNO DE CANTABRIA

PRESIDENTE

Excmo. Sr. D. Miguel Angel Revilla Roiz

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Excma. Sra. Dña. Rosa Eva Díaz Tezanos

Presidente de Honor de la Academia de Medicina de Cantabria

Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Vázquez de Quevedo

Séptima Junta Directiva de la Academia de Medicina de Cantabria

(2004-2008)

PRESIDENTE

Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. Fernando José Val Bernal (Médico)

VICEPRESIDENTE

Ilmo. Sr. Prof. Dr. D. José Ramón de Berrazueta Fernández (Médico)

SECRETARIO GENERAL

Ilmo. Sr. Dr. D. Jesús Mozota Ortiz (Médico)

VICESECRETARIA

Ilma. Sra. Dra. Dña. M^a Dolores Fernández Glez. (Farmacéutico y Q.)

TESORERO

Ilmo. Sr. Dr. D. José Antonio Otero Hermida (Farmacéutico y Q.)

BIBLIOTECARIO

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan José Fernández Teijeiro (Médico)

SECRETARÍA TÉCNICA

Sr. D. Millán Mozota Holgueras (Ldo. en CC. de la Información e Historia)

PRESENTACIÓN

Inexorablemente todos nos vamos haciendo mayores hasta llegar a la vejez y al final de la vida. Esto, si no ocurre ningún accidente que trunque la existencia prematuramente, y entendiendo por accidente su sentido más amplio.

El hacerse mayor supone una situación de permanente cambio biológico, que puede ser considerado en todos sus aspectos médicos. Pero también tiene unas implicaciones sociales, económicas, jurídicas, y de asistencia a los mayores, que amplían el hecho conceptual de envejecer. Sobre algunos de estos aspectos versa la conferencia de nuestro invitado. Concretamente salud y envejecimiento.

Así como a la muerte, en sí misma, podemos referirnos como “ese suceso que siempre le ocurre al otro”, envejecer es, en cambio, un destino personal, inevitable, por donde el individuo debe transitar. Por ello, esta conferencia nos interesa enormemente a todos. Tanto por la importancia temática como por la personalidad del conferenciante. En todo el mundo existe una gran preocupación por el progresivo envejecimiento de la población y su asistencia.

Eduardo Rodríguez Rovira, por ser nacido en Santander, al igual que su esposa, María Pilar y sus padres, es conocido de la mayor parte de los presentes en este acto. Ha sido invitado por la Academia de Medicina a ocupar esta tribuna desde su alto cargo de presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, agrupación que acoge a más de un millón de personas en nuestro país.

Rodríguez Rovira no es médico. Rodríguez Rovira es profesor mercantil, como lo fue su padre, D. Carlos Rodríguez Bedia, que desempeñó el cargo de catedrático en la Escuela de Comercio. Además, es economista y licenciado en Derecho, pero se da la circunstancia de que nuestro invitado siempre ha estado vinculado a la clase sanitaria, desde los distintos cargos que ha desempeñado, a lo largo de su vida profesional.

Especialmente mientras fue director general del Laboratorio Ferrer y más tarde de Smithkline Beecham, durante 25 años. Actualmente es Presidente no ejecutivo de Industrial Farmacéutica Cantabria.

Los médicos de la generación del que os habla, correspondemos a la época del antibiótico ampicilina, o sea el Britapen. Y más tarde del ácido clavulánico, lo que le valió a un investigador el Premio Nobel, y que también lo comercializó su laboratorio. En todo ello tuvo mucho que ver la personalidad, capacidad de trabajo y entusiasmo del equipo que tuteló Rodríguez Rovira desde la gerencia de la industria. Incluso sus regalos de Navidad a los médicos españoles, de discos de música clásica, nos hicieron conocer sinfonías que apasionaban al melómano Lord Beecham, fundador del laboratorio.

El conferenciante y su empresa supieron atender las necesidades científicas y de formación continuada de los jóvenes médicos españoles, facilitando la asistencia a cursos y congresos, y publicando numerosas monografías y libros. Valgan de ejemplo: el “Homenaje al médico español”, el “Homenaje al hospital español”, “La Cirugía en España”, “La Cruz Roja”, “La Medicina en la Guerra Española”, o el libro de patología médica famoso en EE. UU. “Griffith”, titulado en español “Los cinco momentos clave en la consulta de atención primaria”, con el que se obsequió a todos los residentes de medicina de nuestros hospitales.

A Rodríguez Rovira no dudo en calificarlo como un “adalid de la industria farmacéutica española”. Adalid, palabra de origen árabe incorporada al español, hoy palabra moribunda, que se define como “guía y cabeza o muy señalado individuo de algún partido, corporación o escuela”.

También quiero recordar que el conferenciante ha sido fundador de la Casa de Cantabria en Madrid, una avanzada provincial en la capital desde hace muchos años, que mantiene viva la llama de nuestra cultura regional.

La Real Academia Nacional de Farmacia, por su labor en la industria farmacéutica, le ha concedido la Medalla de Oro. Y el Gobierno de la nación le ha distinguido con la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad.

Francisco Vázquez de Quevedo

Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor.

por D. Eduardo Rodríguez Rovira

1.- Envejecimiento y salud

La salud es el tema que más preocupa a las personas de edad, incluso por encima de la situación económica. Esta preocupación resalta siempre que han sido preguntados a lo largo de los años. Así, según el CIS (1), en 2002 las personas de más de 65 años daban a la salud una puntuación de 9,8 sobre 10, mientras que al bienestar económico le asignaban 8,1. No tiene nada de extraño, pues coincide con lo que piensa el resto de la población. Según el Barómetro Sanitario más reciente, el 30% de la población opina que la sanidad es la primera política pública en importancia, por encima de educación, defensa, vivienda o seguridad ciudadana (2). Por señalar otra referencia con distinto enfoque, once años antes, la encuesta Blendon (3), preguntaba a los españoles en qué debería gastar el Gobierno el dinero si hubiera recursos adicionales. La asistencia sanitaria figuraba en primer término (39% de los preguntados), seguida por educación (22%) y pensiones de jubilación (17%). Si el conjunto de la población piensa así, qué no van a pensar las personas mayores

que ven cómo se van haciendo más frágiles y su salud resintiéndose. Es más, muy posiblemente su segunda preocupación, la económica, esté íntimamente relacionada con la salud por este motivo.

Objetivamente, es razonable esta preocupación de los mayores. Como señala la Sociedad Española de Medicina Geriátrica, “*el patrón de enfermedad en las sociedades desarrolladas se caracteriza porque ésta se centra en los ancianos de manera prioritaria*” (4). Y así, son los ancianos los que protagonizan las consultas, los ingresos hospitalarios, el consumo de fármacos. Las altas hospitalarias correspondientes a personas mayores de 65 años es de 35,5%, según datos de 1999, cuando dicha población representaba en la fecha la mitad de ese porcentaje sobre el total de la población. Pero más significativo resultan las estancias hospitalarias de los mayores, casi el 50% del total (5), lo que se asocia a la comorbilidad y a una mayor severidad de sus enfermedades. El protagonismo de los pensionistas -sean o no mayores de 65 años- alcanza su culmen en el gasto farmacéutico que se eleva nada menos que al 77,4% del gasto total (6).

Desde el punto de vista subjetivo, el 20,5% de las personas mayores confiesan que tienen mala o muy mala salud y casi el 40% regular. El 40% restante declara tener buena salud (7).

Es interesante observar que según otra reciente encuesta (8), la percepción de los españoles sobre su estado de salud ha empeorado en la última década. El 9,6% de los españoles califican su salud como mala en 2003, mientras que en 1993 eran solo el 7,1%. Como esa percepción de empeoramiento está muy correlacionada con la edad, el envejecimiento que se ha producido en estos diez años puede explicar por sí mismo este cambio en la percepción social.

El envejecimiento es el fenómeno social colectivo más importante de este siglo, como señala Guerrero Fernández, y tiene un impacto multifactorial en lo económico, social etc. (8) Nosotros resaltaremos aquí el aspecto sanitario. Efectivamente, la vejez, en general, sufre el estereotipo de estar ligada a la enfermedad y a la dependencia. Pero como reflexiona Alfonso Cruz Jenthof, Presidente de la Sociedad Europea de Geriátrica, “*la edad no es una enfermedad, ni envejecer es lo mismo que enfermar*”. Sin embargo la gran mayoría de personas mayores, aunque con una dis-

minución de su capacidad funcional, en paralelo al aumento de edad, llevan una vida autónoma. Solamente cuando se llega a lo que algunos llaman la cuarta edad, es decir, 80-85 años, es cuando aumentan llamativamente las situaciones de dependencia, si bien es precisamente este grupo etario el que más está creciendo. Así, según la encuesta de discapacidades de 1999, el 78% de los mayores de 85 años tiene dificultades para desplazarse en transporte público (9).

Si bien las tasas de discapacidad están correlacionadas con la edad, está abierto el debate entre demógrafos y epidemiólogos en lo que se refiere a si su prevalencia está aumentando o disminuyendo. Hasta la década de los 90 la opinión era muy negativa y las predicciones sanitarias, sociales y económicas catastróficas. Los estudios de Manton y otros autores americanos a partir de 1997 presentan conclusiones más optimistas. El envejecimiento de las personas se está produciendo en mejores condiciones de salud, hasta tal punto que los impactos económicos negativos del envejecimiento podrían ser compensados con estas mejoras en la salud de los mayores (10) por lo que los presagios catastrofistas sobre los costos del envejecimiento no se cumplirán, de acuerdo con la hipótesis de compresión de la mortalidad de Frice que predice una significativa reducción de la incapacidad. De aquí la introducción de un nuevo concepto al tratar la esperanza de vida. Lo importante es cuánto viven las personas con calidad de vida y autonomía, es decir sin dependencia. El índice DALE (Disability adjusted life expectancy, o esperanza de vida libre de discapacidad). España ocupa unos de los puestos más altos del mundo de índice Dale, 73 años, siendo el margen entre los dos índices el de esperanza de vida y el corregido por buena salud, de casi cinco años, si bien hay una gran discrepancia entre hombres y mujeres, teniendo estas un margen lamentablemente muy superior

El tema de la salud está profundamente imbricado con el envejecimiento, por ello el Plan de Acción Internacional de la II Asamblea sobre el Envejecimiento de Madrid, de Abril 2002, dedica una de sus tres orientaciones prioritarias al fomento de la salud y bienestar en la vejez y en su declaración política los gobiernos se comprometen “*a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras la discriminación por motivos de salud*” (11). Vemos aquí la fuente del título de esta intervención, en la que se unen envejecimiento, salud y discriminación.

La Estrategia regional europea de implantación del Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento de la II Asamblea también aborda este tema en su compromiso número 7: *“Esforzarse en asegurar la calidad de vida en todas las edades y mantener una forma de vida independiente, incluyendo salud y bienestar. El objetivo a largo plazo de las políticas de salud en la región UNECE (Europa) deberá ser asegurar que el aumento en la longevidad se acompañe del más alto estándar alcanzable de salud”* (12).

El Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento, paralelo a la II Asamblea en su declaración inicial también se refiere a la salud: *“Envejecimiento no debe de ser sinónimo de pérdida de salud. Sin embargo las condiciones de vida de muchísimas personas mayores y muy en especial de las mujeres, desembocan en un deterioro de la salud. Por ello la salud es una de las preocupaciones básicas de las personas mayores”*. A continuación, en el Foro también se hace referencia a la discriminación de los mayores en cuestiones de salud (13).

El informe 2000 del IMSERSO profundiza en el análisis estadístico del tema salud y mayores. Sirvan los comentarios arriba hechos para introducir la discriminación de los mayores en los temas de salud.

Notas:

- (1) Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Informe 2002.
- (2) Rosa Urbanos, Jornada pluridisciplinar pacientes, 2004.
- (3) Informe y Recomendaciones. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril), Julio, 1991.
- (4) SEMEG. Reflexiones sobre atención sanitaria al anciano. 2003.
- (5) INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 12999. 2002.
- (5) INSALUD. Indicadores prestación farmacéutica. 2000.
- (6) IMSERSO. Estudio sobre Soledad. 1998.
- (7) FUNCAS. Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos en la última década. 2004.
- (8) Mariano Guerrero. Los Mayores en Europa. Gestión y evaluación de costes sanitarios, 2003.
- (9) INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999. 2002.
- (10) S. Jacobzone et alia, The health of older persons in OECD countries, 1999.
- (11) Naciones Unidas. Informe de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 2002.
- (12) United Nations. Economic Commission for Europe. Berlin Ministerial Declaration. 2002.
- (13) Declaración final y Recomendaciones del Foro Mundial de ONG sobre el envejecimiento. Madrid 2002.

2.- Discriminación social del mayor en materia sanitaria

Las personas mayores sufren toda clase de discriminaciones, siendo una de las más hirientes la que se refiere a la salud, que es su preocupación principal como ya hemos señalado.

Los mayores son vistos como una carga que pesa sobre los sistemas sanitarios y amenaza su sostenibilidad financiera. La gerontofobia sanitaria parte de estereotipos como el de que la enfermedad es consustancial con la vejez o que las personas de edad ya han cumplido con su misión en la vida (¿qué más quieren?, ¿cuánto quieren vivir?), o son personas “improductivas” y los recursos sanitarios que se utilicen no tendrán retorno social. Es el ageismo o edaismo aplicado a la sanidad.

Se trata de una apreciación generalizada, hasta tal punto que la propia II Asamblea Mundial del Envejecimiento, como ya hemos mencionado, lo reconoce en su Declaración política. Esta discriminación se puede manifestar como consecuencia de estereotipos negativos y barreras de acceso a la atención sanitaria. En el Plan de Acción Internacional también lo trata en varias ocasiones:

“Tanto por razones humanitarias como económicas, es necesario brindar a las personas de edad el mismo acceso a la atención preventiva y curativa y a la rehabilitación de que gozan otros grupos” (párrafo 59).

“Las personas de edad pueden tropezar con obstáculos financieros, físicos, psicológicos y jurídicos para la utilización de los servicios de salud. Es posible, también, que deban hacer frente a la discriminación por la edad, a la discriminación por discapacidades relacionadas con la edad en la prestación de servicios porque talvez se considere que su tratamiento tiene menos valor que el de las personas jóvenes” (párrafo 70).

“Los efectos de la disminución de la capacidad y la discapacidad se ven agravados con frecuencia por los estereotipos negativos acerca de las personas con discapacidad, que pueden causar que se minusvalore su capacidad y que las políticas sociales no les permitan hacer efectivas todas sus posibilidades”.

Estamos en el caso de las profecías autocumplidas. Como ya no merece la pena tratar la situación que se dice perdida, no se ponen los medios para solucionarla por

lo que los resultados negativos se producen irremediablemente... como se había previsto.

El Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento también recogió en su Declaración la discriminación de muchas personas mayores en su derecho a la protección a la salud y que no pueden disfrutar de los avances científicos.

Un Informe del Defensor del Pueblo (1) critica las carencias a la atención sanitaria a los mayores, su discriminación, de una forma taxativa: *“La edad constituye un factor de discriminación en el acceso a determinados servicios sanitarios, urgencias hospitalarias, ingresos, acceso a la rehabilitación, indicación de determinadas intervenciones”*. La casuística de los Informes anuales del Defensor es muy interesante en este contexto.

El edaísmo o gerontofobia se ha relacionado normalmente con las personas individuales. En el área sanitaria hay que referirse en este sentido a los profesionales sanitarios. Como la población general, pueden tener sus prejuicios sobre las personas de edad. A veces están más arraigados e incluso sostenidos por supuestos argumentos científicos, basados en pretendidos efectos secundarios e interacciones, que como veremos después, en la mayoría de los casos la evidencia demuestra que son inexistentes o que los beneficios superan los riesgos. La política de contención de los gastos sanitarios fuerza a disminuirlos en aquellas zonas de mayor facilidad -debilidad-, como son los mayores, que a menudo están menos informados e inexplicablemente carecen de la fuerza política que esgrimen otros colectivos, como los trabajadores activos con sus sindicatos o las mujeres con sus organizaciones de género. La cita del párrafo 70 del Plan de Acción Internacional de la II Asamblea, sobre la creencia de que los tratamientos tengan menos valor en las personas mayores que en las más jóvenes, se refiere sin duda a los profesionales. Se trata de un problema ético, más que económico. Y no se trata de aplicar falsos dilemas, que no se deben de dar en la práctica en las sociedades desarrolladas. Si solamente existe un recurso escaso, una sola cama en una UCI, un medicamento exclusivo, y hay dos enfermos uno joven y otro anciano y hay que elegir, nadie dudaría en escoger a la persona joven. Pero no es este el caso del que hablamos, la discriminación permanente basada en el prejuicio de que no merece despilfarrar el dinero y los esfuerzos

en prolongar unos años, no sabemos cuantos, de una persona mayor, que alguien con su poder facultativo ha pensado es ya redundante. Como veremos luego, no hablamos aquí de forzar situaciones límites e irracionales. Por otra parte, como Cuesta Triana señala, en muchas ocasiones no se ahorran costes con estas políticas economicistas, pues a veces los cuidados que se ofrecen al final de la vida pueden ser más caros que el tratamiento que podría haberlos evitado. Como contraste, Cuesta comenta que se advierte en la consulta médica con los mayores una especial cortesía y formalidad, que quizás quiera compensar subliminalmente la discriminación existente en los tratamientos. Este sería el motivo que explica el mayor grado de satisfacción del anciano con los cuidados que recibe, a pesar de tener peor salud que los pacientes más jóvenes (2).

Se habla también de una discriminación institucional, cuando el sistema sanitario es incapaz de adaptarse a las necesidades cambiantes de una población cambiante, como sucede cuando los hospitales están pensados para atender personas adultas con enfermedades agudas, no mayores con enfermedades crónicas. Se plantea entonces el problema de pacientes mayores frágiles con pluripatologías, con alta tasa de reingresos, a los que hay que dar de alta con sus enfermedades crónicas porque se necesitan sus camas para otros enfermos, sin tener resuelto el lugar adecuado de destino, pues no hay centros públicos de larga estancia ni tienen recursos para acudir a centro privado y en muchos casos no puede ser en su propio domicilio. También aquí se trata de ahorrar recursos, pues el coste de estancia de un hospital es varias veces más caro que el de un centro sociosanitario, pero desgraciadamente en muchos casos no existe tal recurso sustitutivo.

El sistema sanitario queda retratado, en relación con esta discriminación institucional, en la forma que trata la especialización de los profesionales. Como denuncia la SEMEG, la presencia de la Geriátrica en la Universidad española es testimonial. En los años noventa el número de especialistas en geriatría formados fue de 198, cuando el de pediatras fue de 1995. Entre las medidas reclamadas por los expertos está el establecimiento en todos los hospitales importantes de un servicio de Geriátrica -solamente 5% de los 800 hospitales españoles cuentan con este servicio-, así como la creación de consultores geriatras en todas las áreas de salud,

aumentando al mismo tiempo la formación en geriatría de los médicos de atención primaria, ya que ellos son la puerta entrada del sistema, saturado por una elevada tasa de pacientes mayores. La existencia de estructuras ineficaces y la ausencia de una tratamiento integral del anciano, especialmente los que tienen algún grado de dependencia funcional o tienen el riesgo de desarrollarla, provoca que entre un 25 y un 55% de los mayores que ingresan en un hospital empeoren en su situación funcional. Como dice Rodríguez Mañas, *“Estas consecuencias de la hospitalización son evitables. Además, a largo plazo ocasiona un aumento en el ingreso de las residencias, mayor utilización de cuidados domiciliarios y, finalmente una mayor mortalidad”* (3).

Llama la atención que en la estela de actuaciones para paliar las desigualdades de género, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Secretaría General de Políticas e Igualdad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales han firmado recientemente un Convenio para paliar las desigualdades en el ámbito de salud existentes entre hombres y mujeres (4). Se trata de reducir las diferencias de salud entre hombres y mujeres, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y proponiendo estilos de vida más saludables para paliar desigualdades.

¿Por qué se da prioridad a las mujeres sobre los hombres en las desigualdades sobre salud? ¿Y por qué no se ha dado prioridad a las personas mayores? Sinceramente no vemos ni conceptualmente, ni en el detalle del convenio, la prioridad del mismo, dirigido exclusivamente a los temas de mujer, olvidando los que se refieren al hombre o los que se refieren a las personas mayores. Se trata de una sobreactuación provocada por la presión del movimiento feminista, que causa la envidia del movimiento de las personas mayores (sean hombres o mujeres) que tienen más necesidad de esas políticas de igualdad, como luego veremos. Ya hemos mencionado antes lo que opinan los gobiernos de Naciones Unidas sobre la discriminación con las personas mayores.

Es cierto que las mujeres tienen peor salud que los hombres en las edades más avanzadas, pero el principal indicador de salud es la esperanza de vida y las mujeres tienen siete años más que los hombres, lo que seguramente es ya una razón importante para explicar su peor salud. Los índices de mortalidad son superiores en

los hombres en las quince causas principales de muerte. Sin duda alguna el tabaquismo, el alcohol y las drogas están aumentando entre la población femenina, pero su prevalencia es todavía menor que en los hombres. Un 50 % más de hombres que de mujeres muere de cáncer, el doble de hombres que mujeres fallecen de enfermedades cardiovasculares y de accidentes cerebrovasculares. El 80% de los suicidios son llevados a cabo por varones. Recientemente, *British Medical Journal* a propósito de las tasas de mortalidad en los hombres preguntaba provocadoramente: ¿están los hombres en peligro de extinción? La infección por SIDA va en aumento en las mujeres, pero el número de varones infectados es muy superior. El cáncer de mama es específico de género, como lo es el de próstata. No creemos necesario seguir.

Se habla en el convenio de la formación de profesionales en los resultados de la violencia de género. En CEOMA estamos abordando el maltrato a los ancianos y una de las recomendaciones es el establecimiento de protocolos para tratar este dramático tema, oculto socialmente, y la formación de los profesionales para abordarlo. Creemos firmemente que, en el terreno de la salud, habría sido más apropiado abordar la discriminación por edad, que la de género. Asunto distinto es abordar estrategias de atención sanitaria específicas para el hombre y la mujer, como lo hacen los Encuentros sobre Salud y Medicina de la Mujer del Instituto Palacios u otros similares o el Congreso Mundial sobre la Salud en los hombres, celebrado con el apoyo de Naciones Unidas. Confirmando esta apreciación, la Organización Mundial de la Salud ha publicado en 2001 el Documento *Men, Ageing and health*. En su prólogo Kalache y Lunenfeld están de acuerdo en que desde los puntos de vista fisiológico y psicológico los factores determinantes de salud en el envejecimiento están intrínsecamente relacionados con el género. Por ello las soluciones deben abordar necesariamente la distinción de géneros. Un caso paradigmático es la osteoporosis, que afecta a seis mujeres por cada hombre. Sin embargo, gracias a una campaña exitosa orquestada por el movimiento femenino, muy necesaria en otras décadas, también en salud se ha identificado el género únicamente con mujer. Ahora no se trata de erosionar los logros conseguidos por las mujeres, todo lo contrario, requieren consolidación, pero no hay que olvidar la temática específica de los hombres en relación con la salud y en lo que se refiere a estas reflexiones, la que se refiere a las personas mayores.

Lamentablemente, las perspectivas de eliminar la discriminación existente en relación con la salud y los mayores no son halagüeñas, por lo menos así lo interpretan las encuestas que predicen que “*aumentarán las situaciones y casos de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios intensivos o de alto coste por razones de edad*”, aunque no sea ésta la situación deseada. (5).

No ayudará tampoco a que se eliminen las discriminaciones el que según el más reciente Barómetro Sanitario, el 70 % de la población española cree que el sistema es equitativo y que no hay discriminación por razones sociales o de edad... (6). Corresponde a las organizaciones de pacientes, y en nuestro caso a las de mayores, concienciar a los ciudadanos de sus derechos.

Terminemos este apartado que introduce a las discriminaciones específicas de los próximos capítulos, con las reflexiones de Ann Bowling, catedrática de la Unidad de Investigación sobre el envejecimiento de la London Medical School, quien señala que la edad se ha convertido en un filtro a la hora de someter a los pacientes a determinadas intervenciones. Las razones suelen ser físicas, pero subyacen motivaciones económicas, como que el tiempo de recuperación es mayor, aumentando la estancia hospitalaria, o que los recursos son escasos y las personas mayores tienen una esperanza de vida menor. La consecuencia es una falta de equidad a la hora de atender este sector (7).

Notas:

- (1) Defensor del Pueblo. La Atención Sociosanitaria en España, página 185. Madrid 2000
- (2) Federico Cuesta Triana. La atención del mayor en la práctica clínica. Sesenta y Más. 2003.
- (3) SEMEG. El Sistema sanitario discrimina al anciano. 2002.
- (4) Convenio, 29 de Julio de 2204.
- (5) Fundación SIS. Envejecimiento y Dependencia. Análisis Prospectivo. Barcelona, 2000
- (6) Rosa Urbanos, Jornada pluridisciplinar de pacientes 2004.
- (7) British Medical Journal. 1999. 319, 1353.

3.- Limitaciones por edad en los protocolos de tratamiento

No hay ninguna razón, médica o ética, para dejar de dar tratamiento a una persona por razones exclusivamente de edad. En palabras de José Masdeu, director del Área de Neurocirugía de la Clínica Universitaria de Navarra, “*A una persona mayor, cuando se la diagnostica una enfermedad, si se le trata, mejora como si tuviera 20 o 30 años*”. Sin embargo existe la percepción generalizada entre los expertos de que existen muchas limitaciones por razones exclusivas de edad en los tratamientos a los mayores, especialmente cuando se trata de utilizar recursos de alta tecnología, ingresos en UCI, pruebas diagnósticas sofisticadas, medicamentos de última generación, transplantes de órganos,... Estas limitaciones aparecen específicamente en algunos protocolos de tratamiento, en otros casos son actitudes y prácticas, que siguen códigos no escritos. Repasemos algunas de las restricciones más evidentes en los tres grupos de enfermedades más importantes entre las personas mayores.

La principal causa de muerte en el mundo desarrollado y en nuestro país son las **enfermedades cardiovasculares**. Afortunadamente las tasas de mortalidad están descendiendo. Asociada la hipertensión a la edad, como una consecuencia inevitable, se considera en muchos casos que las personas sobre todo muy mayores ya no necesitan ser tratados con antihipertensivos. De hecho se considera que el 50% de los hipertensos no están tratados. Como estas enfermedades, así como la insuficiencia cardíaca (80%) o el ictus cerebral (75%), se concentran en los mayores de 65 años, gran número de personas mayores no reciben tratamiento. Durante años se establecieron limitaciones de edad para el uso de antihipertensivos, entre otras razones porque los ensayos clínicos no abordaban el estudio de pacientes mayores. El estudio SYST-EUR ha demostrado los beneficios de los antihipertensivos en pacientes de hasta 80 años (disminución de mortalidad cardiovascular, inferior incidencia de ictus, angina e infarto y menor incidencia de demencia). El estudio HYVET aborda los beneficios en la población de más de 80 años. El Estudio SCOPE demuestra que en los pacientes de más de 70 años los pacientes incluso se ven protegidos del deterioro cognitivo asociado a la hipertensión. Progresivamente

se van derrumbando barreras que estaban fundadas en prejuicios ageistas. También se establecieron limitaciones de edad en el uso de los trombolíticos, habiéndose demostrado que es la rapidez de tratamiento, no la edad lo significativo en el éxito de esta terapéutica.

Lo mismo sucede con las **estatinas**. Existen estudios en los que el 42% de ancianos con hiperlipemia no recibían ningún tratamiento como prevención, a pesar de que, como una reciente prueba clínica ha demostrado (1), se reduce un 24% el riesgo de muerte coronaria en pacientes con edades superiores a los 70 años. Según Pedro Mata, la edad no debería ser factor limitante para iniciar tratamiento anticolésterolémico, siempre que el paciente tenga esperanza y calidad de vida razonable y se descarte una enfermedad crónica invalidante (2). Ahora bien, como son más sensibles a los efectos adversos de la medicación, hay que comenzar con dosis bajas y tener en cuenta las interacciones farmacológicas, ya que estas personas suelen estar polimedizadas (2). Argumentos, estos últimos, que son extensibles en general a todos los tratamientos farmacológicos en ancianos.

Hasta ahora, la elección de las **prótesis valvulares** se basaba en la filosofía de la edad, por el tratamiento concomitante de anticoagulantes y su riesgo de hemorragia cerebral. Pero con la última generación de bioprótesis que permiten una mejor conservación de los tejidos y evitan la coagulación, son la opción a escoger, con independencia de la edad de los pacientes (Alain Barrebi, Hospital G.Pompidou).

El **cáncer** es la segunda causa de muerte de los españoles y la tasa de mortalidad está aumentando. Existen reticencias a tratar al paciente mayor con cáncer, basadas en las razones ya mencionadas anteriormente, en el aumento del riesgo de muerte asociado a la edad en el caso de cirugía y en respuestas más pobres a los tratamientos. Estas reticencias se extienden a los propios enfermos y familiares. La edad no debe determinar la terapéutica del paciente con cáncer de más de 75 años, según se puso de manifiesto en el IV Simposio Internacional Cáncer en el Anciano. Un editorial del NEJM, (4) coincide en esta reivindicación: *“La edad, por sí sola, no debería ser motivo para denegar un tratamiento potencialmente beneficioso a ningún paciente de cáncer”*. Se demostraba en una revisión de ensayos clínicos con

varios miles de pacientes de hasta 70 años, publicado en el mismo número, que los mayores operados de cáncer de colon podían beneficiarse de la quimioterapia post quirúrgica, opción rutinaria empleada en pacientes más jóvenes. La quimioterapia aumentaba la supervivencia de ambos grupos de edad y la tolerancia no era muy diferente. En el cribaje del **cáncer de mama**, progresivamente se está subiendo la edad de acceso, pero en estudios americanos se demuestra que el 22% de las pacientes mayores de 65 años no recibían el tratamiento adecuado. En España, menos de una de cada diez mujeres mayores de 70 años recibe tratamiento en el caso de cáncer de mama, según Miguel Martín, presidente del Grupo español de investigación del cáncer de mama (Geicam), quien defiende que *“las pacientes mayores deben ser atendidas con todos los recursos disponibles y en valoración beneficio-riesgo solamente una minoría no debería ser tratada”* (5).

En la terapia de **sustitución renal**, The Lancet (6) defiende que la edad no debe de ser una barrera para recibir tratamiento de diálisis. De hecho, se aplica la terapia de sustitución renal a personas mayores de 70 años. Es interesante resaltar en este contexto que la edad, 50 años, era clara limitación para ser donante de riñón. Hoy, el Hospital Doce de Octubre de Madrid tiene una experiencia muy positiva de supervivencia en donantes con edad superior a 60 años (rango 60-89 años). Solo se exige que los receptores sean de edad avanzada también. La menor reactividad inmunológica y la menor esperanza de vida compensan el hipotético menor período de funcionamiento. Ha tenido que ser la presión contra las listas de espera y los buenos resultados que se obtenían con la ampliación de la edad de donación, los que han quebrado de nuevo la barrera de la edad.

La OMS ha dedicado el decenio 2000-2010 a las enfermedades relacionadas con los **huesos y las articulaciones**. Las enfermedades reumáticas, aunque menos graves que las señaladas anteriormente, son las responsables del mayor número de casos de dependencia. Los dolores reumáticos, aunque afectan a toda la población, se concentran en las personas mayores. Por su parte a la osteoporosis se la considera la epidemia e la tercera edad. Se trata de la enfermedad metabólica ósea dominante en países desarrollados que afecta principalmente a las mujeres casi tres veces más que al hombre. La consecuencia más grave es la fractura de cadera. La fractu-

ra de cadera es también consecuencia de la pérdida de equilibrio y falta de coordinación muscular en las edades avanzadas. Las fracturas producen una alta morbilidad y son causa de muchos casos de dependencia. La discriminación en estos casos se manifiesta como veremos luego en las listas de espera existentes en estos procesos, así como en la ausencia de rehabilitación rutinaria.

No se nos olvida mencionar en este apartado a la enfermedad de **Alzheimer**, que afecta a medio millón de españoles, a la que nos referiremos más adelante en el apartado de dependencia, ya que esta es en gran medida tributaria de la misma y como veremos es la mayor discriminación existente en la actualidad en relación con la edad. La otra enfermedad mental con gran incidencia en las personas mayores (se ha llegado a hablar de un 40%) es la **depresión**, que está sin embargo infratratada en estas edades.

Sirvan estas reflexiones para descender tímidamente el velo que oculta el grave problema de la discriminación por edad en el tratamiento de las enfermedades que más afectan a los mayores.

Notas:

- (1) Bristol-Myers Squibb. 2003.
- (2) Correo Farmacéutico, Julio 2004.
- (3) Diario Médico, 3 septiembre 2004.
- (4) New England Journal of Medicine. Octubre 2001.
- (5) IV Conferencia Perspectivas en cáncer de mama”. Madrid. Septiembre 2004.
- (6) The Lancet, noviembre 2002.

4.- Investigación y Envejecimiento. Exclusión de los mayores en los ensayos clínicos.

Según Bowling, los mayores de 65 años son excluidos sistemáticamente de los ensayos clínicos, lo que genera ausencia de conocimiento basado en la evidencia para el tratamiento de personas mayores. Los médicos se muestran cautos a la hora de tratar a las personas muy mayores, especialmente si son mujeres. La consecuencia es una falta de equidad a la hora de tratar a este sector (1). Como confirma William J. Hall, especialista en geriatría de la Universidad de Rochester “*Son escasos los trabajos que tienen como protagonistas a personas mayores de 70 años*” (2).

Efectivamente, a pesar de la importancia de la edad avanzada en determinadas patologías, es frecuente que no intervengan en los estudios las personas mayores de 65 años. En los criterios de inclusión y exclusión de pacientes, en algunos ensayos, aparece el texto de que se han utilizado los habituales, es decir intervalos de edad de 18-65 años.

Ello hace que en los nuevos tratamientos se desconozca su eficacia y tolerancia en los mayores. Aunque pensamos que las limitaciones por edad en los protocolos de tratamiento que vimos en el capítulo anterior tienen razones principalmente economicistas, no podemos olvidar las razones médicas, basadas en la ausencia de evidencia clínica a las que estamos aludiendo. Los betabloqueantes no se habían utilizado en ensayos de personas mayores de 70 años, a pesar de que el 75% de los casos de insuficiencia cardíaca se producen en pacientes hipertensos mayores de 65 años. Sencillamente la experiencia en otras franjas de población se extrapolaba. Recientemente, el estudio Senior ha permitido observar en la población real la tolerancia y eficacia de un betabloqueante (3).

El cáncer es una enfermedad tanto más frecuente cuanto mayor es la edad. El 60 % de los nuevos casos se dan en pacientes de más de 65 años. Pues bien, como dice González Barón “*la edad viene siendo un criterio de exclusión en ensayos clínicos, lo que ha provocado una laguna en la investigación*”. “*La oncología no es igual para todos, tiene que tender a personalizarse y en los ancianos hay que valorar la edad biológica, por encima de la cronológica*” (4). Para Jaime Feliú, el ancia-

no recibe un tratamiento oncológico menos eficaz que el resto por los tabúes y prejuicios que existen (5). Estos son una posible mayor toxicidad y una menor eficacia en los ancianos. Por ello, la principal reivindicación del IV Simposio Internacional “Cáncer en el anciano” fue acabar con los prejuicios que existen entre los profesionales y familiares en el tratamiento a las personas mayores con cáncer y la necesidad de llevar a cabo ensayos clínicos, además de campañas de prevención en este tipo de pacientes. Como se ha señalado antes, lo esencial es realizar una valoración geriátrica individualizada “*teniendo en cuenta la comorbilidad, condiciones socio-económicas, estado funcional, situación emocional, y grado de conservación de las funciones cognitivas, así como una valoración de sus reales expectativas de vida para elegir el mejor tratamiento*” (Carlos Camps) (6). Cuando el cáncer de mama afecta en un 40% a las mujeres mayores de 65 años, “*es todavía alarmante la exclusión específica en estudios clínicos de pacientes ancianas*” (Antonio Llombart) (7).

Afortunadamente, los profesionales amplían cautelosamente sus intervenciones tanto quirúrgicas, como médicas en los pacientes de más edad y van adquiriendo a través de su propia experiencia la evidencia para tratar a los mayores. Por otra parte ya hemos visto, en especial en los ensayos referentes a enfermedades cardiovasculares, cómo gracias a las experiencias adquiridas en estas prácticas han ido cayendo las barreras que vedaban el acceso a las personas mayores a los avances terapéuticos, diagnósticos y quirúrgicos. Además, la gran prevalencia de las enfermedades crónicas en la población mayor obliga a la investigación a concentrarse en su resolución y por lo tanto a dar entrada a pacientes mayores de 65 años en los ensayos clínicos. Este es el caso de la investigación en Parkinson, enfermedades mentales, diabetes y otras enfermedades crónicas que en su mayoría afectan a las personas mayores.

Mención especial hay que hacer de la enfermedad de Alzheimer, que seguramente constituirá la mayor crisis contra la salud pública en el siglo XXI en los países desarrollados (Martínez Lage). Se trata de la enfermedad típica de la ancianidad, con un 98% de casos en personas mayores de 65 años, a las que les afecta en una proporción de alrededor del 15%, con una tasa correlacionada fuertemente con el progresivo aumento de edad. Aunque hay que actuar con cautela, existen ensayos

clínicos con fármacos que frenan la progresión de la enfermedad y que impiden la formación de amiloide. Recientemente se ha hablado del efecto beneficioso de las estatinas, tratamiento bien conocido para la hipercolesterolemia. No podemos menos de congratularnos con los avances que se están haciendo frente esta terrible amenaza.

Como reflexiona Guillem López i Casasnovas “*Las innovaciones que afectan primariamente a la duración de las vida se valoran por encima de aquellas que afectan a la calidad con la que ésta se vive. Esto era de esperar, vista la escasa cultura de QALYs (Quality Adjusted Life Years) o años de vida ganados ajustados por calidad*” (8). Efectivamente y como ejemplo, la investigación debe orientarse también a desarrollar soluciones para los problemas de la discapacidad, a través de la utilización de las nuevas tecnologías que ayuden a mantener la independencia y autonomía personal, por tanto la calidad de vida. Nos referimos a las tecnologías de la rehabilitación (órtesis y exoprótesis, ayudas para la movilidad personal, mobiliario, etc). Hay que respaldar la positiva acción de CEAPAT del IMSERSO en esta área.

No tenemos la menor duda, dado el progresivo envejecimiento de la población, que la investigación finalmente se irá dirigiendo cada vez más a resolver los problemas de la calidad de vida de los ancianos.

Notas:

- (1) British Medical Journal, editorial Noviembre 1999.
- (2) XXVII Congreso Mundial de Medicina Interna, Granada, Septiembre 2004.
- (3) Diario Médico, 3 septiembre 2004.
- (4) M. González Barón, Cáncer en el anciano. Aventis Pharma. Madrid 2001.
- (5) Jaime Feliú, en la presentación del libro anterior.
- (6) Carlos Camps, IV Simposio Internacional “Cáncer en el Anciano”.
- (7) Antonio Llombart, IV Simposio Internacional “Cáncer en el Anciano”.
- (8) Guillem Lopez i Casasnovas. Humanitas. Septiembre 2003.

5.- Las listas de espera, listas de espera de personas mayores

Cuando la demanda no puede quedar cubierta por la oferta, el equilibrio se restablece con el racionamiento o con subida de precios. Traducida esta ley económica a la sanidad, cuando no existe dinero suficiente en los presupuestos para cubrir las necesidades sanitarias de la población, o se cobran tasas por los servicios (el muy actual copago) o aparecen las listas de espera, que es el eufemismo por el racionamiento sanitario, la cola. En los sistemas públicos gratuitos, se afirma que las listas de espera son inevitables. Michael Cooper fue más allá al defender que las listas de espera no son fallos a corregir del sistema, sino que son el sistema. Quede claro que no toda lista de espera es criticable, porque siempre tendrá que haber una mínima espera en una planificación racional de los servicios si se pretende la eficiencia en los recursos públicos, necesariamente limitados, los cuales no pueden estar ociosos a la espera de recibir pacientes.

La razón de incluir las listas de espera en estas reflexiones es que existe la percepción de que las listas de espera son fundamentalmente listas de personas mayores y así lo demuestra que los tres procedimientos que presentaban mayor tiempo de resolución a 31 de Diciembre de 2000 en los Hospitales Catalanes eran: Cataratas (4,94 meses), Prótesis de rodilla (21,55 meses ¡!, reducidos a 18 meses en 31 Diciembre 2001) y Prótesis de cadera (6,31 meses) (1). En el extinguido Insalud, también a fines del año 2001, los procesos que venían a continuación de estos tres eran la Hernia Inguinal, Osteoartrosis y Venas varicosas de las extremidades inferiores (2), como se ve, procesos asociados a la mayor edad.

El programa “Avance” del Ministerio de Sanidad (antiguo Insalud), reconocía a 30.XI.01 una lista de espera quirúrgica de 158.000 pacientes con una demora media de 56 días. Con más de 6 meses de espera había 2.172 pacientes. En las consultas externas la demora media era de 30 días. Concretamente en Oftalmología había una lista de nada menos 122.880 personas, de las cuales 27.216 estaban esperando más de dos meses. En las pruebas diagnósticas, las ecografías tenían una demora media de 28 días; las mamografías, 25 días; la Resonancia magnética, 18 días (sorprendente reducción pues en el mes de marzo estaba en un mes) y el TAC, 12 días (3).

Naturalmente, en muchos casos se trata de un proceso acumulativo y si los datos aislados ya son llamativos, el acumulado es escandaloso. Téngase en cuenta de que hablamos de medias y la varianza es amplísima. Y esto es lo publicado, pero como dice el Defensor de el Pueblo: *“La percepción de esta Institución, respecto a consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, era la de que los sistemas de información no possibilitaban un conocimiento veraz de las mismas”*. Y como consecuencia del estudio realizado confirma: *“lo cierto es que la inadecuada gestión de las listas de espera, la escasa transparencia informativa y el insuficiente desarrollo y acusadas limitaciones de los sistemas de información, que reducen su validez y fiabilidad, son aspectos nucleares que presiden la actividad en esta área”* (4). La falta de transparencia, por tanto, nos hace presumir que los datos son aún peores que los señalados.

Habiendo sido transferida la gestión de la sanidad a las Comunidades Autónomas, uno de los problemas existentes es el de tener la visión general de las listas de espera. Prácticamente todas las Consejerías de Sanidad han publicitado medidas de corrección de los excesos existentes en sus listas de espera y anunciado la disminución de las mismas. Pero basta que se produzca un cambio de gobierno en las mismas para que vuelvan a aparecer cifras muy superiores a las comunicadas anteriormente.

Efectivamente, el 23 de Septiembre de 2004 la Ministra de Sanidad, Elena Salgado, hizo público en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que nada menos que 406.000 pacientes esperaban una intervención quirúrgica, con una demora media de 77 días y el 8,6% de dicha cifra sufrían una espera de más de 6 meses. La intervención con más demora eran las cataratas (71.504 pacientes), la hernia inguinal/crural (25.659 pacientes), la artroscopia (14.675), los juanetes (17.003) y las varices (14.157).

La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) acaba de publicar un estudio (Septiembre 2004) que nos muestra un panorama desmoralizador. Según dicho estudio el plazo que transcurre entre la petición de cita al especialista, la primera cita, la realización de la prueba y la segunda visita es de cinco meses, con enormes diferencias por comunidades autónomas. Nos tememos que esta es la realidad.

Estamos ante uno de los problemas más importantes de la Sanidad española. Esta es la opinión de los usuarios, cuando se manifiestan en las encuestas de salud. En general están satisfechos con el sistema, pero critican como principal aspecto negativo las listas de espera. Y esto lo confirma el Defensor del Pueblo en todos sus informes anuales (5), *“uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario público, como es la existencia de demoras clínica y socialmente inaceptables”*. En el Informe monográfico sobre listas de espera, el Defensor del Pueblo lo ratifica: *“los ciudadanos se pronuncian destacando que el principal problema del sistema público sanitario es la existencia de dilatados tiempos de espera para recibir la asistencia sanitaria no urgente que precisan”* (6). También señala que hay centros en los que las agendas están cerradas, por lo que los pacientes en espera lo están para que se les conceda fecha en la que serán atendidos. Esta denuncia ha saltado a los medios de comunicación en Septiembre 2004. Es muy probable que la cifra de pacientes en espera sea muy superior a la oficial. No es extraño entonces que en las encuestas sobre salud los ciudadanos lo critiquen. Los pacientes españoles tienen dos soluciones para tratar de resolver este problema de las demoras. Aquellos con suficientes recursos acuden a la medicina privada. La inmensa mayoría acude a los servicios de urgencia de los hospitales, colapsando los mismos y creando grandes problemas de organización en los servicios y en los centros

El problema de las listas de espera no es exclusivo de nuestro país. Un informe de la Comisión Europea sobre la asistencia a los mayores *“expresa su preocupación porque en un número creciente de Estados miembros existen tiempos de espera excesivos”* (7).

Las listas de espera plantean problemas no sólo médicos, sino sociales y por supuesto éticos. Como dice Javier Dorta, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica, *“No puede ocurrir que un paciente que necesita una biopsia tenga que esperar dos o tres semanas hasta que se le realice, o que otro con un tumor diagnosticado entre en una lista de espera en la que pierda las esperanzas”*. Para muchas personas mayores, puede significar una sentencia de muerte -no es infrecuente las personas que después de varios meses no acuden cuando son llamadas porque han fallecido-, para otras un retraso de seis meses en una operación de

cataratas le ha multiplicado varias veces la probabilidad de una caída, que puede condenarla a una silla de ruedas, quedando dependiente para toda la vida, con costos muy superiores a una rutinaria operación de cataratas. Las listas de espera además de discriminar a las personas mayores discriminan también a las personas con rentas más bajas, como demuestra la encuesta Blendon (124 días de espera las personas de renta alta, contra 325 días de las personas con rentas más bajas), doble discriminación la de las personas mayores con bajas rentas.

El Decreto que establece medidas para el tratamiento homogéneo de la Información sobre las listas de Espera en el SNS (8), pretende solucionar este problema de transparencia, manteniendo una periodicidad semestral de la información basada en la transmitida por las CC.AA. Se establecen criterios de priorización, las sociedades científicas elaborarán guías clínicas para los procesos quirúrgicos más frecuentes, que se actualizarán y que servirán de referencia. Se establece el conjunto mínimo de datos que debe contener la información. Se dará información personalizada a los enfermos e información al público en general dos veces al año. Los partidos políticos en sus programas políticos electorales han establecido unas propuestas de solución de este gravísimo problema, pero la enorme diferencia entre sus bienintencionadas propuestas y la triste realidad actual no hace creíbles estas intenciones.

Últimamente los servicios de salud de las Comunidades Autónomas han elaborado ambiciosos planes estratégicos para combatir la demora quirúrgica. Uno de los más ambiciosos es el de la Comunidad de Madrid para cumplir con una arriesgada promesa electoral de su Presidenta. No vamos a describir las numerosas medidas que todos aquellos planes tratan de poner en marcha, pero podemos enunciarlas. Muchas de ellas siguen las recomendaciones del Informe del Defensor del Pueblo y el Real Decreto anteriormente señalado. Así, la creación de registros centralizados, la priorización de los pacientes según criterios clínicos explícitos, el seguimiento de los pacientes incluidos para verificar su evolución, plazos máximos de espera, superados los cuales se concierta su intervención en otro centro, guías de derivación, creación de la figura del Gerente de Listas de Espera, Comités técnicos de seguimiento, modificación de la organización del trabajo, apertura de más horas

de los quirófanos, realización de pruebas por la tarde, consultas de especialistas durante todo el día etc.

El medio más eficaz para luchar contra esta lacra del sistema público es sin duda alguna acudir a los Tribunales. Según la doctrina establecida por la jurisprudencia no se tienen que soportar los daños derivados de una lista mal gestionada o irracional, de duración exagerada, cuando hubiese un error en la clasificación de la prioridad del enfermo o cuando en la espera se produjesen empeoramientos irreversibles. La Administración debe probar que la gestión de la lista de espera ha sido correcta. Así, en un reciente caso (9) la Administración es condenada a pagar 75.516 de indemnización a los herederos de un paciente aquejado de insuficiencia respiratoria que muere durante la demora. La Administración no prueba documentalmente que le había tratado de citar telefónicamente, pero que no le pudo hallar. Tampoco consta la baja de la lista que se debería haber producido, ni estaba documentada una supuesta segunda llamada. De forma similar, la Audiencia considera que no se deben soportar daños irreparables en el caso de un paciente con lesión de válvula aórtica. El paciente había fallecido siete días antes de la intervención, después de estarla esperando durante dos meses, a pesar de que estaba en la lista preferente (10). En otro caso la Audiencia Nacional estima el recurso formulado por un paciente afectado por retinopatía diabética, que cansado de esperar y asustado por el riesgo de perder la visión, acude a la sanidad privada, lo que se considera justificado (11). Podemos multiplicar los ejemplos, que en su mayoría corresponden a personas de edad. No nos cabe duda que con el aumento progresivo de la información que adquieren los pacientes, pronto harán uso de estos conocimientos para contrarrestar las demoras excesivas y las Administraciones públicas se verán obligadas a disminuir drásticamente sus listas de espera, añadiendo recursos y poniendo en práctica de verdad las medidas que han anunciado, porque les resultará más barato que indemnizar. La jurisprudencia europea da un paso más y ya está obligando a los países a admitir los gastos de intervenciones transfronterizas, a pesar de la oposición de las instituciones gestoras del país del que procedan los pacientes. El informe antes citado de la Comisión Europea pide cooperación entre los Estados miembros en el caso de largas listas de espera cuando no se pueda obtener en el territorio nacional un tratamiento.

Reiteramos, el tema de las listas de espera es uno de los más graves que afectan a la salud y la vida de los ciudadanos y muy especialmente de las personas mayores que son sus mayores frequentadores. Sería oportuno terminar este capítulo con el ya citado informe del Defensor del Pueblo: *“Algunas de las patologías más frecuentes que figuran en las listas de espera presentan notables componentes socio-laborales, en la medida en que dificultan y, a veces, impiden que los ciudadanos puedan participar en la vida política, social, laboral y cultural, sin olvidar que en función de la naturaleza y complicaciones imprevisibles de los procesos, la demora en obtener la asistencia sanitaria puede poner en riesgo la integridad física de los pacientes”* (12).

Notas:

- (1) Departament de Sanitat i Seguritat Social. Informe 2002.
- (2) Intervención en el Congreso sobre listas de espera. Diciembre 2001.
- (3) Idem
- (4) Defensor del Pueblo. Informe sobre Listas de Espera. 2002.
- (5) Defensor del Pueblo. Informe 2003.
- (6) Defensor del Pueblo. Informe sobre Listas de Espera. 2002.
- (7) Asistencia Sanitaria y atención a las personas mayores.
- (8) Decreto 605/2003, 23 de Mayo 2003.
- (9) Diario Médico, 25 Febrero 2004.
- (10) Sentencia Audiencia Nacional, 31 de Mayo 2000.
- (11) Sentencia Audiencia Nacional, sección cuarta, 15 de Mayo 1999.
- (12) Defensor del Pueblo. Informe sobre Listas de Espera. 2002.

6.- La desnutrición en los mayores

En los países desarrollados las personas de edad avanzada constituyen uno de los grupos vulnerables a padecer problemas nutricionales. Según José Manuel Ribera, *“el 10% de los mayores de 65 años vive desnutrido, este porcentaje aumenta hasta el 30 o 50% cuando se trata de personas que viven en Residencias para mayores o están hospitalizados”* (1). Isidoro Ruipérez confirma estas cifras, extractadas de diferentes bibliografías. Para el presidente de la SEGG *“el colectivo de los ancianos es el más afectado por la malnutrición como en cualquier país desarrollado. La malnutrición está relacionada con el grado de dependencia del mayor. La prevalencia de malnutrición es más frecuente en residencias asistidas y hospitales que en los domicilios particulares. Esto se debe a que el perfil de los mayores atendidos en estas instituciones tienen un alto grado de dependencia y enfermedad (sometidos a tratamientos farmacológicos, con incapacidad deglutoria, demencias...)”* (2). Uno de cada dos ancianos presenta síntomas de enfermedad ácido-péptica, lo que según Francisco Guillén *“puede derivar en complicaciones tan importante como la malnutrición, ya que los ancianos van seleccionando el tipo de alimentos que menos daños les hacen y la enfermedad ácido-péptica queda oculta o se confunde con otras patologías”* (3).

Los problemas nutricionales, tienen su origen en la predisposición genética, las enfermedades, el grado de dependencia y en la no adaptación de la alimentación a los gustos de los ancianos. Es conocido que, con la edad, se pierden papilas gustativas y por ello los ancianos perciben mejor los alimentos dulces. Pero también estos problemas provienen de hábitos de la dieta y del estilo de vida sedentario. Como dice Manuel Serrano-Ríos, *“hoy comemos mejor, pero hemos empeorado el estilo de vida”*. La prevención, a través de la educación, es la principal herramienta en la lucha contra la mala alimentación. *“Lo conseguiremos machacando una y otra vez, como ha sucedido con el tabaco”*.

No obstante, la población anciana española, no institucionalizada, tiene unas mejores condiciones generales derivadas de la dieta mediterránea, que se traducen en una mejor calidad de grasa y menos colesterol sérico. Es lo que se desprende del

estudio multicéntrico europeo Séneca, coordinado en España por la Olga Moreiras. Anecdóticamente, se da la paradoja de que los ancianos españoles tienen niveles más bajos de Vitamina D que los de los demás europeos que participaron en el estudio, porque los mayores españoles se protegen más del sol que los nórdicos.

El Consejo de Europa aprobó en 2003 una Resolución sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales, *“teniendo en cuenta el número inaceptable de pacientes hospitalizados desnutridos en Europa”*, y *“teniendo en cuenta que la desnutrición de los pacientes hospitalizados se asocia con estancias hospitalarias más largas, una rehabilitación prolongada, una menor calidad de vida y costes sanitarios innecesarios”* (4). La Resolución menciona también la integración de las personas discapacitadas y, no cabe duda, que en los considerandos se está haciendo referencia a las personas mayores, que están sobre representadas en las estancias hospitalarias y que cuando ingresan con cuadros agudos ya llegan desnutridos en muchas ocasiones. La resolución recomienda la valoración del riesgo nutricional en los hospitales, la identificación y prevención de las causas de desnutrición, el plan de tratamiento etc.

La valoración del riesgo nutricional es clave. Para José Chamorro, *“Los profesionales que trabajan con personas mayores deben aprender a detectar los posibles casos de desnutrición, aprender cuáles son los métodos más fáciles y fiables para valorar el estado nutricional del anciano, conocer las medidas preventivas existentes y derivar a las unidades de nutrición y dietética los casos más complicados”* (5). Como método de valoración del estado nutricional recomienda el Mini Nutricional Assessment (MNA), consistente en un cribaje de preguntas sobre el tipo de vida, el tipo de consumo de alimentos, la cantidad de agua que bebe, medicamento que toma, quién hace la comida, estado muscular, etc.

La desnutrición, como forma de abandono del cuidado de las personas ancianas es una de las facetas más frecuentes incluidas en el Maltrato y Violencia doméstica contra los mayores y puede ser considerada como una forma de discriminación ya que en las sociedades desarrolladas se concentra en este segmento de la población preferentemente.

Notas:

- (1) Escuela Nacional de Nutrición Francisco Grande Covián, UIMP, 2004
- (2) SEEG. Nota de Prensa. 24.07.04
- (3) Francisco Guillen. La Enfermedad ácido-péptica en personas mayores. Recordati, 2002
- (4) Resolución sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales, ResAP 2003-3.
- (5) I Jornadas de Nutrición y Dietética para Centros de Tercera Edad, Jaén 2002.

7.- Gasto Sanitario y Gasto Farmacéutico. El copago y los pensionistas.

Existe por el contrario un caso de discriminación positiva de los mayores en relación con la salud. Se trata del privilegio de los pensionistas a no pagar el llamado ticket moderador que paga el resto de usuarios del sistema sanitario, 40% del coste, cuando adquiere medicamentos. Pero como una serpiente de verano, periódicamente surge el globo sonda de propugnar su supresión.

Dejemos claro que la gratuidad de los medicamentos, como los descuentos en el transporte, en entradas a ciertos acontecimientos y demás privilegios de los pensionistas, no es sino el reconocimiento de que el nivel medio de las pensiones es muy bajo -nada menos de dos puntos de PIB por debajo de la media de Europa- y ese enorme vacío, en vez de rellenarlo con una subida consistente de las pensiones, se trata de tapanlo con ayudas paternalistas. Pero en la situación actual, a corto plazo, bienvenidos sean estos pequeños favores a los pensionistas, mientras las pensiones no alcancen el nivel medio europeo.

El copago se ha relacionado tradicionalmente con el gasto farmacéutico, considerando que el consumo de medicamentos es excesivo, especialmente el de los mayores. ¿Cuáles son los datos más importantes del gasto farmacéutico y los pensionistas? Los pensionistas son responsables del 75% del gasto farmacéutico, cuando constituyen un sexto de la población, el ratio recetas pensionista/activo es de 6,4 y el consumo por persona protegida es 7,2 veces superior en el pensionista sobre el activo. Pero hay que aclarar que no son sólo los pensionistas los que no contribuyen al coste de las medicinas. No pagan nada tampoco otros grupos de pacientes, independientemente de la edad, por ejemplo los aquejados por el síndrome tóxico o el sida. También los pacientes con enfermedades crónicas sólo pagan el 10% de las medicinas que consumen, si no son pensionistas.

Es bien conocido que la existencia de una cobertura de riesgos por un seguro aumenta la probabilidad de incurrir en gastos provocados por siniestros cubiertos por dicho seguro. Esta es la razón por la que se crean franquicias y copagos. El ejemplo más cercano para la mayoría se suele extraer del seguro de vehículos. Los anglosajones lo llaman *moral hazard*, que entre nosotros se traduce como riesgo moral.

Está demostrado que el resultado del copago en sanidad es una utilización decreciente de recursos sanitarios. Un estudio realizado en Irlanda, en 1987, comprobó la reducción de visitas al médico en más de 50%. Un ejemplo más cercano a nosotros lo tenemos en el sistema MUFACE, en el que los asegurados tienen que pagar el 30% de las medicinas. El ratio recetas per cápita de pensionistas y población general en MUFACE es 2,9, equivalente a la media europea, muy inferior a lo que sucede en el sistema general español, como hemos visto y el gasto por persona protegida es un 58% inferior (1). El problema es que no hay distinción entre demanda de servicios útiles y no útiles. Así, otro estudio efectuado en Islandia en 1993 demostró la reducción de un 10% en las consultas, pero también en el screening de cáncer cervical. Este problema de equidad se manifestó en el gran estudio de Referencia de la Rand Corporation. Se reduce el gasto, pero se reduce más en los más pobres, en los que tienen enfermedades crónicas. Esto sería devastador en los pensionistas españoles, que tienen una pensión media de 576,24 al mes, y casi 2 millones trescientos mil de los mismos sobreviven con pensiones que necesitan un complemento para llegar a la pensión mínima. Por ello el establecimiento de un copago -sea por razones recaudatorias o para evitar el abuso en la utilización de recursos- exige una cuidadosa investigación de las situaciones particulares y la existencia de excepciones, concretamente de la población más pobre y con enfermedades crónicas, entre las que se encuentran los mayores. Es la razón de que los economistas más inclinados a introducir estas medidas, hablan en general de relacionarlas con el nivel de renta, se sea o no pensionista.

Cuando la Comisión Abril proponía ya en el año 1991 el establecimiento de un ticket moderador para eliminar la sobre prescripción y moderar el consumo exagerado de fármacos tenía en cuenta algunas de las reflexiones anteriormente expresadas y así decía: *“la Comisión sólo ve posible recomendar la participación en el coste, con excepciones por razón de equidad y con una compensación en la cuantía de las pensiones u otras medidas fiscales”*. Y añadía: *“en el caso de pensionistas institucionales sería requisito indispensable incrementar la pensión en análoga cuantía de forma simultánea”* y explicaba que el objeto de la medida no era de carácter recaudatorio, sino de concienciación de coste y de eliminación de fraude (2).

Lo primero que tenemos que aclarar cuando se hacen anuncios amenazantes de eliminar la exención del copago de los pensionistas, es si estamos ante una medida moderadora del consumo y del gasto por tanto, para evitar el despilfarro de recursos sanitarios que se podrían emplear de una forma más útil en otras áreas, ya aquellos son escasos para las necesidades y demanda existentes. O por el contrario estamos ante una tasa o impuesto cuya misión tiene solamente utilidad recaudatoria y entonces hay que indagar si existe otra forma de recaudar esos impuestos más eficaz y equitativamente.

Analicemos este segundo supuesto, que es por donde parece se encaminan las intenciones de nuestros administradores según los globos sondas enviados últimamente. En primer lugar, parece que el gasto sanitario en España es insuficiente para cubrir la demanda y que por lo tanto es necesario allegar más recursos. Para Fernando Lamata se puede incrementar el gasto sanitario para acercarnos al horizonte medio de la Unión Europea. Se puede crecer moderada, pero suficientemente para atender esa demanda y resolver los problemas. Como hemos visto anteriormente, esta insuficiencia de recursos afecta significativamente a las personas mayores, ya sea con las listas de espera, con limitaciones de edad en las pruebas diagnósticas y tratamientos de tecnología punta o medicamentos novedosos, ausencia de rehabilitación o insuficiencia de medidas preventivas. En realidad son las personas que más sufren esa escasez de recursos y hemos visto que, por ejemplo, las listas de espera son, en palabras de Guillermo Sierra un copago encubierto, pues muchas pacientes terminan yendo al sector privado. Una lista de espera de personas mayores afecta además negativamente la calidad de vida de las personas. Otra de las alternativas ensayadas es el establecimiento de listas negativas de productos farmacéuticos que no tienen financiación pública, el llamado ticket disuasivo (3).

Por otra parte, si hay que aumentar la recaudación y no es a través del copago, vemos muy improbable en el actual contexto que aumenten los impuestos directos para financiar los gastos sanitarios, por lo que probablemente el aumento de la recaudación se producirá a través de impuestos indirectos, que no son progresivos y esos sí que tendrán que ser pagados, mientras que el copago es evitable si afecta a consumos no necesarios, por tanto eludibles. Aún desde este punto de vista, el

copago podría ser aceptado por los pensionistas, evitando respuestas emocionales, ya que los mayores ingresos, si estuvieran bien asignados, podría mejorar la calidad de su salud. Pero antes de decidirse por el copago, habría, en primer lugar, que investigar en los presupuestos públicos todas aquellas partidas, algunas de ellas bien conocidas de la opinión pública, que implican despilfarro de los recursos públicos y tomar la decisión de aplicar los recursos ahora malgastados a la sanidad. Vivimos situaciones en las que grupos sociales presionan con movilizaciones para defender situaciones económicamente ruinosas e inviables, cosa que no suele hacer el lobby de las personas mayores. En segundo lugar castigar con impuestos aquellos productos, como el tabaco y el alcohol, que van contra la salud, son causantes de gasto sanitario y además son mucho más baratos en España que en Europa. Por último, las pensiones mínimas tendrían que ser revisadas al alza, para que el efecto neto fuera neutral para los pensionistas más desasistidos, como recomendaba el Informe Abril.

Si la razón de instaurar el nuevo copago es la de ser ticket moderador de un consumo exagerado, que no sólo por razones económicas, sino también sanitarias hay que controlar, el análisis es diferente. En este caso también existiría el aspecto recaudatorio, aunque si el método estuviera bien diseñado, podría ser mínimo, ya que evitaría el uso innecesario de los recursos, y por tanto de los ingresos extra. El copago serviría para frenar el consumo no necesario y para eliminar el fraude consistente en utilizar el uso de recetas e los pensionistas para adquirir medicinas para toda la familia. En un conocido estudio de 1996, publicado por el Journal of the American Medical Association, el 21,3% de la población de más de 65 años de USA tomaba, por recomendación médica, al menos un medicamento de una lista de 33 fármacos, cuyo uso se consideró injustificado o poco apropiado. Pero se requiere un cuidadoso estudio de las circunstancias de aplicación para que no grave el uso necesario y sí el abuso. Por otra parte, como propugna Kutzin debe gravarse aquella demanda que está influenciada por los pacientes, no inducida por los proveedores del sistema. El gasto farmacéutico viene prescrito por los facultativos, por lo que las acciones para controlar el consumo farmacéutico tienen que venir fundamentalmente por este lado de la demanda real.

El copago es, además, un instrumento utilísimo para mejorar la eficiencia y canalizar la demanda en la dirección adecuada, a través del envío de señales sobre determinados productos o servicios menos coste-efectivos, como pueden ser el caso del pago del exceso sobre el precio de referencia de determinados productos farmacéuticos. Por ejemplo, tradicionalmente en Suecia se grava el acceso a los especialistas para evitar saltarse la puerta de entrada del sistema, los médicos de familia. Está claro que en España los servicios de urgencia se utilizan desorbitadamente (40% de los ingresos en hospitales se producen a través de ellos, según expertos cuatro veces por encima de lo normal), seguramente debido al conocimiento que existe de los problemas de acceso al sistema. El pago de una cantidad no exagerada reduciría el abuso de utilización y, por otra parte, si se consiguen más recursos, estos podrían dedicarse a mejorar dicho acceso, disminuyendo la demora media de las listas de espera y no haría falta sobre utilizar dichos servicios, entorpeciendo su correcto funcionamiento. El tiempo medio de espera en los servicios de urgencia es de una hora, lo que parece excesivo. Desde un punto de vista racional, no debería existir en este caso una oposición rotunda si la aplicación de este ticket se hiciera, también como señala el Informe Abril, con determinadas garantías.

El copago está prácticamente aceptado en todos los países europeos, con numerosas variantes y en estos momentos es un tema de gran actualidad con proyectos de reforma de los sistemas vigentes para introducir nuevas formas del mismo.

Hasta ahora hemos aceptado implícitamente la tesis de que el gasto farmacéutico español es exagerado, censura que recae directamente sobre los mayores, por la estructura de dicho gasto. Nos gustaría reflexionar sobre ello. En primer lugar se ha señalado que la prescripción de medicamentos sustituye las carencias de otras áreas sanitarias, como por ejemplo cuando se retrasan intervenciones quirúrgicas durante meses y se mantiene al paciente con medicación. Pero lo realmente importante son los datos objetivos y todos los parámetros comparativos dentro de la UE indican que el gasto farmacéutico público no es excesivo, sea el consumo per cápita (11% inferior a la media europea), el precio medio de los medicamentos (cerca del 20% menor), el volumen de medicinas consumidas per cápita (3% menor), el consumo en relación con el PIB (1,35% en 2002, es decir casi 20% menor) etc.

Solamente existe un índice que desentona y es el porcentaje del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario, que es más elevado en España que en la UE, alcanzando la cuarta parte del total gasto sanitario público. Ahora bien, este porcentaje hay que estudiarlo, desde el punto de vista del numerador (gasto farmacéutico) y desde el denominador (gasto sanitario público).

En el primer caso, el numerador, hay que tener en cuenta que la contribución de los pacientes al gasto, no llega al 7%, lo que significa 10 puntos porcentuales menos que en el resto de Europa. En segundo lugar, también una diferencia de consumo con Europa de 15 puntos entre los productos OTC o publicitarios, de venta libre sin receta, no reembolsados por la Seguridad Social. En tercer lugar, el bajo consumo de genéricos en España, consecuencia de una política errática e intervencionista. Estos son los factores más importantes, además del efecto sustitutivo de los medicamentos que señalábamos antes.

Si nos referimos al denominador, el gasto sanitario público es muy inferior al europeo, cerca del 40% menor per cápita, diferencia llamativa. Significa solamente el 5,4% sobre el PIB, cuando la media europea es 6,7%. Como señalan los expertos, hay que subir el gasto sanitario público, que ha ido decreciendo sobre el PIB año tras año, caso único en Europa. Quizás el gasto real no sea tan bajo como el aparente, pues tradicionalmente aparece el déficit oculto existente, cuando hay cambios de gobierno. Si el gasto sanitario subiera el 1% sobre el PIB, el porcentaje del gasto farmacéutico bajaría automáticamente a niveles medios europeos. Convendría señalar en este momento que el gasto sanitario total en España, aunque más bajo que el de nuestros pares europeos, se mantiene dentro de límites más razonables en comparación con la media de Europa, gracias al aumento progresivo de la sanidad privada, que es lo que consigue que la participación del gasto sanitario se mantenga estable en relación con el PIB, de todas formas dato anómalo pues en todos los países desarrollados esta participación ha ido en claro aumento.

Quede por tanto explicado el único parámetro negativo en relación con el gasto farmacéutico y por tanto la censura a los mayores como culpables de despilfarro en el sistema sanitario a partir de un supuesto consumo desenfrenado de productos far-

macéuticos. Los informes de CEAFA y NERA son muy esclarecedores sobre el comportamiento del gasto farmacéutico en España.

Sí hay que señalar que en España, el uso de consultas médicas por habitante es 40% superior a la media europea (Perona). Este exceso de demanda, esperable sobre un servicio gratuito de gran facilidad de acceso, solo puede ser corregido a través del racionamiento o del precio. Sin duda, antes que establecer el copago sobre medicamentos habría que estudiarlo sobre las urgencias y las consultas que son los servicios sobre utilizados y por supuesto sobre los servicios “hoteleros” siguiendo pautas europeas, sin olvidar las exenciones tan repetidas a las que se refiere el Informe Abril. Un modelo más complejo que el actual, pero más justo para el conjunto de la sociedad. En palabras de Costas Lombardía puede ser, incluso, la salvación de la asistencia pública.

Pero si la última solución, después de reajustar los presupuestos para eliminar partidas absolutamente prescindibles (deficits de empresas públicas, determinadas subvenciones, gastos superfluos etc.), fuera la de suprimir el privilegio de los pensionistas con pensiones máximas a no pagar las medicinas, debería hacerse simultáneamente a la supresión de los topes que gravan esas pensiones, una de las discriminaciones más hirientes que se estableció transitoriamente cuando la Seguridad Social estaba en quiebra, situación que contrasta con la actual. Si no hay diferencia entre pensionistas y no pensionistas a la hora de pagar, que no la haya a la hora de recibir sus justos ingresos.

Notas:

(1) José Luis Perona, 12+1 de gasto farmacéutico.

Diario Médico 16/12/2003.

(2) Informe Comisión “Abril”. Recomendaciones 47-49.

(3) Eduardo Rodríguez Rovira. Una Tangente del Informe Abril.

ABC, Octubre 1991.

8.- Prevención y Envejecimiento. Rehabilitación. La Promoción de la Salud y los Mayores. El envejecimiento activo.

El Plan de Acción Internacional de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento presta un especial énfasis a estos aspectos, de acuerdo con la doctrina gerontológica actual. El apartado 58 dice: *“Las personas de edad tienen pleno derecho a contar con acceso a la atención preventiva y curativa, incluida la rehabilitación y los servicios de salud sexual. El pleno acceso de las personas de edad a la atención y los servicios de salud, que incluye la prevención de las enfermedades, entraña el reconocimiento de que las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de la vida deben centrarse en el mantenimiento de la independencia, la prevención y la demora de las enfermedades y la atención de las discapacidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad que ya estén discapacitadas”*. Este largo párrafo expresa de una forma precisa y contundente las aspiraciones de las personas mayores, así como el pensamiento de los expertos sobre los temas del enunciado. Desde el punto de vista discriminatorio que es la guía de este escrito, es importante mencionar otro párrafo que recalca la necesidad de no discriminación de los mayores en estos aspectos. *“Tanto por razones humanitarias como económicas, es necesario brindar a las personas de edad el mismo acceso a la atención preventiva y curativa y a la rehabilitación de que gozan otros grupos”* (párrafo 5).

El Documento de la Conferencia Ministerial Europea de Berlín 2002, alude también desde sus primeros compromisos sobre salud y envejecimiento a la prevención, promoción de la salud y rehabilitación: *“La evidencia sobre los condicionantes de la salud sugiere que los factores de medio ambiente y de comportamiento pronostican con seguridad el envejecimiento saludable de los individuos y las poblaciones* (párrafo 55). *Las políticas de medio ambiente, de agricultura, transporte, financiera, fiscal, de protección al consumo, vivienda, educación, protección social y otras políticas tienen una profunda influencia en la salud y bienestar* (párrafo 56). *Es crucial que los servicios sociales y sanitarios pongan un énfasis creciente en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación física y men-*

tal (párrafo 57). Cuando este documento pone tanto acento en estos aspectos es porque no están suficientemente atendidos en la realidad europea.

En el Informe ya citado de la Comisión Europea se insta a los Estados a que *“abran a las personas de edad avanzada el acceso a las curas preventivas, la fisioterapia, la rehabilitación y otros servicios apropiados para garantizarle durante el mayor tiempo posible su independencia, para mejorar la calidad de vida y para prevenir las enfermedades”*. Es importante destacar el matiz implicado en el verbo abrir.

Si de los documentos oficiales que establecen la que debe de ser la política social y sanitaria de los gobiernos pasamos a la opinión de los expertos, veremos que coinciden. Para Isidoro Ruipérez, el cuidado geriátrico debe de ser eminentemente preventivo. *“Una inadecuada atención a las personas mayores de 80 años lleva a la creación de dependencia innecesaria, a mayor cronificación de las enfermedades, mayor sufrimiento y atención únicamente paliativa”*. Ruipérez achaca a la extensión geriátrica básicamente preventiva el que las tasas de dependencia están bajando en países como Estados Unidos o Noruega (1).

Por el contrario, en España las tasas de dependencia no están bajando. *“Cuando los datos son contrastados con los países de la Unión Europea, referidos a la expectativa de vida, la mujer española pasa de ser la segunda en cuanto a expectativa total, al antepenúltimo lugar (13º) en lo que respecta al porcentaje de esperanza de vida libre de incapacidad”* (2).

El objetivo, tanto de la prevención como de la promoción de la salud y de la rehabilitación, es el de mejorar la calidad de vida. En el caso de la prevención, se suele distinguir entre prevención primaria (evitar el desarrollo de enfermedades), prevención secundaria (detección y tratamiento precoz de las enfermedades para evitar o retrasar su progresión), y prevención terciaria (evitar o minimizar las secuelas) (3).

Así, la prevención primaria en el caso de enfermedades del corazón busca disminuir las cifras de presión arterial, de colesterol, aumentar la actividad física, dejar de fumar etc. El Plan Integral de Cardiopatía isquémica, coordinado por el Dr. Castro Beiras, que ha llamado la atención de otros países europeos, trata de retrasar

la aparición del mencionado tipo de patologías, para que su detección y tratamiento precoces reduzcan la mortalidad. Seguramente un ejemplo también excelente a nivel internacional es la agenda común para prevenir el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, iniciativa conjunta de las tres sociedades estadounidenses ACS, ADA y AHA, que tiene como fin unificar sus esfuerzos preventivos y de detección precoz, reconociendo la gran relación existente entre estas patologías (4). Otro caso de prevención primaria muy extendido es el de vacunación de la población de riesgo, entre la que está el grupo de las personas mayores, contra la gripe. CEOMA participa en la movilización masiva de este sector, en campaña conjunta con las oficinas de farmacia. Mientras la OMS ha fijado un objetivo de vacunación del 75% de la población mayor, en España el porcentaje es ya del 68%, cifra de las más altas del mundo, muy cerca del objetivo.

La prevención secundaria se realizaría cuando ya se ha sufrido, por ejemplo, un infarto agudo de miocardio, con el objeto de que no se repita, y el paciente deja de fumar, de beber, abandona la vida sedentaria y reduce su peso.

Un ejemplo de prevención terciaria institucional sería la generalización de las unidades de ictus en los hospitales más importantes españoles, ya que se ha demostrado ser la mejor forma de tratar el infarto cerebral en fase aguda, consiguiendo la reducción en un 30% de la muerte o la dependencia por incapacidad en los pacientes afectados (5).

La prevención de la dependencia en el envejecimiento se inicia desde la juventud. Como Cicerón ponía en boca de Catón el Viejo, *“La falta de fuerzas se debe con más frecuencia a los fallos de la juventud que a los de la vejez”*. Todos los perniciosos hábitos aludidos van dejando secuelas a lo largo de los años. Está demostrado estadísticamente que también la pobreza y la falta de educación favorecen la dependencia. Como señala la OMS (6), las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, al empleo y a la atención sanitaria y las que se basan en el género y la raza, pueden acelerar el proceso del envejecimiento. Por lo tanto, la prevención del proceso de dependencia debe de iniciarse desde las fases más tempranas de la vida, ya en las madres en el curso del embarazo, y no tiene fecha de caducidad.

Poco a poco van cayendo las barreras de edad discriminatorias en la prevención de algunas enfermedades. Así por ejemplo, la edad para la realización de mamografías va aumentando progresivamente. Se ha demostrado que la mamografía en las edades de más edad (75 años) se asocia con la eliminación de las diferencias relacionadas con la edad en el tamaño y estadio del cáncer en el momento del diagnóstico (7).

La prevención cubre también el entorno. Una vivienda adaptada, la existencia de ascensor, la iluminación correcta dentro y fuera de la casa, la eliminación de obstáculos en las aceras y de toda clase de barreras arquitectónicas reducen los riesgos de las caídas de personas frágiles mayores. De hecho, una de cada tres personas mayores se cae al suelo al menos una vez al año y, a su vez, una tercera parte sufre fracturas y otras lesiones con alta morbimortalidad y se calcula que el 22% de las caídas se produce por causas debidas a factores ambientales. Hay que recordar que los accidentes son la quinta causa de muerte en el anciano. La ola de calor riguroso sufrida recientemente, en la que frente a las cifras oficiales, la mortalidad sufrida por las personas mayores ha sido muy elevada, como ha sucedido en Portugal y Francia, obliga a medidas de prevención públicas, aparte de las medidas individuales, en relación con la modificación del entorno, como por ejemplo lugares de acogida temporal con aire acondicionado.

La prevención de la discapacidad en la vejez y el mantenimiento de la calidad de vida han sido frecuentemente abordadas en el caso de la mujer, especialmente estudiando los efectos del climaterio, la prevención del cáncer de mama, la osteoporosis etc. La mujer tiene una esperanza de vida mayor que la del hombre pero también una mayor morbilidad. Según Santiago Palacios (IV Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer) la mujer no realiza una adecuada prevención de la vejez. Aprendiendo de las campañas dedicadas a la mujer, ha surgido también un movimiento dedicado al estudio del *Aging male*, el varón que envejece. Asimismo y recíprocamente al estudio de los efectos del climaterio femenino, se están estudiando los efectos de la decadencia androgénica del varón, el Síndrome de Adam o Andrógeno Decadencia de la Ancianidad Masculina, como Vela Navarrete ha castellanizado la expresión inglesa. El problema de la disfunción eréctil (d.e.), sacado

a la luz a partir de la aparición de productos farmacéuticos que lo combaten, adquiere una valoración sanitaria inédita, y se convierte en el heraldo del envejecimiento en el varón. Existe una alta prevalencia de d.e. en los pacientes con enfermedad cardiovascular, hasta tal punto que se puede considerar como un factor predictivo de enfermedad coronaria (Montorsi S. Salonia) (8). Hay que potenciar las campañas preventivas en la mujer, pero también en el varón que envejece. Ya aludimos anteriormente a este tema.

La prevención de las enfermedades, es una obligación tanto personal como de la Salud Pública. Una de las intervenciones clásicas preventivas es la de la vacunación, que habitualmente se relaciona con la infancia. Se ha demostrado la extraordinaria capacidad de prevención de la vacuna de la gripe en personas frágiles o con problemas respiratorios. Pensamos que las campañas de vacunación deben de ampliarse a la vacuna antineumocócica y a las de recuerdo de tétanos y difteria.

La prevención de las enfermedades en las personas mayores debería hacerse sistemáticamente de una forma rutinaria, lo que probablemente ahorraría muchos recursos a la sanidad pública, a largo plazo. Están muy difundidas las recomendaciones de la US Preventive Service Task Force, que comprenden además de las vacunaciones, las revisiones anuales de tensión arterial, peso (exceso o desnutrición), examen de la vista y oído, mamografías y pruebas para detectar otros tipos de cáncer más habituales, pruebas analíticas (glucosa, colesterol etc.). También se incluye el consejo preventivo médico sobre temas como, dieta, ejercicio físico, ingesta de calcio, prevención de accidentes, salud dental, prevención del aislamiento social etc.

Un reciente estudio dirigido por Kim Nnoops de la Universidad de Wageningen ha investigado los efectos de la dieta mediterránea, combinada con hábitos saludables como el ejercicio físico y el control del consumo de tabaco y alcohol y entre sus conclusiones destaca la reducción en un tercio de la tasa de mortalidad en los mayores de 70 años que siguen estas recomendaciones (9).

Se ha dicho que la mejor forma de promoción de la salud en las personas mayores, además de las medidas preventivas contra la enfermedad es el envejecimiento activo, que propugna la OMS para ampliar la esperanza de vida saludable, la pro-

ductividad y mejorar la calidad de vida y conseguir lo que se ha conocido desde siempre como el buen envejecer. Se trata de un concepto que va más allá del envejecimiento saludable, anteriormente propugnado por la propia OMS. Por supuesto, el concepto de actividad en este contexto es más amplio que el meramente económico, la producción de bienes y servicios a cambio de un precio. Y engloba, como dice Dancausa, toda ocupación significativa que contribuya al bienestar del individuo, de su familia, de su comunidad local o de la sociedad en su más amplio sentido, lo que incluye por ejemplo el voluntariado social y cultural de los mayores (10). De nuevo estamos tratando de algo que tiene que salir de la propia persona mayor, pero esto se verá favorecido y estimulado por la acción positiva de los poderes públicos en múltiples formas. Solamente aludiremos ahora a la eliminación de las múltiples barreras sociales, jurídicas, laborales y de todo orden que hacen que muchas de las actividades no sean accesibles a las personas mayores. Las jubilaciones forzosas a edades clamorosamente inapropiadas, la eliminación de la generación mayor de los puestos políticos representativos, las trabas para compatibilizar pensiones con trabajos remunerados y los estereotipos negativos a nivel social, por citar algunos de los más representativos, son impedimentos que frenan el mantenimiento de la actividad de las personas mayores y que, salvo a los más esforzados, les recluyen en los guetos de personas mayores o en la soledad, lo que repercute muy negativamente en su salud.

Notas:

- (1) Diario Médico, 20 febrero 2003
- (2) Demetrio Casado et alii, Respuestas a la dependencia, Edit. CCS, Madrid 2004
- (2) J. L. González Guerrero y otros, Medicina Preventiva en las personas mayores. Jano, Tema Monográfico la Salud del Anciano. Mayo 2002.
- (3) Díez Tejedor, III Encuentro Internacional sobre Ictus Isquémico, Madrid julio 2004.
- (4) Gestión Clínica y Sanitaria, Otoño 2004.
- (5) OMS. Salud y Envejecimiento. Observatorio de Personas Mayores. Noviembre 2001.
- (6) Annals of Internal Medicine, 19.11.02
- (7) Vela Navarrete, Envejecimiento y Urología. ¿Es la impotencia el primer síntoma del envejecimiento? Actas Urológicas españolas, Noviembre 2002.
- (8) JAMA, septiembre 2004.
- (9) Concepción Dancausa, El envejecimiento activo: el nuevo enfoque europeo. Los Mayores Activos, SECOT, 2001.

9.- El grave déficit de la asistencia socio-sanitaria. La necesidad de una Ley Estatal de Protección a la Dependencia.

Seguramente el objetivo más importante a corto y medio plazo de las organizaciones representativas de los mayores es el de llamar la atención de la sociedad y de los representantes políticos sobre la carencia más grave del Estado de Bienestar que existe en España y que está bastante resuelto en el resto de la Europa anterior a la última ampliación. Se trata de la falta de una protección efectiva e integral a la situación de dependencia en la que se encuentran muchas personas mayores, que se agrava por momentos con el envejecimiento de la población y los cambios sociales que se están produciendo en las familias españolas. En CEOMA hemos dedicado un Congreso a tratar exclusivamente este tema y hemos difundido ampliamente un proyecto de Bases para una Ley de Dependencia (1).

El Defensor del Pueblo denuncia que *“persisten graves problemas en este área de atención”* (socio-sanitaria) y que *“a pesar de la proyección demográfica de la población española y de la urgente necesidad de acomodar recursos que se acomoden a la cada vez mayor necesidad de una atención coordinada de servicios sanitarios y de servicios sociales, lo cierto es que todavía no se ha afrontado directamente uno de los grandes retos que tienen pendientes las Administraciones públicas, como es el de configurar un espacio socio-sanitario acorde con los cuidados fundamentales que precisa un notable segmento de la población”* (2).

La ausencia de un tratamiento integral de esta situación encaja perfectamente en el hilo conductor de este escrito, ya que se trata no solamente de una grave falta de desarrollo de los preceptos de la Constitución, sino de una clara discriminación.

El artículo 41 de la Constitución dice que *“los Poderes Públicos mantendrán un Régimen Público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes en situaciones de necesidad”* ¿Existe alguna situación de necesidad mayor que la de la persona que carece de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria y cuyas perspectivas más probables es que su dependencia vaya en aumento? Pues bien la Administración Pública incomprensiblemente considera que no existe esa situación de necesidad, porque no ha

desarrollado todavía a través de una Ley esta garantía constitucional, condición necesaria para que se pueda exigir su cumplimiento, como reiteradamente ha sentenciado el Tribunal Constitucional. La discriminación es clara en el caso del artículo 138 de la actual Ley de Seguridad Social, que debe de ser urgentemente modificado para suprimir la clamorosa discriminación por razón de edad, que impide el derecho a las prestaciones por incapacidad permanente cuando el beneficiario ha cumplido 65 años.

Sin duda el retraso en el abordaje integral de la dependencia por parte de la administración se debe a la preocupación por el aumento de gasto que puede suponer para los presupuestos públicos. Es obvio que las situaciones de dependencia están ahora cubiertas en su mayor parte, más del 80%, por las economías domésticas, es decir por el sector privado. Seguramente el ejemplo más paradigmático son los enfermos de Alzheimer, alrededor de 500.000 en España y cuyo aumento en los próximos años debería ser causa de la máxima preocupación. La carga sobre las familias puede ser insoportable sin la ayuda económica y social de las administraciones (centros de día, residencias, programas de respiro etc.). No se trata de proponer un trasvase total del sector privado al público, sino de solucionar la situación de las personas más desfavorecidas, muchas veces solitarias, abrumadas por circunstancias adversas que no pueden resolver, y de ayudar a la mayoría de la población dependiente y sus familias, que solas no pueden con esa carga extraordinaria. Por otra parte, para no quebrar los sistemas públicos de seguridad social, aunque reclamemos la urgencia de su implantación sistemática e integral, compartimos por razones prácticas la gradualidad de su implantación. Pero es urgente hacerlo ahora que la situación económica lo permite y en anticipación al futuro aumento de la población envejecida. Por ello somos flexibles en la aceptación de la forma de financiación, vía impuestos, estilo países nórdicos, que sería la solución ideal, o la de contribuciones a la Seguridad Social, como seguro que es en realidad y siguiendo la pauta de la financiación de la Sanidad, que comenzó con contribuciones directas y hoy se financia con impuestos.

Las personas dependientes deberán participar con sus aportaciones, procedentes de sus pensiones, otras rentas y patrimonio al pago de las prestaciones complemen-

tarias, de alojamiento y manutención, no así a las básicas que fundamentalmente son sanitarias y a las de asistencia esencial de soporte a su autonomía. Como decimos en la Base 43, del citado documento de CEOMA, *“la forma de financiación del Sistema debe, por una parte, asegurar su sostenibilidad, y por otra despertar la conciencia de participación económica de los ciudadano para asegurar su futuro”*. Ya sucede así de hecho y parece razonable, pues dichos patrimonio e ingresos deben de ser empleados en primer lugar en la propia persona dependiente, especialmente ahora que las personas envejecen con mayores patrimonios y menos hijos que antes, y no que el resto de los ciudadanos corran con los gastos de su atención para que el patrimonio pase a sus herederos, muchas veces colaterales.

Para las administraciones públicas el coste de la implantación del sistema de protección a la dependencia será el neto, una vez deducidas las aportaciones privadas, a la vez que habrá que tener en cuenta los ingresos procedentes de los mayores impuestos, IVA, cotizaciones de la Seguridad Social, deducciones de prestaciones por desempleo, que algunos autores cifran en más del 40% de aquellos costes, teniendo en cuenta, que la creación de servicios socio-sanitarios están considerados como un yacimiento de trabajo. También y teniendo en cuenta la realidad social española, muchas de las ayudas serían directamente a las familias que cuidan al mayor dependiente, lo cual sería mucho más barato para el sistema y extraordinariamente bien recibido por las familias. Por ello se considera que la implantación de este sistema integral representaría en estos momentos el incremento de un porcentaje, para nosotros asumible, del PIB, aproximadamente 0,6%, según Guillem López i Casanovas o un coste global neto de aproximadamente 2.300 millones de según Martínez Gómez (3) ó de 2600 millones de según Montserrat Codorniu (4). Se trata seguramente de la necesidad social más ampliamente sentida por millones de personas dependientes y sus familias y cuya solución sería más aplaudida por la sociedad española, terminando con una discriminación llamativa y con una anomalía en Europa Occidental.

Notas:

- (1) CEOMA. VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores.
Fundación MAPFRE Medicina, 2004-08-30.
- (2) Defensor del Pueblo. Informe 2002.
- (3) Juan Manuel Martínez Gómez. Envejecimiento y Dependencia.
Un reto del siglo XXI. Comunicación al VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores.
- (4) Julia Montserrat Codorníu, Respuestas a la Dependencia, Editorial CCS, 2004.

10.- Los costes del envejecimiento

Con los últimos comentarios del punto anterior entramos de lleno en los costes del envejecimiento. Las personas mayores son acusadas frecuentemente de ser las culpables del fuerte crecimiento de los gastos de sanidad en los países desarrollados y de que el envejecimiento de la población pondrá en situación insostenible los sistemas sanitario y de pensiones. Tan devastadoras predicciones están siendo revisadas y ajustadas a términos más realistas, aunque ciertamente hay que anticipar medidas para prevenir las consecuencias negativas del fuerte envejecimiento previsto en las próximas décadas.

Las personas mayores tienen un gasto relativo superior al resto de la población. Según la OCDE 3,3 veces superior. Según Alonso y Herce (1), en España las personas de más de 75 años gastan seis veces más que la cohorte de personas entre 35 y 44 años. Parecería que al sobrevivir un número mayor de personas a enfermedades graves, estas personas llegarían en una situación de morbilidad peor y sujetas a enfermedades crónicas. Pero esto no es así afortunadamente. Ya nos hemos referido anteriormente a la hipótesis de compresión de la mortalidad de Frice y a la evidencia empírica de los estudios de Menton sobre reducción de las tasas de discapacidad en mayores de 65 años en los Estados Unidos, 1,5% anual en el período 1982-1994, reducción avalada por el estudio de Jacobzone sobre encuestas de corte transversal de nueve países. Se ha llegado incluso a argumentar que la mejora en la salud de la población envejecida podría compensar el impacto del envejecimiento.

En un reciente estudio de la Fundación BBVA (2), el envejecimiento sólo está aumentando el gasto el 0,7% anual, tasa que se mantendrá hasta 2040. Naturalmente no se refiere aquí a las necesidades socio-sanitarias, asociadas a la dependencia de las personas mayores, que sí aumentará el gasto público, pero también en los niveles ya estudiados. Según Thomas Getzen, presidente de la Asociación Internacional de Economistas de la Salud, el envejecimiento es una causa menor del incremento del gasto, siendo mucho más relevante el nivel de renta del país y de su cultura. Seguramente hay mucha más gente enferma en África que en Occidente, pero su gasto sanitario es muy pequeño, porque no tienen dinero. De la misma opinión es

Edgard Norton, para quien el incremento de la esperanza de vida permite superar un punto crítico a partir del cual la asistencia ya no resulta tan cara (3). David Casado analiza los factores epidemiológico (perfiles de salud de la población) y asistencial (respuestas del sistema a los problemas de salud). El envejecimiento demográfico y las tasas de cobertura poblacional del SNS tuvieron solamente una influencia del 10% y el 8% respectivamente en el incremento anual acumulativo del gasto sanitario real entre 1987 y 1995, que fue del 7,2% (4). El cambio tecnológico, que incluye nuevos tratamientos quirúrgicos, como transplantes, o nuevos fármacos, como los inmunosupresores, anticuerpos monoclonales etc., así como el incremento de su nivel de utilización, representó en dicho período el 82% de dicha cifra. Para Jaume Puig-Junoy, “*la variación en la población total (inmigración) y su envejecimiento progresivo es responsable de poco más de una tercera parte del incremento real del gasto sanitario*” (5).

La OECD ha publicado recientemente un estudio (6) en que distingue 6 factores que influyen el gasto en salud. El primero, ya señalado antes, la influencia de la prosperidad y la mejora en el nivel de vida, lo que se contrasta claramente en los datos recientes de China. El segundo factor es la accesibilidad a los cuidados de salud. La protección total a los inmigrantes, legales o ilegales, en España, es un ejemplo muy próximo. El tercero, la calidad de los cuidados de la salud. Aquí se refiere a la mala organización, la ausencia de protocolos, el uso de prácticas sin evidencia clínica etc. El cuarto, responsable del 50 % del aumento de costos, la aplicación de nuevas tecnologías, como se ha dicho anteriormente. Solamente dos de los seis factores, y no los más importantes se achacan al factor demográfico del envejecimiento y al aumento de los cuidados de larga duración por el aumento de las enfermedades crónicas.

Casado critica que “*el planteamiento implícito en las proyecciones de gasto futuro suponen que “todo permanece constante”, excepto el factor demográfico*” y señala el ejemplo de coordinación efectiva de los servicios sanitarios y sociales que ha hecho Canadá, como cambio organizacional a gran escala, que puede influir en gran manera en el gasto sanitario (7).

En resumen, parecería que los factores explicativos de mayor peso del gasto

sanitario real per cápita serían, por el lado de la demanda, la renta per cápita disponible; y por el lado de la oferta, el progreso tecnológico, no el envejecimiento poblacional.

Por otra parte, el gasto sanitario per cápita no aumenta de forma directamente proporcional a la edad. Las personas que mueren a los 65-75 años, han tenido costes superiores per cápita a los que han fallecido a los 80 años, posiblemente porque los viejos-viejos están más sometidos al régimen de cuidados y servicios para la dependencia que los viejos-jóvenes que hacen uso de los tratamientos de tecnología punta. En realidad, se estima que el 60% del consumo de servicios sanitarios de una persona se produce en su último año de vida (López i Casanovas). No es la edad en sí misma lo que determina el gasto sanitario de un individuo, sino lo alejada o cercana a su muerte. Como la proximidad de la muerte es más frecuente en el mayor que en una persona joven, por eso el gasto sanitario relativo de las personas mayores es superior.

No querríamos terminar esta rápida visión de los costos sanitarios del envejecimiento de la población, menos pesimista que los habituales, sin una segunda referencia al gasto sanitario público español de los últimos años, que confirma nuestras apreciaciones. A pesar del aumento de la población mayor en los últimos años, el gasto público sanitario en relación con el PIB ha disminuido significativa y permanentemente a lo largo de los últimos años, llegando a ser solamente el 5,4% del PIB. Naturalmente nos sorprende este comportamiento, anómalo cuando lo relacionamos con lo que ocurre en todo el mundo desarrollado y defendemos el aumento de la participación del gasto público sanitario en el PIB por lo menos en un punto porcentual. En esto parece que coinciden todas las Comunidades Autónomas, que gestionan ahora el gasto sanitario. Con ello nos colocaríamos sobre la recta de regresión que correlaciona la renta del país y el gasto en sanidad. La participación del gasto privado en salud está aumentando en España, como sucede en toda Europa, siguiendo la constatación de que cuando aumenta el número de personas con rentas altas, se utilizan más los servicios privados, además de por políticas que estimulan esta derivación, pero desgraciadamente este no es el caso de la inmensa mayoría de los pensionistas.

Este desfase de gasto sanitario, unido al retraso en la implantación integral de un sistema de cuidados socio-sanitarios, al que ya hemos aludido, puede provocar una situación muy negativa en el futuro. Es lo que se denomina el costo de no actuar. Como declaraba el Plan de Acción Internacional la II Asamblea Internacional sobre el envejecimiento en su apartado 61, la falta de políticas adecuadas “*puede ocasionar aumentos importantes de costos*”. Mencionemos también la Declaración del Foro Mundial de ONG sobre el envejecimiento de Madrid, en la que se pide que los Gobiernos en sus Presupuestos Públicos deben de contemplar unos gastos adecuados que guarden proporción al número de personas mayores en relación a la población del país, lo que parece razonable.

Notas:

- (1) El gasto sanitario en España. FEDEA, 1998
- (2) Fundación BBVA. Gasto Sanitario y envejecimiento de la población en España, 2003
- (3) Edwar Norton , Diario Médico 9 Enero 2003
- (4) David Casado. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre la población en España. 2003
- (5) Jaume Puig-Junoy y otros ¿Más recursos para la Salud? Farmaindustria. 2004.
- (6) Controlling healthcare expenditures. ECFIN 16 marzo 2004.
- (7) David Casado. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. CRES, Barcelona, 2000.

11.- La Calidad de los Servicios Sanitarios

Nos hemos referido anteriormente con más frecuencia a aspectos que resaltan la cantidad sobre la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, en los países desarrollados que han sobrepasado con creces las cotas críticas de niveles de los servicios sanitarios, las organizaciones representativas de las personas mayores debemos concentrarnos más en mejorar la calidad de los productos y servicios sanitarios, si bien es cierto que la calidad va ligada en muchos casos a la cantidad, como es la ausencia de racionamientos (listas de espera).

Existe la percepción en muchos países de que la calidad de la asistencia sanitaria está declinando. Recientemente, en una encuesta realizada a 21.000 médicos anglosajones de 711 hospitales (USA, RU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda) se confirma esta apreciación (1)). Declaran que la accesibilidad a los servicios sanitarios está en peligro, pues los pacientes esperarán más de lo que esperan actualmente para ser atendidos. Coinciden, pues, con la principal preocupación de los pacientes españoles. Consideran que el número de profesionales es inadecuado, lo que en España subraya la CESM. Otras respuestas hacen referencia a dificultades de acceso a las nuevas tecnologías médicas, fármacos de última generación, asignación de recursos etc., que nosotros hemos comentado anteriormente en referencia a nuestro país.

Como consecuencia a la presión de las Organizaciones de pacientes, de Consumidores, de Mayores y a las reclamaciones de los pacientes ante los Tribunales, las Administraciones públicas están publicando en los últimos años numerosas disposiciones relacionadas con la calidad de la sanidad. Así, la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Sanitario constituye un hito en este terreno, aunque necesita ser desarrollada. O la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica, que regula entre otras cosas el Consentimiento Informado y la Historia Clínica etc. O a nivel autonómico, la Ley de Garantías en la atención sanitaria especializada de Castilla La Mancha, por poner un ejemplo reciente.

En el Documento elaborado por CEOMA, “Bases para una Ley estatal de protec-

ción social a las personas con dependencia”, ya citado, la calidad ocupa una sección en la que se requiere se garantice la calidad de las prestaciones y servicios que reciben los mayores dependientes, exigiéndose que la calidad técnico asistencial sea una preocupación pública, de tal forma que las personas objeto de atención y sus familiares no tengan que preocuparse de medirla. Asimismo, se pide que se establezcan parámetros de calidad, procesos y mecanismos de homologación y acreditación de la calidad y se creen órganos y procedimientos de inspección y control que velen por el cumplimiento de la legalidad y la calidad comprometida tanto por los centros públicos como privados. Por supuesto, la cuestión de la calidad también es afrontada por la II Asamblea Mundial en el apartado 105 del Plan de Acción Internacional, como lo es en la Declaración del Foro Mundial sobre el Envejecimiento. Pero el posicionamiento más rotundo lo ofrece la Estrategia regional europea de implantación de las recomendaciones del Plan Internacional de Acción de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, como corresponde a la situación de países desarrollados. En el párrafo 55 se proclama que el objetivo a largo plazo de las políticas de salud en la región europea de Naciones Unidas debe de ser asegurar que un aumento de la longevidad se vea acompañado por “*el más alto estándar alcanzable de calidad*”. Dichas políticas deben promocionar salud a largo plazo, reduciendo factores de riesgo, incluyendo el procedente del entorno, y a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y proporcionando un proceso continuo de servicios sanitarios y sociales que se puedan costear, accesibles y de calidad (Compromiso 7).

Pero, sin duda, el documento oficial que trata más específicamente este tema de la calidad es la Comunicación de la Comisión europea al Consejo, al Parlamento y demás órganos europeos de 2002 (2). Ya el subtítulo nos lo dice bien claro: “*Garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*” y el tenor de las conclusiones nos evita comentarlas: Dicen así: Los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión tienen un reto:

1.- *Velar porque todo el mundo pueda acceder a una asistencia sanitaria de calidad. Las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración constituyen un reto especial, tanto en lo que respecta a la financiación como a la adaptación de la oferta de asistencia...*

2.- Incrementar la transparencia y la calidad de los sistemas de asistencia...

3.- Proseguir las reformas iniciadas a fin de lograr un ritmo de evolución viable, en el contexto de políticas dirigidas a mejorar la calidad de las finanzas públicas y a garantizar una financiación adecuada de la asistencia sanitaria.

No nos queda más que decir amén.

Notas:

(1) Health Affaires 20 – 3, 2001

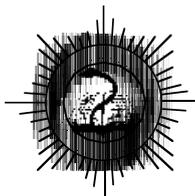
(2) Comisión de las Comunidades Europeas. El futuro de la Asistencia Sanitaria y de la Atención a las personas mayores. 2002.

12.- Epílogo

En estas reflexiones no hemos querido afrontar los numerosos temas que se refieren al envejecimiento y la salud, sino solamente aquellos aspectos más relevantes en los que se puede apreciar claramente discriminación por razón de edad. Nos gustaría haber llamado la atención sobre este tema y que las organizaciones de mayores, sus familias y la sociedad en general presionaran a las autoridades públicas para que todos los documentos oficiales suscritos por los gobiernos se cumplieran y la erradicación de la discriminación por edad en la salud fuera una realidad.

En el año 2000 el King's Fund realizó una investigación, en la mejor tradición de las encuestas británicas, en la que se descubrieron discriminaciones explícitas de restricciones por edad en el Sistema Nacional de Salud. Un año más tarde el propio Gobierno del Reino Unido publicó el Esquema Nacional de Servicio para la gente Mayor, en el que se establecen medidas para erradicar la discriminación contra ancianos en el Sistema Nacional de Salud inglesa, que incluían adaptación de los protocolos, mejoras de cuidados y atención social y procesos de transferencia de enfermos del sistema sanitario al sociosanitario, entre otros.

Es un buen antecedente que podría servir a los Ministerios de Sanidad y de Trabajo españoles para desarrollar en el terreno de los mayores la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Sanitario español, por una parte y la Ley de Protección a las personas con dependencia por otra. Sería nuestra propuesta.



Academia de Medicina de Cantabria

Sesiones realizadas desde Enero 2003

hasta Diciembre 2004

175.- NUEVOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA MAMARIA. Por la Prof. Dña. M^a. Francisca Garijo Ayensa. Presentado por el Dr. D. Alfonso Vega Bolívar. Enero 2003.

176.- LA AVENTURA DEL CORAZÓN. DEL FONENDOSCOPIO AL CORAZÓN ARTIFICIAL. Por el Prof. D. José Ramón Berrazueta Fernández. Presentado por el Dr. D. José Manuel Revuelta Soba. Febrero 2003.

177.- SESIÓN CLÍNICA SOBRE "PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS". Con motivo de la presentación del libro del cual son editores los Doctores J. M. Rabanal y A. Quesada. Moderador: Prof. Fernando Val. Marzo 2003.

178.- LA PRODIGIOSA AVENTURA INMUNOLÓGICA DEL MÉDICO F. J. BALMÍS. Por el Prof. Dr. D. Francisco Leyva Covián. Presentado por el Prof. Dr. D. Antonio Correa Montalvo. Mayo 2003.

179.- UN NEURÓLOGO FRENTE A LA ATAXIA. Por el Prof. Dr. D. José Berciano Blanco. Presentado por el Prof. Dr. D. Fernando Val Bernal. Junio 2003.

180.- RIVERA SANS y SALVADOR CARDENAL. DOS ESCUELAS DE CIRUGÍA ESPAÑOLA. SEXQUICENTENARIO. Por el Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Vázquez de Quevedo. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. Marzo 2003.

181.- ESTADO ACTUAL DEL CULTIVO DEL CARTÍLAGO EN LA REPARACIÓN OSTEOCARTILAGINOSA. Por el Prof. Dr. D. Pedro Guillén Garda. Nombramiento Miembro de Honor. Presentado por el Excmo. Sr. D. Francisco González de Posada.

182.- EL EXPANSIONISMO DE LA FÍSICA Y EL REDUCCIONISMO DE LA BIOLOGÍA: DOS MOVIMIENTOS CIENTÍFICOS FILOSÓFICOS DEL SIGLO XX. Por el Prof. Dr. D. Francisco González de Posada. Septiembre 2003.

183.- CIRUGÍA DEL CORAZÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS SOBRE LAS VÁLVULAS. Por el Excmo. Sr. D. José Manuel Revuelta Soba. Octubre 2003.

184.- LA AMENAZA DEL BIO-TERRORISMO. EL CASO DEL CARBUNCO. Por el Ilmo. Sr. Prof. D. Carlos Hardisson Romeu. Noviembre 2003. Presentado por el Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Martínez San Pedro.

185.- LA INSTITUCIÓN LIBRE DE ENSEÑANZA (1876-1940). SU INFLUENCIA EN LA CULTURA ESPAÑOLA. Por los Ilmos. Srs. D. Benito Madariaga de la Campa, D. Emilio Romero González y D. Francisco Vázquez de Quevedo. Diciembre 2003.

185 b (Especial).- MENÉNDEZ PELAYO Y ESPAÑA. RECUERDOS DE LA NIÑEZ EN SANTANDER. Presentación del texto del Excmo. Sr. Dr. D. Gregorio Marañón Posadillo. Comentado por D. Francisco Pérez Gutiérrez. Número especial Navidad 2003/2004.

186 UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y APARICIÓN DE RESISTENCIAS.- Por el Sr. Dr. D. Luis Martínez Martínez, Jefe del Servicio de Microbiología de H.U.M. Valdecilla. Presentado por el Dr. D. Jesús R. Mozota, Jefe del Servicio de Medicina Preventiva del H. U. M. Valdecilla. 28 Febrero 2004.

187.- LA ENFERMEDAD DE GAUCHER EN EL SIGLO XXI. Por el Sr. Dr. D Manuel Giralt Raichs, Jefe del Servicio de Hematología del H. Miguel Servet de Zaragoza. Presentado por el Dr. D. Arturo Iriondo Atienza, Jefe del Servicio de Hematología del H.U.M. Valdecilla. 25 de Marzo de 2004.

188.- Presentación del libro LA MEDICINA ESPAÑOLA EN EL EXILIO REPUBLICANO. Por el Ilmo. Prof. Dr. D. Francisco Guerra Pérez-Carral, Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Alcalá de Henares. 29 de Abril de 2004.

189.- HISTORIA NATURAL DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA. Por el Excmo. Prof. D. Juan José Jiménez Collado, Académico Secretario de la Real Academia Nacional de Medicina. Presentado por el Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Vázquez de Quevedo. 27 de Mayo de 2004.

190.- LA COLUMNA VERTEBRAL FUENTE DE CONFLICTOS. Por el Ilmo. Prof. D. Hipólito Durán Sacristán, de la Real Academia Nacional de Medicina, presentado por el Excmo. Sr. D. J.M. Revuelta Soba, Vicerrector. 24 de Junio de 2004.

191.- RECORDANDO LA VIDA Y OBRA DEL BIÓLOGO AUGUSTO GONZÁLEZ DE LINARES (1845-1905). Por el Excmo. Sr. D. Francisco González de Posada, de la Real Academia Nacional de Medicina. Presentado por D. Benito Madariaga de la Campa, presidente de la Sociedad Menéndez Pelayo. 30 de Septiembre de 2004.

192.- NEUROANATOMÍA HUMANA. ASPECTOS FUNCIONALES Y CLÍNICOS. Presentación del libro de los profesores J. L. Ojeda Sahagún y J. M. Icardo de la Escalera. Presentados por el Dr. D. José Berciano Blan-co, Catedrático de Neurología. 28 de Octubre de 2004.

193.- EL DOLOR EN LA MEDICINA MEDIEVAL. Por el Prof. D. Fernando Salmón Muñiz, Catedrático de Hª de la Medicina de la U.C. Presentado por el Prof. D. José Ramón Berrazueta Fernández, Catedrático de Cardiología. 29 de Noviembre de 2004.

194.- SALUD Y PERSONAS MAYORES. LA DISCRIMINACIÓN SANITARIA DEL MAYOR. Por D. Eduardo Rodríguez Rovira. Presentado por el Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Vázquez de Quevedo. 15 de Diciembre de 2004.



EDUARDO RODRÍGUEZ ROVIRA. (Santander,1935). Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Cursó el Bachillerato en los Escolapios de Santander y en los Jesuitas de Carrión de los Condes. Profesor Mercantil, Economista y Licenciado en Derecho. Ha sido Director General de Ferrer Internacional en Barcelona, en Beecham y en SmithKline Beecham (1974 a 1999). Es Presidente no ejecutivo de Industrial Farmacéutica Cantabria. Presidente de Honor de la Casa de Cantabria de Madrid, de la que fue fundador y Presidente de Honor de la Federación de Casas Regionales en Madrid. En 2002 ocupó la co-presidencia del Foro Mundial de ONGs sobre el envejecimiento. En la Transición formó parte de la Ejecutiva de UCD de Madrid, siendo Coordinador de su Comisión Nacional de Sanidad. Ha sido Presidente de Adife, Patronal de la Industria Farmacéutica, que se fusionó con Farmaindustria de la que ha sido Vicepresidente. Miembro de Honor y Medalla de Oro de las Sociedades de Quimioterapia, de Medicina Rural y Generalista y de Medicina Preventiva y Salud Pública. Medalla de Oro de la Real Academia Nacional de Farmacia, Premio Séneca de la Asociación de Periodistas Sanitarios y Reboticario de Honor. Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad.



OFICINAS DE CAJA CANTABRIA FUERA DE LA COMUNIDAD:

| | | |
|------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Madrid 1 Alcalá (CECA) | C/ Alcalá, 27 - 28014 | Tel. 91 532 09 89 |
| Madrid 2 Padilla | C/ Padilla, 30 - 28006 | Tel. 91 431 38 65 |
| Madrid 3 Fleming | C/ Dr. Fleming, 25 - 28036 | Tel. 91 703 00 90 |
| Madrid Zona | C/ Padilla, 30 - 28006 | Tel. 91 436 47 99 |
| Madrid Zona Expansión | C/ Padilla, 30 - 28006 | Tel. 91 436 47 98 |
| Madrid Alcobendas | Avda. Camilo J. Cela, 12 - 28100 | Tel. 91 490 20 70 |
| Madrid Móstoles | C/ Canarias, 17 - 28937 | Tel. 91 664 57 51 |
| Madrid Fuenlabrada | C/ Hungría s/n - 28943 | Tel. 91 649 02 80 |
| Madrid Leganés | C/ Margarita, 15 - 28912 | Tel. 91 498 76 00 |
| Madrid Parla | C/ Carolina Coronado s/n - 28980 | Tel. 91 698 95 40 |
| Cataluña Barcelona | C/ Roger de Luria, 35-37 - 08009 | Tel. 93 270 17 50 |
| Cataluña Tarrasa | Passeig 22 de Julio, 336 - 08221 | |
| Vizcaya Baracaldo | Avda. Miranda, 8 - 48902 | Tel. 94 418 94 70 |
| Vizcaya Bilbao | Enao, 5 - 48009 | |
| Burgos | Avda. de la Paz, 22 A - 09004 | Tel. 947 25 22 91 |
| Oviedo | Marqués de Teverga, 20 - 33005 | Tel. 985 96 62 80 |
| Valladolid | San Lorenzo, 16 - 47001 | Tel. 983 34 55 40 |