

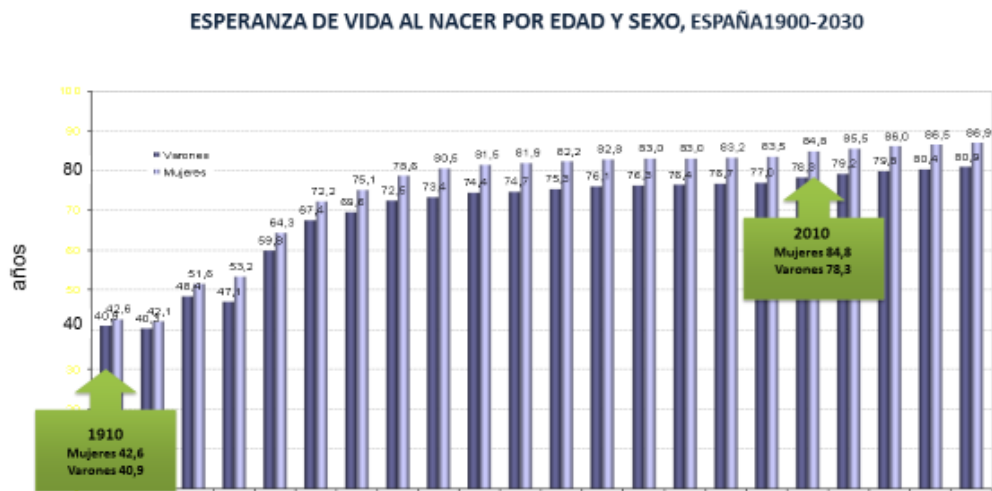
DEMOGRAFÍA, CONDICIONES DE VIDA Y BIENESTAR. EL PAPEL DE LA CRONICIDAD

**Antonio Pose Reino. Universidad de Santiago de Compostela.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela**

Introducción

Resulta evidente señalar que la esperanza de vida ha dado un vuelco en el último siglo, tal y como puede observarse en el gráfico 1, que muestra la evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo y edad en España desde 1900 con una proyección hasta 2030.

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer



(*) Proyecciones
Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía.
Años 2000-2004. INE. Tablas de mortalidad de la población de España
Años 2010-2030. INE. Área de Análisis y Previsiones demográficas

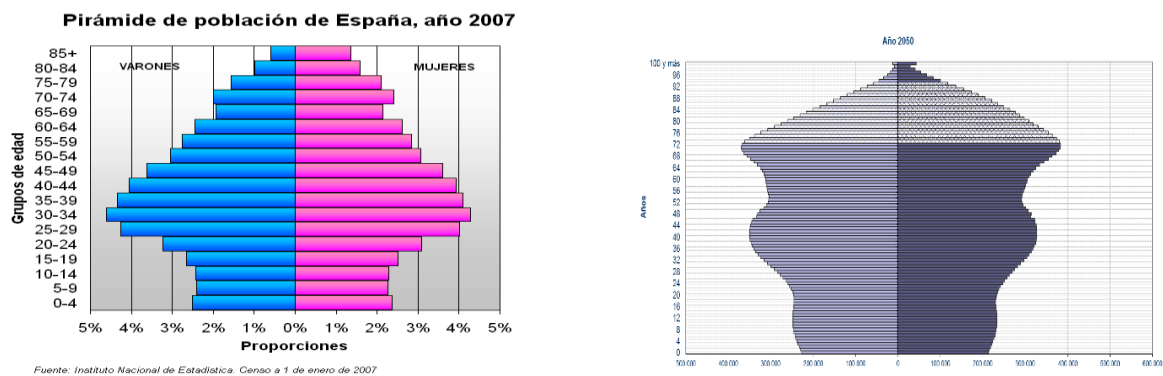
Fuente: elaboración propia

Es sabido que la esperanza de vida es diferente en la mujer y en el hombre, siempre mayor en la primera. En esta proyección para los próximos años, publicada en *The Lancet*¹ se muestra que la esperanza de vida aumentará alrededor de 5 años en el varón y algo menos en la mujer, lo que quiere decir que la brecha que siempre existió entre ambos sexos puede ir disminuyendo. La diferencia de más de 6 años en el 2010, pasará a ser de menos de 5 en el 2030 en España. También en USA esa diferencia se reducirá.

En los últimos años, se ha asistido a un importante cambio en la pirámide poblacional.

En la gráfica 2 se muestra la pirámide en el 2007 y la pirámide que se estima en el 2050, que no tiene nada que ver con la anterior y que presenta dos ensanchamientos uno entre los 40-50 y el otro entre los 70 y los 80 años, indicando el envejecimiento de la población.

Gráfica 2. Pirámides de población en España. Año 2007 y proyección año 2050.



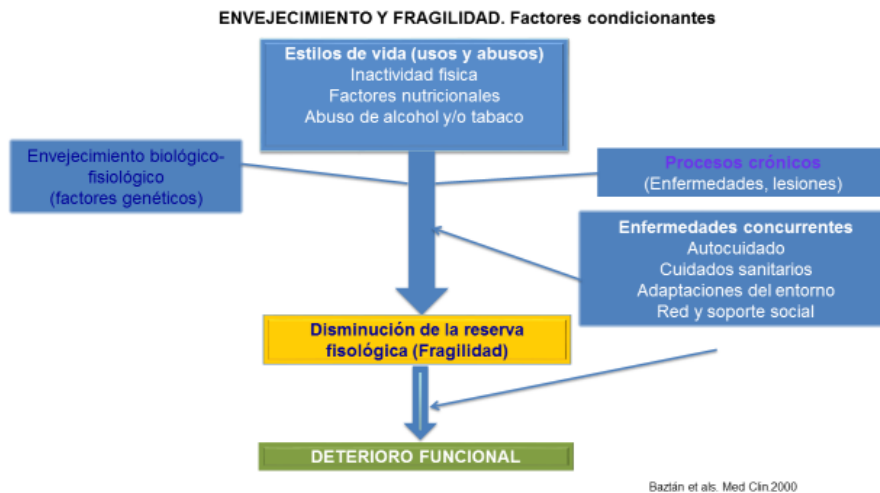
La población española lleva décadas envejeciendo, pero en especial, algunas comunidades como las del norte. El índice de envejecimiento de una población se mide no solo por el número de personas mayores de 65 años sino en relación con el de menores; esto es, el cociente del número de personas mayores por cada 100 menores de 16 años y en España es de 118.4. Galicia y Asturias son las comunidades más envejecidas con un índice de 192.6 en Galicia y 210 en Asturias, respectivamente, en cifras del INE del 2019. De las provincias gallegas Ourense y Lugo son las más envejecidas y Pontevedra la menos. Ourense es la más envejecida del territorio español con un índice de envejecimiento del 296,1% y Lugo la tercera después de Zamora.

En concreto, en nuestra área sanitaria tenemos una población cercana a los 450.000 habitantes, con un 24% de mayores de 65 años y un 8.5% de mayores de 80 años y no somos el área más envejecida de Galicia. Esta situación hace que nuestro país, con Japón, Italia y Portugal, sea uno de los que tiene una población más envejecida, lo cual tiene que ver con una mayor esperanza de vida y también con un fenómeno relacionado que es, la disminución de la natalidad. Este fenómeno demográfico conlleva que la población anciana cada vez represente un porcentaje más alto con respecto a la población en edad de trabajar, por lo que las sociedades avanzadas deben estar preparadas para este proceso de envejecimiento poblacional que representa un logro, pero también un reto económico y sociosanitario.

Desde hace años, nuestros políticos autonómicos y nacionales lo saben y por eso abordaron la posibilidad de un frente común para que el envejecimiento poblacional sea una prioridad en todo el ámbito europeo.

Envejecimiento y fragilidad

En la gráfica 3 se muestran los factores que influyen en el proceso de envejecimiento.



El proceso de envejecimiento descrito depende de varios condicionantes: en primer lugar, de factores genéticos (biológicos y fisiológicos), en segundo lugar, del estilo de vida y muy especialmente de la actividad física, de la nutrición y del abuso de tóxicos. Los procesos crónicos contribuyen a mermar la reserva fisiológica, así como lo hacen las enfermedades concurrentes, la falta de un adecuado soporte social y un deficiente cuidado sanitario. Llega un momento que la persona se vuelve frágil y esto es realmente lo que nos hace viejos, ya que, a partir de este momento se va produciendo el deterioro funcional, que empobrece nuestra calidad de vida.

Hablamos de fragilidad cuando se pierde el 70% de la reserva fisiológica y a partir de ese momento no se puede llevar una vida normal. Desde un punto de vista práctico hablamos de la regla de los 30². El declinar de la reserva fisiológica comienza entre los 30 y 40 años, el umbral de fragilidad se cruza al sobrepasar el 30% de la reserva funcional y el porcentaje de pacientes frágiles en la comunidad y hospitales está en torno al 30% de los mayores de 65 años.

El envejecimiento activo

Desde finales del siglo pasado la OMS promueve y defiende el proceso de envejecimiento activo; entendemos como tal, el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se trata de mantener una participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos.

Por tanto, parece bastante fácil deducir que el término anciano viene definido por la edad y la funcionalidad y que la fragilidad es la que condiciona este deterioro funcional.

Como comentamos previamente el ejercicio físico es fundamental para detener el proceso de envejecimiento. Incluso las personas con problemas coronarios, aquellas que han tenido un infarto de miocardio, deben mantener un ejercicio físico moderado, con un mínimo de 5 horas a la semana (recomendación ésta generalizada) y un máximo de 20 horas, como parece desprenderse de alguna publicación que muestra que por debajo de 5 horas y por encima de 20 horas de ejercicio intenso, la mortalidad tanto general como cardiovascular podría aumentar ³.

Otro pilar contra el proceso de envejecimiento es mantener una dieta equilibrada e hipocalórica. Un experimento clásico realizado con el mono Rhesus y publicado en una de las revistas de mayor impacto científico, como es “Science”, en el 2009, muestra que una dieta restrictiva, mantenida la mayor parte de nuestra vida, retrasa el proceso de envejecimiento.

La cronicidad tras la pandemia

La Pandemia que hemos vivido desde principios del 2020, relacionada con la covid afectará, sin duda, a la esperanza de vida y al proceso de envejecimiento debido a la cronicidad que ha generado y que ha acelerado. Desde la covid-19 pueden diferenciarse hasta cuatro tipos de pacientes crónicos:

- 1.- *Paciente Post-covid*: se trata de pacientes que han sufrido la covid y que pueden quedar con secuelas, muchas de ellas crónicas y que puede suponer hasta el 30% de los covid ⁴.
- 2.- Pacientes que ya tenían enfermedades crónicas previamente, pero que tras la covid, se les ha agravado pasando a ser crónicos complejos.
- 3.- Los crónicos previos que no han podido ser atendidos de forma adecuada y seguidos de forma continuada, por lo que su enfermedad se ha agravado y se han transformado en crónicos complejos.
- 4.- Personas sanas pre-covid que han sufrido el confinamiento y que tras el cual han quedado con secuelas físicas y/o psíquicas, muchas de ellas, crónicas.

Sin duda la pandemia ha traído importantes cambios a la Sanidad actual, los crónicos seguidos de forma continuada han perdido el seguimiento y esto se reflejará en su estado actual. Por otro lado, los crónicos ingresados han disminuido durante la Pandemia, lo que nos lleva a pensar que cuando reaparezcan estarán en peor situación clínica.

Durante este período de Pandemia la figura del internista ha cobrado especial relevancia en los hospitales, igualmente, la figura del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria ha adquirido especial relevancia en la Comunidad. Finalmente, la consulta telemática y telefónica se han desarrollado de forma espectacular, especialmente en Primaria. Esto último supone un avance, pero también un crecimiento probablemente

desproporcionado, en un corto espacio de tiempo y sin un avance técnico y en infraestructuras, ni una formación adecuada en paralelo, lo que conlleva defectos en su gestión y desarrollo.

En la especialidad de Medicina Interna, que no es una especialidad dedicada exclusivamente a los mayores, crónicos ni pluripatológicos; sin embargo, cada vez hay más enfermos crónicos ingresados en el Hospital.

Para atender bien a estos crónicos, es necesaria una actitud proactiva, detectando cuanto antes las reagudizaciones y descompensaciones y evitando ingresos, que suponen en algunas ocasiones, un importante deterioro para los pacientes crónicos. Es preciso desarrollar métodos alternativos a la hospitalización que sean eficientes, igualmente es necesario que las Unidades de Atención Primaria lideren esta actuación integral al paciente crónico y frágil. La Enfermería debe tener un papel clave en el manejo de la cronicidad y la Medicina Interna, desde el hospital, puede ser un apoyo (e-consulta, diagnóstico rápido, hospital de día...).

Hace algo más de dos años, la Xunta de Galicia presentó la estrategia gallega de atención a la cronicidad, en la cual tuve la oportunidad de participar ⁵. La clave de esta estrategia es la continuidad asistencial, con una serie de figuras claves: la enfermera o enfermero que cita al paciente y que permite su identificación a través del sistema de la historia clínica electrónica, el profesional de referencia que casi siempre será de Primaria, el equipo multidisciplinar que elaborará el plan individualizado tras la valoración integral, el profesional de referencia en el hospital, cuando sea precisa la transferencia del paciente al hospital, que contará con consultores y de nuevo el equipo multidisciplinar, que estará presente cuando sea preciso una reevaluación del plan individualizado. En esta estrategia el auténtico protagonista es el *paciente crónico*, que es la persona a la que le hay que resolver el problema.

Esta estrategia se ha quedado en una mera declaración de intenciones, sin llegar a implementarse, en parte debido al desarrollo de la Pandemia.

La soledad y el aislamiento

En el 2014, un miembro de nuestro grupo presentó una tesis doctoral que relacionaba el aislamiento y la soledad con la cronicidad ⁶ en personas mayores de 80 años que acudían a un Centro de Salud en el medio urbano, concretamente en Santiago de Compostela. El 18.5% de la muestra vivía en soledad, cifra similar a la de otras áreas comunitarias, si bien el 54% vivían con sus hijos. La mayoría de los pacientes disponían de unos recursos sociales adecuados, pero en el 25% los recursos sociales de los que disponían eran inadecuados, encontrándose una relación entre este factor y la depresión. El 43,21% de los pacientes de la muestra tenían algún tipo de problema funcional.

En Galicia 126.000 personas viven solas. Se refieren más de un 20% de hogares unipersonales. El 26 de abril del 2021 se presentó la estrategia gallega de atención a la

soledad no deseada ⁷. En esta estrategia, en la cual tuvimos la oportunidad de participar como *Cátedra de Cronicidad*, se hace una puesta al día de la situación en España y en Europa y se pretende poner en marcha la primera estrategia nacional, con 5 líneas de actuación:

- PREVENCIÓN
- DETECCIÓN
- INTERVENCIÓN
- CONOCIMIENTO Y SENSIBILIZACIÓN
- COOPERACIÓN

En la misma, se insiste de forma insistente en que este problema de soledad y aislamiento es un problema social y que requiere sensibilización y cooperación de toda la Comunidad. Desgraciadamente esta estrategia todavía no ha sido aprobada, con lo que, hasta el momento, también se ha quedado como una declaración de intenciones.

Nuevas formas de residencias sociosanitarias

Hace unos 10 años que se creó un Grupo promovido por el SERGAS, en el que tuvimos, también, la oportunidad de participar, con el objetivo de establecer un Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Galicia y lo primero que se consideró necesario en el Grupo fue definir lo que es un paciente socio-sanitario.

Consideramos un paciente socio-sanitario anciano aquel mayor de 65 años que deberá cumplir un criterio médico, uno funcional y uno social simultáneamente, de los cuales uno de ellos será, el primero médico (patología crónica que condiciona incapacidad funcional) o el primero funcional (limitación funcional severa para desarrollar actividades de la vida diaria), excepto en la convalecencia.

Los pacientes socio-sanitarios acaban ingresando más tarde o más temprano en las Residencias o Centros socio-sanitarios; pero, ¿cuál es el mejor tipo de Residencia? Hoy está claro que no son las macro-residencias, y que las micro-residencias tienen problemas también, como ha quedado de manifiesto con la pandemia.

Por otro lado, existen Residencias públicas, privadas y concertadas; ¿Cuáles son las mejores? Parece bastante lógico, pensar que las mejores serán las públicas, pero no se está invirtiendo lo suficiente en ellas, al menos en algunas comunidades, con lo cual existe un claro déficit de plazas asistenciales en España en general y en Galicia en particular.

Más que hablar del modelo de gestión de las Residencias lo más oportuno debe ser adaptar las Residencias a las necesidades del individuo y no que el individuo se tenga que adaptar a la Residencia.

Galicia es la tercera Comunidad con más déficits de plazas residenciales tras Andalucía y la Comunidad valenciana, según la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de

Servicios Sociales. Sirva de ejemplo nuestra área sanitaria, que, aun no siendo la más envejecida de Galicia, precisaría según cifras propuestas por la OMS, 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, casi el doble de plazas en Residencias de las que disponemos en la actualidad.

Hemos tardado en darnos cuenta de que precisamos un cambio en el sistema sanitario y socio-sanitario y la pandemia nos lo ha dejado claro de una forma rotunda; el centro del sistema debe ser el paciente y la mejor Residencia su casa, que deberá adaptarse a las necesidades del individuo.

Conclusión

Tras los que hemos apuntado a lo largo de este texto, cabe concluir de manera sintética que

- La población gallega lleva años envejeciendo.
- El envejecimiento se asocia a fragilidad y cronicidad.
- Es necesario promover el envejecimiento activo.
- La cronicidad aumentará tras el COVID-19:
- El aislamiento es un factor agravante del envejecimiento y de la cronicidad y que,
- son necesarias nuevas formas proactivas de manejar a los mayores con problemas de cronicidad y socio-sanitarios.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- The Lancet. February 21, 2017; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9).
- 2.- Bortz WM. J Gerontol 2002. A Conceptual Framework of Frailty: A Review. The Journals of Gerontology: Series A, Volume 57, Issue 5, 1 May 2002, Pages M283–M288. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.5.M283>.
- 3.- Mons U, Hahmann H, Brenner H. A reverse J-shaped association of leisure time physical activity with prognosis in patients with stable coronary heart disease: evidence from a large cohort with repeated measurements. Heart 2014; 100:1043–1049. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2013-305242>.
- 4.- The Writing Committee for the COMEBAC Study Group. JAMA. 2021;325(15):1525-1534. doi:10.1001/jama.2021.3331.
- 5.- Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade. Xunta de Galicia, 2018.
- 6.- Tesis doctoral Francisco Fomigo Couceiro. Estudio de las necesidades de la población de edad avanzada en el área sanitaria de Santiago de Compostela: intervención gerontológica para el fomento del envejecimiento activo. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela, 21 de noviembre 2014.
- 7.- Estrategia gallega de atención a la soledad no deseada. Xunta de Galicia. Consellería de Política Social. Santiago, abril 2021.
- 8.- Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia 2013. Líneas estratégicas para el desarrollo de acciones asistenciales sociosanitarias (publicación electrónica).