

# Asistencia sanitaria y envejecimiento de la población: presente y futuro\*

(Sanitary assistance and the ageing of the population: present and future)

Begiristain Aranzasti, José M<sup>a</sup>; Larrañaga Padilla, Isabel; Gaminde Inda, Idoia  
Eusko Ikaskuntza. Miramar Jauregia. Miraconcha, 48  
20007 Donostia

BIBLID [1577-8533 (2006), 7; 151-167]

Recep.: 03.05.05  
Acep.: 11.11.05

---

*El incremento de la esperanza de vida en la sociedad actual ha sido uno de los logros del desarrollo del estado de bienestar. Las Políticas de salud para Euskadi 2002-2010 contemplan "La Tercera Edad" como un grupo de actuación especial. Este trabajo estudia la evolución de la asistencia sanitaria y la estimación de la misma hasta el años 2050 en función de los cambios demográficos.*

*Palabras Clave: Envejecimiento. Tercera edad. Asistencia sanitaria.*

*Bizi itxaropena igotzea ongizatearen gizartearen lorpenetako bat izan da gure gaurko gizartean. Euskadi 2002-2010eko osasun politikek jarduketa bereziko taldetzat hartzen dute "Hirugarren Adina". Lan honek asistentzia sanitarioaren bilakaera aztertzen du, bai eta 2050 urte arteko ebaluazioa ere, aldaketa demografikoen arabera.*

*Giltza-Hitzak: Zahartzea. Hirugarren adina. Asistentzia sanitarioa.*

*La croissance de l'espérance de vie dans la société actuelle a été l'une des réussites du développement de l'état de bien-être. Les Politiques de santé pour Euskadi 2002-2010 considèrent «Le Troisième Âge» comme un groupe à part. Ce travail étudie l'évolution de l'assistance sanitaire et l'estimation de celle-ci jusqu'en 2050 en fonction des changements démographiques.*

*Mots Clés: Vieillessement. Troisième âge. Assistance sanitaire.*

---

\* Este trabajo ha contado con una ayuda a la investigación de Eusko Ikaskuntza, 2004

## 1. INTRODUCCIÓN

El resultado de las mejoras sociales y sanitarias acontecidas en la sociedad en el último siglo nos ha conducido a un incremento de la esperanza de vida y de la esperanza de vida libre de incapacidad<sup>1-3</sup>. Ello ha obligado a abordar los cuidados sanitarios y sociales de las personas mayores de manera eficiente adaptando los servicios asistenciales a las nuevas necesidades<sup>4-6</sup>.

En las últimas décadas la población mayor vasca ha experimentado un crecimiento considerable. El número de personas mayores de 65 años se ha multiplicado por 3,6 en los últimos 40 años del siglo<sup>7</sup> pasando de 33.317 personas de edad igual o superior a 65 años en 1960 a más 119.493 personas en el año 2001. Este fenómeno va a continuar en los próximos 40 años, en los que la población mayor seguirá incrementándose de manera notable (incremento del 47,2%) entre el año 2101 y el año 2050, a la vez que disminuirá la proporción de personas en edades más jóvenes (se reducirá en un 44 %) como muestran los escenarios demográficos elaborados por el Eustat<sup>8</sup>.

El análisis de las necesidades asistenciales actuales y futuras para estos grupos de población implica analizar tanto las necesidades sanitarias de los pacientes y la de sus cuidadores como las necesidades sociales. En este trabajo solo se han estudiado las necesidades sanitarias de las personas mayores. Las necesidades sanitarias se han evaluado teniendo en cuenta el conjunto de los servicios asistenciales: atención primaria y atención especializada. Se ha incorporado al análisis la asistencia prestada por el dispositivo socio sanitario existente en Gipuzkoa desde mayo de 2003.

Está descrito que los servicios sanitarios actuales y en especial la asistencia hospitalaria de agudos no satisface suficientemente sus necesidades<sup>9</sup>. Los pacientes quieren servicios sanitarios adecuados, modernos, seguros, unitarios y que promuevan la independencia y la inclusión social. La duración de las listas de espera en los hospitales y la reaparición de las presiones asistenciales en invierno sobre las camas hospitalarias y atención primaria son entre otros dos indicadores de que las necesidades de los pacientes no se satisfacen adecuadamente<sup>10-11</sup>.

Existen estudios que hablan de una utilización inadecuada o innecesaria de las camas hospitalarias y una insuficiencia de servicios alternativos a la asistencia hospitalaria específica, que podrían reducir los ingresos en hospitales de agudos, utilizando servicios más específicos de hospitalización como serían la media estancia y el servicio sociosanitario y/o acercando la asistencia a los hogares de los pacientes como la hospitalización a domicilio.

En este trabajo se ha realizado una aproximación a las necesidades sanitarias de las personas de edad igual o superior a 65 años de la Comunidad Autónoma del País Vasco (C.A.P.V.).

## **2. MATERIAL Y MÉTODO**

Las fuentes de datos utilizadas para el análisis de la utilización de servicios sanitarios han sido las bases de datos Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Dirección de Planificación y Evaluación del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco referentes a los hospitales públicos de Osakidetza del periodo 1997-2003; bases de datos GDR de Osakidetza correspondientes al periodo 1997-2003 y los datos de la Subdirección de Atención Primaria de Osakidetza del año 2003.

En el estudio de las hospitalizaciones en media estancia han sido computados solo los ingresos programados.

Las estimaciones del número de altas hospitalarias para el año 2010, 2025 y 2050 se han realizado teniendo en cuenta las proyecciones de población realizadas para esos años por el Eustat y manteniendo las tasas de utilización (tasa por mil habitantes) según grupo de edad observadas en el año 2003.

El escenario poblacional utilizado ha sido el Escenario 1, escenario más conservador.

En el análisis de la utilización del centro sociosanitario de la Cruz Roja se han utilizado los datos propios de la Comisión Sociosanitaria de Gipuzkoa correspondientes a la actividad de un año mayo 2003-abril 2004.

Los datos de población se han obtenido del INE y del Eustat.

Los resultados se refieren a la Comunidad Autónoma del País Vasco.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. Análisis de la población**

La Comunidad Autónoma Vasca, al igual que el conjunto de países de nuestro entorno, participa de la paradoja demográfica que supone la combinación de dos factores: la creciente capacidad de supervivencia de sus poblaciones, junto con una fecundidad mínima que no garantiza el reemplazo de las generaciones. Ambos factores son el resultado de la modernización experimentada por nuestra sociedad en el último siglo, cuya manifestación demográfica más notoria es el progresivo envejecimiento demográfico.

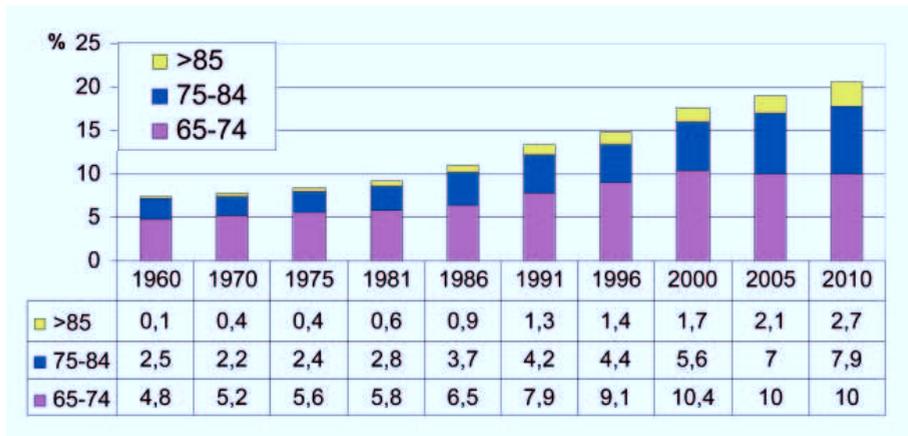
Dos hechos derivados de esta trayectoria son, por una parte, la creciente proporción de personas mayores que en breve superará a la de los jóvenes, constituyéndose en una nueva mayoría social (Tabla 1), y por otra, la irreversibilidad del "envejecimiento de masas" consecuencia del aumento imparable de la edad media de la población, de modo que la población muy anciana (85 y más años) tiene cada vez mayor presencia numérica (Figura 1). Este envejecimiento de masas implica el rápido aumento de la población más vulnerable en términos de deterioro y limitación de la capacidad funcional e incremento de los niveles de dependencia.

**Tabla 1. Evolución de la estructura de edad de la población (%). CAPV**

Edad	1950	1960	1970	1981	1991	2000	2010	2025	2050
<20	36,1	34,9	36,5	34,3	24,1	18,1	16,5	17,8	19,7
20-64	58,1	57,7	55,8	56,6	62,5	64,9	62,8	57,4	47,7
>64	6,8	7,3	7,8	9,2	13,4	17,7	20,7	24,8	32,6

Fuente: Eustat, varios años.

**Figura 1. Evolución de la población mayor en la CAPV. 1960-2010**

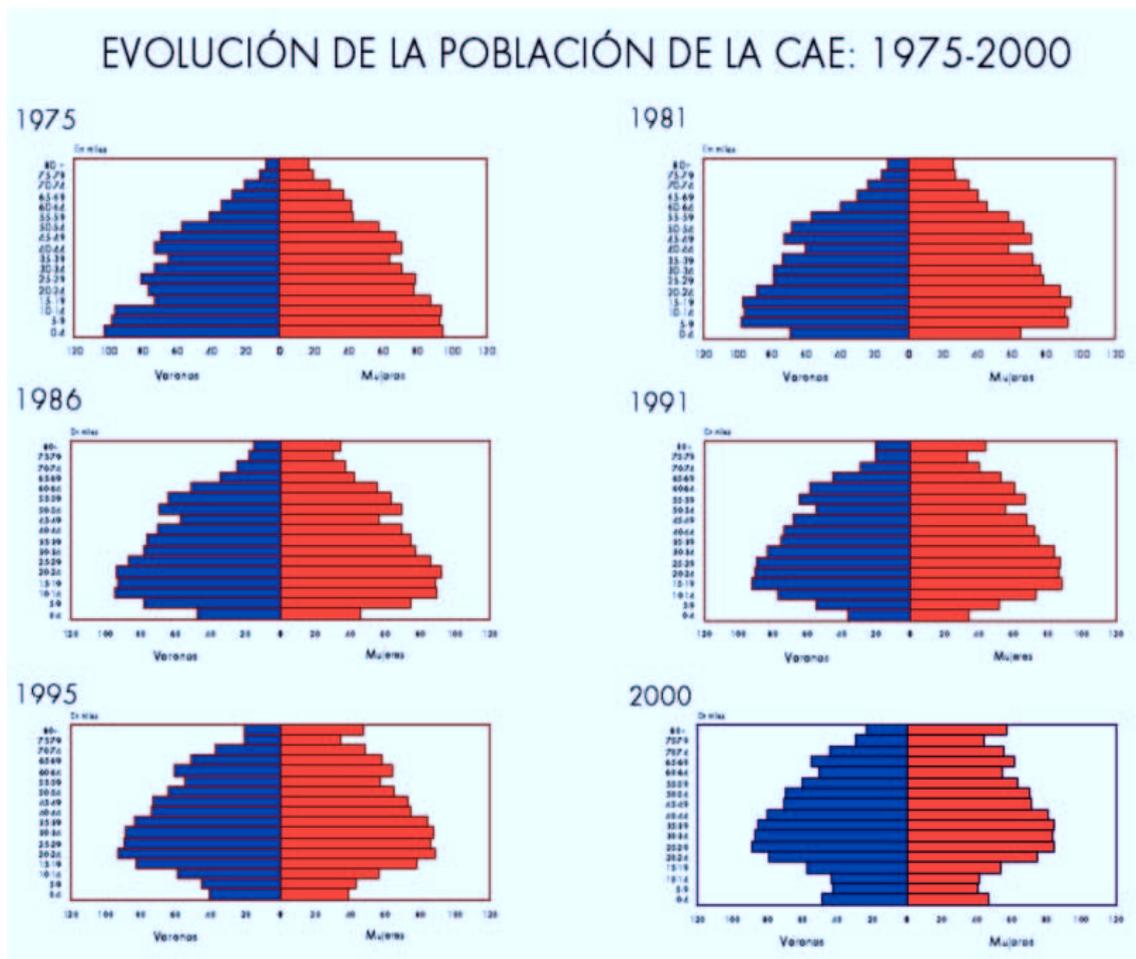


Frente a la nueva mayoría que va a representar la población anciana, aparece en el escenario demográfico la nueva minoría social constituida por los jóvenes. La baja natalidad experimentada por la población vasca desde comienzos de los 80 queda reflejada en la progresiva reducción de la base de la pirámide (Figura 2), al igual que la pérdida de peso relativo (%) de la población menor de 20 años en el conjunto de la población. Además, tal como anticipan las proyecciones demográficas, los efectivos de jóvenes disminuirán frente al aumento mantenido de los mayores de 65 años, generando desequilibrios en los tamaños de las generaciones.

Las pirámides de población de los últimos años reflejan gráficamente la descompensación generacional, con clara reducción de la base por la escasez de nacimientos y el engrosamiento de la cúspide motivado por el incremento de la esperanza de vida (Figura 2).

La evolución previsible de las dos variables que contribuyen al envejecimiento (mortalidad y fecundidad) permite anticipar que en el futuro cercano el grado de vejez demográfica será aun más intensa, cuando en las próximas décadas se incorporen a las edades ancianas las nutridas generaciones nacidas en el *baby boom vasco*.

Figura 2. Pirámides de población vasca. 1975-2000



El hecho de que la proporción de población mayor supere al de los jóvenes en el conjunto de la población nos sitúa ante un nuevo y paradójico reto social: la población mayor presenta una mayor fragilidad en función de su edad y las limitaciones derivadas de ésta, a la vez que va acumulando mayor poder económico, político y social en función de su aumento numérico y del progreso social, incorporando mayor complejidad a la gestión institucional de los aspectos públicos y privados de este sector poblacional.

### 3.2. Dispositivos asistenciales sanitarios y sociales

En la tabla 2 se describen los servicios asistenciales más relevantes para la población vasca en general. El nº de camas sociosanitarias y el nº de plazas residenciales existentes son discretamente superiores en Gipuzkoa

respecto al resto de Territorios Por el contrario en Gipuzkoa existe un único servicio de hospitalización a domicilio que esta ubicado en el Hospital Donostia y presta atención a la población de referencia del citado hospital mientras que en el resto de Territorios cada hospital de agudos tiene su servicio de hospitalización a domicilio.

**Tabla 2. Distribución de los servicios asistenciales públicos y concertados en Gipuzkoa y la C.A.P.V. 2003**

	Gipuzkoa	Bizkaia Araba	C.A.P.V.
Nº de hospitales públicos de agudos	5	6	11
Nº centros de salud; ambulatorios y consultorios	58	130	188
Nº servicios de hospitalización a domicilio	1	5	6
Nº camas en hospitales de agudos	1.453	3.003	4.456
Tasa x 10 <sup>3</sup> hba.	2,16	2,13	2,14
Nº de camas de media-larga estancia	203	458	661
Tasa x 10 <sup>3</sup> hba.	0,301	0,325	0,317
Nº camas en centro sociosanitario	84	-	84
Nº plazas residenciales para mayores	4.176	8.830	13.006
Tasa x 10 <sup>3</sup> hba.	36,9	36,73	36,79
Nº de plazas en centros de día	197	202	399
Tasa x 10 <sup>3</sup> hba.	1,74	0,84	1,13

Fuente: Osakidetza. Servicios Sociales de las Diputaciones.

### 3.3. Hospitalización de agudos

En la tabla 3 se describen el número de casos y tasas de hospitalización observadas en el año 2003 y número de casos y tasas esperadas en el año 2010, 2025 y 2050. El incremento medio esperado en el número de altas esperado va desde 9% en 2010 a 7,7 en el 2025. Este incremento esperado es debido al incremento esperado en los grupos de edad más avanzada, el 17,9% en las personas de 75-84 años y el 29,1% en los mayores de 84 años.

En algo menos de 50 años y para el conjunto del periodo, se estima un incremento medio del 30,78% en el número de altas en los hospitales de agudos.

**Tabla 3. Hospitalización de agudos. Distribución del número de altas observadas en el año 2003 según grupo de edad y estimación del número de altas esperadas en el año 2010; 2025 y 2050 y porcentaje de cambio.**

<b>C.A.P.V.</b>	<b>65-74 años</b>	<b>75-84 años</b>	<b>85 y + años</b>	<b>≥ 65 años</b>
<b>2003</b>				
Población	211.800	133.000	39.200	384.000
Nº de altas	39.836	36.385	12.199	88.420
Tasas x 10 <sup>3</sup> hba.	188,1	273,6	311,2	230,3
% de ingresos urgentes	50,8	61,8	80,4	59,4
<b>2010</b>				
Población	204.630	162.084	55.294	422.008
Nº de altas	38.487	44.342	17.207	100.036
<b>Cambio</b>				
%	<b>-3,5</b>	<b>17,9</b>	<b>29,1</b>	<b>9,0</b>
<b>2025</b>				
Población	259.500	178.121	74.503	512.124
Nº de altas	48.808	48.729	23.185	120.722
<b>Cambio</b>				
%	<b>21.1</b>	<b>9.0</b>	<b>25.8</b>	<b>17.6</b>
<b>2050</b>				
Población	232.988	218.263	103.514	554.765
Nº de altas	43.821	59.711	32.213	135.745
<b>Cambio</b>				
%	<b>-11,4</b>	<b>18,4</b>	<b>28,0</b>	<b>7,7</b>

**Figura 3. Evolución de ciertos indicadores de hospitalización de agudos expresados en porcentaje de incremento. Periodo 1997-2004**

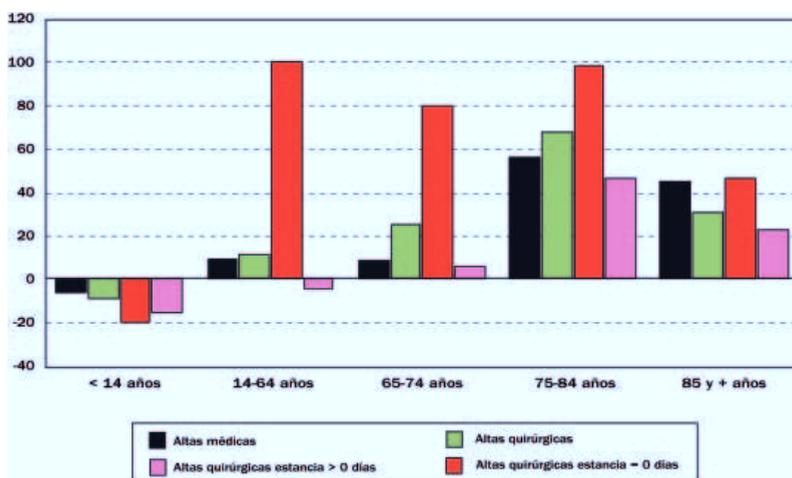
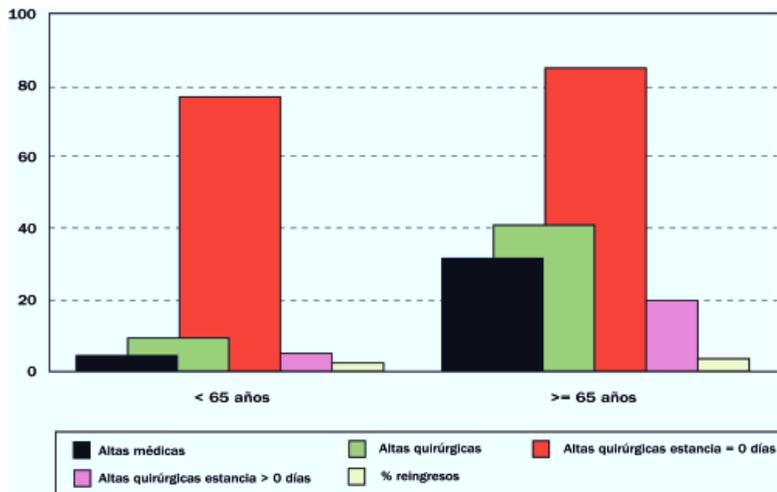


Figura 4. Distribución de los servicios asistenciales públicos y concertados en Gipuzkoa y la C.A.P.V. 2003



En las figuras 3 y 4 puede observarse la evolución del incremento observado en el tipo de hospitalización de agudos según grupos de edad en el periodo 1997-2003. En las personas mayores de 64 años se observan porcentajes de incremento superiores en las diferentes tipos de altas.

### 3.4. Atención Primaria

En la tabla 4 se describen el número de pacientes atendidos en Atención primaria en el año 2003 y el número de consultas a realizar en los centros de salud en los años 2010; 2025 y 2050.

En algo menos de 50 años y para el conjunto del periodo, se estima un incremento de algo más de medio millón de consultas de atención primaria.

**Tabla 4. Atención Primaria. Distribución del número consultas médicas de medicina general en Atención Primaria observadas en el año 2003, estimación del número de consultas de Atención Primaria esperadas en el año 2010, 2025 y 2050 y porcentaje de cambio.**

<b>C.A.P.V.</b>	<b>65-74 años</b>	<b>75-84 años</b>	<b>85 y + años</b>	<b>≥ 65 años</b>
<b>2003</b>				
Población	211.800	133.000	39.200	384.000
Nº de consultas	500.838	390.977	125.534	1.017.349
Tasas x 10 <sup>3</sup> hba.	2364,7	2939,7	3202,4	2649,3
<b>2010</b>				
Población	204.630	162.084	55.294	422.008
Nº de consultas	463.883	476.475	177.073	1.137.431
<b>Cambio</b>				
%	<b>-3,5</b>	<b>17,9</b>	<b>29,1</b>	<b>9,0</b>
<b>2025</b>				
Población	259.500	178.121	74.503	512.124
Nº de consultas	613.633	523.618	238.588	1.375.839
<b>Cambio</b>				
%	<b>21,1</b>	<b>9,0</b>	<b>25,8</b>	<b>17,6</b>
<b>2050</b>				
Población	232.988	218.263	103.514	554.765
Nº de consultas	550.941	641.623	331.493	1.524.056
<b>Cambio</b>				
%	<b>-11,4</b>	<b>18,4</b>	<b>28,0</b>	<b>7,7</b>

### 3.5. Hospitalización de media estancia

En la En la tabla 5 se describen el número de pacientes ingresados en Hospital de Media estancia en el año 2003 y el número esperado de casos a atender en el año 2010. El incremento medio esperado es de 18%.

En algo menos de 50 años y para el conjunto del periodo, se estima un incremento en el número de altas en los hospitales de media estancia del orden de 2.588 altas.

**Tabla 5. Hospitalización en media estancia. Distribución del número de altas observadas en el año 2003; estimación del número de altas esperadas en el año 2010; 2025 y 2050 y porcentaje de cambio.**

<b>C.A.P.V.</b>	<b>65-74 años</b>	<b>75-84 años</b>	<b>85 y + años</b>	<b>≥ 65 años</b>
<b>2003</b>				
Población	211.800	133.000	39.200	384.000
Nº de altas	1.202	1.607	876	3.685
Tasas x 10 <sup>3</sup> hba.	5,7	12,1	22,2	9,6
Estancia media	30,9	29,7	26,1	28,4
Tasa de reingresos	3,0	4,4	6,9	4,6
Mortalidad intrahospitalaria (%)	20,5	21,8	33,5	23,5
<b>2010</b>				
Población	204.630	162.084	55.294	422.008
Nº de altas	1.161	1.958	1.236	4.355
<b>Cambio</b>				
%	<b>-3,5</b>	<b>17,9</b>	<b>29,1</b>	<b>9,0</b>
<b>2025</b>				
Población	259.500	178.121	74.503	512.124
Nº de altas	1.473	2.152	1.665	5.290
<b>Cambio</b>				
%	<b>21,1</b>	<b>9,0</b>	<b>25,8</b>	<b>17,6</b>
<b>2050</b>				
Población	232.988	218.263	103.514	554.765
Nº de altas	1.322	2.637	2.313	6.273
<b>Cambio</b>				
%	<b>-11,4</b>	<b>18,4</b>	<b>28,0</b>	<b>7,7</b>

### 3.6. Centro sociosanitario

El dispositivo asistencial Cruz Roja desde su apertura en mayo de 2003 hasta mayo de 2004 ha atendido a 288 personas (mayores de 64 años).

Los pacientes susceptibles de ser atendidos en este dispositivo deben de circunscribirse a alguno de los perfiles definidos previamente. Los criterios de admisión de estos pacientes están basados en seis perfiles tal y como a continuación se señala:

<b>Perfil 1:</b> enfermo terminal	<b>Perfil 4:</b> Paciente con alteraciones del comportamiento
<b>Perfil 2:</b> Paciente convaleciente	<b>Perfil 5:</b> Problema social no resuelto
<b>Perfil 3:</b> Paciente afecto de una enfermedad infecciosa	<b>Perfil 6:</b> otros

En la tabla 6 pueden observarse las características epidemiológicas de los pacientes mayores de 64 años ingresados en Cruz Roja desde su apertura hasta mayo 2004.

De los 288 ingresos la mayoría han sido mujeres (61,5%) y con una edad media de 78,6 años (65-108); el 80,1% proceden del sistema sanitario; el 64% el motivo del ingreso ha sido para convalecencia y el perfil "Problema social no resuelto" se da en el 21,1% de los pacientes ingresados mayores de 84 años.

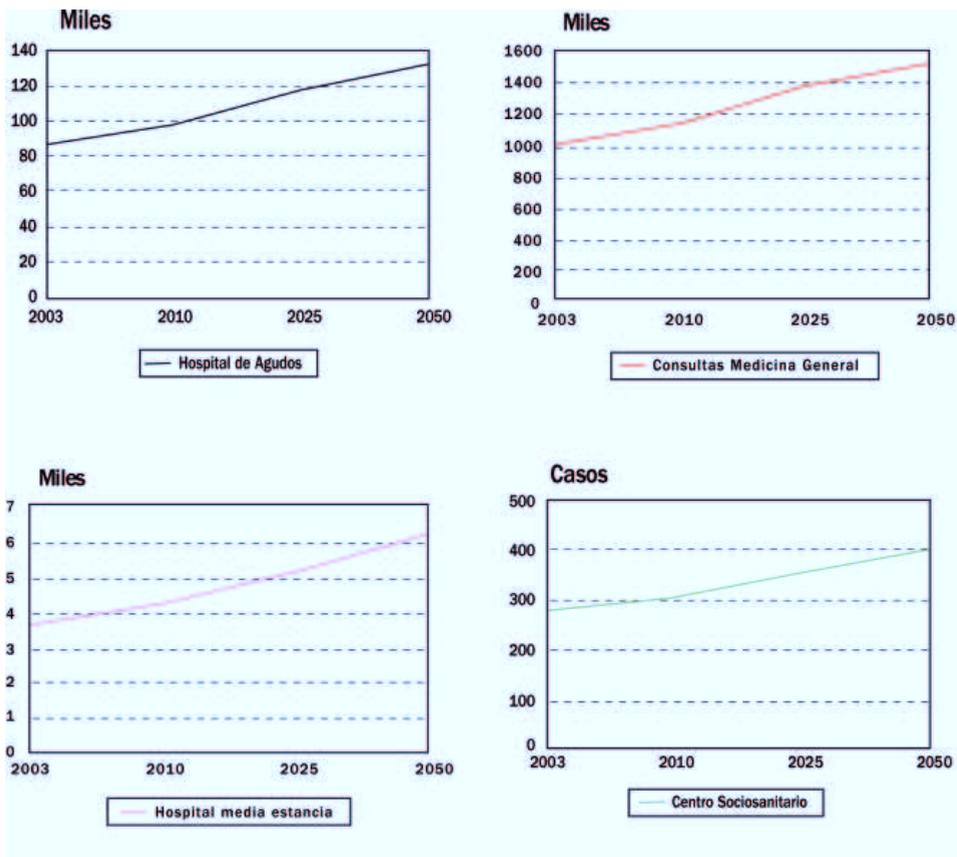
**Tabla 6. Características de los pacientes atendidos en dispositivo Cruz Roja de Gipuzkoa. Periodo 22 mayo 2003 - 21 mayo 2004. (n: 288)**

	<b>Total (288)</b>	<b>65-74 (45)</b>	<b>75-84 (124)</b>	<b>85 y + (90)</b>
<b>Indicador</b>				
Mujeres	61,5%	52,2%	57,3%	80%
Hombres	38,5%	47,8%	42,7%	20%
Edad media en años	78,6	70,7	79,8	89,6
Estancia media en días	79,9	78,8	85,4	75,7
<b>PERFIL DE INGRESO</b>				
Perfil 1: Enfermo terminal	7,3%	4,4%	7,3%	11,1%
Perfil 2: Convalecencia	61,8%	68,9%	62,9%	55,6%
Perfil 4: Alteraciones del comportamiento	9,0%	6,7%	8,1%	8,9%
Perfil 5: Problema social no resuelto	17,0%	17,8%	15,3%	21,1%
<b>PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS</b>				
Hospital de agudos	53,1%	51,1%	56,5%	48,9%
Hospital media estancia	26,7%	33,3%	24,2%	31,1%
Residencia / otro recurso social	8,4%	4,4%	8,9%	8,9%
Domicilio	11,1%	11,1%	10,5%	11,1%
<b>DESTINO AL ALTA</b>	<b>(n:211)</b>	<b>36</b>	<b>87</b>	<b>68</b>
Residencia	42,7%	44,4%	50,6%	39,7%
Otro recurso social	1,9%	-	2,3%	1,5%
Fallecimiento	28,4%	16,7%	32,2%	36,8%
Domicilio	20,9%	30,6%	12,6%	19,1%

### 3.7. Evolución futura de las necesidades asistenciales

En la figura 3 pueden observarse la evolución estimada de los ingresos y del número de consultas de médico en medicina general. Atendiendo a las proyecciones de población realizadas para los años 2010, 2010 y 2050, estimamos que las consultas de atención primaria experimentarían un incremento importante (33,2% en los mayores de 64 años), lo cual equivale a un incremento superior a medio millón de consultas.

Figura 5. Evolución del número de ingresos y consultas observadas y estimadas. 2003-2050



### 4. DISCUSIÓN

El incremento de la esperanza de vida acontecido en los últimos 30 años ha supuesto un incremento notable en la utilización de servicios sanitarios de todo tipo. El sistema sanitario y social ha conseguido moderar las discapacidades ligeras de este colectivo pero no así las discapacidades severas.

El incremento observado en el número de altas en la C.A.P.V. en la tercera edad<sup>10-11</sup> del 35,8%, en el periodo 1997-2003, es superior al incremento del índice general de altas (17,8%). Este incremento se ha observado en otros países como Alemania, Reino Unido y Francia<sup>9,13</sup>.

Este incremento observado ha sido acompañado de una reducción importante de la estancia media (8,32 días de estancia media en el año 1997 frente a 7,14 días de estancia media en el año 2004); junto con un incremento del 84,9% de las altas quirúrgicas de estancia igual a cero días y un incremento del índice de ocupación del 4,1 %. Aspectos todos ellos que han incidido en el incremento de la producción por los profesionales sanitarios en general y la de los profesionales de atención primaria en particular.

En el caso de la hospitalización de media estancia programada se han observado fenómenos parecidos excepto en el índice de ocupación que ha descendido en un 2,6% en este periodo pasando del 86,61% en 1996 a 84,4 en 2004.

Estos cambios observados en la hospitalización, han sido acompañados de una reducción pequeña en el número de camas de agudos 4.262 camas en el año 1996 y 4.169 camas en el año 2004. Por el contrario no se han desarrollado suficientemente alternativas a la hospitalización de agudos como por ejemplo el incremento de camas de subagudos/media estancia más apropiadas para las personas mayores y/o de la hospitalización a domicilio y se han mantenido la desigualdad existente en el número y tipo de servicios sanitarios entre Territorios e incluso dentro de un mismo Territorio. Así por ejemplo la hospitalización a domicilio no abarca todo el área geográfica de Gipuzkoa; existe una concentración de los servicios de media estancia en Donostia lo que supone problemas de accesibilidad para el resto de los pacientes residentes en este Territorio y no se han implantado camas socio-sanitarias en Bizkaia y Araba.

La mayoría de los abordajes acerca de los efectos del envejecimiento demográfico sobre la necesidad de servicios sanitarios y en consecuencia del gasto sanitario presente y futuro se realizan teniendo en cuenta solamente el cambio demográfico como si el resto del sistema permaneciera constante<sup>14,15</sup>. Ello nos induce a ser fatalistas en las previsiones y a admitir que el envejecimiento demográfico constituye una realidad sobre la que nada podemos hacer y en consecuencia éste provocará un incremento del gasto sanitario, aguardándonos un futuro cada vez más difícil, en el camino para obtener los recursos necesarios para mantener nuestro actual sistema sanitario.

Sin embargo tal y como señalan Casado y López Casanovas<sup>14,16</sup> se olvida con cierta facilidad que todos esos factores que se suponen constantes son, precisamente, los que han determinado en mayor medida los incrementos de gasto registrados en el pasado. Estos factores además tienen el común denominador de que si son modificables. En este sentido, diversos autores sugieren que la cuestión del envejecimiento demográfico está siendo utilizada como un elemento de distracción ante los elementos fundamentales que inciden en el incremento del gasto sanitario futuro<sup>17-18</sup>.

Un informe de la Universidad de Cork<sup>9</sup> ha concluido que cerca de un 20% de los días de ingreso de los pacientes de la tercera edad probablemente hubieran sido innecesarios si se hubiera dispuesto de alternativas adecuadas a la hospitalización. En el estudio realizado en 1992 en Inglaterra<sup>19</sup> se describe que un 48% de pacientes de la tercera edad ocupaban camas hospitalarias de agudos sin existir la necesidad de una intervención médica específica. Estos datos son similares a los observados en los estudios realizados en nuestra comunidad<sup>20,21</sup>.

Los cambios demográficos que se están produciendo y que se avecinan no se han acompañado de cambios en la adecuación de los profesionales y de los servicios especializados a las necesidades de salud de los grupos de población cambiantes (pacientes ancianos, inmigrantes). La incapacidad severa de estos pacientes pocas veces es tenida en cuenta a lo largo del proceso de hospitalización de un paciente. En el estudio realizado por el servicio del Plan de Salud de Gipuzkoa<sup>22</sup> se pone en evidencia el escaso valor que los profesionales sanitarios conceden a la discapacidad; no se valora la misma en el momento del ingreso, son pocos los pacientes que comienzan la rehabilitación temprana en el hospital y en pocos pacientes se realiza una valoración de la dependencia al alta a pesar de que un tercio de estos pacientes presentan una discapacidad moderada o severa.

Los servicios hospitalarios actuales no satisfacen suficientemente las necesidades de los pacientes de la tercera edad. Los mismos están poco orientados a promover la independencia y la inclusión social.

Además se ha comprobado que existe una utilización inadecuada o innecesaria de las camas hospitalarias específicas<sup>21</sup> y una insuficiencia de servicios alternativos a la asistencia hospitalaria.

Los cambios observados y propiciados en la atención especializada (reducción de la estancia media hospitalaria e incremento de la cirugía de día) junto con el envejecimiento de la población y el incremento de la esperanza de vida de pacientes con patologías crónicas son responsables del incremento tan importante de actividad estimado para Atención Primaria. Todo ello nos conduce a la necesidad de reorientar las políticas de atención sanitaria y social de este grupo de pacientes de forma coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.

## **5. CONCLUSIONES**

- El envejecimiento de la población no es un problema nuevo, es una realidad de nuestra sociedad que hay que aceptarla como un logro.
- Hay que desmitificar la idea de que el envejecimiento de la población es la causante del incremento del gasto sanitario. El envejecimiento de la población no representa más que una pequeña parte de este incremento.

- Se prevé que el envejecimiento de la población, si el resto de los factores modificadores no se alteran, produzcan en la C.A.P.V. un incremento en la actividad media en Atención Primaria y en la actividad hospitalaria de aproximadamente un 9% en los próximos cinco años y un incremento del 34,9% en un horizonte de 40 años. Este incremento representa algo más de medio millón de consultas ligadas solo al envejecimiento en medicina general.
- Se debe encontrar un equilibrio entre la responsabilidad creciente de los individuos, de las familias y la responsabilidad social derivada de las políticas sanitarias y sociales ante las necesidades de cuidados que estas personas precisan.
- Las necesidades sanitarias de las personas mayores hay que abordarlas conjuntamente con las necesidades sociales ya que el envejecimiento en cierta medida lleva aparejado la dependencia aunque no de manera simétrica.
- Los servicios sanitarios dirigidos a la tercera edad deberán basarse en los siguientes objetivos generales: servicios integrados y coherentes; servicios encaminados a prevenir las enfermedades y reducir las desigualdades; servicios que ofrezcan un tratamiento rápido y adecuado con acceso equitativo para todos y servicios que se concentran en las necesidades de los pacientes de sus cuidadores y de sus familias.
- Los servicios que den respuesta a estos objetivos deberán promover la independencia mediante la rehabilitación, la recuperación y la prevención de ingresos hospitalarios innecesarios; la estabilización rápida y el acceso al tratamiento y cuidados de alta calidad; basados en una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios, respetando siempre las preferencias de la gente mayor y de sus cuidadores considerando el lugar de cuidado mas adecuado para sus necesidades.
- El choque que a menudo se produce entre la reorientación de las políticas sanitarias públicas con los intereses corporativos establecidos y poco adaptados a las nuevas necesidades debe minimizarse.
- Las políticas sanitarias futuras deberán encaminarse a adecuar los servicios y recursos sanitarios a las necesidades de las personas mayores tanto en la atención hospitalaria como en la Atención Primaria con el objetivo de adecuar el lugar de prestación y la prestación sanitaria a las necesidades de los pacientes. El desarrollo de alternativas a la hospitalización tradicional de agudos como la reorientación de las camas de media estancia a las necesidades asistenciales de los pacientes, la hospitalización a domicilio y los espacios sociosanitarios parecen ser alternativas coste efectivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. S.E.S.P.A.S. Informe SESPAS 1998: la salud pública y el futuro del estado de bienestar. 2000. Granada.
2. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Encuesta de salud de la C.A. del País Vasco. 2002. Vitoria-Gasteiz.
3. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Políticas de Salud para Euskadi. Plan de salud 2002-2010. 2002 Vitoria-Gasteiz.
4. Situación de la Asistencia Sanitaria en las Residencias de Gipuzkoa. Departamento para la Política Social. Diputación Foral de Gipuzkoa. Donostia 2005.
5. Consejo de Europa (1998) recomendación No.R (98)9 del Comité de Ministros relativa a la Dependencia.
6. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Libro blanco sobre la "atención a las personas en situación de dependencia en España"*. Madrid: 2004.
7. INE. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.
8. Eustat. *Escenarios demográficos*. Escenario uno. 2003.
9. Departement of Health. *Shaping the future NHS: Long Term Planning for Hospitals and related Services*. England: 2000/04.
10. OSAKIDETZA. Informe anual 2000. *Hospitales de agudos y media-larga estancia*. Vitoria-Gasteiz. Memoria OSAKIDETZA.
11. Informes del registro de altas hospitalarias. Años 1998-2003. Servicio de Registros e Información sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
12. OSAKIDETZA. Dirección de Asistencia Sanitaria. *Informe mensual de actividad hospitalaria*. 1997-2003. Vitoria-Gasteiz.
13. Eco-Santé OCDE 2000. *Analyse comparative de 29 pays*.
14. CASADO, D.; LOPEZ i CASSANOVAS (2001) "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración". *Colección Estudios Sociales*, núm 6. Fundación Caixa.
15. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2000): *Geriatria XXI: "Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España"*. Madrid: Edimsa. 2000.
16. CASADO, D. *Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades*. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Departament d'Economia i empresa. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona: 2000.
17. EVANS, RG. "Illusion of necessity: evading responsibility for choice in health care". *Journal of Health, Policy and Law*, 1985; 10:439-67.
18. BARER, ML; EVANS, RG; HERTZMAN, C: "Avalanche or glacier?: health care and the demographic rhetoric". *Canadian Journal on aging*, 1995; 14(2):193-224.
19. NHS. Departement of health. *Lying in Wait*. Audit. Comisión. 1992. London.
20. Servicio de Neurología y Servicio de Calidad de Hospital Donostia. *Detección de admisiones y estancias inadecuadas en Neurología*, 2002. Osakidetza.

21. BASTERRECHEA, J; ELOSEGI, E. *Planificación de la atención sanitaria del Hospital Donostia por perfiles asistenciales*. Unidad de Gestión Sanitaria. Hospital Donostia. Osakidetza. 2000.
22. ARRAZOLA, A; BEGIRISTAIN, J.M; GARITANO, B; MAR, J; ELIZALDE, B. "Atención hospitalaria a la enfermedad cerebrovascular aguda y situación de los pacientes a los 12 meses". *Rev Neurol*, 2005; 40(6): 326-330.