



## Rincón científico

### COMUNICACIONES

14 <sup>1</sup>José Andrés Domínguez Gómez  
<sup>2</sup>Begoña García Navarro

<sup>1</sup>Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad de Huelva.

<sup>2</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva.

#### Correspondencia:

José Andrés Domínguez Gómez

E. U. Trabajo Social, Campus El Carmen

Av. 3 de Marzo s/n.º 21071-Huelva

E-mail: andres@uhu.es

Tfno.: 95 921 96 39 / 639 552 031. Fax 95 921 95 79

#### RESUMEN

El uso de recursos sanitarios viene condicionado por una serie de factores que escapan a los tratados directamente por el sistema sanitario, y que es necesario considerar en el avance hacia la eficiencia y eficacia del mismo, así como para mejorar la prevención, la atención y la salud de la población. Esto es especialmente importante en un contexto sociológico y demográfico en el que el sector de población mayor y muy mayor está ganando cada vez más peso específico. Este peso, y sus consecuencias, plantean asuntos clave no sólo en términos de eficiencia y eficacia del sistema sociosanitario, sino también a nivel de valores y derechos sociales.

#### PALABRAS CLAVE

Planificación en salud, dependencia, eficiencia, derechos civiles, factores socioeconómicos, cambio social.

#### INTRODUCCIÓN

Tanto las ciencias de la salud como las ciencias sociales progresivamente han hecho propia, en su dimensión analítica, la necesidad de considerar en las investigaciones los aspectos socioestructurales que pueden fundamentar decisiones estratégicas para la racionalización de la inversión pública en el sector sanitario. Este trabajo pretende aportar argumentos en esta línea.

La hipótesis que orienta este artículo, y que se pretende contrastar mediante datos de alcance nacional y regional (Andalucía), es la siguiente: el uso de recursos sanitarios y, en concreto, la hospitalización, viene condicionada por una serie de factores que escapan a los tratados directamente por el sistema sanitario y que es necesario tener en cuenta para avanzar hacia la eficiencia y eficacia del mismo, así como para mejorar la prevención, la atención y la salud de la población. Esto es especialmente importante en un contexto sociológico y demográfico en el que el sector de población mayor

## Edad, dependencia y consecuencias sociosanitarias

13

### *Age, dependency and socio-sanitary consequences*

Parte de este trabajo se ha realizado bajo el auspicio del Instituto de Estadística de Andalucía, en el marco de la elaboración, por encargo, de una monografía regional sobre mayores y dependencia en Andalucía, con los datos recopilados en su Encuesta de Redes Familiares.

#### SUMMARY

*The use of health resources is conditioned by several factors, that are not considered by health system. It is necessary to consider that factors in order to improve the efficiency and effectiveness, prevention, care and population health. This is especially important in a sociological and demographic context in which elderly and very elderly population is getting more and more importance. This fact, and its consequences, raise key issues not only in terms of efficiency and effectiveness of the health system, but also at the level of values and social rights.*

#### KEY WORDS

*Health Planning, dependence, efficiency, civil rights, socioeconomic factors, social change.*

y muy mayor está ganando cada vez más peso específico. Este peso, y sus consecuencias, plantea asuntos clave no sólo en términos de eficiencia y eficacia del sistema sociosanitario, sino también en la escala de valores que compartimos en las sociedades llamadas *desarrolladas*. Dedicamos especial atención a los denominados *efecto viudedad* y *efecto jubilación* en la salud de la población mayor y en el uso que hace dicha población de los recursos sanitarios, como procesos paradigmáticos en los que el análisis social y la epidemiología llegan a confundirse.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo se han manejado datos de primera mano y datos secundarios. La información de primera mano que se expone en este trabajo procede de la base de datos de la Encuesta de Redes Familiares, realizada por el Instituto de Estadística de Andalucía. El objetivo principal de esta encuesta es recabar información de có-



14 mo las personas configuran y dinamizan sus redes familiares, en términos de composición, comunicación, mantenimiento e intercambio simbólico y material. El análisis de la información de esta base de datos plantea los resultados referidos al ámbito de la comunidad autónoma andaluza (Tabla 1).

La información secundaria empleada se refiere a estudios y referencias bibliográficas específicas, citadas convenientemente en el apartado de Resultados, y referenciadas al completo en el apartado de Bibliografía. De ellos se obtienen resultados de ámbito nacional (España).

## RESULTADOS

A nivel nacional, al igual que la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (1), numerosos estudios específicos sobre la utilización de servicios de salud y foros especializados como la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud, celebrada en 2007, reconocen la importancia del envejecimiento de la población y el incremento de los niveles de dependencia sobre la prestaciones sanitarias. Se expone a continuación un resumen esquematizado de resultados interesantes para los fines de este trabajo, recopilados de los trabajos especializados que se citan:

- España presenta uno de los mayores índices de envejecimiento. Se calcula que, en el año 2050, habrá en España más de 16 millones de personas mayores, que se correspondería aproximadamente a un 30% de la población total. Las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2050 calculan que España será el tercer país más viejo del mundo con un 34,1% de población mayor en 2050, estando por delante Japón e Italia (con un 35,9% y un 35,5%, respectivamente) (2).

- En España, las personas mayores dependientes concentran un 17% del total de ingresos hospitalarios y el 16,4% de las consultas médicas. En relación con el gasto farmacéutico, más de una cuarta parte de los ciudadanos que declararon haber tomado algún medicamento en las dos semanas anteriores a la encuesta eran mayores de 65 años. En la franja de 65 a 74 años, el porcentaje llegó al 85% y al 92% entre los mayores de 75 años. Si consideramos la proporción de personas que tomaron tres o más fármacos, fue el 41% de los que tenían entre 65 y 74 años y la mitad de los mayores de 75 años (3). En otros

países desarrollados, como Estados Unidos, podemos encontrar cifras aún más llamativas: los mayores de 65 años representarían el 50% de la hospitalización, el 85% de los cuidados en el hogar (4).

- Así, la edad elevada y la situación de dependencia se configuran como factores de riesgo en salud contrastables en los estudios, y que más recursos y más específicos consumen. Si los dependientes leves precisan tres horas semanales de atención, los moderados 10,5 (entre una y dos horas diarias) y los graves 42 (de tres a 24 horas diarias), la demanda global de cuidados ascendería a 25.998.831 horas semanales, lo que requeriría la disponibilidad de 649.970 cuidadores a tiempo completo para atender todas las situaciones de dependencia. En términos de coste anual, utilizando las tarifas que actualmente se pagan por estos servicios en las diferentes comunidades autónomas, esta estimación elevaría los recursos económicos necesarios a un total de entre 12.000 y 13.500 millones de euros anuales. A esta cifra, habría que sumar el coste de la asistencia sanitaria a la población mayor de 65 años, que contempla el 77,4% del consumo de medicamentos, el 40%-50% de la ocupación hospitalaria y el 50% del tiempo total de asistencia en Atención Primaria (5).

- Es clara la mayor prevalencia y tendencia de crecimiento de la dependencia en aquellos sectores de población mayor y muy mayor. El envejecimiento de los ya viejos, de los mayores de 80 años, por ganancias en longevidad, hará aumentar las tasas de dependencia en España alrededor de un 10% (6).

- La principal preocupación de las personas mayores es la salud, incluso por encima de la situación económica. Y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud. Los mayores de 65 años otorgan a la salud una puntuación de 9,8 sobre 10, frente a un 8,1 del bienestar económico. Cuestionados sobre la salud subjetiva, el 20,5% de las personas mayores confiesa que tiene mala o muy mala salud y algo menos del 40% la califica de *regular*. De aquí se deduce que, para las personas mayores, tener buena salud-vejez, en general, viene determinado por la presencia o no de enfermedad y ésta, a su vez, de la necesidad de ser o no independiente, de sentirse sano (7).

- El *estado civil* se presenta también como una variable interesante en el estudio del riesgo en salud. Se ha analiza-

15

Tabla 1. Resumen de la ficha técnica de la encuesta\*

Universo	Residentes en la comunidad autónoma de Andalucía, mayores de 18 años a 1-1-2005
Tamaño de la muestra	10.000 personas
Diseño de la muestra	Bietápico estratificado
Error de la muestra	+/-0,98% para Andalucía; +/- 3,10% para provincias
Trabajo de campo	Enero-junio de 2005
*Más información técnica en <a href="http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/redesfamiliares/docs/AnexoMetodologico.pdf">http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/redesfamiliares/docs/AnexoMetodologico.pdf</a> (consulta a 26-05-2010).	

16 do ampliamente la asociación entre la viudedad y los problemas de salud mental (sintomatología depresiva y ansiosa) y/o física, llegando incluso a acelerar el fallecimiento de la persona viuda (8). De un total de 11 estudios que exploraban la prevalencia e incidencia de estos trastornos en 3.481 personas mayores viudas y 4.685 controles (es decir, personas mayores no viudas), durante el primer año de duelo, poco menos del 22% de las personas viudas era diagnosticada de Trastorno Depresivo Mayor, casi el 12% cumplía el diagnóstico para Trastorno de Estrés Posttraumático y cumplía una probabilidad mayor de presentar Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad Generalizada, especialmente en el primer año después de perder a la pareja (9).

La viudedad se relaciona íntimamente con el nivel de dependencia. Estudios locales en entornos rurales han señalado signos de dependencia severa en el 13,2% de las personas viudas, frente al 4% de las solteras o el 5,3% de las casadas. En dependencia moderada, las cifras alcanzaron un 19,8% en viudas frente a 8% y 9,1% de las solteras y casadas, respectivamente (10). A nivel nacional, encontramos diversos estudios (11-13) que ratifican esta tesis, donde la presencia de la dependencia también muestra su incremento en la población enviudada: mientras entre las personas casadas una de cada cuatro tiene algún problema que la sitúa en una situación de dependencia (21%), entre las viudas esta situación alcanza el 38%. En términos de género, además, se comprueba que son los viudos varones los que sufren la incidencia más notable de la pérdida de autonomía (11).

- La última dimensión social con implicaciones contrastadas sobre la salud que queremos anotar en este trabajo es la *actividad económica*. En sus diferentes aspectos analizables desde el punto de vista de la salud, enfocamos el estadio socioeconómico de la *jubilación*. Podemos hablar de una doble exposición a factores de riesgo de la persona jubilada. Por una parte, la susceptibilidad emocional que implica el cese laboral y, como consecuencia, el cambio de rol, de actitud ante la vida y de percepciones, aumentando el riesgo de enfermedades de **salud mental**. En un reciente estudio, se examinan las relaciones entre variables sociodemográficas y psicosociales referentes a la salud mental de los jubilados. Las más destacadas fueron las relativas a la satisfacción vital, la ansiedad y la depresión. La satisfacción vital dificulta el autoconcepto negativo ( $R = -0,465$ ), la ansiedad ( $R = -0,542$ ) y la depresión ( $R = -0,542$ ). La depresión, por otra parte, favorece la ansiedad ( $R = 0,480$ ), el autoconcepto negativo ( $R = 0,406$ ) y los sentimientos negativos, en general ( $R = 0,472$ )<sup>1</sup> (14). Otro es-

15 tudio abunda en los perfiles de aquellos jubilados ansiosos y depresivos, mostrando diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0,01$ ) en la ansiedad según la jerarquía profesional: los valores más altos de ansiedad aparecen en aquellos que no ocuparon puestos subordinados, y los más bajos en los mandos superiores. Estos resultados se repiten en el caso de la depresión, pero con niveles de significatividad aún mayores ( $P < 0,001$ ). Incluso pueden encontrarse diferencias interesantes ( $P < 0,01$ ) en lo tocante a depresión, según sectores profesionales, correspondiendo los valores más altos a la construcción y los más bajos al sector de la minería<sup>2</sup> (15). Por otro lado, encontramos el **déficit de apoyo social** de la persona en esta situación. Aunque más del 85% de los jubilados vive acompañado por algún familiar, la mayoría de ellos lo hace en compañía de otra persona mayor de 65 años, con problemas similares a los del acompañante. Un 14% de los jubilados vive solo, colectivo repartido casi por mitades entre los dos sexos, dado que el mayor número de jubilados varones se ve compensado en estas edades con la mayor longevidad de la mujer. En el conjunto de la población mayor de 65 años, la vida en solitario supera el 18% (2). Estos datos sugerirían una deficitaria red de apoyo, con una eficacia relativa, principalmente en el caso del apoyo material ya que los miembros de la red social más cercanos al jubilado adolecerán de problemas similares. A la inactividad como factor de riesgo para la persona jubilada, puede unirse un eventual déficit de recursos económicos (propio de la jubilación) y los riesgos propios de edades elevadas. Los jubilados padecen más enfermedades e incapacidades crónicas, se ven más impedidos por ellas y hacen un mayor uso de recursos sanitarios, tanto en medicina general como en asistencia especializada. Solamente el dentista es más visitado por los no jubilados (16).

A nivel autonómico de Andalucía, el análisis de nuestra fuente de datos refrenda los resultados citados arriba en aquellos aspectos que son recogidos por la Encuesta de Redes Familiares (ERF). Está articulada por la necesidad o no de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC)<sup>3</sup>, lo que marca, de entrada, una diferenciación de los encuestados según su dependencia o no de otras personas. Se expone, a continuación, un resumen de los resultados más interesantes para ilustrar la reflexión posterior.

- En Andalucía, un total de 679.088 personas necesitan ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana. De ellas, el 55,9% ha estado hospitalizada en los últimos 10 años.

<sup>1</sup>En todos los casos  $P < 0,01$ .

<sup>2</sup>Se quedan fuera del estudio Agricultura y Servicios por reducido tamaño de la muestra.

<sup>3</sup>Son aquellas relativas al cuidado personal, movilidad en el hogar, tareas domésticas y funciones básicas de tipo mental o intelectual como cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, asearse, controlar las necesidades, vestirse, desvestirse y arreglarse, comer y beber, reconocer personas y objetos y orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas. Además, en la encuesta se ha incluido mayor información, preguntando también por lo relacionado a gestionar sus propios recursos, como la capacidad de realizar gestiones, ir al médico, etc.



16 El 47% de estos hospitalizados ha superado una estancia media de 15 días (184.142 andaluces). Esto implica un elevado y especializado consumo de recursos sanitarios.

- Un 77,2% de encuestados mayores de 60 años han estado hospitalizados al menos una vez en los últimos 10 años, frente a tan sólo el 22,4% de los menores de 60 años. Así, también en Andalucía podemos esperar un mayor consumo de recursos sanitarios por parte del grupo citado en primer lugar.

- Por otra parte, las estancias hospitalarias cortas son más probables en población no dependiente que en población dependiente. Las estancias de hospitalización menores de 15 días, en población no dependiente de entre 61 y 80 años, presentan una probabilidad de 54,5%, frente a 47,3% de la población dependiente. Las estancias más largas (más de 30 días de hospitalización) en estos mismos grupos de edad muestran probabilidades de 11,65% de la población no dependiente, frente a 18% de la dependiente. En todos los grupos de edad, salvo en los mayores de 81 años,<sup>4</sup> las estancias hospitalarias superiores a 30 días son más frecuentes en personas dependientes, alcanzando diferencias de hasta 22,2 puntos porcentuales. Estos resultados señalan la dependencia como un factor facilitador de un mayor consumo de recursos sanitarios (Fig. 1).

- Al contemplar la variable *estado civil* en los análisis, junto con la edad, dependencia y tiempo de hospitalización, se confirma el deterioro de la salud del cónyuge que sobrevive. Ser viudo y necesitar ayuda para las ABVC aumentan el consumo de recursos sanitarios, no sólo por ingreso hospitalario, sino también por necesitar de estancias hospitalarias prolongadas. El 54,1% de las personas viudas ha sido hospitalizada alguna vez en los últimos 10 años, y el 13,6% ha ocupado espacios hospitalarios en estancias mayores de 30 días. Las personas viudas dependientes tienen una probabilidad un 57% mayor de ser hospitalizadas que las viudas no dependientes, y un 58% mayor de permanecer en el hospital más de 30 días.

- Con respecto de la actividad económica, en el caso de la jubilación, la ERF también muestra resultados claros. Casi la mitad de la población jubilada ha necesitado algún tipo de hospitalización en los últimos 10 años. Considerando también la dependencia, vemos que el 68% de las personas que necesitan ayuda para las ABVC está jubiladas y que es un 61,2% más probable que haya sido ingresada una persona jubilada con necesidad de ayuda para las ABVC que sin dicha necesidad. Más del 57% de las personas jubiladas que necesitan ayuda en su vida cotidiana, ha estado ingresada en un hospital al menos una

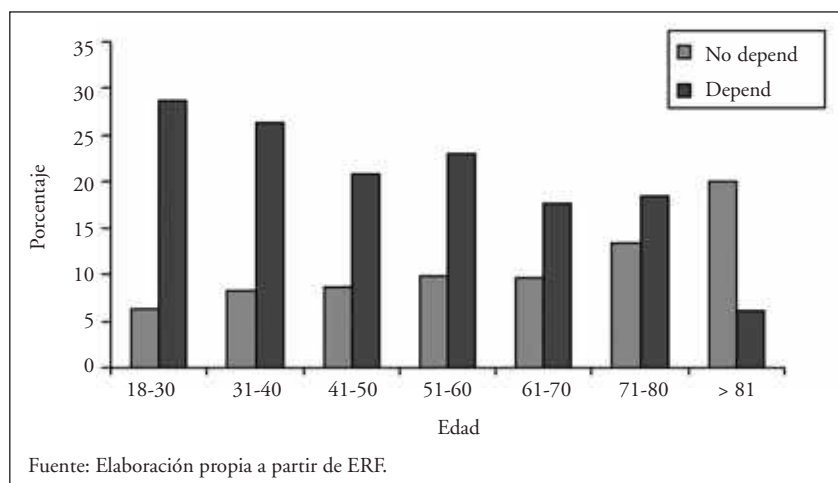


Fig. 1. Encuestados con estancias hospitalarias de 30 días o más.

vez en los últimos 10 años. En cuanto a la duración de la estancia en el hospital, casi el 55% de los jubilados dependientes ha estado ingresado durante más de 15 días.

## DISCUSIÓN

Una de las características más sobresalientes de la estructura demográfica de los países llamados desarrollados es el fuerte envejecimiento de la población. El progresivo incremento del sector mayor de 65 años y la mayor frecuencia de problemas de salud que se dan en este grupo de edad se traducen en un aumento del consumo de los servicios sanitarios y en una necesidad de especialización de los mismos (17). En el ámbito anglosajón, las circunstancias demográficas de finales del siglo XX y principios del XXI han hecho saltar las alarmas, observando en los estudios conclusiones poco menos que apocalípticas (18).

Las consecuencias sobre las sociedades, en general, y sobre los sistemas sanitarios, en particular, no se han hecho esperar. Los servicios de salud en todo el mundo están sufriendo las mismas presiones, que pueden resumirse en el aumento de los costes del servicio, un incremento de necesidades específicas y de la demanda; presiones que deben afrontarse, además, considerando las circunstancias nacionales y locales (19).

Estas circunstancias nacionales se concretan en la asunción de dos modelos de adaptación del sistema sanitario, cada uno con sus implicaciones. El primero de ellos es un modelo exclusionista que delega en otras instituciones la prestación del servicio especializado a este nuevo y numeroso grupo social. El segundo, inclusivo, internaliza la prestación. La reacción exclusionista puede ser (generalmente lo es) heredada de un sistema sanitario de base privatizada, donde el Estado suele limitarse a una regulación legal del sistema o, como máximo, a una prestación y controles básicos del mismo. La reacción inclusiva suele aparejarse a sistemas más centralizados (20). La adapta-

<sup>4</sup>Muy probablemente por razón de desenlace fatal de la hospitalización.

18 ción del sistema sanitario español está más en esta segunda línea, aunque la potencia del fenómeno ha generado también una externalización de la carga hacia el sistema informal de cuidadores, en el propio ámbito familiar.

Las consecuencias de ambos enfoques son fácilmente apreciables, aún más desde la perspectiva histórica que nos ofrecen las tres o cuatro décadas de experiencia. La reacción exclusionista tiene implicaciones discriminatorias hacia el grupo social de los mayores, que se enfrentan claramente a los valores fundamentales sobre los que se han construido las democracias occidentales, fundamentalmente el principio de igualdad de acceso a los recursos públicos. Los cuidados específicos se dicotomizan en un sistema privado, basado en empresas aseguradoras y, por otra parte, un sistema de socialización de costes, donde los cuidadores informales (familiares cercanos, convivientes, parejas, etc.) asumen la prestación del servicio y los enormes costes de todo tipo que ello implica. Por la parte positiva, ofrece una menor carga financiera sobre el Estado.

El afrontamiento inclusivo, por otro lado, tiene como principal característica una mayor coherencia del sistema con los idearios de igualdad propios de la cultura occidental, pero una repercusión financiera enorme en las arcas públicas. Al desequilibrio de las cuentas nacionales, especialmente en épocas de crisis económica como la actual, se añaden problemas en la prestación del servicio, saturado por la especificidad e incremento de la demanda. Las soluciones informales también se presentan en estos contextos.

Desde un punto de vista más estructural, estos problemas sociales provienen de la diferente capacidad de adaptación al cambio de las vidas cotidianas de las personas (adaptación más rápida) y la estructura social (muy estable, con mucha inercia). El cambio social, tradicionalmente lento, se ha acelerado en el último siglo y especialmente durante el último tercio del mismo. Esta velocidad subraya aún más la importancia del escalón entre las dinámicas de vida cotidiana y la estructura social, en un contexto de complejidad y diversidad como en el que vivimos (21).

En cualquier investigación sociológica, en el bloque informativo referido a los aspectos sociodemográficos de los sujetos de estudio, se descubren una serie de variables que muestran influencias significativas sobre la mayoría de las demás variables consideradas. Una de aquellas es la edad, que ofrece una capacidad estructurante fundamental. La edad es, al mismo tiempo, un proceso y un estado construido socialmente e interpretado culturalmente, que hace asumir a las personas roles sociales específicos con el paso del tiempo, que se van transformando con su transcurrir por los estatus sociales que implica cada fase. Cada edad es definida bio-psico-socialmente y la red de expectativas mutuas es específica en cada fase. Como para cualquier otro rol social, las personas nos distinguimos de las posiciones sociales que ocupamos, y nuestro paso por el rol es más rápido que el cambio del rol en sí mismo. Es

decir, las personas asumimos los cambios sociales, pero estos no se reflejan a la misma velocidad en la "lista" de deberes y expectativas propias de las posiciones estructurales que ocupamos. Esta doble velocidad, a la que nos referíamos arriba, en el caso del final de la edad madura y en un contexto demográfico como el contemporáneo, provoca que esta diferencia de ritmo desestabilice los sistemas sociales previstos para dar cobertura a las necesidades de los mayores (22).

Las reacciones de los sistemas sanitarios a estos problemas socioestructurales se ejemplifican en nuevos protocolos para administrar tratamientos o servicios y estrategias alternativas a la hospitalización tradicional, tratando de reducir en el corto plazo el impacto presupuestario del incremento de la demanda específica. En España, se crean Unidades de Hospitalización Domiciliarias (UHD), que otorgan mayor importancia al domicilio del paciente como entorno de cuidados y que, además, pretenden evitar todos aquellos efectos negativos inherentes al ingreso en una institución como es el hospital, derivados del distanciamiento del propio entorno social, como puede ser la pérdida de identidad propia como respuesta al aislamiento y de la separación de la propia cotidianidad.

No obstante, la reacción del sistema en el corto plazo está cargada de dificultades. La alta velocidad del cambio social, unida a las rigideces propias de la adaptación a nuevas circunstancias por parte de la población mayor, junto con las dificultades de asunción de demandas del sistema sanitario, dibujan un panorama difícil en los aspectos relativos a la salud, una de las principales preocupaciones de este sector sociodemográfico.

Las necesidades más específicas de esta población se centran, básicamente, en aspectos relacionados con el déficit de apoyo social y con la seguridad. En concreto, se acepta que el entorno social requerido por las personas mayores debe incluir humanidad, seguridad, consideración y confianza interpersonal (23). Asimismo, los aspectos relacionados con la movilidad se tornan claves para el desarrollo de la vida social. En una sociedad caracterizada por la hipermovilidad y en un grupo social donde las dificultades físicas para la movilidad son frecuentes, aparecen frenos externos (estructurales) e internos (de salud) a la inclusión social de este colectivo (24).

Desde una perspectiva subjetiva, las necesidades son también configuradas por la percepción del bienestar propio, a su vez definido socioculturalmente y con consecuencias en la salud objetiva. Así, la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, el dominio del entorno, el mantenimiento de un propósito en la vida y las posibilidades de crecimiento personal se muestran como las dimensiones más influyentes en el bienestar subjetivo (25) y, por lo tanto, aspectos a considerar en la estrategia de la prestación de servicios específicos a la población mayor.

De este modo, son los riesgos sociales los que se reflejan en riesgos de salud, muy especialmente en esta población mayor que crece de forma acelerada. Las dificultades de



18 adaptación de la estructura social, en general, y de los subsistemas sociales que están previstos para dar respuesta a las necesidades “normales”, en términos cualitativos y cuantitativos, plantean un contexto inestable. En él, añadimos las crisis de identidad social en momentos de cambio social crónico pero, además, específicamente los déficits de apoyo social en los cambios de fase (de *madurez a senectud*, de *trabajo a jubilación*, de *matrimonio a viudedad*,...). La literatura académica ha definido como *efecto jubilación* y *efecto viudedad* a los reflejos que se han encontrado en la salud de las personas en los cambios de estatus y rol que tienen que ver con el abandono del trabajo a edades elevadas y la pérdida de la pareja sentimental, respectivamente.

Hemos contrastado aquí que el efecto de la viudedad también tiene como consecuencia el aumento de recursos sanitarios y el tiempo de utilización de éstos. Estos problemas de salud pueden surgir por muchos factores; entre los más asociados a la pérdida encontramos la disminución o desaparición de las relaciones interpersonales que estaban ligadas al compañero. Tras su muerte, la persona ve mermada su red de apoyo formal y se encuentra en la necesidad de ampliar ésta o incrementar la red de apoyo informal para paliar su falta. Este efecto se manifiesta de manera más sobresaliente si la persona enviudada necesita ayuda en alguna de las esferas de desarrollo de su vida diaria (26).

Las estrategias de afrontamiento ante el citado déficit de apoyo pueden desencadenar un duelo disfuncional, también denominado como duelo patológico. El duelo humano es una reacción adaptativa natural, normal y previsible ante la pérdida de un ser querido; no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano debemos afrontar gran parte de los seres humanos. El duelo patológico se deriva del uso desmedido de los mecanismos defensivos *normales* (27). Acordando una duración media del proceso de duelo de tres años, se estima que en una consulta de Atención Primaria con 1.800 usuarios habrá unas 88 personas en duelo “activo” (28). De aquí, podemos deducir la magnitud de las necesidades de utilización del servicio sanitario derivadas de los procesos de duelo.

Los datos manejados en este trabajo indican que ser viudo y dependiente son dos situaciones que incrementan el consumo de recursos sanitarios, especialmente cuando se superponen; no sólo por la mayor probabilidad de ingreso hospitalario, sino también por lo prolongado de sus estancias. La enfermedad o la muerte del cónyuge pueden originar estrés en la pareja y/o mermarla en apoyo social, emocional, económico u otros apoyos pragmáticos, lo que se refleja en su actividad inmunológica (29).

Finalmente, el trabajo, como valor social que es, especialmente en las generaciones que tratamos aquí, se considera un factor muy influyente en la autoestima, el nivel de satisfacción con la propia vida y la percepción de utilidad personal para la sociedad. Se muestra como una capacidad de los adultos jóvenes e intermedios: gran parte

del esfuerzo de los primeros está centrado en alcanzar las metas laborales, y la vocación puede y suele ser una fuente central de cambio o reafirmación del estilo de vida en los segundos, cuando atraviesan por la transición de los 40 años.

El abandono del trabajo es un momento crucial cuando las personas se acercan a la vejez, pues implica un cambio brusco de estatus. A menudo, conlleva el deterioro de la situación económica del sujeto, cambios en su estado emocional, en las relaciones con familiares, amigos y con la sociedad en general, debido a las asunciones de nuevos roles; pero, ante todo, determina una transformación en las actividades de la persona (30). Se resiente en el jubilado la percepción de posibilidades sociales, con mayor gravedad en edades superiores a los 70 años. El equilibrio personal del período de la edad madura, vigente aún al entrar en el período de la jubilación, es notablemente más inestable en este último; cualquier elemento negativo tendrá una mayor incidencia que en otro período evolutivo del sujeto (31).

## CONCLUSIONES

La tendencia sociodemográfica consistente en el envejecimiento poblacional, se distribuye de manera simultánea a la cronificación de las enfermedades, propia de las últimas etapas de la vida humana. Las consecuencias en términos de dependencia, junto con el resto de dependencias derivadas de otras discapacidades, hacen que nos encontremos en un momento histórico donde las decisiones estratégicas a tomar sobre estas temáticas tengan un alcance especial, tanto en la calidad de vida de amplios grupos de población, como en las consecuencias éticas de implementación de las políticas que correspondan.

La línea estratégica ya iniciada, tanto en las respuestas exclusivas como inclusivas de los sistemas sanitarios, de la externalización de la atención sociosanitaria y de cuidados, va a ser contraproducente para las mismas razones que fundamentan su inicio; básicamente, la reducción de costes sanitarios y el incremento de calidad de vida de los pacientes. El logro de la reducción de costes sanitarios se verá afectado por el incremento de costes que supondrán las demandas propias de la sobrecarga del entorno social inmediato del paciente derivado. El incremento de la calidad de vida de los pacientes será a cargo de su decremento en los cuidadores informales y, como consecuencia, de la salud física y mental de éstos si no recurren a estrategias eficaces.

El complejo entramado de causas, mutuamente influidas y generadas, sugiere la necesidad de una respuesta integral por parte de multitud de sectores sociales y de la administración. Las demandas del sector de mayor edad de la población están conllevando fuertes problemas en *procesos y resultados* de los servicios públicos responsables, porque están intentando dar respuesta a una problemática que no proviene sólo de su ámbito competencial. Las responsabilidades en materia de salud de la población están siendo presionadas, por la evolución del contexto, ha-

20 cia su dispersión a lo ancho de todo el nivel político y competencial de los gobiernos. En este sentido, y como condición inicial, la distribución presupuestaria entre los entes competenciales al nivel correspondiente (comisionados europeos, ministerios nacionales, consejerías regionales o equivalentes...) deberá ser un reflejo fiel de la diversificación epidemiológica que pretende ilustrar básicamente este trabajo. Éste será el primer paso para la asunción real de la filosofía preventiva en la salud, idea proveniente de los ya lejanos años 70 del pasado siglo.

Así, por ejemplo, el trabajo en pro de comprender y mejorar las fuentes de apoyo social, que se contrastan como un factor protector de la salud, se muestra como fundamental y verdaderamente en la línea de la ideología preventiva y de la eficiencia en la prestación

de servicios públicos, en términos de presupuestos generales y no del presupuesto específico de un determinado y exclusivo nivel competencial (el de Salud). Los llamados *efecto viudedad* y *efecto jubilación* son claros ejemplos de ello, donde la pérdida o disminución de apoyos y relaciones sociales ligados al compañero fallecido (en el primer caso), o ligados al trabajo (en el segundo), producen un incremento sustancial en la probabilidad de enfermar y de consumir recursos sanitarios.

#### AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias al Instituto de Estadística de Andalucía, que proporcionó los datos primarios analizados en el mismo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad hospitalaria 2004. 2006.
- Abellán García A, Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P. Los mayores en España. Madrid: MTAS; 2006.
- Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud. 2006.
- Bednash G, Fagin C, Mezey M. Guest editorial. Geriatric content in nursing programs: a wake-up call. *Nurs Outlook* 2003; 51 (4): 149-50.
- Abellán García A, Puga MD. Una España que envejece. *Papeles de Economía Española* 2005; 104: 57-75.
- Rodríguez Castedo A, Cobo Gálvez R. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2005.
- Rodríguez Rovira E. Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor. Santander: Cantabri Académica 2004; 194: 68.
- Gómez Sancho M. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Aran; 1999.
- Onrust S, Cuijpers P. Mood and anxiety disorders in widowhood. A systematic review. *Aging Ment Health* 2006; 10 (4).
- Gómez Raposo M, Macías Colorado ME, Rodríguez Vázquez C. Grado de dependencia de la población mayor de 65 años en la Zona Básica de Salud de Ayamonte. *Enfermería Comunitaria* 2008; 4.
- Puga D. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsiones para 2010. Madrid: Pfizer; 2003.
- Otero A, Zunzunegui M, Béland F, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes M. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Bilbao: BBVA; 2006.
- Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoralas Fernández G, Pérez Ortiz L *et al.* A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007.
- Lizaso I, Sánchez de Miguel M, Reizabal L. Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Psicología del Trabajo* 2008; 24 (3): 303.
- Martínez P, Flórez JA, Ancizu I, Valdés C, Adeva J. Repercusiones psicosociales y psicológicas de la jubilación. *Psicothema* 2003; 15 (1): 49.
- Del Llano Señarís J, Pérez Camarero S, Hidalgo A. El impacto de la jubilación sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Editorial Fundación Gaspar Casals, 2004.
- Iturria Sierra J, Márquez Calderón S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un período de hospitalización. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71: 281.
- Robertson A. Beyond Apocalyptic Demography: Towards a Moral Economy of Interdependence. *Ageing and Society* 1997; 17 (4): 425-46.
- Kikuzawa S, Olafsdottir S, Pescosolido BA. Similar Pressures, Different Contexts: Public Attitudes toward Government Intervention for Health Care in 21 Nations. *J Health Soc Behav* 2008; 49 (4): 385-99.
- Stevens F. The convergence and divergence of modern care health systems. In: Cockerham W (ed). *Maldem, Massachussets: Blackwell Publishers*, 2001. p. 158.
- McMullin JA. Diversity and the state of sociological aging theory. *The Gerontologist* 2000; 40 (5): 517-530.
- Riley MW. *Social Change and the Life Course, Vol. 1: Social Structures & Human Lives*. Newbury Park: Sage; 1988.
- Juergen H. Mobility in old age. Beyond the transportation perspective. *Journal of Applied Gerontology* 2009; 28 (4): 411.
- SIZE. Life quality of senior citizens in relation to mobility condition. 2006. Disponible en: <http://www.size-project.at>. Acceso: 05/25, 2010.
- Stolk R, Hutter I, Wittek R. Population ageing research: a family of disciplines. *European Journal of Epidemiology* 2009; 24: 715.
- Bermejo Higuera J. La soledad de los mayores. *Ars Medica* 1999; 8 (8).
- García G, Landa P, Trigueros M, Gaminde I. Guía el duelo. *Atención Primaria* 2005 2005; 35 (7): 353-8.
- Vázquez Merino A. Duelo disfuncional inhibido como diagnóstico diferencial enfermero en problemas de afrontamiento. *Index de Enfermería* 2008; 4 (2).
- Christakis NA, Fowler JH. Social network visualizations in epidemiology. *Norsk Epidemiologi* 2009; 1 (19): 5-16.
- Piñón Payá M. Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación; 1999.
- Remond L. Jubilación: efectos médicos y psicosociales. *Acta Médica Peruana* 2005; XXII: 134.