

Madrid

2007

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid

Objetivo 5
Envejecer en buena salud

5

Objetivo 5. Envejecer en buena salud

Para el año 2020, las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y de desempeñar un papel socialmente activo.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Los servicios sanitarios y sociales, a escala local, proporcionan asistencia a las personas mayores en sus vidas cotidianas de acuerdo con sus necesidades y perspectivas, llegando hasta ellas y contribuyendo a que sean más activas y tengan más capacidad de autoayuda.*
- *Todas las comunidades desarrollan programas que coordinan, monitorizan y evalúan los servicios disponibles para las personas mayores y garantizan que existen suficientes recursos disponibles para llevar a cabo esta tarea.*

5.1. Análisis sociosanitario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid

5.1.1. Aspectos demográficos

Como se vio en el capítulo 2, la Comunidad de Madrid es ya una población con un nivel relativamente alto de envejecimiento, y con tendencia a que el peso de las personas de 65 y más años siga creciendo. Más aún, la proporción de población de las edades más altas –más de 85 años de edad- crece más rápidamente que la del conjunto del grupo de 65 y más. Es lo que se denomina envejecimiento del envejecimiento, o sobre-envejecimiento demográfico. Este gran grupo de edad de personas mayores es internamente heterogéneo, tanto en términos de salud, como de nivel educativo o socioeconómico, como por género: a medida que aumenta el envejecimiento, crece la proporción de mujeres, ya de por sí mayoritaria, sobre el total del grupo. De ahí que el Índice de Envejecimiento (cociente entre la población de 65 y más años sobre la menor de 15) sea manifiestamente mayor en las mujeres (139 por ciento) que en los hombres (89 por ciento).

Geográficamente se advierten diferencias en el nivel de envejecimiento de la población madrileña. Las Áreas de Salud con menor peso de las personas mayores son la 9, la 3 y la 10, y las más envejecidas la 7, la 2 y la 4 (tabla 5.1). Dentro de las Áreas hay también variaciones que se pueden apreciar en los mapas de la figura 5.1, donde se representan los principales indicadores de estructura demográfica por Distritos de Salud.

Área de Salud	% población 65 y más		% población 85 y más		% población (P85+/P65+)		Índice de dependencia de mayores (P65+/P15-64)		Índice de envejecimiento (P65+/P0-14)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1	14,0	19,3	1,3	3,1	9,5	15,8	19,6	28,4	96,4	150,5
2	13,8	19,6	1,7	3,9	12,2	19,9	18,9	27,9	107,5	188,9
3	9,7	12,5	0,9	2,2	9,5	17,3	12,9	17,0	63,2	87,8
4	15,6	20,9	1,4	3,1	9,0	15,0	22,1	31,1	113,4	177,2
5	12,7	16,7	1,4	3,2	10,7	18,9	17,4	23,7	85,9	130,8
6	10,2	13,7	1,2	3,2	11,6	23,1	14,3	19,4	55,8	85,5
7	15,9	22,8	1,9	4,5	11,7	19,6	21,6	33,3	152,6	261,2
8	11,4	14,8	1,3	3,2	11,3	21,3	15,3	20,4	82,2	117,8
9	9,0	11,5	0,8	1,9	8,4	16,3	11,7	15,4	61,4	84,5
10	9,9	13,0	0,9	2,4	9,4	18,1	13,2	17,8	66,0	91,9
11	14,5	20,5	1,5	3,5	10,6	17,1	20,3	30,5	103,9	166,4
CM	12,8	17,5	1,3	3,2	10,4	18,2	17,6	25,1	84,1	139,1

Tabla 5.1. Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años por Área de Salud y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES), a abril del 2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

Proporción de población de 65 y más años

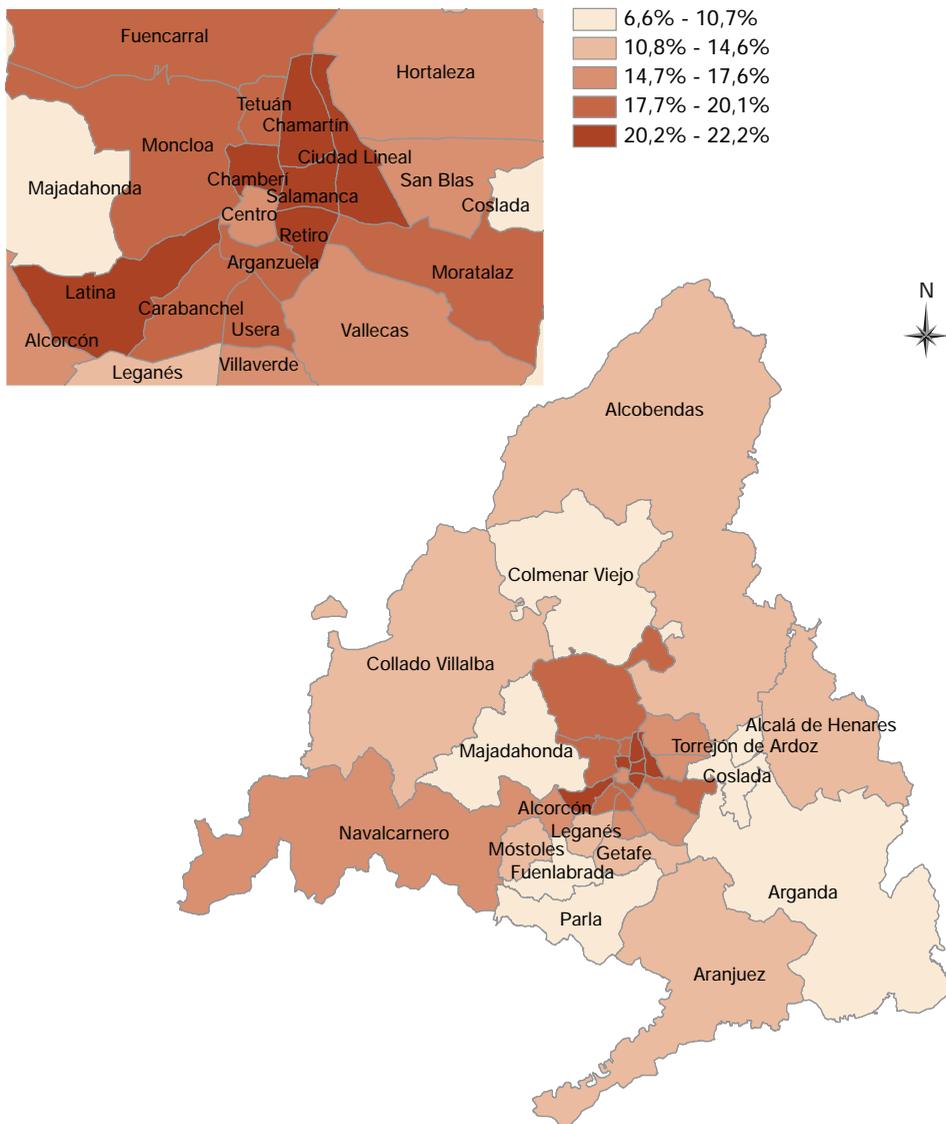
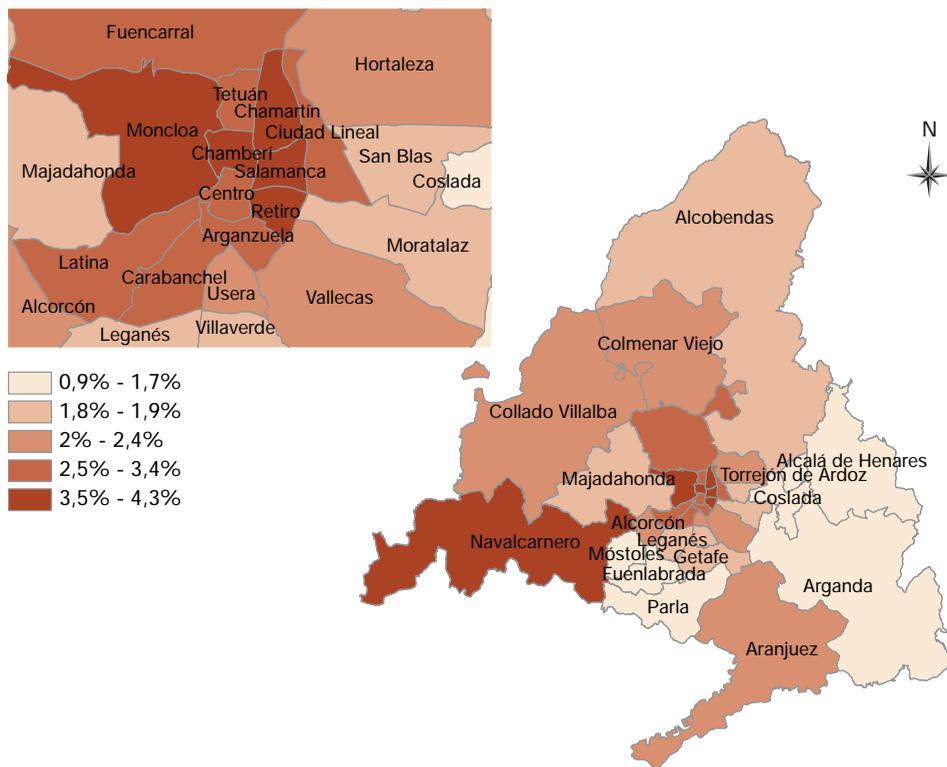


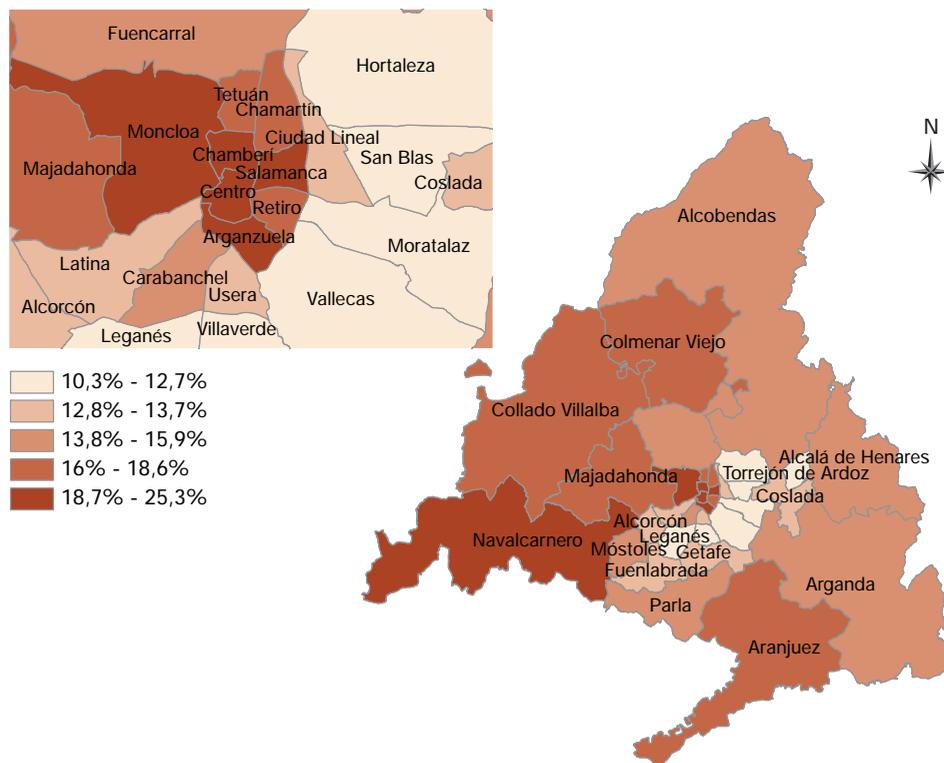
Figura 5.1. Indicadores demográficos de estructura de la población de 65 y más años por Distrito de Salud. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES), a abril del 2007. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Unidad de Análisis Geográfico. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

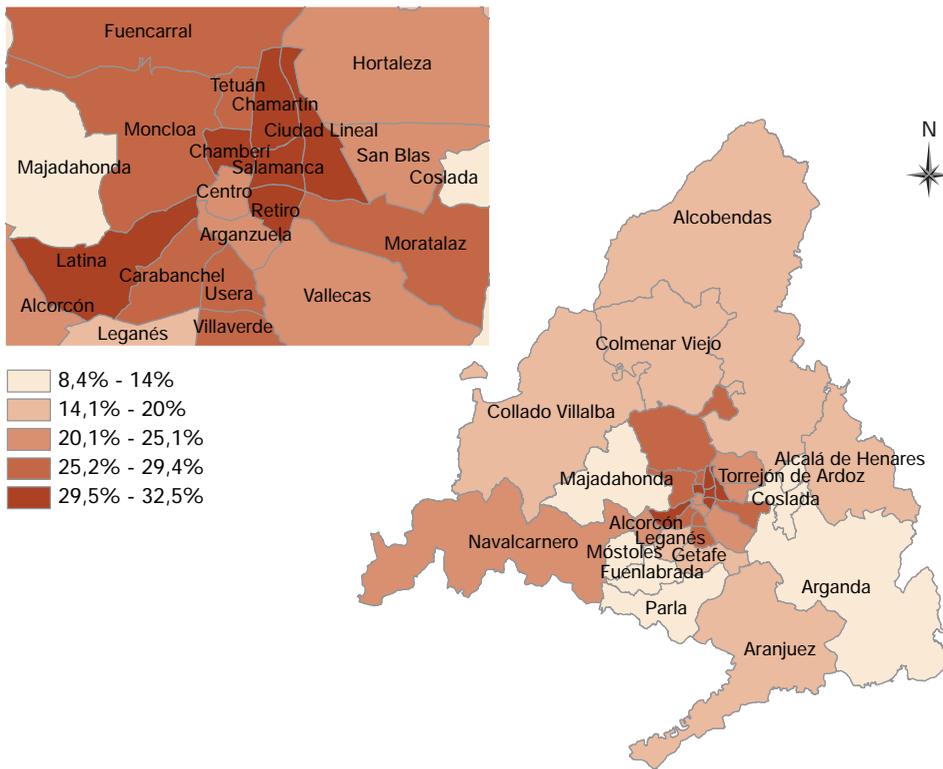
Proporción de población de 85 y más años



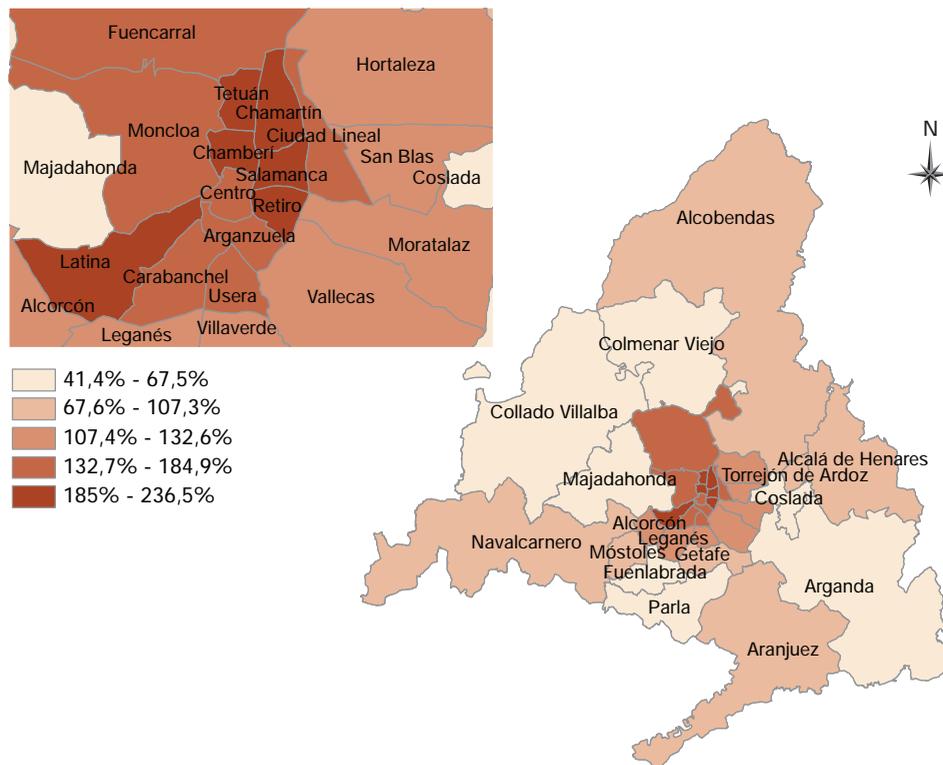
Proporción de población de 85 y más años sobre población de 65 y más



Índice de dependencia de mayores (P65+/P15-64)



Índice de envejecimiento (P65+/P0-14)



5.1.2. Mortalidad

La mortalidad en mayores de 65 años (tabla 5.2 y figura 5.2) supone el 81% del total de muertes lo que traduce una elevada esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres. En hombres el 74,0% de las defunciones se producen después de los 65 años, siguiendo un patrón similar en todas las causas, excepto en las enfermedades infecciosas en las que el 58% se producen antes de esta edad y las causas externas en donde el 74% de los fallecimientos se produce antes de los 65 años. En mujeres, el 87,7% de los fallecimientos se producen después de los 65 años, y no son tan marcadas las diferencias que se comentaban en los hombres, así sólo el 25% de las enfermedades infecciosas se producen antes de los 65 años y el 45% de las causas externas. Este hecho marca en gran medida las diferencias de esperanza de vida que se producen entre géneros.

La primera causa de muerte a estas edades son en hombres los tumores (tasa de 1.486,4 por 100 mil) y de ellos el tumor de tráquea, bronquios y pulmón, produce una media de 1.232 muertes anuales en el último quinquenio, y en 2005, 1.302 muertes. El segundo es el tumor de próstata (495 muertes en 2005) y el tercero el de colon con 468 fallecimientos en el año 2005. La segunda causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (tasa de 1.309,3 por 100 mil) y el infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca con 959 y 643 fallecimientos en 2005 son las causas fundamentales en este grupo, y la tercera son las enfermedades respiratorias (tasa de 828,3 por 100 mil), siendo el EPOC y las neumonías las que producen más defunciones en estas edades. En mujeres la primera causa de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio (tasa de 1.321,4 por 100 mil) siendo la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca y el infarto agudo de miocardio las enfermedades que producen más muerte. La segunda son los tumores (tasa de 666,4 por 100 mil), fundamentalmente de colon (media quinquenio de 404 fallecimientos al año y 441 en el año 2005) y mama (media quinquenio de 412 fallecimientos al año y 388 fallecimientos en el 2005). La tercera son las enfermedades del aparato respiratorio (tasa de 481,1 por 100 mil), el epígrafe otras enfermedades respiratorias (CIE10 - 0670) y las neumonías son las patologías más frecuentes en este grupo.

	Hombres			Mujeres		
	Defunciones*	%**	Tasa***	Defunciones*	%**	Tasa***
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	968	41,6	58,6	1.278	74,9	51,8
II. Tumores	24.539	70,8	1.486,4	16.442	72,8	666,4
III. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, inmunológicas	181	69,3	11,0	319	85,8	12,9
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas	1.457	85,4	88,3	2.625	94,7	106,4
V. Trastornos mentales y del comportamiento	1.477	93,0	89,5	3.754	98,9	152,1
VI. Enfermedades del sistema nervioso	2.152	80,6	130,4	3.947	91,0	160,0
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	1	50,0	0,1	1	50,0	0,0
VIII. Enfermedades del oído y apófisis mastoides	2	100,0	0,1	3	75,0	0,1
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	21.615	83,1	1.309,3	32.605	95,7	1.321,4
X. Enfermedades del sistema respiratorio	13.674	90,8	828,3	11.870	96,1	481,1
XI. Enfermedades del sistema digestivo	3.819	68,1	231,3	4.732	89,6	191,8
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	130	86,7	7,9	365	96,3	14,8
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	364	87,9	22,0	898	95,0	36,4
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	2.236	91,8	135,4	2.702	96,2	109,5
XVII. Malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas	34	10,1	2,1	42	15,6	1,7
XVIII. Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	1.878	47,4	113,8	2.657	80,7	107,7
XX. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	1.319	26,2	79,9	1.361	55,1	55,2
Total	75.846	74,0	4.594,3	85.601	87,7	3.469,3

* Número de defunciones en el periodo 2001-2005

** Porcentaje de defunciones en personas de 65 y más años sobre el total de defunciones

*** Tasa bruta por 100.000 en personas de 65 y más años

Tabla 5.2. Mortalidad quinquenio 2001-2005 para personas de 65 y más años, por grandes grupos de causas CIE-10. Comunidad de Madrid.

Fuente: Movimiento Natural de la Población y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

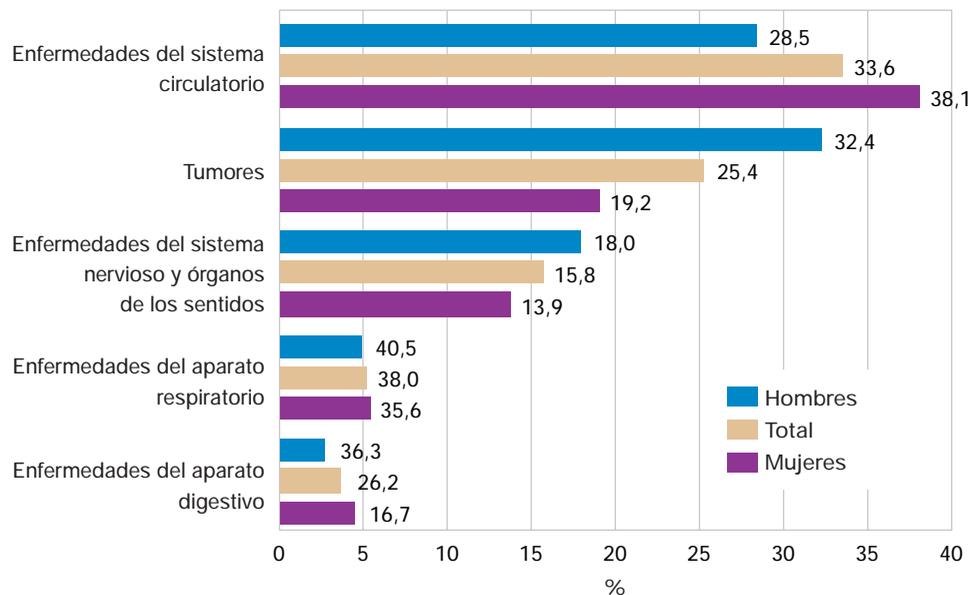


Figura 5.2. Principales causas de mortalidad en personas de 65 y más años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2001-2005.

Fuente: Movimiento Natural de la Población, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

5.1.3. Morbilidad en Atención Primaria

Las personas de 65 y más años que han acudido a Atención Primaria durante el año 2005 fueron 683.794 lo que supone que el 75% de la población de esta edad ha visitado en algún momento los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid (tabla 5.3). Este porcentaje podría ser inferior al real si tenemos en cuenta que en los datos que se han considerado de Tarjeta Individual Sanitaria hay un retraso en la eliminación de personas que han fallecido.

Se han atendido en las consultas de atención primaria un total de 3.287.909 episodios de enfermedad en mayores de 64 años (tabla 5.4). La primera causa de consulta fue la hipertensión arterial no complicada, tanto en hombres como en mujeres, suponiendo 310.252 episodios (9,4% del total de episodios durante el año 2005). La tasa de incidencia estimada de hipertensión arterial fue de 52,2 por mil y la tasa de prevalencia de 340 por mil habitantes año (tabla 5.5). La segunda causa fueron las infecciones respiratorias agudas, seguido de las consultas por trastornos del metabolismo lipídico y la diabetes no insulino-dependiente.

Tabla 5.3. Personas de 65 y más años que han acudido a Atención Primaria, según Área de Salud y sexo. Porcentajes respecto a la población que consta en cada categoría. Comunidad de Madrid, 2005.

Área	65 y más años					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1	38.754	77,0	59.007	80,1	97.761	78,8
2	19.509	69,1	33.934	72,3	53.443	71,1
3	12.666	76,8	17.170	80,9	29.836	79,1
4	33.184	76,5	50.608	79,3	83.792	78,2
5	31.383	71,1	47.256	74,5	78.639	73,1
6	20.186	69,0	30.351	71,9	50.537	70,7
7	24.529	61,3	42.149	64,9	66.678	63,5
8	18.529	72,0	25.290	75,3	43.819	73,9
9	13.657	80,3	18.027	83,5	31.684	82,1
10	12.768	82,4	17.870	87,5	30.638	85,3
11	46.018	76,5	70.949	78,3	116.967	77,6
Total	271.183	73,2	412.611	76,1	683.794	74,9

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIAP-1	65 y más años						85 y más años				
	Total		Hombres		Mujeres	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	Orden	Orden	Orden	N	%	Orden	Orden	Orden	
K86	Hipertensión no complicada	310.252	9,4	1	1	1	31.636	9,4	1	1	1
R74	Infección respiratoria aguda superior	237.751	7,2	2	2	2	18.929	5,6	2	2	2
T93	Trastornos metabolismo lipídico	139.336	4,2	3	4	3	6.668	2,0	6	11	6
T90	Diabetes no insulino dependiente	123.335	3,8	4	3	4	11.468	3,4	4	3	4
L99	Otras enfermedades aparato locomotor	75.841	2,3	5	10	5	6.280	1,9	7	14	7
U71	Cistitis/otras infecciones urinarias	51.790	1,6	6	21	6	7.276	2,2	5	12	5
R78	Bronquitis aguda	47.731	1,5	7	8	10	5.329	1,6	11	7	13
B85	Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas	45.918	1,4	8	7	15	3.670	1,1	19	15	22
K87	Hipertensión afectación órgano diana	45.812	1,4	9	9	11	6.106	1,8	8	8	9
T82	Obesidad	44.657	1,4	10	14	7	1.802	0,5	48	58	42
L03	Signos/sintomas lumbares	44.306	1,3	11	11	9	3.050	0,9	26	21	27
F92	Catarata	40.572	1,2	12	12	12	3.926	1,2	16	16	16
L28	Incapacidad aparato locomotor	23.915	0,7	28	41	24	12.307	3,7	3	4	3
K78	Fibrilación auricular	30.441	0,9	17	16	23	5.363	1,6	10	10	10
D12	Estreñimiento	27.930	0,8	22	24	20	5.037	1,5	12	13	12
Y85	Hipertrofia prostática benigna	29.641	0,9	19	5	-	2.099	0,6	37	6	-
R95	EPOC	29.503	0,9	20	6	81	3.180	0,9	23	5	57
L95	Osteoporosis	32.370	1,0	14	147	8	1.821	0,5	46	148	31
H81	Cera excesiva conducto auditivo	31.087	0,9	16	13	25	4.109	1,2	14	9	20
U04	Incontinencia urinaria	20.489	0,6	35	72	26	5.957	1,8	9	18	8
P70	Demencia	13.908	0,4	55	73	48	4.678	1,4	13	23	11
...			
Total		3.287.909	100				336.876	100			

Tabla 5.4. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 65 y más años, según sexo. Distribución porcentual y número de orden. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

CIAP-1	Hombres		Mujeres		Total	
	Prevalencia	Incidencia	Prevalencia	Incidencia	Prevalencia	Incidencia
K86 Hipertensión no complicada	281,3	45,5	380,1	56,4	340,0	52,0
R74 Infección respiratoria aguda superior	257,7	215,9	262,4	221,7	260,5	219,4
T93 Trastornos metabolismo lipídico	129,4	32,7	168,6	40,3	152,7	37,2
T90 Diabetes no insulino dependiente	144,4	23,2	128,9	20,9	135,2	21,8
L99 Otras enfermedades aparato locomotor	51,2	28,6	104,9	47,3	83,1	39,7
U71 Cistitis/otras infecciones urinarias	27,2	21,9	77,0	59,3	56,8	44,1
R78 Bronquitis aguda	55,5	42,7	50,1	40,0	52,3	41,1
B85 Pruebas anormales sanguíneas inexplicadas	58,8	32,6	44,5	25,8	50,3	28,6
K87 Hipertensión afectación órgano diana	53,6	6,9	47,9	6,4	50,2	6,6
T82 Obesidad	36,9	9,3	57,2	13,1	48,9	11,5
L03 Signos/sin lumbares	44,3	32,7	51,4	35,4	48,6	34,3
F92 Catarata	39,5	25,3	47,9	29,3	44,5	27,7
L28 Incapacidad aparato locomotor	16,6	7,4	32,8	12,5	26,2	10,4
K78 Fibrilación auricular	34,0	10,8	32,9	10,4	33,4	10,6
D12 Estreñimiento	24,9	18,6	34,5	24,6	30,6	22,2
Y85 Hipertrofia prostática benigna	79,8	26,2	-	-	-	-
R95 EPOC	64,4	15,6	10,5	3,1	32,3	8,2
L95 Osteoporosis	4,3	2,2	56,7	23,3	35,5	14,7
H81 Cera excesiva conducto auditivo	39,3	33,2	30,5	26,4	34,1	29,1
U04 Incontinencia urinaria	10,8	7,0	30,4	18,0	22,5	13,5
...						
Total	3.251,7	1.838,4	3.842,7	2.188,4	3.603,0	2.046,4

* En el cálculo de la prevalencia se consideran el total de episodios y en la incidencia sólo los episodios nuevos diagnosticados en 2005

Tabla 5.5. Episodios más frecuentes de consulta en Atención Primaria en la edad de 65 y más años, según sexo. Tasas de prevalencia e incidencia por mil*. Comunidad de Madrid, 2005.

Fuente: OMI-AP y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

5.1.4. Morbilidad atendida en urgencias (SUMMA 112)

La distribución de la atención urgente por género puede observarse en la figura 5.3. La principal causa de atención urgente en mayores de 65 años fue el dolor, lo que supone un 21% de las atenciones (143.670 atenciones urgentes en los últimos 3 años), la segunda causa fueron las crisis asmáticas y la disnea (13%, 84.121 atenciones). Las consultas médicas y farmacológicas ocuparon el tercer lugar, seguido de los problemas neurológicos y la fiebre (tabla 5.6).

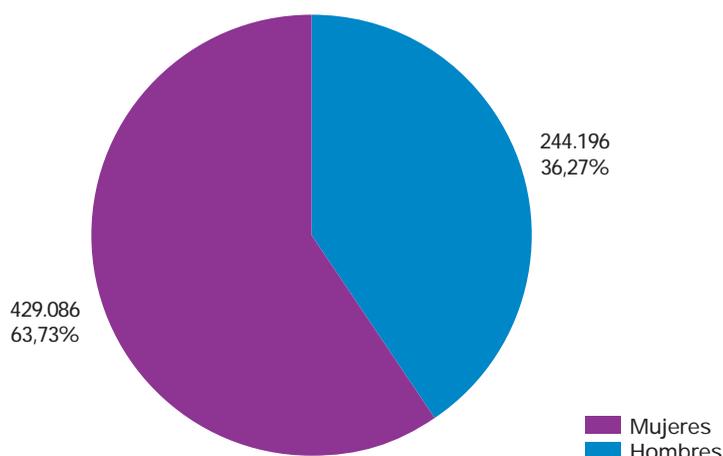


Figura 5.3. Distribución por sexo de las atenciones realizadas por SUMMA 112 en personas de 65 y más años. Comunidad de Madrid, 2004-2006.

Fuente: Sistema de Información SUMMA 112. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dolor	46.779	19	96.981	23	143.670	21
Crisis asmáticas - disnea	38.741	16	45.380	11	84.121	13
Consultas médicas y farmacológicas (incluye tos)	24.327	10	52.996	12	77.323	12
Mareos - vértigos	13.891	6	34.692	8	48.583	7
Desorientación - incoherencia - focalidad neurológica	13.394	6	21.543	5	34.937	5
Fiebre	11.509	5	12.496	3	24.005	4
Inconsciente en domicilio	10.018	4	13.746	3	23.764	4
Hemorragias	10.350	4	10.879	3	21.229	3
Descompensación diabética	5.848	2	13.347	3	19.195	3
Hipertensión arterial	2.505	1	8.484	2	10.989	2
Otras patologías	65.627	27	117.327	27	182.954	27
Total	242.989	100	427.781	100	670.770	100

Tabla 5.6. Atenciones realizadas por el SUMMA 112 en personas de 65 y más años. Comunidad de Madrid, 2004-2006.

Fuente: Sistema de Información SUMMA 112. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

5.1.5. Morbilidad hospitalaria

En las tablas 5.7 y 5.8 y las figuras 5.4 y 5.5 se pueden ver las principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años. La principal causa de alta hospitalaria durante el año 2006 han sido las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, suponiendo una tasa de 53,02 por 1.000. De los casos registrados en esta rúbrica, tienen un gran peso las operaciones de cataratas (36.384 operaciones de este tipo en 2006).

La segunda causa fueron las enfermedades del aparato circulatorio, dentro de ellas las patologías más frecuentes fueron las insuficiencias cardíacas (código 428 de la CIE-9-MC) con un total de 10.686 ingresos, las disritmias cardíacas y alteraciones de la conducción (códigos 427 y 426) con 4.784 ingresos (ambas dentro del epígrafe de otras enfermedades del aparato circulatorio, código 69). Las enfermedades cerebrovasculares (código 67) con 8.577 ingresos y la enfermedad isquémica del corazón (código 65), con 5.678 y el infarto agudo de miocardio (código 64) con 3.216 ingresos son las patologías más frecuentes después del grupo de otras enfermedades del aparato circulatorio.

La tercera causa son los tumores, con un peso importante en los hombres. Los más frecuentes son los tumores malignos de piel (código 22) que han generado 6.100 ingresos, la segunda localización específica que ha generado más ingresos son los tumores de vejiga (código 31) con 3.146 ingresos, y de ellos 2.631 en hombres. El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (código 18) ha generado 2.117 ingresos, 1.839 en hombres. El cáncer de colon (código 12) con 1.965 es la siguiente localización específica más prevalente durante el año 2006.

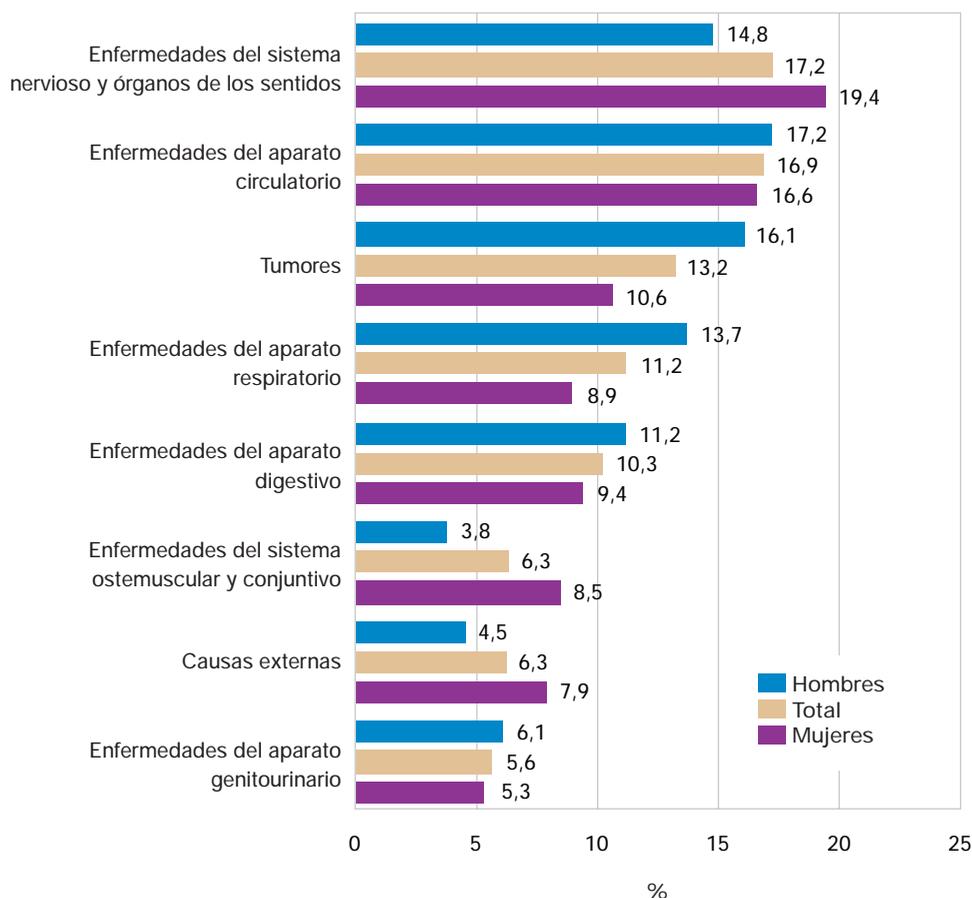
Tabla 5.7. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

	N	Tasa
Total	270.310	308,63
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	46.438	53,02
Enfermedades del aparato circulatorio	45.670	52,14
Tumores	35.771	40,84
Enfermedades del aparato respiratorio	30.271	34,56
Enfermedades del aparato digestivo	27.735	31,67
Enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo	17.055	19,47
Causas externas	17.006	19,42
Enfermedades del aparato genitourinario	15.237	17,40

Figura 5.4. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, por sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.



	Edad					
	65-74		75-84		85 y más	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Total	113.583	248,11	111.676	356,86	45.051	428,59
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	20.214	44,15	22.038	70,42	4.186	39,82
Tumores	18.107	39,55	13.898	44,41	3.766	35,83
Enfermedades del aparato circulatorio	15.393	33,62	19.683	62,90	10.594	100,78
Enfermedades del aparato digestivo	12.574	27,47	10.888	34,79	4.273	40,65
Enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo	9.921	21,67	6.325	20,21	809	7,70
Enfermedades del aparato respiratorio	8.808	19,24	12.898	41,22	8.565	81,48
Enfermedades del aparato genitourinario	7.142	15,60	5.590	17,86	2.505	23,83
Causas externas	5.651	12,34	6.966	22,26	4.389	41,75

Tabla 5.8. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años según grupos de edad. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

65 a 74 años

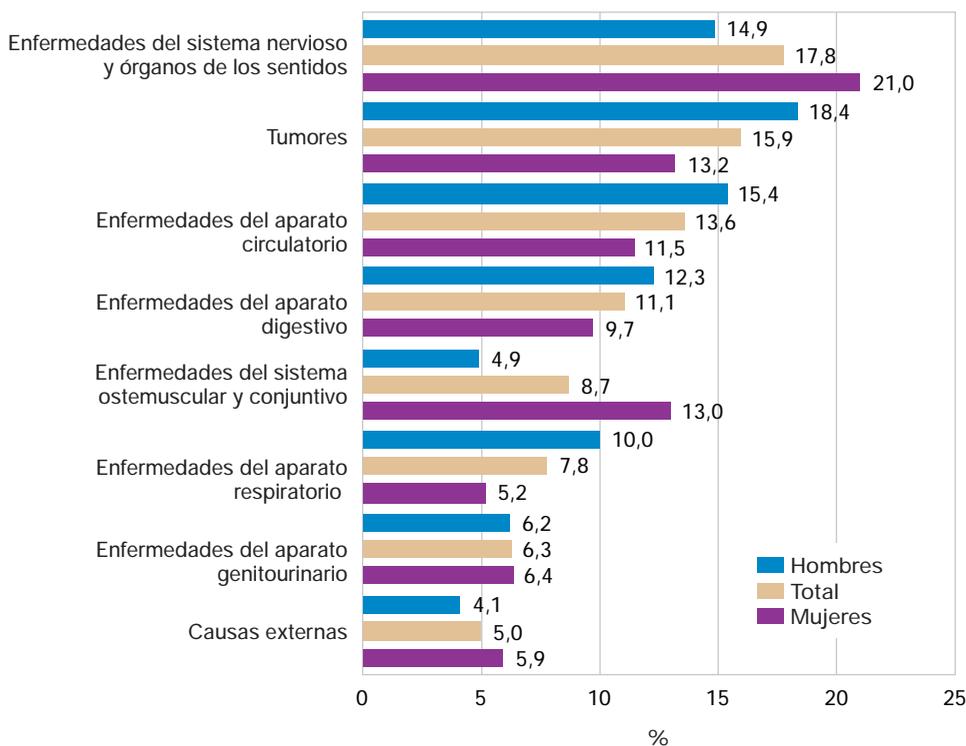
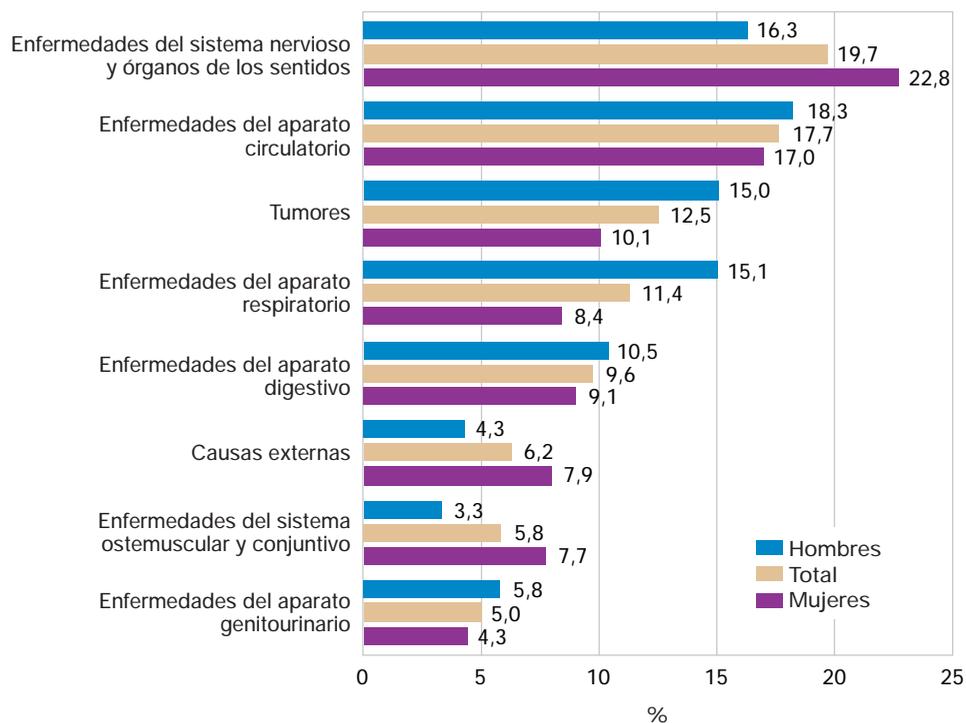


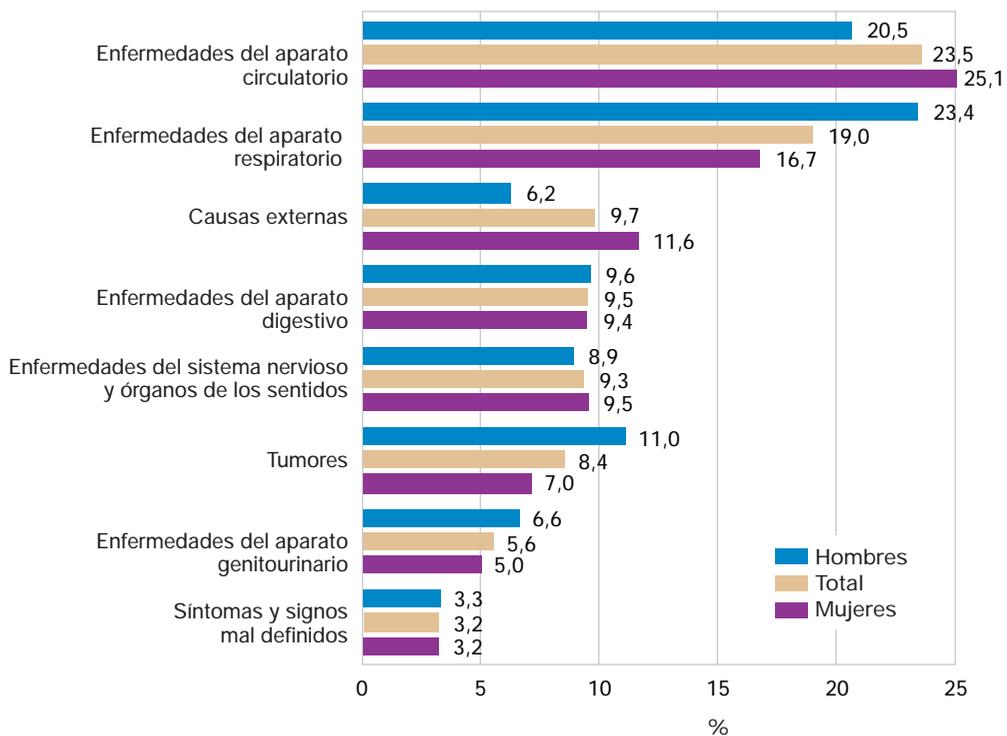
Figura 5.5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en personas de 65 y más años, según grupos de edad y sexo. Distribución porcentual. Comunidad de Madrid, 2006.

Fuente: CMBD. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo.

75 a 84 años



85 y más años



5.2. Áreas focales

5.2.1. Las concepciones de salud de los mayores

El envejecimiento de la población y los problemas de salud asociados a este fenómeno están siendo estudiados desde hace tiempo en nuestra Comunidad utilizando algunas de las herramientas clásicas de la Salud Pública: la demografía y la epidemiología. La primera pone de manifiesto que la población de la Comunidad de Madrid tiene una alta esperanza de vida, que la natalidad ha disminuido con respecto a décadas anteriores y que, por tanto, la población está experimentando un sensible proceso de envejecimiento. La segunda pone énfasis en el aumento de la incidencia de aquellas enfermedades crónicas más frecuentes en la senectud y la repercusión que esto tiene en la asistencia sanitaria.

Para completar la visión, se hace necesario conocer también de qué modo perciben los mayores su situación de salud en relación a su envejecimiento, cuáles son sus necesidades al respecto y que relación mantienen con los recursos sociosanitarios. Por esta razón, en el marco del Sistema de Información sobre Salud de Carácter Sociocultural el Instituto de Salud Pública, se planteó el estudio Las Concepciones de Salud de los Mayores, concebido como actualización de otro anterior realizado en 1994.

Los objetivos particulares del estudio fueron los de conocer:

1. Las concepciones de la salud y de la vida saludable de los mayores.
2. Las actitudes hacia la salud y la enfermedad.
3. La incorporación de hábitos salubres e insalubres. Salud y estilos de vida.
4. La percepción de la salubridad asociada al modo de vida.
5. Principales demandas al sistema sanitario.

Objetivos desde los cuales cabría plantear prioridades relativas a la intervención de los organismos públicos en materia de promoción de la salud.

En los mayores se produce un cambio radical en la relación con el cuerpo ante la eventual aparición del deterioro físico y la enfermedad crónica invalidante. El cuerpo se convierte en objeto permanente de cuidado en salud, para alejar el fantasma recurrente de la invalidez y la enfermedad, y el riesgo de desubicación (social y familiar) consecuente.

Ya la jubilación -en mujeres y hombres que han mantenido durante su vida una actividad laboral plena- incorpora, como se sabe, riesgos claros de desubicación, en la medida en que con ella hace crisis un modo establecido durante largo tiempo de relacionarse con los otros y con uno mismo. En el caso particular de la mujer ama de casa, ante la emancipación de los hijos y la inevitable pérdida de seres queridos, se da también una necesidad palpable de redefinición del propio papel vital establecido previamente en el ámbito de cuidado, que incorpora un riesgo similar de desubicación social y familiar.

En ambos casos, la eventual aparición de la enfermedad crónica invalidante conlleva un riesgo añadido, en la medida en que actualiza acusadamente el miedo a la dependencia. Si algo puede decirse que es característico de los mayores actuales, en comparación con lo que pudiera observarse en otras épocas, es la obsesión por mantener a toda costa la autonomía. Obsesión que expresa claramente un sustrato previo de indudable fragilidad, que no sólo tiene una dimensión corporal (un cuerpo debilitado), sino que incorpora y entremezcla dimensiones económicas, ideológicas y afectivas. Sin lugar a dudas, el trabajo sobre la fragilidad del mayor (que, en última instancia, es un efecto perverso de la evolución de nuestra sociedad) debe enfocar estratégicamente cualquier acción pública y social (incluida la sanitaria) que se realice sobre este colectivo poblacional.

La opción individual por la autonomía tiene, como eje central, el empeño por evitar la enfermedad y, sobre todo, la dependencia a ella asociada. Conseguir valerse por uno mismo es, posiblemente, la máxima aspiración de los mayores, incluso los de edad más avanzada, lo cual pone de manifiesto sin lugar a dudas la debilidad de los recursos (familiares, sociales, institucionales) de apoyo. Ni que decir tiene que la figura actual, tan preocupante por múltiples razones, del anciano solo, es una manifestación también de esa búsqueda activa de autonomía por parte del mayor actual que, en determinados casos extremos, puede derivar en situaciones elegidas de práctico desamparo.

Para mantener lo más posible la autonomía física es necesario, ante todo, preservar la salud; con lo cual la mayoría de las energías se concentran en el capítulo de la prevención de la enfermedad y de la discapacidad. De ello se deduce, como se sabe, una marcada dependencia de los servicios de salud por parte del mayor, pero también una elevada propensión a la modificación de hábitos en la dirección prescrita como saludable y una adhesión acusada a actividades preventivas o rehabilitadoras que prometan limitar o paliar el deterioro físico.

Las acciones y recomendaciones que se transmiten al mayor desde el ámbito sanitario en los capítulos de la prevención y de los hábitos saludables, no siempre se hacen considerando que para él, el cambio de hábitos es terreno de renuncia. Una renuncia de difícil elaboración, puesto que se establece sobre pautas de comportamiento fuertemente arraigadas, sobre las cuales se suele proyectar una expectativa de goce, muy vinculada a la satisfacción vital del mayor. Es importante, por tanto, introducir sensibilidad hacia este tema, y relajar, allí donde no incorpore un riesgo mayor, las recomendaciones de cambio de hábitos, y priorizar aquellas alternativas que incorporen un menor grado de frustración. En este capítulo, las disciplinas de ejercicio físico posiblemente sean las mejor aceptadas, máxime si aparecen asociadas a oportunidades de ampliación de las relaciones sociales.

Todo ello se produce, y se explica, en un contexto delicado desde el punto de vista psicológico, relacionado con la pérdida y la necesidad, como se dijo, de redefinir los vínculos sociales y familiares. Cabría decir que sobre el cuidado en salud del cuerpo se transfieren muchas veces insatisfacciones de otro naturaleza, cuya correcta atención implicaría, en el límite, redefinir la función social del mayor en nuestra sociedad.

De esta adhesión del mayor a las prescripciones saludables no debe deducirse necesariamente una evaluación del todo positiva acerca del resultado de la intervención en salud sobre este grupo poblacional. Semejante evaluación debería de atender también, quizá prioritariamente, al ámbito de la salud psíquica, y considerar la realización de acciones que, trascendiendo el marco limitado de lo sanitario, pero también contando con él, ofrecieran al mayor alternativas válidas de reubicación y reconocimiento social.

Desde un punto de vista didáctico en la figura 5.6 se resume la problemática descrita.

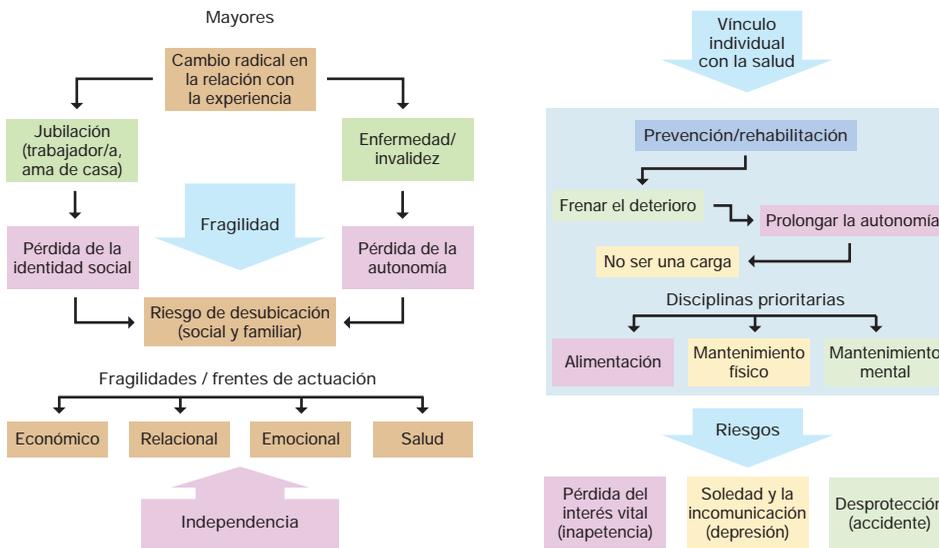


Figura 5.6. Concepciones de salud de los mayores.

Fuente: "Las concepciones de salud de los mayores. Informe 2006". En proceso de publicación en Documentos Técnicos de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo.

Colaboración especial

Antonio Abellán García,
Cecilia Esparza Catalán,
Penélope Castejón Villarejo
(Consejo Superior de
Investigaciones Científicas)

5.2.2. Discapacidad y dependencia en la población mayor

5.2.2.1. Introducción

Se presenta en este apartado una estimación de las personas mayores (65 y más años) con discapacidad y dependencia en la Comunidad de Madrid y se describe alguno de sus rasgos más destacables, características personales, actividades principales para las que han perdido habilidades, y la forma en que se provee asistencia y cuidados de larga duración. Se pretende dibujar el panorama que se abre a los individuos, las familias y los responsables de las políticas sociales ante el incremento del número de personas de edad, y el aumento de la discapacidad y la dependencia que esto genera. Se trata de aportar elementos para conocer las demandas de los ciudadanos y cómo se organiza esa respuesta.

Discapacidad y dependencia

Discapacidad es la dificultad para desarrollar actividades de la vida diaria, habituales para personas de similar edad y condición sociocultural; es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud y sus funciones y estructura corporales) y las demandas del medio, es decir, lo que le exige ese medio (físico, social) para ejecutar actividades.

Esa dificultad para valerse por uno mismo obliga a la persona que la experimenta a solicitar ayuda de otra para poder realizar las actividades cotidianas. En esto consiste la dependencia: es una consecuencia social de la discapacidad; no toda persona con discapacidad necesita ayuda de otra para desarrollar actividades.

Sin embargo, a pesar de sus diferencias conceptuales, en este capítulo se equiparan los términos discapacidad y dependencia, y se fundamenta en el concepto de capacidad: se considera persona con discapacidad o dependencia la que ha declarado que no es capaz de desarrollar actividades cotidianas o puede hacerlas pero con ayuda. Se utiliza esta equiparación precisamente por la forma en que se preparó la encuesta. El indicador manejado se ha obtenido de la Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores (Imsero-CIS, 2006, estudio 2647; en adelante ECVM-06). Como medida de funcionamiento físico es un componente de la salud general. Las medidas o instrumentos para medir la actividad o funcionamiento físicos en la población quedan de hecho limitados a la población de edad.

Las actividades incluidas en el análisis son 18, siete básicas (comer, vestirse, asearse, andar por la casa, levantarse, bañarse y utilizar el retrete), y once instrumentales (comprar, preparar comida, tareas domésticas, tomar la medicación, utilizar el teléfono, salir, utilizar el transporte público, administrar el dinero, hacer gestiones, ir al médico y ponerse los zapatos). Las primeras hacen referencia a tareas de autocuidados y son precisas para mantener la autonomía personal. Las segundas son necesarias para mantener una mayor autonomía del hogar, hacer vida independiente en casa, y requieren toma de decisiones más complejas.

Aspectos demográficos generales

La población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid alcanza la cifra de 870.077 personas (350.795 varones y 519.282 mujeres), a uno de enero de 2006 (INE: Revisión del Padrón municipal 2006, Inebase). Representan el 14,5% de la población total de la Comunidad que ya supera los seis millones de habitantes. Este porcentaje se mantiene estable en los últimos años, o incluso con un ligero retroceso, a pesar del incremento de efectivos de personas de edad (75.279 en los últimos cinco años), porque también han crecido notablemente otros grupos de edad, debido a aportes inmigratorios. Es inferior así mismo a la media nacional (16,7%), que también reproduce esa estabilización en el crecimiento relativo por los mismos motivos.

Destacan cuatro hechos: un elevado porcentaje de personas mayores, un mantenimiento de la feminización de la vejez, una continuación de la tendencia demográfica y un proceso de envejecimiento de las personas ya mayores. La cifra de personas de edad se mantendrá creciente porque cada vez es mayor el número de efectivos de cada cohorte que alcanza los 65 años, tras una ligera pausa en los últimos años que corresponde al paso de las cohortes nacidas en época de la guerra civil de 1936-39; se superará el millón de personas mayores en el año 2012, un 17,5% del total (INE: Proyecciones de población, base censo de 2001). La población de edad madrileña es ante todo femenina: 148 mujeres por cada cien varones; y esa feminización se acentúa con la edad, de forma que a partir de los 85 años hay 270 mujeres por cada cien varones, debido a una mayor mortalidad masculina. La tendencia hacia una inversión demográfica seguirá acentuándose y los mayores superarán a los niños de 0-14 años en la segunda década de este siglo. Finalmente, el peso de los octogenarios se acentuará; ahora significan el 26,1% de la población mayor, pero en 2017 ya habrá alcanzado el 29,9%, proporción algo más baja que la media nacional, con uno de cada tres mayores superando el umbral de los 80 años.

El aumento de la esperanza de vida a todas las edades y especialmente entre los 75-80 años está en la base de las tendencias citadas. Ello provoca, junto a otros factores, un aumento de la demanda de servicios sanitarios por un lado, y de cuidados de larga duración, por otro, como consecuencia del aumento del número de personas en situación de dependencia, ya que la discapacidad, y la dependencia que ésta genera, se incrementan notablemente con la edad, de forma que a partir de los 80 años, casi uno de cada dos madrileños es dependiente para realizar las actividades de la vida diaria en diverso grado de severidad. Y es precisamente este subgrupo de octogenarios el que más ha crecido de toda la población en el último lustro, junto con el grupo de niños de 0-4 años.

5.2.2.2. Las personas mayores con discapacidad y dependencia. Rasgos principales

Las características demográficas, socioeconómicas, de salud, y de discapacidad de las personas mayores de la Comunidad de Madrid son similares al resto de la población española, pero en aspectos concretos presentan diferencias que apuntan consecuen-

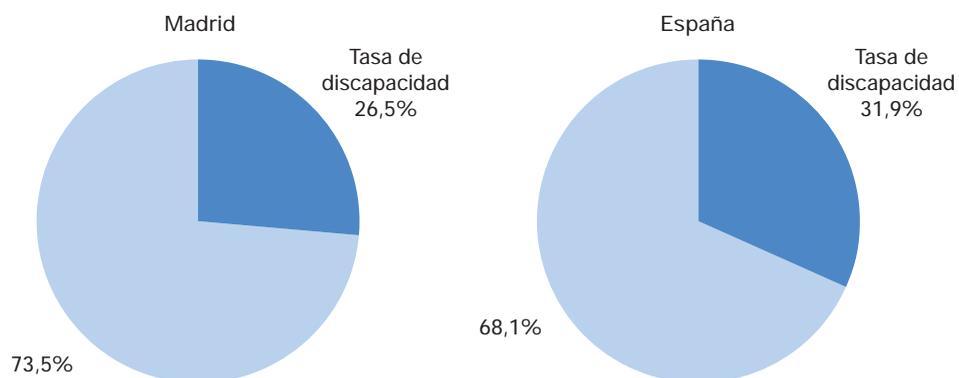
cias de determinados estilos de vida, nivel formativo, de renta e incluso de políticas aplicadas; por ello se realizará una comparación con la media de España cuando sea posible.

Medición

La proporción de personas mayores en la Comunidad de Madrid con discapacidad o dependencia se eleva a 26,5%, cinco puntos más baja que la media nacional (31,9%), considerando las 18 actividades de la vida por las que se preguntó en la ECVM-06, y en un sentido amplio (todo tipo de discapacidad, desde la leve o ligera hasta la muy grave) (figura 5.7). Esto significa que tres de cada cuatro mayores son perfectamente autónomos para su vida personal y el mantenimiento de su hogar.

Figura 5.7. Tasas de discapacidad/dependencia de las personas mayores. Madrid y España, 2006.

Fuente: Imserso-CIS: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.



Características sociodemográficas

La discapacidad y la dependencia muestran proporciones sistemáticamente mayores en el caso de mujeres, llegando incluso a duplicar el porcentaje que representan los hombres: 34,4% de las madrileñas de edad tienen alguna discapacidad (14,4% entre los varones) (figura 5.8). Posiblemente confluyan en estas cifras otros factores, como prevalencia de algunas enfermedades (unas más discapacitantes en el caso de mujeres, o más letales en el caso de varones), como la viudez (más alta entre las mujeres), menores ingresos (por preponderancia de pensiones de viudedad), nivel de instrucción más bajo (en estas generaciones el nivel educativo femenino es inferior al masculino), y una edad media más elevada (mayor esperanza de vida).

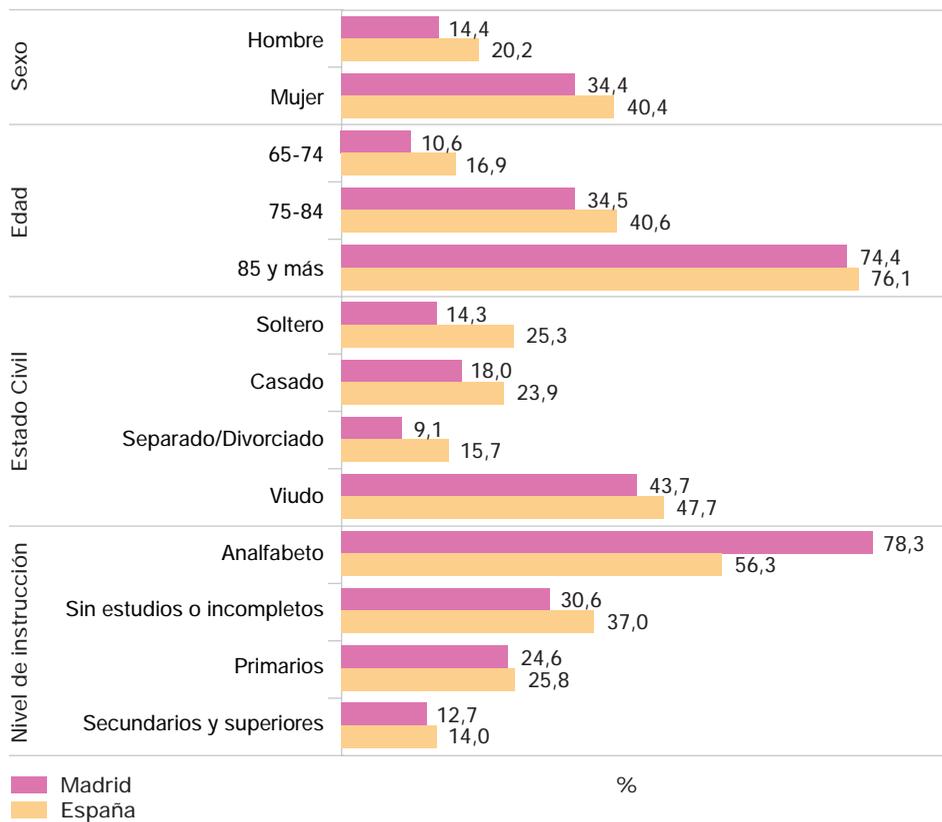


Figura 5.8. Tasas de discapacidad/dependencia de las personas mayores según sexo, edad, estado civil y nivel de instrucción. Madrid y España.

Fuente: Imsero-CIS: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.

Las actividades que se analizan para medir la discapacidad introducen un sesgo de género que debe considerarse al analizar los datos. Las tareas domésticas y otras actividades instrumentales forman parte de lo encomendado a las mujeres en la tradicional división sexuada del trabajo, con lo que es posible que muchos varones, que conviven con mujeres, no declaren su discapacidad para realizar estas tareas, porque simplemente nunca las han realizado. La cultura de géneros puede además disponer a los varones a ser reacios a declarar fragilidad, especialmente cuando ésta no es grave. Pero en definitiva, dado el grado de feminización de la vejez, se concluye que el mayor número de personas que precisan ayuda son mujeres (cuatro de cada cinco dependientes).

La prevalencia de discapacidad y dependencia se acentúa notablemente según se va cumpliendo años; la edad es precisamente otro factor determinante. Entre los 65 y 74 años, sólo un 10,6% de los madrileños tienen dificultades para realizar alguna actividad, pero sube a 74,4% entre los de edad más avanzada (85 y más años): tres de cada cuatro madrileños necesita ayuda para mantener una cierta autonomía personal y de hogar. Este patrón de sexo y edad se repite entre la población española, aunque siempre con proporciones superiores a la madrileña.

La viudez significa un riesgo añadido de dependencia, pues traduce generalmente una edad mayor, rentas más bajas (pensiones de viudedad como principal fuente de ingresos) y está más extendida entre las mujeres, como se ha dicho. Casi la mitad de las personas viudas tienen algún tipo de discapacidad.

Un mayor nivel de instrucción suele ser garantía de mejores oportunidades en la vida y de más recursos para afrontar los problemas de salud y discapacidad cuando aparecen. El perfil de la dependencia se completa con el nivel de estudios alcanzado por el individuo. Cuanto menor es éste, mayores son las tasas de prevalencia, que en el caso de la Comunidad de Madrid se acentúa respecto a la media nacional; un 78,3% de los analfabetos declaran discapacidad, y sólo un 12,7% de los que tienen estudios secundarios o superiores.

Posiblemente un menor nivel de estudios significa también un origen familiar humilde, una entrada rápida en el mercado de trabajo a edad joven, en puestos de baja cualificación, o en papeles reproductivos en el caso de las mujeres, no completando la formación escolar básica. Por todo ello, esas personas tuvieron menos oportunidades de mejores empleos y de mayores recursos económicos. La llegada de los problemas en la vejez se traduce en tasas de discapacidad y dependencia más elevadas para este colectivo.

La reducida muestra no permite inferir las conclusiones sobre la relevancia de la dependencia en la escala municipal, aunque en otras encuestas se observa un incremento de la proporción en los municipios rurales (<2.000 habitantes) e intermedios (2.000-10.000 habitantes); en caso de confirmarse esa hipótesis significaría un problema añadido en la organización de los cuidados de larga duración, formales o informales, por un problema de escala y eficacia, o porque la familia extensa ya no representa el mismo potencial de cuidado.

Las actividades consideradas

Las dificultades para la realización de actividades cotidianas suelen repetir un orden jerárquico y mostrar diferencia entre sexos, con proporciones más elevadas en cada ítem entre las mujeres. Esta jerarquía refleja un principio de escalamiento de funciones: se empieza a tener problemas en las más complejas y se acaba en las más simples; es decir, se empiezan a perder habilidades en el orden contrario al que se adquirieron. Aunque este patrón se repite grosso modo casi de forma universal, el orden exacto no se mantiene: de hecho, comparadas las personas con discapacidad de Madrid y de España, presentan orden diferente (figura 5.9).

Los primeros problemas suelen aparecer en las actividades llamadas instrumentales, y entre éstas, las de movilidad exterior a la casa (utilizar transporte público, ir al médico, hacer gestiones, salir, hacer compras). Al menos uno de cada diez mayores no puede hacerlo, necesita ayuda o que otra persona realice por ella las gestiones.

Las actividades instrumentales necesarias para el mantenimiento del hogar (tareas domésticas y otras) son las siguientes en las que se empieza a tener dificultades: entre un 5-10% de los madrileños mayores no pueden realizarlas si no es con ayuda.

Finalmente, se inician los problemas para el cuidado personal, es decir, se empiezan a tener dificultades en las actividades necesarias para el autocuidado y para el mantenimiento de la autonomía personal (levantarse, andar por la casa, comer). En estos proble-

mas se suele entrar más tarde, a más edad, y suelen ser los más graves, los que requieren ayuda frecuente o continua, y a veces, es la señal para plantearse una institucionalización si los recursos informales y los formales a domicilio no son suficientes. Menos de un 4% de la población de edad madrileña necesita ayuda en estas actividades.

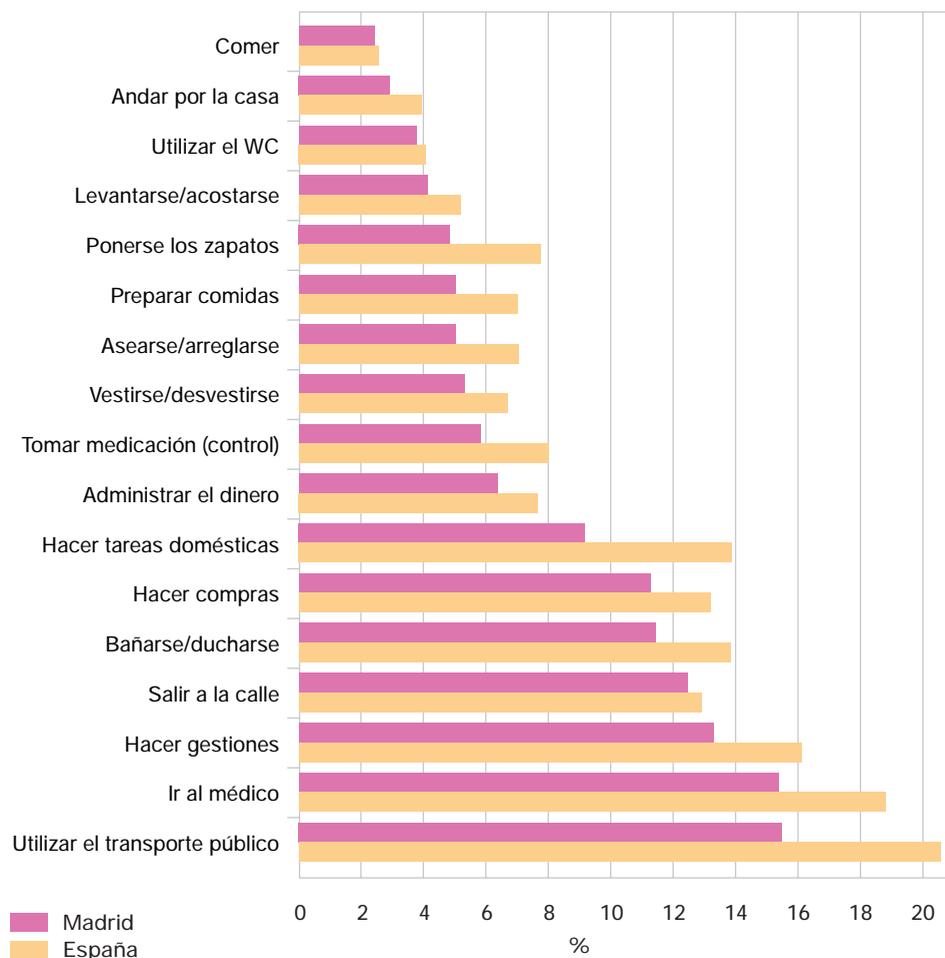


Figura 5.9. Porcentaje de personas mayores que no pueden realizar o necesitan ayuda para las actividades cotidianas. Madrid y España.

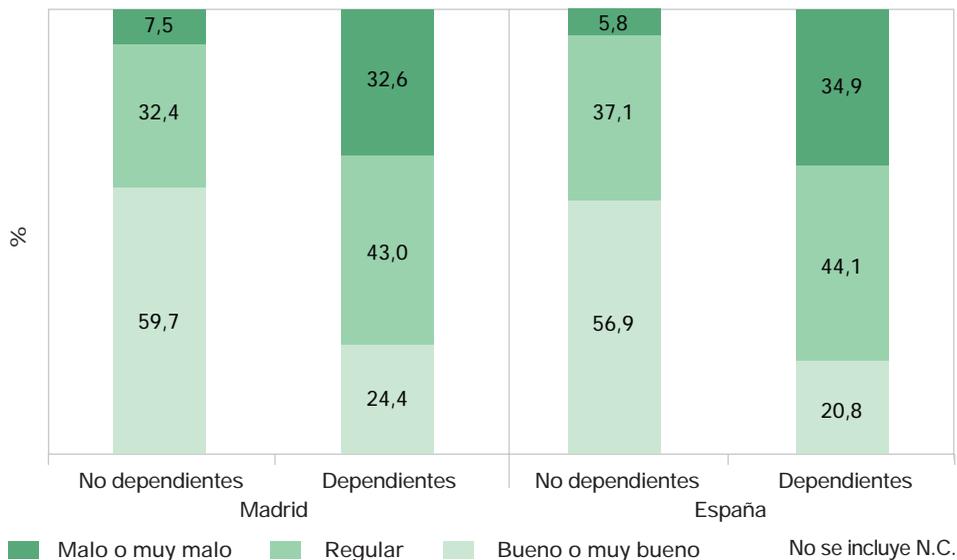
Fuente: Imsero-CIS; Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.

Estado de salud

La percepción del estado de salud es un indicador predictivo de necesidades asistenciales y para la organización de programas. Tiene una estrecha relación con la salud objetiva y refleja el estado físico general, las enfermedades padecidas y otros factores sociales, económicos y del entorno de las personas. Por ello guarda también una estrecha relación con la discapacidad, que ha sido generada normalmente como consecuencia de una enfermedad crónica. Los dependientes perciben de diferente modo su salud, en claro contraste con los no dependientes (figura 5.10). Las percepciones son más positivas entre los madrileños que entre el resto de españoles. Desde otro punto de vista, nueve de cada diez madrileños que perciben bien o muy bien su estado de salud son personas sin dependencia.

Figura 5.10. Percepción del estado de salud por las personas mayores dependientes y no dependientes. Madrid y España.

Fuente: Imsero-CIS: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.



Las tasas de dependencia se disparan cuando los individuos se sienten mal, reflejo de enfermedades, trastornos y otros condicionantes, como se ha dicho. De ahí la importancia de conductas saludables y otras medidas de envejecimiento activo que permitan afrontar la vejez desde un punto de vista positivo. Con la edad empeoran las percepciones sobre la propia salud, y las mujeres presentan valores más elevados en percepciones negativas. Aún no existen hipótesis confirmadas sobre la aparente contradicción de presentar las mujeres peores tasas de morbilidad, discapacidad, percepción de la salud, y una mayor esperanza de vida.

Como consecuencia de proporciones más altas de discapacidad, peores índices de salud subjetiva y peores condiciones de salud, las personas mayores dependientes utilizan el sistema sanitario de forma extensiva y en claro contraste con el resto de la población más joven. Según la Encuesta nacional de salud 2003, el 95,5% de los españoles de edad ha acudido al médico al menos una vez en el último año y se eleva al 99,3% si se trata de dependientes (58,5% en las dos últimas semanas, y entre éstos, uno de cada cuatro realiza dos o más visitas en ese período de tiempo).

Severidad

Esta proporción de madrileños que presentan dificultades se concreta según su grado de severidad, pues no todos tienen el mismo número de discapacidades ni pesan lo mismo unas que otras a la hora de prever la demanda de asistencia. Para ello se ha calculado un índice de gravedad¹. Puede estimarse que el 2,4% de los mayores madrileños (2,7% en España) tienen una discapacidad o dependencia grave o muy grave, requieren ayuda en muchas actividades o en las más importantes, las que requieren atención diaria o en una combinación de ambas; el 5,8% (7,4% en España) presentan una discapacidad moderada y 18,4% (21,7%) leve o ligera (figura 5.11). El resto de la población mayor tiene perfecta autonomía personal y hace vida independiente en el hogar. Madrid presenta severidades no tan acentuadas como el resto de España.

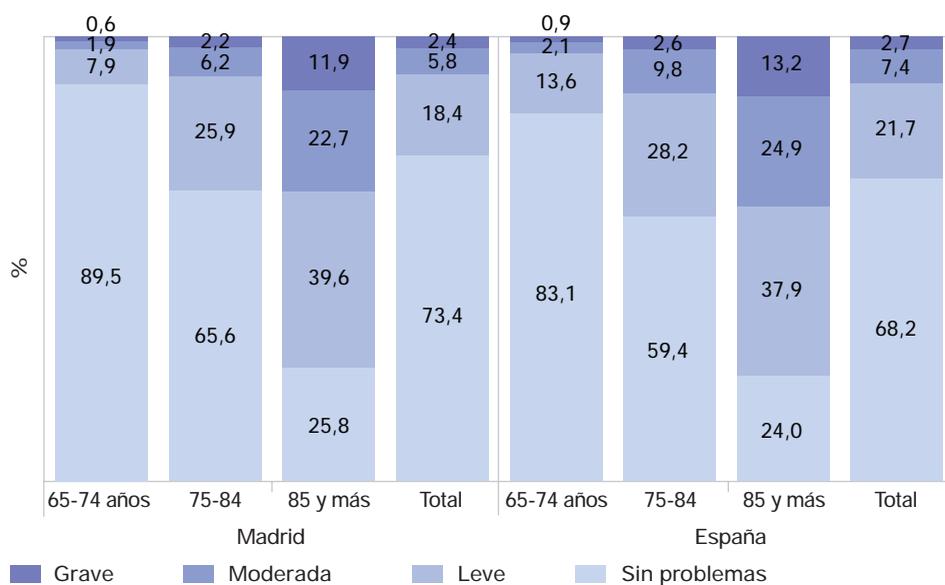


Figura 5.11. Severidad de la discapacidad/dependencia según grupos de edad. Madrid y España.

Fuente: Imsero-CIS: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.

'Indicador de gravedad

Se ha procedido a la construcción de un indicador basado en la gravedad declarada por los individuos en cada una de las diferentes actividades de la vida diaria. A través de un análisis factorial, para reducir las dimensiones del problema, las actividades se han agrupado en cuatro conjuntos (autocuidado, movilidad exterior, tareas del hogar y otras instrumentales), que pueden tomar valores entre cero y uno en cada uno de ellos. Estos cuatro conjuntos se agregan a su vez, ponderados según su relevancia, en el indicador final que toma valor entre cero y uno. La ponderación es mayor en los que reúnen las actividades consideradas más importantes (comer, levantarse, etc.); esta importancia se basa en el principio de mayor peso cuanto menor es el número de ocurrencias (individuos afectados), es decir, siguiendo el principio del orden sociobiológico de las funciones, se entra antes (y afecta a más gente) en las habilidades que se adquirieron más tarde y que son más complejas (comprar, utilizar el transporte, etc.), y se entra más tarde (y hay menor frecuencia entre la población) entre las más simples, que son las más importantes para la autonomía personal (comer, levantarse, etc.) (Dunlop et al, 1997; Katz et al, 1963). El peso asignado se obtiene en función de la relación de cada uno de los conjuntos con el determinado como conjunto de referencia, que es aquél que tiene menor frecuencia y mayor gravedad según el principio citado. Posteriormente, se ha dividido el rango posible de valores del indicador (0-1) en cuatro intervalos (sin problema, leve, moderado y grave), mediante un análisis de cluster.

D.D. Dunlop et al. (1997): "Disability in Activities of Daily Living: Patterns of Change and a Hierarchy of Disability". *Am. J. Public Health*, 87, 3, p. 378-383.

S. Katz (1963): "Studies of illness in the aged". *JAMA*, 185, p. 914-919.

La severidad crece con la edad de forma extraordinaria, aumentando la proporción de graves y muy graves hasta veinte veces entre los viejos jóvenes (65-74 años) y los de 85 y más años. El resto de categorías de severidad aumentan en proporciones menos dramáticas. A partir de los 85 años, el 11,9% de los madrileños presenta una situación de discapacidad grave o muy grave (13,2% en España) y precisa ayuda intensiva.

5.2.2.3. Dependencia, patrón de cuidados y convivencia

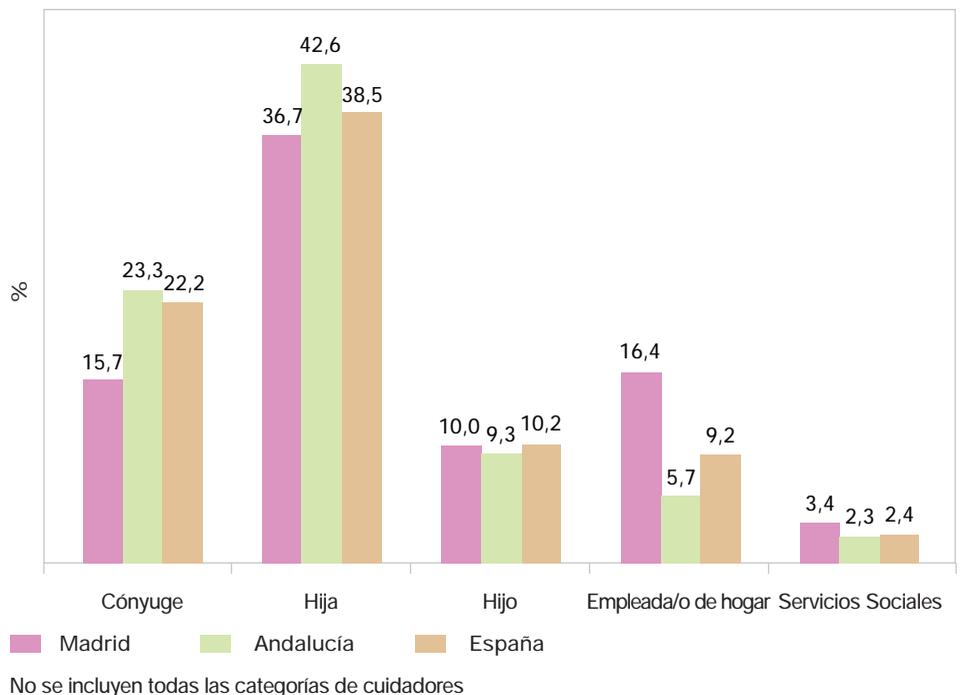
La forma de afrontar la dependencia destapa algunos de los principales problemas de la organización y la provisión de cuidados, primero por el tipo de patrón de cuidado tradicionalmente establecido y segundo por la forma de convivencia de las personas que precisan asistencia, en estrecha relación con el anterior.

Patrón de cuidados

Existe un patrón de cuidados que se repite con algunas variaciones en todas las comunidades autónomas. La hija, en especial la de edad intermedia (40-65 años), juega un papel preponderante como cuidadora principal y también como cuidadora secundaria. En Madrid, la hija participa como cuidadora principal en un 36,7% de todas las tareas posibles de ayuda (en la ECVM-06 se preguntó quién cuidaba en cada una de las actividades donde el entrevistado tenía dificultades); ese porcentaje se eleva al 38,5% en el caso de España (figura 5.12). En Andalucía, por ejemplo, destaca aún más el modelo de hija cuidadora.

Figura 5.12. Quién cuida. Madrid, Andalucía y España.

Fuente: Imserso-CIS: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.



El cónyuge (esposa o esposo) también juega un papel importante, aunque a distancia de la hija. Es responsable del 15,7% de las tareas como cuidador principal (22,2% media de España). El hijo y la nuera cuidan en proporciones muy inferiores respecto de la hija. Antes que él tiene relevancia el cuidado por persona empleada/o de hogar (16,4% de las tareas). El resto de la familia no alcanza proporciones destacables como cuidadores principales, aunque aumenta su presencia como cuidadores secundarios; la suma de todo su cuidado, principal y secundario, se sitúa en torno al 11,5% de todas las tareas. Los servicios sociales, tanto como responsables principales como secundarios, sólo alcanzan el 3% de todas las tareas necesarias de atención; en España, el papel global de los servicios sociales es inferior incluso al de la Comunidad de Madrid.

En un ejemplo comparativo, Madrid y Andalucía son modelos diferentes de respuesta a la dependencia. En ésta, la familia sigue jugando un papel primordial destacado, más

elevado que la media nacional, al contrario que en la Comunidad de Madrid, donde además la ayuda formal tiene más presencia, como es el recurso al mercado (contratación de empleados de hogar), que puede estar indicando mayores ingresos de la familia, o tasas de actividad más elevadas entre las hijas, o mayor dispersión geográfica de las generaciones familiares, y por tanto, menor disponibilidad de cuidado familiar. Los servicios sociales, algo más importante en Madrid en papel de cuidadores principales, lo son algo más destacados como secundarios en Andalucía; pero en porcentajes muy similares.

Este patrón de cuidado se modifica en función de quién sea la persona con dependencia (figura 5.13). Se presentan los datos de la media española y cuidadores principales, dado lo reducida de la muestra madrileña, pero en otros estudios se confirma la existencia de este patrón con algunas diferencias entre comunidades autónomas, en el mismo sentido del expuesto anteriormente (Encuesta nacional de salud, 2003). Si es un varón la persona dependiente, le cuida normalmente su mujer (42,0% de todas las tareas para las que precisa ayuda), y en segundo lugar, la hija, que normalmente vive fuera del hogar; en tercer lugar, un hijo; finalmente, una empleada/o del hogar y otros familiares. Si la persona con dependencia es una mujer, le cuida en primer lugar la hija (44,0%), en segundo lugar el marido, en tercer lugar el hijo y la nuera, y finalmente una empleada/o de hogar.

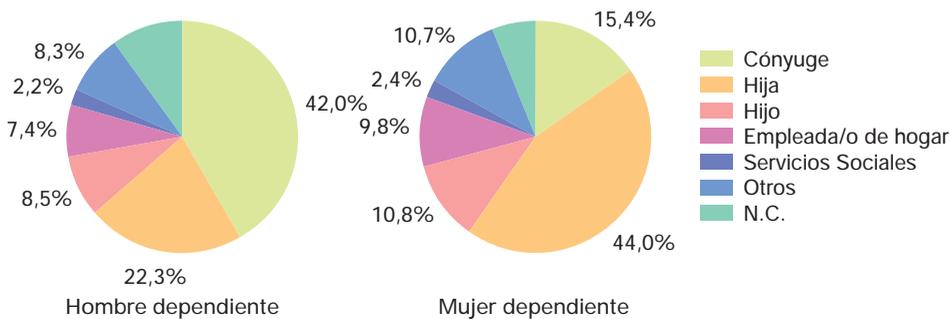


Figura 5.13. Quién cuida según sexo de la persona dependiente. España.

Fuente: Imsero-CIS; Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.

La escasa participación de los varones en el trabajo de cuidado se debe principalmente a la herencia de patrones culturales y sociales que señalaron a las mujeres como las responsables y más adecuadas para desempeñar las tareas de cuidado. Pero la realidad conyugal y residencial con la que se encuentran mujeres y hombres al entrar en situaciones de dependencia es bien distinta. Los hombres suelen tener mayor edad que sus esposas, con lo que cuando son dependientes pueden contar con ellas como cuidadoras potenciales. Es frecuente que las mujeres, dada su mayor esperanza de vida, estén viudas cuando la discapacidad las limita; la carga de cuidado pasa necesariamente a la generación posterior, pero, como hemos visto, en mayor proporción a las hijas.

Forma de convivencia

La forma de convivencia de las personas con dependencia destaca otra posible inequidad en el reparto de la carga del cuidado y señala una de las líneas de trabajo de mayor interés para los responsables de la organización de los servicios públicos de

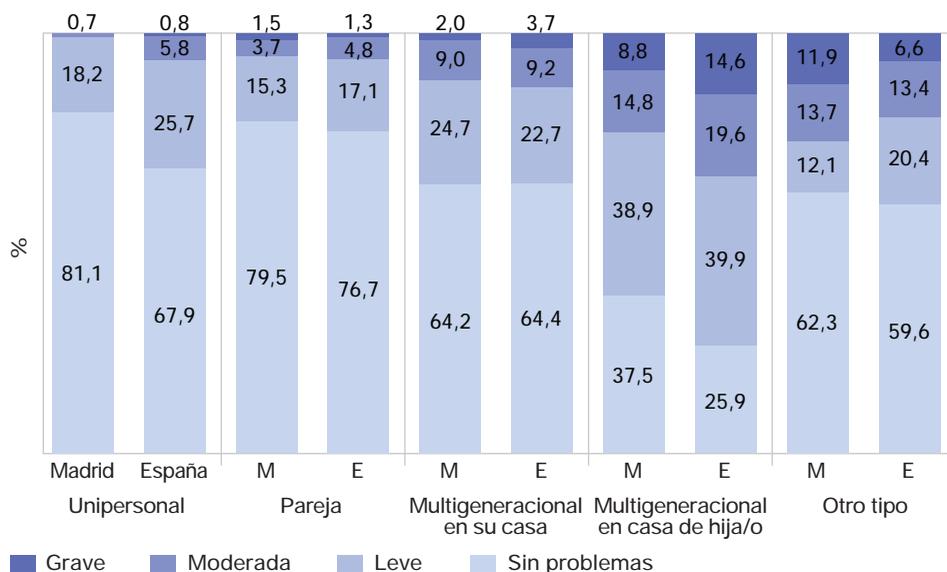
asistencia, pues el mayor número de dependientes y los más graves viven en hogares multigeneracionales.

La tasa de discapacidad y dependencia en la Comunidad de Madrid era de 26,5%, como se dijo, pero se eleva al 41,1% entre los mayores que viven en hogares multigeneracionales, o baja al 20,5% si viven en pareja, o al 18,3% si vive solo. Similares proporciones (38,7%) se presentan entre mayores que viven en hogares de otro tipo o con otra relación de parentesco, con un empleado doméstico o con algún familiar o amigos.

Un desglose de este tipo de hogar, el multigeneracional, compartido por el mayor o la pareja mayor y alguno de sus hijos (realmente hijas), casados o no, destaca aún más el papel de la solidaridad familiar. La tasa de discapacidad es todavía más alta, 62,5%, entre las personas que viven en hogares multigeneracionales pero formados en casa de la hija o hijo. Si el mayor vive con la hija o hijo pero en la casa del mayor, la tasa de discapacidad es del 35,8% (figura 5.14).

Figura 5.14. Severidad de la discapacidad/dependencia según tipo de hogar. Madrid y España.

Fuente: Imsero-CIS: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.



Otra lectura, de interés para los responsables de la distribución de recursos, traduce que los dependientes se concentran en hogares multigeneracionales: de cien, 41 se concentran en este tipo y 33 viven en pareja; la distribución general del tipo de hogares es bien diferente: predomina entre los mayores el hogar en pareja (43 de cada cien mayores vive en este tipo) y sólo uno de cada cuatro vive en hogares con los hijos.

La convivencia descubre el fenómeno de la reagrupación familiar hacia casa de una hija (hijo) cuando aparece la discapacidad, o en previsión de la misma. La forma de convivencia es un indicador de las situaciones de carga soportada por los hogares. A nivel nacional, ese porcentaje se eleva al 74%; es decir, la movilidad residencial y la reagrupación familiar por motivo de salud y discapacidad es un asunto de importancia en España. El mayor que se mueve hacia el hogar de los hijos está también renunciando a parte de su independencia.

La desigualdad en el reparto de beneficios sociales a las personas dependientes que viven en estos hogares multigeneracionales (quizá porque se focalizan las ayudas en hogares solitarios, más visibles a la opinión pública y de mayor riesgo en caso de imprevistos), aumenta con otra circunstancia. No sólo tienen tasas más elevadas en este tipo de hogar, sino que además están más graves.

El 2,4% de los mayores de la Comunidad de Madrid tienen una dependencia que hemos considerado grave o muy grave, precisan muchas horas de atención diaria. Pero entre los que viven en hogares multigeneracionales en casa de la hija/o esa proporción se multiplica por cuatro. En cifras similares, algo más acentuadas, se mueven el resto de hogares españoles. En cambio, en los hogares unipersonales no viven personas clasificadas como muy graves, pues obviamente la severidad de su discapacidad les impide la vida independiente.

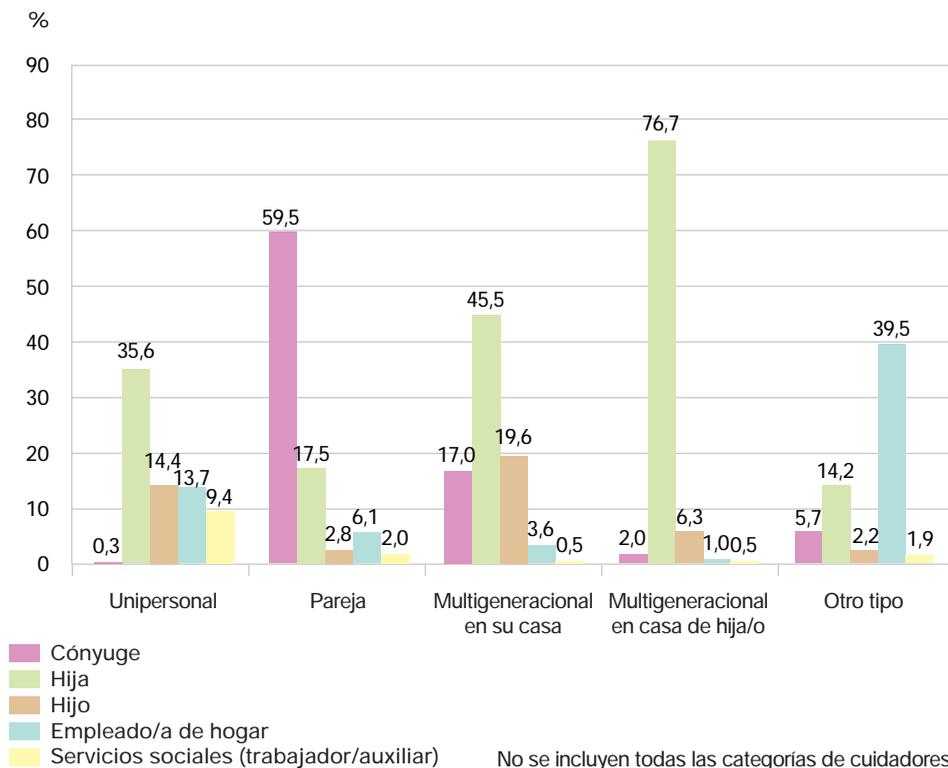
Esta asociación entre dependencia y tipo de convivencia refleja uno de los problemas no resueltos de las políticas sociales de atención a las personas mayores en situación de necesidad. Destapa una regla casi invisible: los dependientes viven y son cuidados en su red familiar más próxima, generalmente por la hija de edad intermedia. La solidaridad pública se está basando realmente en este modelo de solidaridad familiar.

Con datos nacionales (modelo extrapolable a Madrid), en los hogares unipersonales y considerando todas las tareas posibles de atención al dependiente, el cuidador principal es la hija en el 35,6% de todas las tareas realizadas, un 13,7% un empleado de hogar, y un 9,4% los servicios sociales (figura 5.15). En la Comunidad de Madrid, este porcentaje de servicios sociales se eleva a 18,7%, con elevada significación estadística; también supera la media nacional en los servicios prestados en hogares donde el dependiente vive en pareja. Sin embargo, los servicios públicos sólo alcanzan el 0,5% en los hogares multigeneracionales, donde la hija se hace cargo del 76,7% de todas las posibles tareas de ayuda como cuidadora principal.

Esta ausencia de los servicios sociales públicos en este tipo de hogar se debe a la organización específica y prioridades de las políticas sociales, y también al deseo de muchos cuidadores de ser ellos los que provean cuidados en exclusiva.

Figura 5.15. Cuidadores según tipo de hogar donde vive el dependiente. España.

Fuente: Imsero-CIS: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006, estudio 2647.



De forma general podemos concluir que aproximadamente una de cada cuatro personas de 65 y más años de la Comunidad de Madrid tiene dificultad para realizar actividades de la vida diaria en diverso grado de severidad. La proporción de mujeres es superior a la de varones. El riesgo de entrar en situación de necesidad crece fuertemente con la edad. Las personas mayores con dependencia suelen tener un nivel de instrucción más bajo, menores ingresos y perciben más negativamente su estado de salud general. Son consumidores destacados de servicios sanitarios. Muy probablemente el futuro se presenta con menores tasas de discapacidad pero un aumento del número de las personas en situación de necesidad, debido al proceso de envejecimiento general de la población, con aumento de los efectivos de edad, y en especial del envejecimiento de los ya mayores, en donde se encuentran las tasas de discapacidad más elevadas.

La ayuda informal es el rasgo más destacable del modelo de asistencia a las personas en situación de necesidad. La hija, especialmente, es el pilar del sistema de cuidados de larga duración. El mayor número de mayores con dependencia y los más graves residen en hogares multigeneracionales, es decir, donde vive un mayor o una pareja mayor con alguna hija (o hijo), y dentro de este tipo destaca la reagrupación familiar en casa de la hija. En este caso, más de tres cuartas partes de todas las tareas de cuidados son cubiertas por la hija, y los servicios sociales apenas tienen presencia, más centrados en atender personas en hogares unipersonales.

Las políticas públicas se han organizado de forma que mantienen este patrón de cuidados. Se siguen basando en la solidaridad familiar (fundamentalmente femenina): las familias más solidarias son las que menos apoyo reciben. Por ello es importante

desarrollar la reciente Ley de Dependencia (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia), con el fin de evitar posibles inequidades en la distribución de beneficios sociales a las personas con dependencia.

5.3. Conclusiones y recomendaciones

Madrid tiene una población envejecida con esperanzas de vida muy elevadas, con diferencias importantes a nivel geográfico.

Tres de cada cuatro personas de 65 y más años acudió en 2005 a los centros de atención primaria, con un total de más de tres millones de episodios de enfermedades, de ellos un 11% en mayores de 85 años, a lo que es necesario añadir las consultas que estas enfermedades han generado. En la urgencia el mayor de 65 años consulta principalmente por dolor, dificultad respiratoria o problemas neurológicos. En 2006 se registraron 270.310 altas hospitalarias, de personas de 65 y más años (tasa anual de 308,63 por mil). Ocho de cada diez muertes del total se producen en este grupo de edad.

Para mantener la autonomía física es necesario, ante todo, preservar la salud; con lo cual la mayoría de las energías deben concentrarse en el capítulo de la prevención de la enfermedad y de la discapacidad. Disciplinas como el ejercicio físico posiblemente sean las mejor aceptadas, máxime si aparecen asociadas a oportunidades de ampliación de las relaciones sociales.

Aproximadamente una de cada cuatro personas de 65 y más años de la Comunidad de Madrid tiene dificultad para realizar actividades de la vida diaria en diverso grado de severidad.

Es necesario readaptar el sistema sanitario, tanto desde el punto de vista preventivo, como desde el punto de vista diagnóstico y curativo a la realidad sociodemográfica y a la demanda que genera este grupo de edad.

5.4. Desarrollo operativo de planes y programas por parte de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo, para alcanzar este objetivo

- ***Programa de promoción de la salud de las personas mayores.***
- ***Programa de promoción y educación en alimentación y nutrición.***
- ***Programa de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor.***
- ***Plan de prevención y control del riesgo cardiovascular en la Comunidad de Madrid.***
- ***Programa de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.***