



## Editorial

## Retos sanitarios de los cambios demográficos



## Health challenges of demographic change

Julio Pérez Díaz\* y Antonio Abellán García

Departamento de Población, CSIC, Madrid, España

El cambio más radical experimentado por la especie humana en toda su historia es demográfico: la generalización de las vidas completas, desde el nacimiento hasta la vejez. Contrasta notablemente con un pasado ancestral, que se prolonga hasta casi el siglo XX, en el que menos de la mitad de los nacidos conseguía sobrevivir hasta la vida adulta<sup>1</sup>. Actualmente, una vez resuelta la mortalidad precoz, y generalizada la supervivencia hasta la vejez, la reproducción ya no requiere de las altas fecundidades del pasado. La tradicional forma de la pirámide de edades está desapareciendo (envejecimiento demográfico) y los pesos respectivos de los mayores y los niños se han invertido. Aún más, en los países más avanzados se constata con cierta sorpresa que la esperanza de vida no ha tocado techo todavía<sup>2</sup>; en las últimas décadas se incrementa gracias a una inesperada y notable mejora de la salud y la supervivencia de los mayores. Contribuye a ello el avance sanitario y socioeconómico, pero también un factor generacional, al llegar la vejez personas cuyas vidas previas se han desarrollado en mejores condiciones.

Este gran cambio (más años de vida, creciente peso de la vejez) está estrechamente relacionado con otros cambios en el estado de salud de las poblaciones en al menos 3 grandes áreas: la morbilidad y las causas principales de muerte tradicionales en la historia humana (con gran peso de las infecciones) han dado paso a otras de carácter crónico/degenerativo (transición epidemiológica)<sup>3</sup>; la discapacidad y los cuidados de larga duración han emergido como preocupaciones fundamentales en las sociedades avanzadas; y todo ello ha ocurrido a la vez que se desarrollaban nuevos planteamientos en la organización de los sistemas de atención a la salud (transición sanitaria)<sup>4</sup>.

Los retos y las incógnitas que genera este proceso de cambios son de una relevancia extraordinaria para nuestras sociedades y sus sistemas de salud<sup>5</sup>, y lo serán aún más en el futuro. De entrada, han desafiado al propio conocimiento demográfico acerca de la mortalidad. El tradicional supuesto de que existe un límite máximo para la vida humana, fundamento de la función matemática a la que se ajusta la curva de mortalidad en edades muy avanzadas, se encuentra en profunda revisión y está lejos de haberse resuelto<sup>6-8</sup>.

Además, el peso demográfico de la vejez, que tanto protagonismo está otorgando a los mayores en nuestras sociedades, se ha convertido en tema central de la propia demografía<sup>9</sup>, y ese peso va a seguir aumentando en el futuro, especialmente en las edades muy avanzadas; en ello son claras y prácticamente unánimes las proyecciones de población internacionales<sup>10</sup>.

Se entiende así que la revolución demográfica haya provocado también un cambio desde el tradicional esfuerzo por el simple aumento de la esperanza de vida hasta la preocupación actual por la calidad de la vida ganada y la medición de la esperanza de vida en salud, especialmente si lo ganado son años de vejez<sup>11</sup>. En los años 70 y 80 se temió que prácticamente toda la vida ganada en tales edades se tradujese en años de mala salud, una auténtica pandemia de problemas seniles<sup>12</sup>. Pero también surgieron teorías más optimistas que planteaban un proceso de compresión de la morbilidad en los últimos años de vida<sup>13</sup>. La realidad actual resulta más compleja; a medida que ha continuado la mejora de la supervivencia en edades avanzadas, parece revelarse un equilibrio dinámico<sup>14</sup>: se vive más tiempo con problemas, pero la severidad de las discapacidades parece estar reduciéndose<sup>15,16</sup>.

En este proceso, la tradicional exclusividad del enfoque médico en el tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias se ha visto complementada con una mayor atención a factores sociales, individuales y contextuales. La discapacidad ha pasado a ser el núcleo principal y creciente de preocupación en la salud colectiva. Si se añade el extraordinario aumento del gasto público asociado a su expansión, se comprende mejor el giro estratégico de la propia Organización Mundial de la Salud desde los años 80 en la forma de entender y promover la salud<sup>17</sup>. Se dio por supuesto que la lucha por la duración de la vida ya había culminado y que el nuevo objetivo debía ser dar «vida a los años» (y no solo su simple aumento), con prevención, estilos de vida saludable, envejecimiento activo y participación. Ello evitaría un aumento inasumible del número de personas con edades elevadas y fuertes cargas de discapacidad. Debía conseguirse, por el contrario, una mayor calidad de vida y una menor discapacidad para los años de vida ganados. También son esos los años en que se promovió la disposición de datos masivos (extendiéndose las encuestas nacionales sobre discapacidad), un nuevo marco teórico, conceptual y clasificatorio de la discapacidad<sup>18,19</sup> y nuevas herramientas para la medición empírica de la cantidad de años de vida libres de tales problemas<sup>20</sup>.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: julio.perez@cchs.csic.es (J. Pérez Díaz).

Si la discapacidad y la dependencia ganan relevancia y los cuidados de larga duración resultan, por tanto, más habituales, entonces los marcos de relación y convivencia más próximos, donde se proporciona el grueso de los cuidados personales, se vuelven cada vez más importantes (conyugalidad, formas de familia, tamaño de los hogares) y se da la circunstancia de que este es también un ámbito profundamente modificado por los cambios demográficos. La propia constelación familiar condiciona el modo en que las personas se prestan mutuamente cuidados, especialmente los de larga duración característicos de las edades avanzadas.

En lo que se refiere a las filiaciones familiares, el descenso de la fecundidad cambia la propia morfología de las familias, antaño compuestas por pocas generaciones pero muchos componentes en cada una, dando paso a líneas familiares más verticales, con 3 y hasta 4 generaciones coexistentes, aunque de menor tamaño.

Se ha predicho frecuentemente que el envejecimiento poblacional conducía a un colapso del cuidado informal, de patrón femenino, con efectos muy negativos en la salud de las mujeres y en el progreso de la igualdad de género. Pero no se había anticipado que el cambio descrito en el marco de relaciones familiares va asociado a otro en las formas de convivencia en los propios hogares. El tamaño medio de estos ha descendido muy notablemente. Desde la vejez clásica, con residencia en hogares multigeneracionales y cuidados proporcionados por las hijas, está emergiendo otra mayoritariamente residente en hogares unipersonales o, de forma creciente, en pareja sin otros convivientes. El hombre siempre desempeñó un papel cuidador de la pareja en tales hogares, pero eran muy pocos los que se encontraban en tal situación. En el futuro serán muchos más, poniendo fin a la tradicional exclusividad femenina en estos roles y obligando a revisar el convencional discurso sobre la equidad de género, haciendo también previsible que entre los hombres aumenten patologías asociadas a la función cuidadora.

La revolución de la longevidad también está estrechamente asociada a una creciente presencia de cronicidad y multimorbilidad con elevados costes sociales<sup>21</sup>. Está impulsando la aparición y el desarrollo de ciertas especialidades médicas (ejemplo evidente es la geriatría<sup>22</sup>, pero también crecen otras, como las relacionadas con los problemas neurológicos y mentales en la vejez) y de nuevas tecnologías, como las aplicadas a la telemedicina en la monitorización de signos vitales, seguimiento de enfermería y mejor aprovechamiento de las ayudas sanitarias<sup>23</sup>. Provoca, además, frente a la tradicional prioridad del tratamiento a la enfermedad, un mayor énfasis en la atención centrada en la persona<sup>24,25</sup>, en la prevención primaria, la detección temprana de posibles problemas, la reducción de factores de riesgo y la rehabilitación para evitar o mitigar el avance de la discapacidad.

Pero no todas las innovaciones tienen que ver con la atención prestada por otros; si las sucesivas generaciones se van beneficiando de vidas cada vez más largas es porque, desde el nacimiento, han estado más y mejor dotadas; también el autocuidado y la autogestión de la salud cuenta cada vez con más interés, atención y recursos por parte de las propias personas. Esta evolución se verá notablemente reforzada y beneficiada si los sectores médico y sanitario asumen la dirección de un amplio movimiento social de educación para la salud.

Si hubiese que anticipar el futuro, una vez conseguidos los resultados de estas nuevas estrategias e innovaciones, cabe esperar que las mejoras terminen por hacer emerger, como principales, problemas menos relacionados con los estilos previos de vida y más con procesos degenerativos (especialmente los neuropsiquiátricos, como las demencias o la enfermedad de Alzheimer) o con otros determinados genéticamente. Mientras tanto, el aumento rápido y masivo de la supervivencia hasta la vejez incentiva una detección temprana, cuanto más mejor, de los problemas que de otro modo podrían convertirse en crónicos y de muy larga duración y, por tanto, con mucho mayor coste en tratamiento. Pero no se trata

únicamente de una cuestión económica, porque se apoya también en el cambio histórico impulsado por la población, cada vez más exigente con su propia salud y la de sus allegados en todas las fases de la vida.

En definitiva, la revolución demográfica desencadenada por la caída de la mortalidad ha transformado la significación de todas las edades, empezando por las infantiles, hasta el actual cambio radical de la vejez. Esta es hoy la etapa de la vida en la que más evidentes se están haciendo las consecuencias del cambio demográfico. Por primera vez accede a ella la mayor parte de los nacidos de cualquier generación y el peso nunca visto de los mayores en el conjunto de la población ha elevado notablemente la importancia y la atención prestada a su salud.

Los cambios están lejos de haber concluido. A la oleada de supervivientes masivos a la vejez se une ahora la notable mejora de la supervivencia en esa etapa de la vida, lo que producirá en las próximas décadas un gran protagonismo tanto de las personas muy longevas como de la fragilidad como temas clave en la salud colectiva. También se intensificará el papel de los sistemas sanitarios como mediadores en el final de la vida. Deben tomarse decisiones sobre la voluntad de los pacientes en fases terminales, los límites del mantenimiento asistido de la vida, los cuidados paliativos admisibles, la forma de enfrentar estados vegetativos e, incluso, la preparación para la aceptación de la propia muerte.

El cambio demográfico ha convertido a la vejez actual en la avanzada en la que se están ensayando las fórmulas de nuestra futura salud colectiva. Es una vejez formada por generaciones pioneras que llegan en proporción creciente a un terreno desconocido, el de las grandes longevidades. Puesto que lo hacen mejor dotadas que las que les precedieron (en solvencia económica, formación, derechos, peso político, conocimiento y preocupación por la propia salud), aumentan la demanda sanitaria, es cierto, pero lejos de hundir a los sistemas que la proporcionan, probablemente impulsarán su adaptación y perfeccionamiento. El mayor reto para los sistemas sanitarios será mejorar la salud de las personas mayores.

## Bibliografía

1. Blanes Llorens A. La mortalidad en la España del siglo xx. Análisis demográfico y territorial. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.
2. Oeppen J, Vaupel JW. Broken limits to life expectancy. *Science*. 2002;296:1029-31.
3. Omran A. The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 1971;49:509-38.
4. Frenk J, Bobadilla J, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *Health Transit Rev*. 1991;1:21-38.
5. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015;385:658-61.
6. Wilmoth JR. The future of human longevity: A demographer's perspective. *Science*. 1998;280:395-7.
7. Olshansky SJ, Carnes BA, Désesquelles A. Prospects for human longevity. *Science*. 2001;291:1491-2.
8. Burger O, Baudisch A, Vaupel JW. Human mortality improvement in evolutionary context. *Proc Natl Acad Sci*. 2012;109:18210-4.
9. Van Dalen HP, Henkens K. What is on a demographers mind? A worldwide survey. *Demogr Res*. 2012;26:363-408.
10. United Nations. World population prospects. The 2015 revision. Highlights and advance tables. New York: UN Economic & Social Affairs; 2015.
11. Robine J-M, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM. Determining health expectancies. Chichester (England): John Wiley & Sons; 2003.
12. Gruenberg EM. The failures of success. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1977;55:3-24.
13. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;303:130-5.
14. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1982;60:183-244.
15. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people. *OECD Health Working Papers*. 2007;26:81.
16. Abellán A, Pujol R, Pérez J, Rodríguez-Laso A. Cambios en la discapacidad de las personas mayores entre 1999 y 2008 en España. *ESTAD ESP*. 2015;57:215-26.
17. Abellán García A, Esparza C, Castejón P, Pérez Díaz J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit*. 2011;25:5-11.

18. OMS. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CDDM). Madrid: INSERSO (reedición 1994), Ministerio de Asuntos Sociales; 1980.
19. OMS. clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Madrid: IMSERSO; 2001.
20. Saito Y, Robine JM, Crimmins EM. Methods and materials of health expectancy. *Stat J IAOS*. 2014;30:209–23.
21. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Robledo LMG, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015;385:549–62.
22. Kane RL. The future history of geriatrics at the crossroads. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57:M803–5.
23. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. *Lancet*. 2015;386:721–2.
24. Martínez Rodríguez T. La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *SyP*. 2013;41:209–31.
25. World Health Organization. WHO Global strategy on people-centred and integrated health services: Interimreport. 2015, 50 p. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO.HIS.SDS.2015.6.eng.pdf>