OSTEOARTHRITIS FOUNDATION INTERNATIONAL

LIBRO BLANCO del **ENVEJECIMIENTO Y ARTROSIS:** Problemas, retos y soluciones

Con el aval científico de:

SECA Sociedad Española de Calidad Asistencial

Con el respaldo de:

ceoma Confederación Española de Organizaciones de Mayores

SEEGG Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP

CNC 2023-00068-AVAL

Socfic Sociedad Científico Profesional de Farmacia Iberoamericana Comunitaria

Organizaciones que respaldan la iniciativa (en orden de adhesión):

SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ORGANIZACIONES PROFESIONALES:

- Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)
- Sociedad Científico Profesional de Farmacia Iberoamericana Comunitaria (SOCFIC)
- Sociedad Española Multidisciplinar de Dolor (SEMDOR)
- Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño (FESMES)
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
- Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF)
- Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Madrid
- Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE)
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)
- Asociación de Administrativos de la Salud (AAS)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos (CGCOP)
- Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)
- Fundación Teófilo Hernando
- Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos (AECPAL)
- Consejo General de Enfermería de España (CGE)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología (CGCOP)
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos y Fundación (SECPAL)
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)
- Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM)
- Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP)
- Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)
- Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)
- Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS)
- Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC)

ORGANIZACIONES CIUDADANAS Y DE PACIENTES:

- Confederación Española de. Organizaciones de Mayores (CEOMA)
- Asociación Española de Osteoporosis y Artrosis (AECOSAR)
- Asociación de Pacientes Coronarios (APACOR)
- Fundación de la Asociación Nacional de Ayuda al Enfermo de Depresión (ANAED)
- Alianza General de Pacientes (AGP)
- Federación Española de Diabetes (FEDE)
- Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades Poco Frecuentes (INDEPF)
- Fundación Sine Dolore
- Asociación Diabetes Madrid (ADM)
- Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia (CEDDD)
- Asociación Socio Sanitaria Enfermedades Inflamatorias Intestinales y Ostomizados (AEEII)
- Asociación de Alopecia de la Comunidad de Madrid (ACMA)
- Foro Español de Pacientes (FEP)
- Banco Farmacéutico
- Coordinadora Española de Asociaciones de Pacientes de Espondiloartritis (CEADE)
- Foro Andaluz de Pacientes
- Asociacion de Pacientes con Pluripatologías Crónicas (APPC)
- Asociación de Fibromialgia SF/EM ISQM de la Comunidad de Madrid (AFIBROM)
- Asociación de Fibromialgia del Corredor del Henares (AFICOR HENARES)

A mi gran amigo Julio Sánchez Fierro.

Mi más sincero agradecimiento por su amistad, consejos y dedicación a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades.

Dr. Josep Vergés

AUTORES

Antonio Campos Muñoz
Vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina

Josep Vergés Milano
Presidente de OAFI (Osteoarthritis Foundation International)

Julio Sánchez Fierro
Abogado y Doctor en Ciencias de la Salud

Juan Manuel Martínez Gómez
Geriatra. Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores y Vicepresidente de la Plataforma de Mayores y Pensionistas (CEOMA)

Miguel Bernard Pineda
Reumatólogo. Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Francisco de Abajo Iglesias
Catedrático de Farmacología. Universidad de Alcalá

Ingrid Möller Parera
Reumatóloga y Presidenta del Instituto Poal
ü José Luis Llisterri Caro. Médico de Atención Primaria y expresidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Vicente Baixauli Comes
Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC)

Román Freixa Pamias
Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Moisés Broggi (Barcelona)

Miguel Angel Guzmán Ruíz
Viceconsejero de Sanidad. Junta de Andalucía

Diego Vera Jurado
Director General de la Fundación General de la Universidad de Málaga

Blanca Fernández Capel
Directora de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Eduardo Martín Serrano
Abogado. Presidente de la Asociación Andaluza de Derecho Sanitario

Rafael Micó Pérez
Vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Guadalupe Fontán Vinagre
Coordinadora del Instituto de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería

Fermín García Gollarte
Dirección médica en Grupo Ballesol

ÍNDICE

- **Presentación** 9
- **Introducción** 11
- **Prólogo** 13
- **Capítulo 1**

  - El envejecimiento demográfico: situación actual y perspectivas de futuro. Esperanza y calidad de vida 16
  - Aspectos sociológicos, económicos y éticos 20
  - La protección de la salud de los mayores y la política vacunal como herramienta de prevención 26
  - Mayores: principales indicadores de morbimortalidad 29
  - Dependencia y discapacidad: barreras físicas y cuidados. Atención sociosanitaria en el escenario de una vida en soledad 32
  - Los mayores y la “brecha digital”: riesgos de deshumanización en su atención y cuidado 39
  - Formación gerontológica: cuidados y comunicación de los profesionales sanitarios y sociosanitarias con los mayores (empatía, técnicas y habilidades) 48
  - Los servicios de atención al paciente mayor 53
  - La red de oficinas de farmacia como estructura asistencial cercana a los mayores 57
  - El asociacionismo de las personas mayores y su interlocución con los poderes públicos 63
  - Doce conclusiones clave 64
  - Referencias 67

- **Capítulo 2**

  - Indicadores más relevantes 70
  - Cronicidad 73
  - Las enfermedades reumáticas. Patologías concomitantes 77
  - Artrosis y osteoporosis: Incidencia y perfil de los pacientes 80
  - Prevención y hábitos de vida para envejecer de forma saludable y favorecer la diversidad 85
  - Dolor y pérdida de calidad de vida. Encuesta sobre Calidad de Vida de Pacientes con Artrosis: CAVIPA 89
  - Evolución y seguimiento de estas patologías 92
  - Abordaje farmacológico y no farmacológico de la artrosis. Eficacia de los medicamentos disponibles para frenar la artrosis (SYSADOA) 94
  - Perspectivas ante la nueva Estrategia Farmacéutica Europea y la reforma de la legislación sanitaria y farmacéutica. Prioridades legislativas. La Unión Europea de la Salud 97
  - Doce conclusiones clave 105
  - Referencias 107

- **Capítulo 3**

  - Política comunitaria: principales posicionamientos 110

  - Experiencias internacionales 121

  - España: perspectivas ante la reforma del sistema de coordinación sociosanitaria y los futuros cambios en la Ley de Dependencia 128

  - Posicionamientos generales de las Asociaciones. La voz de CEOMA, CERMI y OAFI en materia de envejecimiento 139

  - Doce conclusiones clave 145

  - Referencias 147

- **Conclusiones** 149

- **OAFI** 152

- **Agradecimientos** 154

- **Fuentes documentales** 156

- **Glosario de abreviaturas** 159

- **Índice de tablas** 161

- **Índice de figuras** 162

PRESENTACIÓN

Envejecimiento… derechos… calidad de vida… cuidados…. bienestar…. No son palabras huecas, ni estereotipos, sino objetivos a alcanzar.

Detrás de ellas aguardan personas que esperan y luchan por que se hagan realidad. Entre ellas estuvo mi padre, que apostó con fuerza por ello hasta el final.

He tenido la gran suerte de poder incluir en esta, su última “obra”, unas palabras que no pueden ser sino un sentido homenaje a su incansable trabajo y esfuerzo, a su dedicación a los demás. Porque si por algo él se distinguió fue por allanar un sendero por el que es muy difícil avanzar: el de los derechos que nuestra Constitución reconoce, y que no entienden de edad, contexto o nivel social.

Trabajadores, empresarios, pacientes, profesionales sanitarios, empleados públicos…, a todos ellos conoció y con todos negoció y convivió. A todos dedicó su tiempo, su estudio, su labor y su mente privilegiada. Y poco a poco ese trabajo fue dando sus frutos, con Pactos de Estado, Leyes y Reglamentos, Libros Verdes, Libros Blancos, Acuerdos y Recomendaciones de actuación…

Y ahora, en la última etapa de su vida, con enorme satisfacción abordó un gran proyecto, que hoy se traslada a esta publicación. A él dedicó horas de esfuerzo y concentración. Y lo hizo por sentirse parte de la realidad que encierra, por el protagonismo y experiencia que le dio el ser “mayor”, el formar parte de ese grupo de personas a las que muy pocos reconocen haber hecho de España la protagonista de la longevidad. Abanderada de una Europa saludable y fuertemente asentada en el Estado del Bienestar.

Pero aún cabe más trabajo, el invertido por él en componer un sistema sanitario universal, cohesionado, equitativo y sobre todo humano, un sistema construido desde el profundo respeto a los pacientes, a su voz, decisiones, experiencia y opinión.

Mi padre fue un “genio” del diálogo, de la negociación y el consenso. Visionario de realidades inciertas y firme opositor de la improvisación. Con él detrás nada era accidental. Todo notas, previsión, responsabilidad y mucho trabajo en equipo, el que claramente formó con OAFI.

Junto al Dr. Vergés se ha hecho realidad un sueño, el de “empoderar” al mayor, al dependiente, al enfermo y a su familia, al cuidador…, convirtiéndolos en colaboradores activos en esta nueva era en la que esperar los mejores resultados y pactos sociales, sanitarios, y avances en salud.

Gracias Dr. Vergés y gracias a la familia OAFI por esta gran oportunidad.

Raquel Sánchez, abogada e hija de Julio Sánchez Fierro

INTRODUCCIÓN

En este siglo se está produciendo, debido a factores demográficos, un progresivo envejecimiento de la población española. En el ámbito de la salud, ello comporta un aumento de la prevalencia de las denominadas enfermedades crónicas, relacionadas con la edad en muchos casos.

El sector salud es uno de los sectores más dinámicos, desde todos los puntos de vista. Este dinamismo permite afrontar los retos que surgen con una buena probabilidad de éxito. Dinamismo, innovación, nuevas tecnologías, mayor conocimiento, mayor participación de los pacientes en el compromiso para cuidar la salud personal y poblacional, son elementos hoy en día fundamentales para hacer frente a los nuevos retos del sector salud.

Las asociaciones de pacientes se han ido desarrollando y evolucionando desde una posición reivindicativa a una posición de agentes promotores de la salud, pasando por una posición participativa. La nueva posición de agentes de salud orienta a las asociaciones de pacientes hacia una actividad colaborativa, complementaria, de apoyo a la que realizan los servicios sanitarios, al interactuar de igual a igual con los pacientes. Son pacientes que apoyan, dan consejos, recomendaciones y explican sus experiencias a otros pacientes sobre la misma dolencia que padecen.

Los pacientes actúan como agentes de salud a través de las asociaciones que los agrupan, preparan y orientan. Son cuidadores de la salud propia y de la comunidad, por lo que se están convirtiendo en un elemento clave para afrontar el reto del envejecimiento poblacional con el incremento de la demanda asistencial y social que ello produce.

No es aconsejable organizar un sistema sanitario sin que esté orientado a la mejora continua de la Calidad Asistencial. La Calidad Asistencial permite poner una mirada transversal sobre qué objetivos buscamos, cómo los vamos a conseguir o cómo los estamos trabajando y qué resultados estamos consiguiendo, teniendo en cuenta las denominadas dimensiones de la calidad, tales como la eficiencia, la efectividad, la equidad, la continuidad, la adecuación, la seguridad o la experiencia de los pacientes.

El trabajo en Calidad Asistencial se debe realizar con la participación de todos los agentes que intervienen en el sistema de salud: pacientes, profesionales sanitarios y gestores, orientados a un objetivo común: la adecuada atención a las necesidades de salud de la población.

El libro blanco que se presenta trata sobre envejecimiento demográfico y artrosis y tiene en cuenta los tres elementos aquí introducidos, enfocados a una de las patologías crónicas más prevalentes en nuestro país.

Dr. Manel Santiñà Vila

Past President y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

PRÓLOGO

El fenómeno del envejecimiento demográfico incide de una forma acusada en las estructuras económicas, sociales y sanitarias de España.

Más de 9 millones de personas mayores de 65 años constituyen a día de hoy todo un colectivo con necesidades singulares, que requieren medidas y especial atención por parte de los poderes públicos.

Se trata de necesidades que van a ir creciendo en los próximos años, ya que tal colectivo cumplirá más años ("envejecimiento del envejecimiento") y superará el 30% del conjunto de los ciudadanos.

A los problemas de vulnerabilidad económica, en un contexto de incertidumbre en torno a la sostenibilidad del sistema de pensiones públicas, se unen otros de fragilidad sanitaria.

Entre las patologías más frecuentes que afectan a los mayores destaca la artrosis, en especial a quienes tienen 80 años o más (un 80%) La artrosis, sola o en comorbilidad con cardiopatías, enfermedades neurológicas, hepáticas, diabetes, entre otras, genera una importante pérdida de calidad de vida y acarrea discapacidad y dependencia.

De ahí que la prevención de estos negativos efectos y la atención y aplicación de cuidados sociosanitarios, más que objetivos de política sanitaria, habrían de entenderse y asumirse como compromisos prioritarios en las agendas públicas.
El "Libro Blanco sobre Envejecimiento demográfico y artrosis: Problemas, retos y soluciones", que ahora se presenta, reúne información plenamente actual a partir de fuentes internacionales, europeas, nacionales y autonómicas, pero, más allá de la calidad de los datos, se ha querido aportar una valoración crítica de la situación sobre la base de un Ciclo de "Foros", convocados por la Fundación Internacional de la Artrosis (*OAFI Foundation*).

Dichos Foros se celebraron, entre los meses de junio y noviembre de 2022, en Madrid (Real Academia Nacional de Medicina), Barcelona (Col·legi de Metges) y Málaga (Fundación General de la Universidad de Málaga). En ellos participaron como Ponentes autoridades sanitarias y académicas, representantes de Sociedades Científicas y expertos de Entidades públicas y privadas, además de pacientes mayores de modo presencial y *online*.

El Libro Blanco recoge un paquete de conclusiones clave a modo de contribución para construir un futuro mejor para las personas de mayor edad.

Para concluir, es de justicia agradecer el impulso y la dedicación del equipo de la Fundación OAFI, imprescindibles para hacer realidad este Libro Blanco.

Dr. *Julio Sánchez Fierro, abogado y exsubsecretario de Sanidad*

Dr. Josep Vergés, presidente y CEO de OAFI y AECOSAR

1 CAPÍTULO

- El envejecimiento demográfico: situación actual y perspectivas de futuro. Esperanza y calidad de vida
- Aspectos sociológicos, económicos y éticos
- La protección de la salud de los mayores y la política vacunal como herramienta de prevención
- Mayores: principales indicadores de morbimortalidad
- Dependencia y discapacidad: barreras físicas y cuidados. Atención sociosanitaria en el escenario de una vida en soledad
- Los mayores y la “brecha digital”: riesgos de deshumanización en su atención y cuidado
- Formación gerontológica: cuidados y comunicación de los profesionales sanitarios y sociosanitarias con los mayores (empatía, técnicas y habilidades)
- Los servicios de atención al paciente mayor
- La red de oficinas de farmacia como estructura asistencial cercana a los mayores
- El asociacionismo de las personas mayores y su interlocución con los poderes públicos
- Doce conclusiones clave
- Referencias

El envejecimiento demográfico: situación actual y perspectivas de futuro. Esperanza y calidad de vida

El envejecimiento demográfico, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un fenómeno de amplio espectro, que repercute *"sobre todos los aspectos de la sociedad, y en particular sobre los mercados laborales y financieros y sobre la demanda de bienes y servicios como la educación, la vivienda, la salud, la atención a largo plazo, la protección social, el transporte, la información y las comunicaciones, así como sobre las estructuras familiares y los vínculos intergeneracionales"* ("Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030").

La edad no debe ser entendida como un signo de identidad de las personas, sino como un momento de su vida, que tendría que estar acompañado de buena salud. A esta visión responde la OMS a través de su "Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030".

El envejecimiento de la población es un proceso que arranca de la segunda mitad del siglo pasado y que se muestra con distinta intensidad en cada país. En el caso de España, ha supuesto un cambio profundo en la estructura demográfica, en función de un importante aumento de la esperanza de vida y un considerable descenso de la natalidad.

En efecto, España comenzó el siglo XXI siendo uno de los "países más jóvenes" del "viejo continente", gracias a lo que se hizo llamar "baby boom". Solo 30 años antes, la esperanza de vida al nacer y a los 65 años era, respectivamente, de 69,9 y de 14,4 años, pero ahora todo apunta a que España llegará al año 2050 siendo uno de los países más envejecidos del mundo. No en vano, las últimas previsiones del INE señalan que en dicho año (2050) el 31,4% de la población española tendrá más de 65 años y el 11,6% más de 80.

En definitiva, en 2050 la esperanza de vida al nacer habrá aumentado más de 3 años (hasta los 86,9) y la esperanza de vida a los 65 años en más de 2 (hasta los 23,7 años). La AIREFy Eurostat tienen previsiones aún mejores: 85 años para los hombres y 90 para las mujeres.

Si esta senda ascendente se mantiene, España pronto se situará a la cabeza de la longevidad en el mundo, donde se presagia que los mayores serán en ese momento (año 2050) 426 millones de personas (comparados con 143 millones en 2019). Esta tendencia es una realidad sostenida en el tiempo, ya que la esperanza de vida a los 65 años viene aumentando un año cada siete.

A día de hoy, España todavía destaca por contar con uno de los más altos ratios en esperanza de vida de Europa. En 2018 lideraba este ranking, ya que era el país de la UE-27 con mayor esperanza de vida al nacer, con 83,2 años. En el caso de las mujeres, su peso es singular en el mundo, con una edad media confirmada de 86,1 años, cifra solo superada por Japón y Suiza[1].

En la actualidad, al cumplir 65 años, la esperanza de vida de los españoles ronda los 21,5 años (23,5 en las mujeres). Y, aunque la mayor parte de la población hasta los 74 años considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, lo cierto es que más años de vida implican mayor dependencia.

Todo ello ha podido confirmarse a pesar de haber sido el país de la Unión Europea (UE) que ha registrado las tasas más altas de mortalidad durante la pandemia, especialmente entre los mayores. Baste recordar que, conforme señala el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), habrían fallecido por esta causa en las residencias más de 30.000. A ello habría que añadir que, según el Instituto de Salud Carlos III, los mayores de 79 años han protagonizado el mayor número de ingresos hospitalarios por razón del Covid-19 y son los que se han visto más afectados por sus graves secuelas respiratorias, cardiovasculares y neurológicas.

Figura 1.1 Sobremortalidad debida a la pandemia.

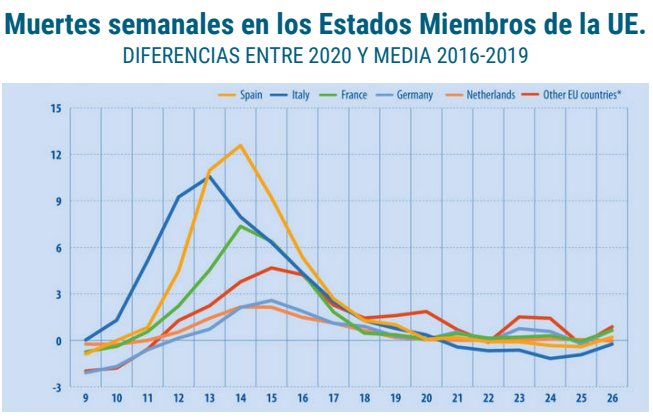

Figura 1.2 Muertes semanales en los estados miembros de la UE.

Respecto del descenso de natalidad, el otro factor que influye en el envejecimiento demográfico, hay que señalar que España es uno de los países industrializados cuya "tasa de fecundidad" es más baja, tendencia que compartimos con el resto de Estados Miembros de la UE.

Con carácter general, mientras que en los países desarrollados el ratio de 2,1 niños por mujer es considerado óptimo como "tasa de reemplazo" [2], en 2018 la tasa media de fecundidad en la UE-27 se encontraba por debajo de dicho valor (1,55), correspondiendo el máximo a Francia (1,88) y el mínimo a Malta, con 1,23 niños por mujer. Actualmente, en España ha descendido a un exiguo 1,19, de manera que los 338.532 bebés nacidos en 2021 representaron la menor cifra de toda la serie histórica, un 39% menos que hace una década.

Un dato adicional importante es que, la edad en la que la mujer es madre por primera vez, ha venido aumentando de manera sostenida en los últimos años. De hecho, este país vuelve a liderar el ranking, ya que, junto con Italia, es el único Estado Miembro UE-27 donde esta variable supera los 31 años.

Con carácter general, mientras que en los países desarrollados el ratio de 2,1 niños por mujer es considerado óptimo como "tasa de reemplazo" [2], en 2018 la tasa media de fecundidad en la UE-27 se encontraba por debajo de dicho valor (1,55), correspondiendo el máximo a Francia (1,88) y el mínimo a Malta, con 1,23 niños por mujer. Actualmente, en España ha descendido a un exiguo 1,19, de manera que los 338.532 bebés nacidos en 2021 representaron la menor cifra de toda la serie histórica, un 39% menos que hace una década.

Un dato adicional importante es que, la edad en la que la mujer es madre por primera vez, ha venido aumentando de manera sostenida en los últimos años. De hecho, este país vuelve a liderar el ranking, ya que, junto con Italia, es el único Estado Miembro UE-27 donde esta variable supera los 31 años.

El efecto combinado de mayor esperanza de vida y de descenso de la natalidad, conforme a los últimos datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, se traduce en que, desde hace 23 años [3], España no envejecía tanto, registrando así una tasa de envejecimiento del 133,5% (133 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 16) y confirmando su segundo puesto, solo por detrás de Francia, entre los países de la Unión Europea con mayor esperanza de vida para la población total.

Por Comunidades Autónomas lideran el ranking de envejecimiento Asturias (tasa del 240%), Galicia (213%) y Castilla León (211%). Mientras, Ceuta (65%), Melilla (48%) y Murcia (92%) cuentan con los índices menores, por debajo de 100% (en estos territorios aún hay más jóvenes que personas mayores).

En suma, el conjunto de datos analizados obliga a reflexionar de cara a una toma responsable de decisiones, desde la prudencia y la prevención, ante un escenario plagado de incertidumbres, sobre todo sociales y económicas. Estas decisiones son especialmente importantes en el campo de la salud, la dependencia y las pensiones, pero también en el de los retos tecnológicos y medioambientales.

Aspectos sociológicos, económicos y éticos

Cuando se habla de envejecimiento frecuentemente se asocian a este concepto los términos *fragilidad, dependencia y discapacidad*, aunque lo cierto es que, aparte de su mayor o menor coincidencia, se trata de conceptos diversos y no necesariamente vinculados.

Según la mayoría de los autores, la fragilidad se entiende como un estado asociado al envejecimiento que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica, que aumenta el riesgo de dependencia, discapacidad y de un mayor índice de morbimortalidad (pluripatología y polimedicación).

Más de un tercio de las personas mayores de 65 años sufre algún tipo de discapacidad y más de un 20% padece capacidades limitadas.

Cabe destacar que el interés de los sistemas públicos de protección social se ha centrado más en la atención sanitaria como tal que en la fragilidad, en la dependencia o en la discapacidad, lo que, en la práctica, se ha traducido en pobreza y vulnerabilidad socioeconómica. Los poderes públicos no han dado las respuestas esperables y ello ha abocado hacia un notorio déficit de recursos humanos, técnicos y de financiación.

Por lo que se refiere a la dependencia, con fecha 31 de diciembre de 2020, había en España 1.356.473 personas en tal situación, oficialmente reconocida (30.000 menos que en 2019) y otras 141.556 pendientes de valoración[4]. De hecho, la pandemia hizo que durante muchos meses se "abandonara" sin atenciones a medio millón de personas, que quedaron a expensas de un procedimiento largo y burocrático de valoración (tanto dependientes con derecho a prestación como a la espera de resolución de grado), siendo entonces el tiempo medio de tramitación de 430 días.

Por eso es lógico que, según señaló la *Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados*, la financiación, los procedimientos de evaluación de la dependencia y el baremo debían ser objeto de profundos cambios.

También se ha pronunciado en este sentido el Comité Económico y Social Europeo, que ha unido su voz[5] a la de la Comisión y el Parlamento, en el marco del debate abierto en torno a las necesidades de cuidado que requieren las personas mayores dependientes.

Según estas instancias comunitarias, los cuidados de larga duración requieren de una visión *"integradora, entre sanitaria y social, de prestación universal, centrada en la persona y de alta calidad"* y que responda a tres criterios fundamentales: *"acceso para todos, con independencia de los ingresos o del patrimonio, calidad asistencial y financiación suficiente de los sistemas"*.

En nuestro país, la partida de dependencia se incluye en la "política de servicios sociales y promoción social" y en los últimos diez años ha observado una paulatina involución o decrecimiento, para pasar a dibujar cierta recuperación desde el año 2021, momento en que se destinaron a ella 5.201 millones de euros, incluida en esta cantidad parte del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno. Ello ha supuesto un compromiso de incremento en solo un año cercano al 100%.

La inversión en el Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD)[6] en 2020 fue de 8.907 millones de euros, en torno al 0,6% del PIB y el gasto anual medio por persona beneficiaria se situó ese mismo año en 7.991 euros. Las Comunidades Autónomas financiaron el 84,4% y la aportación estatal el 15,6%, muy lejos del 50% que exige la legislación vigente.

También hay notorios desequilibrios entre Regiones, destacando la aportación al SAAD de la Comunidad Valenciana (la mayor de todas desde 2019), o la que realiza el Estado en los territorios de Aragón, Castilla León o Extremadura. Finalmente, el copago de los usuarios se sitúa en un promedio del 20%, aunque oscila entre el 11% de Valencia y el 21% de Andalucía o La Rioja.

Según el cuarto informe en la materia del *Observatorio de la Dependencia* (FEDEA)[7], en 2022, el presupuesto estatal dedicado al SAAD ha superado los 6.000 millones de euros y se ha focalizado en tres objetivos concretos: reducir las listas de espera, acortar los tiempos de tramitación de las solicitudes e incrementar las cuantías de cada grado de dependencia.

Todas estas variables son analizadas en el referido informe, a partir de los efectos del llamado "Plan de Choque SAAD", aprobado en abril de 2021 por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

Desde el punto de vista de las listas de espera, el Plan pretendía una reducción de en torno a 60.000 personas solo en 2021. Determinó también como objetivo para la tasa de dependencia de PIA (cociente entre personas pendientes de PIA sobre personas con grado reconocido) alcanzar un porcentaje próximo al 13% (12,7%) cerca de cinco puntos inferior al registrado en 2020.

Lo cierto es que, en todos los términos y cuestiones antedichos, la situación ha mejorado de forma notable, pero aún se está lejos de llegar a las cifras acordadas y mucho menos a las que serían necesarias para garantizar la sostenibilidad de este maltrecho Sistema.

Debe señalarse también que para reenfocar y mejorar la situación, el *Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia ("España Puede")* ha destinado más de 3.500 millones de euros procedentes de los fondos europeos a la "economía de los cuidados", como parte de la ya conocida "silver economy", que integra aspectos tales como ocio, turismo, deporte, seguridad, alimentación, cultura, planes de pensiones, urbanismo, vivienda, tecnología, productos financieros, seguros, salud, estética, cosmética, productos sanitarios, alimentación, etc., aspectos todos ellos incluidos en una nueva política integral de asistencia a los mayores.

Esa política integral de cuidados a los mayores figura ya de manera expresa o latente en distintos acuerdos y convenios internacionales, como son los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad de 1991, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, la Carta Social Europea, la Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional de 2012 o la Asamblea internacional sobre Envejecimiento de Madrid 2002.

La propia Comisión Europea augura para la "economía de los cuidados" un potencial crecimiento del 5% anual hasta 2025. Y es que las necesidades de cuidados aumentarán en todo el mundo en los próximos años, pero en España, según datos del INE, se podrían elevar mucho más (desde el 54% actual hasta el 62,4%).

Cuidarse y ser cuidado cada vez es más importante para la población mayor, si tenemos en cuenta que solo en nuestro país a más del 40% de "los abuelos" se les ha hecho responsables, a su vez, del cuidado de sus nietos. En no pocas ocasiones, esta labor se ha convertido para ellos en una obligación y una sobrecarga física y psicológica, en lugar de en un mérito, una fortaleza o un mecanismo de encuentro intergeneracional y de enriquecimiento mutuo.

A ellos se viene dedicando cada 26 de julio el Día Mundial de los abuelos y abuelas, efeméride que se une a la convocada cada 29 de febrero en numerosos países, para poner de relieve también la figura y el papel del bisabuelo.

Así las cosas, España apenas dedica el 0,9% del PIB a cuidados de larga duración (incluida la asistencia sanitaria y social), por debajo de la media de los países de la OCDE, donde este gasto representa el 1,5%. Los Estados que más aportan son Países Bajos con un 4,1% del PIB y Noruega con un 3,7%.

En este contexto también se sitúa el ya anunciado PERTE (Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica) *"Economía social de los cuidados",* que pretende potenciar y consolidar las alianzas entre los centros de investigación, organizaciones, cooperativas y entidades de todo el país que trabajan en la economía social. Uno de sus objetivos básicos es fortalecer e impulsar los sectores vinculados al cuidado de las personas y de su entorno en cada uno de sus ciclos vitales.

No se ha dejar de lado el capítulo del déficit en pensiones, con las que el sistema español arrastra un déficit de 27.000 millones, lo que equivale a un 2,2% del PIB. Esta cifra se prevé que pueda aumentar hasta el 2,5% en 2025.

Conviene recordar a este propósito que, hace 25 años, otra grave crisis afectaba a las pensiones, de la que se pudo salir gracias al "Pacto de Toledo". Como consecuencia de la pandemia, será de nuevo necesario el diálogo y la capacidad de compromiso de todas las partes implicadas.

Un loable intento fueron las 21 Recomendaciones propuestas por la *Comisión del Pacto de Toledo* al Pleno del Congreso de los Diputados, en octubre de 2021, pero no han tenido un respaldo unánime. Es cierto que contaron con el voto favorable de la mayoría de los diputados (262), pero hubo 19 votos particulares procedentes de todo el espectro parlamentario que ofrecieron su rechazo. A ello hay que añadir un nada despreciable número de abstenciones y algunos votos en contra. Es más, algún Grupo, que votó favorablemente, no dudó en aclarar que aquel no era "su texto".

Algunos puntos sin consenso fueron:

- Volver a los 65 años como edad legal de jubilación o retrasarla hasta los 70 e incluso más.
- Pasar o no de los 25 a los 35 años para el periodo de cálculo de la pensión.
- Introducir o no el factor de sostenibilidad (esperanza de vida) para el cálculo de la pensión inicial).
- Penalizar o no la jubilación anticipada y en qué porcentaje.
- Relacionar o no la pensión mínima con el SMI o incluso el IPC.
- Incentivar o desincentivar los planes de pensiones complementarios.

El debate sigue abierto en la sociedad y entre los expertos, muchos de los cuales indican que:

- si se amplía el cómputo de 25 a 35 años podría mejorar la sostenibilidad del sistema (unas nueve décimas,) pero, si se toman los 25 mejores, la "sostenibilidad empeora" (en siete), generando una diferencia entre una situación y otra de 1,7 puntos del PIB;
- el *Mecanismo de Equidad Intergeneracional* que se ha propuesto en sustitución del "factor de sostenibilidad" (pago de más cotizaciones por los más jóvenes) no asegura la equidad y solo lleva consigo un trasvase de costes de una generación a otra;

- las reformas planteadas ni solucionan los problemas ni minoran el déficit, sino que lo traspasan de unas cuentas a otras del presupuesto público.

La realidad es que aún están lejos los acuerdos políticos e institucionales constructivos. El Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones ha promovido una reforma rupturista, que implica ampliar en 5 años el periodo necesario para el cálculo de la base reguladora. Esta iniciativa ha sido objeto de rechazo rotundo por parte de la Plataforma de Mayores y Pensionistas. Entre tanto, la Comisión Europea sigue cuestionando la sostenibilidad del sistema español de pensiones.

Sea como fuere, la pensión inicial en nuestro país supone alrededor del 80% del último salario y, a pesar de ello, los pensionistas necesitan complementarla por medio de mecanismos de ahorro para poder "llegar a fin de mes". Esta situación pronto se agravará para los *"baby boomers"*.

El debate, pues, se ha abierto y lo ha hecho en medio de un nuevo escenario en el que abundar en un cada vez mejor y más sólido conocimiento de las enfermedades, sobre todo crónicas, que afectan a los adultos mayores, y en la implantación de nuevas y más resilientes, eficientes y sostenibles herramientas para asegurar cuidados de calidad y una "longevidad saludable".

Porque vivir "más y mejor" es incluso más "rentable" para la sostenibilidad de un sistema en grave crisis que trabajar en reformas normativas que lleven a ajustar las pensiones a la esperanza de vida. Y porque los mayores no son el problema, el problema es no cuidarlos.

La protección de la salud de los mayores y la política vacunal como herramienta de prevención

Como quedó dicho, la década 2020-2030 ha sido proclamada por la OMS como "Década del Envejecimiento Saludable" [8]. Para la consecución de este objetivo, una de las herramientas fundamentales es poner en marcha un plan de acción para la prevención de enfermedades y, en concreto, medidas que garanticen y mejoren *el acceso a vacunas que sean seguras, eficaces y asequibles para optimizar la capacidad intrínseca y funcional de las personas mayores"*.

Algunas vacunas (como las que luchan contra la gripe, el neumococo, la difteria, la tos ferina o el tétanos) se han universalizado en España y es reiterada su importancia para las personas mayores de 65 años, en el marco de un calendario que ya es común y cuya primera versión vio la luz en el año 1975. Sin embargo, no sucede lo mismo con todas.

Excepción hecha de algunas Comunidades Autónomas, como Madrid, el ejemplo más cercano de exclusión y correlativa polémica lo encontramos en la vacuna contra el Herpes Zóster, máxime cuando en España más del 90% de las personas adultas y mayores han presentado infección por el virus de la varicela-zóster y, por lo tanto, pueden desarrollar fácilmente esta enfermedad, que es ciertamente grave [9].

Superado lo peor de la crisis sanitaria derivada del Covid-19, es el momento de valorar las experiencias acumuladas respecto a la política vacunal y adoptar medidas con visión de futuro para mejorar los resultados.

En este punto el calendario vacunal es, sin duda, un desafío de primer orden, cuya adecuada respuesta requeriría resolver determinados problemas jurídicos y funcionales.

En efecto, desde el punto de vista jurídico, el sistema adolece de un marco regulatorio insuficiente, lo que genera inseguridad.

La Ley General de Salud Pública de 2011 dejó muchos flancos abiertos al optar por un calendario "común" para todas las Comunidades Autónomas acordado por consenso en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en lugar de por un calendario "único" que garantizase la igualdad territorial y la equidad en el acceso a las vacunas. Esto se traduce en franjas etarias diferentes, distintas políticas de compras y otras barreras.

Por otro lado, la no inclusión en el calendario común de vacunas autorizadas por la AEMPS supone su no financiación pública y que los mayores, pese a su deteriorada situación económica, tengan que costearlas íntegramente a su cargo.

No es de gran ayuda tampoco la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios de 2006 (Texto Refundido, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015), cuyo artículo 45 califica a las vacunas como *medicamentos especiales* que se rigen por reglas generales, "salvo las peculiaridades que se determinen".

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida
DE CALENDARIO RECOMENDADO AÑO 2023

VACUNACIÓN	EDAD: Pre-natal	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	5 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥65 años
Poliomielitis			VPI	VPI		VPI					VPI[1]					
Difteria, tétanos, tosferina	dTpa[2]		DTPa	DTPa		DTPa					dTpa/ DTPa[2]		Td	Td[2]		Td
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib		Hib										
Sarampión, rubeola, parotiditis							TV		TV		TV[3]					
Hepatitis B[4]		HB	HB	HB		HB	HB									
Enfermedad meningocócica[5]			MenB	MenB MenC			MenB MenC					MenACWY	MenACWY			
Varicela								VVZ	VVZ		VVZ[6]					
Virus del Papiloma Humano[7]												VPH	VPH			
Enfermedad neumocócica[8]			VNC	VNC		VNC										VN
Virus Herpes Zóster[9]																HZ
Gripe[10]	gripe				gripe anual											gripe anual

Calendario aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS el 19 de diciembre de 2022

Color Administración sistemática

Con TRIVAC Administración en personas susceptibles o no vacunadas con anterioridad

Tabla 1.1 Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida 2023 (Consejo Internacional del SNS).

Otros problemas legales se refieren a la voluntariedad o no de la vacunación, que habrán de resolverse a la luz de la Ley 3/1986, de medidas especiales de Salud Pública y de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, de las que se desprende la posibilidad en ciertos casos de imponer la vacunación, pero siempre bajo control judicial.

Otra cuestión es la infrafinanciación de las vacunas (0,6% del Presupuesto sanitario) o la ausencia de ayudas públicas para vacunas autorizadas y aún no incluidas en calendario (posibles desgravaciones fiscales, medidas de apoyo a las familias y a colectivos vulnerables). Este hecho lleva a que los mayores sean las primeras personas que se aparten de ellas.

Con fecha 30 de junio de 2022 fue presentado en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), el "Manifiesto para Impulsar el Envejecimiento Saludable en España", una iniciativa de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) a la que se han adherido más de treinta entidades y asociaciones y que encuentra su origen en la declaración por Naciones Unidas del decenio 2021-2030 como "Década del Envejecimiento Saludable".

Entre las medidas que este "Manifiesto" ha reivindicado se sitúan:

- la puesta en marcha efectiva de un Plan sólido y riguroso de ámbito nacional (correlativo al "Plan para el Decenio del Envejecimiento Saludable" de Naciones Unidas);
- la lucha contra el edadismo, y, como no puede ser de otro modo;
- el **establecimiento de un único calendario vacunal** en España que acabe con las discriminaciones que existen entre las distintas Comunidades Autónomas y promueva la prevención de la enfermedad.

Porque, tal como el doctor Amós García Rojas, representante de la OMS en España y presidente de la Asociación Española de Vacunología, recalcó con ocasión de la presentación del citado Manifiesto,"las vacunas son importantes porque salvan vidas pero lo son más las políticas vacunales", ya que son las que hacen posible el acceso a ellas a todo el mundo.

España es un país "muy vacunador, en el que se alcanzan coberturas de hasta el 97% en los primeros años de la vida. Sin embargo, a edades avanzadas esa cifra decae en 40 puntos, puesto que las coberturas vacunales de los mayores se quedan en un exiguo 57%.

El conjunto de retos en este terreno se presenta aún muy amplio y su respuesta es estratégicamente relevante. Abordar estos retos es una necesidad ineludible a la hora de garantizar la protección de la salud que los mayores requieren.

Mayores: principales indicadores de morbimortalidad

Desde hace más de un siglo se entiende que *"las cifras de morbilidad, mortalidad y natalidad de un pueblo, sobre todo, su morbimortalidad por enfermedades microbianas, que entran tan de lleno en la categoría de evitables, constituyen la nota más característica de su cultura higiénica, de la bondad de su clima y de su estado de progreso y civilización"* [10].

Pues bien, según la Real Academia de la Lengua, el término "morbimortalidad", aceptado desde 1906, se define como la *tasa de muertes por enfermedad en una población y en un tiempo determinados*. Diversos autores del siglo pasado, como A. Mayol y Vidal, abundaron en esta acepción *(Revista Balear de Ciencias Médicas)*.

Sin duda, saber medir bien en base a unos indicadores es esencial para adoptar las mejores decisiones y definir objetivos realistas, correctos y adaptados a las realidades sobre las que se quiere actuar.

La homogeneidad de los datos recabados y la unidad en su interpretación permite adoptar los controles más útiles, las mejores decisiones, reconducir las medidas, en su caso, ya aplicadas y dirigir el rumbo de los acontecimientos hacia un objetivo claro y definido. Y en este entorno ha de situarse nuestro sistema de salud, cada vez con más rigor, precisión y detalle.

El SNS viene haciendo uso y publicando un conjunto de indicadores, de muy diversa índole y alcance, que se consideran claves para aportar información sobre el escenario sanitario de los años 1990 a 2001. Dichos indicadores se alojan en la web del Sistema de Información Sanitaria (Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud - msssi.es)

También los ofrece en clave autonómica, permitiendo efectuar comparativas entre territorios, entre patologías, entre sexos… o cálculos de evolución interanual. Para ello se ha de acceder a la web Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (msssi.es).

Pero en ninguno de los casos antedichos la información es completa, ni se refiere a los mismos años, ni abunda en todas las Comunidades Autónomas, y en términos de morbimortalidad, no aporta información de todas las patologías prevalentes.

Desde el Ministerio de Sanidad también se trabaja en la publicación de estudios de morbimortalidad sobre patologías concretas, así como en la de fichas técnicas comprensivas de todos y cada uno de los indicadores empleados.

Pese a todo, el Sistema de Información sanitaria tiene que avanzar en eficiencia y ampliar contenidos y, sobre todo, conducir a que su aplicación sea real a la hora de definir las políticas de intervención más adecuadas.

Si tomamos como referencia la artrosis, el buscador "oficial" de indicadores antedicho no incluye ni uno solo que atienda a esta patología de manera específica, ni tampoco al factor etario como determinante de tratamientos, cuidados médicos, listas de espera, consultas, intervenciones, etc., excepción hecha de la mortalidad derivada de cardiopatía isquémica, enfermedad cardiovascular, cáncer, EPOC, neumonía, gripe, enfermedad crónica del hígado, diabetes mellitus, accidentes no intencionales, suicidio o Alzheimer. Sin embargo, sí se hace eco de los casos de mortalidad intrahospitalaria tras fracturas de cadera o de las fracturas que se producen en pacientes ingresados, o de los que son intervenidos en las primeras 48 horas.

No se ha de olvidar, además, que para poder llevar a cabo con éxito programas de prevención específicos para la población general o para determinados grupos de riesgo, es preciso que las actuaciones coordinadas de autoridades sanitarias, sociedades científicas, y demás agentes involucrados tengan en cuenta todo el proceso asistencial del sistema de salud y los resultados que en cada fase se obtengan, a partir de indicadores claves de rendimiento (KPIs – *Key Performance Indicators*).

Estos indicadores permiten monitorizar la satisfacción de los objetivos estratégicos, el alcance y el éxito de las actividades.

En el campo de la artrosis los KPI que, a priori, podrían manejarse, pasarían por:

- El nivel del dolor
- El nivel de movilidad
- El Índice de calidad de vida
- El Índice de depresión, ansiedad o estrés
- El Índice de intervenciones de prótesis articular
- El Índice de satisfacción del paciente
- Las comorbilidades
- La actividad y/o el rendimiento físico
- El IMC (Índice de Masa Corporal)
- El número de días por enfermedad
- Las interacciones y adherencia a tratamientos

Medir cuesta, pero no se mide por medir, se mide para gestionar mejor en un campo, como el de la atención sanitaria, en el que esto no es fácil. La colaboración de todos los profesionales que intervienen en este terreno y que interactúan en el día a día con los pacientes es crucial para mejorar no solo la recopilación de datos sino sobre todo para maximizar su utilidad.

Dependencia y discapacidad: barreras físicas y cuidados. Atención sociosanitaria en el escenario de una vida en soledad

La decisión en torno al lugar en el que residir en la última etapa de la vida no es precisamente un asunto "menor". Sin embargo, a menudo se prescinde de la opinión y/o de las preferencias de las personas a las que tales decisiones afectan a la hora de optar por una fórmula concreta.

Este hecho no es solo reprobable desde el punto de vista ético, sino también legal, ya que es la propia Ley de Dependencia la que declara como "compromiso de nuestras instituciones" la adopción de medidas para garantizar la autonomía de las personas entendiendo por tal *"la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria"*.

Cada vez más estudios y encuestas revelan cómo alrededor de un 85% de los mayores prefiere permanecer toda la vida en sus casas, lejos de la "institucionalización", sea solos o atendidos por cuidadores, informales o profesionales. También es que, de esta forma (excepción hecha de casos más graves de dependencia o falta de autonomía), disminuyen los síntomas depresivos que suelen aparecer a lo largo del tiempo.

Pero vivir de forma independiente será positivo si la persona puede mantener su autonomía, sus relaciones sociales y su acceso a las prestaciones sanitarias.

La decisión de permanecer o no en casa a veces obedece a cuestiones "colaterales" tales como la aversión a la rigidez de horarios o a la falta de intimidad, al debilitamiento de las relaciones sociales y familiares, al desarraigo territorial… o lo que a la postre se califica como falta de participación o desconsideración de las preferencias y voluntades del residente en el desarrollo de las actividades habituales de la vida diaria.

Algunos estudios muestran cómo el 65% de los mayores que ingresan en residencias en España tiene entre 80 y 94 años (media de 83), generalmente con cuadros pluripatológicos, prevaleciendo entre sus dolencias las de tipo cognitivo. Los ingresos se producen en mayor medida entre las mujeres.

La soledad no deseada es otro "mal" que afecta de manera singular y casi endémica a los mayores, y muy especialmente también a las mujeres, por su mayor longevidad, su notoria carga en los cuidados, su separación frecuente del mundo laboral o su condición de viudedad.

Tal y como el propio IMSERSO[11] declara, *"la soledad no deseada se incluye en planes estratégicos específicos sobre soledad, planes de mayores, estrategias integrales para el envejecimiento, tanto en la acción de las Comunidades Autónomas como a nivel local. También está presente en documentos estratégicos nacionales como España 2050 o el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Esto permite constatar su importancia en la agenda política, el respaldo institucional para el desarrollo de acciones en esta dirección y el momento de oportunidad actual para una acción integrada entre todos los territorios y actores"*.

Es pues el momento de actuar definiendo una estrategia participativa de todos los agentes implicados en la prevención, detección y erradicación de este estigma social, cuyas consecuencias sobre la salud, la calidad de vida y el bienestar personal quedan fuera de toda duda. De hecho, fue a finales de 2021 cuando el Senado aprobó por unanimidad una recomendación dirigida al Gobierno por medio de la que indicaba la necesidad de elaborar una *Estrategia Nacional contra la Soledad no Deseada* con celeridad, para prevenir y paliar este mal.

Medir cuesta, pero no se mide por medir, se mide para gestionar mejor en un campo, como el de la atención sanitaria, en el que esto no es fácil. La colaboración de todos los profesionales que intervienen en este terreno y que interactúan en el día a día con los pacientes es crucial para mejorar no solo la recopilación de datos sino sobre todo para maximizar su utilidad.

Para trabajar en esta importante materia, la Plataforma de Mayores y Pensionistas de España ha puesto en marcha una Comisión de trabajo ad hoc (Comisión de Soledad no Deseada), desde la que se manifiesta la necesidad de distribuir espacios de convivencia para los mayores en cada comunidad local. Previo cambio de enfoque, organización y actividad, los más de 4.000 Centros Socioculturales de Personas Mayores pueden ser una herramienta esencial en esta tarea, *"convirtiéndose en lugares de encuentro intergeneracional y dejando su carácter actual de burbujas para la vida separada de las personas mayores*" (sic PMP).

Entre los mayores, el Covid-19 ha hecho que el sentimiento de soledad haya crecido de manera exponencial, poniendo de relieve la reducida accesibilidad de quienes viven en residencias a los sistemas de salud, y no solo en España, sino en la mayor parte de países del mundo.

Al mismo tiempo, la pandemia ha permitido comprobar que la falta de integración sociosanitaria conlleva consecuencias fatales para las personas mayores y aumenta el riesgo de "mercantilizar" los servicios residenciales. También ha sumido al sector en una grave crisis a partir de deficiencias tales como el mayor riesgo de contagios, la aglomeración o la falta de participación, integración y coordinación de familias y profesionales sanitarios.

El éxito de esta integración ha de pasar por la transformación de los mecanismos de gobernanza, por cambios legislativos, nuevas regulaciones y, sobre todo, por el equilibrio, la justicia, la equidad y el aumento de la financiación. Sin embargo, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) parece avanzar hacia una reducción de plazas en las más de 5.200 residencias en funcionamiento en España y en el ajuste de las ratios que más y mejor le definen (trabajadores/dependientes, habitaciones/núcleo poblacional, etc.).

La falta de una visión global e interconectada de la economía, la salud y la sostenibilidad está en la base del actual panorama desalentador, y es que ya es imperativo que desde estos tres ámbitos se trabaje por un objetivo común.

En esta línea se manifiesta el *Plan Estratégico de Salud y Medioambiente* del Gobierno de España (PESMA), que en su apartado 6 señala que para afrontar el envejecimiento saludable se requiere de serios esfuerzos en la planificación y el diseño de las ciudades, un diseño que permita la práctica de actividad física, la seguridad alimentaria, la prevención de la obesidad, la cohesión social, la lucha contra la soledad, el aislamiento, el estrés, la depresión, o el control de lesiones en los tránsitos, entre otros factores.

La capacidad del entorno de influir en las decisiones que toma la población, en lo que se refiere a estilos de vida más o menos saludables, es irrefutable. De hecho, el 80% de los habitantes en nuestro país (19% mayores de 65 años) se concentra actualmente en áreas urbanizadas, las cuales suponen sólo el 20% del territorio. De ellos, el 25% vive en aglomeraciones urbanas superiores al millón de habitantes y el 17% en las ciudades más grandes.

La capacidad del entorno de influir en las decisiones que toma la población, en lo que se refiere a estilos de vida más o menos saludables, es irrefutable. De hecho, el 80% de los habitantes en nuestro país (19% mayores de 65 años) se concentra actualmente en áreas urbanizadas, las cuales suponen sólo el 20% del territorio. De ellos, el 25% vive en aglomeraciones urbanas superiores al millón de habitantes y el 17% en las ciudades más grandes.

Ante una población cada vez más envejecida, la planificación territorial debe ofrecer respuestas contundentes, fomentado el envejecimiento activo, la vida independiente y la participación social, dando al mismo tiempo respuesta a los "criterios de ciudades amigables con las personas mayores" definidos por la OMS. Junto a ello, debe cumplir con las metas que Naciones Unidas ha dispuesto en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con actuaciones de muy diverso calado y naturaleza, alineadas especialmente con los ODS 3 (salud), 10 (reducción de las desigualdades), 11 (ciudades y comunidades sostenibles y sociedades inclusivas) y 17 (alianzas para lograr los objetivos).

Las autoridades sanitarias han de coordinar medidas al respecto con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), tanto a través de la *Red Española de Ciudades Saludables* (RECS) como de la *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud.*

Tampoco se han de despreciar los casos en los que los mayores se abocan a la vida en soledad y a la falta de cuidados en sus ciudades y pueblos por cuestiones de capacidad económica. En la base de todo ello se sitúan un deficiente sistema público de pensiones, una correlativa necesidad de abandonar cada vez más tarde la vida activa y entornos laborales carentes de políticas de seguridad y salud específicas y acomodadas a cada franja de edad.

Para analizar de manera específica este impacto, desde la Universidad de Barcelona fue puesta en marcha en el año 2020 una interesante iniciativa: *el Observatorio de los sistemas europeos de previsión social complementaria pública y su Barómetro Socioeconómico de la longevidad en Europa.*

El Observatorio es "una estructura de investigación…que se constituye como una plataforma multidisciplinaria que tiene los objetivos de formar, investigar y divulgar sobre la previsión social complementaria como un pilar de nuestro modelo de previsión social". Cuenta con 6 patrocinadores-financiadores, 18 entidades adheridas, 1 media partner y 7 universidades europeas en red, así como con el apoyo institucional de la Generalitat de Catalunya[12].

La primera edición del Barómetro[13] de este Observatorio -cuyo fin primordial es "determinar los efectos que la longevidad tiene sobre los sistemas de previsión social en general, y de previsión social complementaria en particular"-, ha visto la luz en mayo de 2022 y ab initio persigue *"ayudar a la toma de decisiones de los agentes económicos y sociales y al diseño de políticas, por parte de los gobiernos de los respectivos países, adecuadas al bienestar de sus ciudadanos en general y del colectivo silver en particular"*.

Junto con el impulso de este Barómetro, el Observatorio ha promovido un "manifiesto" a favor del logro de un acuerdo político y social para el desarrollo de la recomendación decimosexta del Pacto de Toledo, acuerdo que habría de sustentarse, a su juicio, sobre los siguientes cuatro ejes[14]*:*

- *"Consenso político: que sea un pacto de amplio espectro entre las fuerzas políticas parlamentarias para desarrollar las recomendaciones de la comisión parlamentaria del «Pacto de Toledo» sobre previsión social complementaria.*
- *Diálogo Social: incorporar la materia a la negociación colectiva, tanto sectorial como de empresa, así como en los acuerdos confederales ente patronal y sindicatos.*
- *Política fiscal: medidas de estímulo fiscal, coherentes en lo social y lo económico, tanto en los impuestos estatales como en los de carácter autonómicos.*
- *Apuesta de la administración pública estatal, autonómica y local para generalizar los instrumentos de previsión social complementaria en su marco de relaciones laborales y desarrollo de las competencias de las autonomías en materia de mutualidades de previsión social".*

También el reciente Informe de evaluación del SAAD-2022, publicado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020 apunta a la necesidad de integrar en el mismo a las personas frágiles, en riesgo o potencialmente dependientes para el reconocimiento de, al menos, determinadas prestaciones, especialmente preventivas. También señala que [15] (sic):

- *"El servicio de ayuda a domicilio se considera clave en la atención y por ello, debe mejorarse a partir de ampliar la intensidad horaria que permita una atención digna y de calidad, mayor profesionalización y acreditación profesional, con una coordinación sociosanitaria y desde la proximidad del nivel primario"*.
- *"El derecho a permanecer en su domicilio y en la comunidad o barrio donde la persona vive adquiere mayor relieve y, en cambio, se relega al último lugar la posición de los servicios residenciales y se considera que a tal fin deben reforzarse tanto los equipos sanitarios como los de servicios sociales de proximidad"*.
- *"Atención primaria es otro servicio de proximidad que debe reforzarse y coordinarse con los equipos de este nivel, especialmente en los casos de personas con alta complejidad, facilitando el acceso a otros servicios que pueda requerir"*.

Este cúmulo de dificultades obliga ya a afrontar reformas. No cabe dejarlas para mejor ocasión. Las exige la Comisión Europea pero también el sentido común. El camino a seguir no puede ser otro que el del diálogo, la negociación y el consenso.

Los mayores y la "brecha digital". Riesgos de deshumanización en su atención y cuidado

Desde que Goethe lo planteara en "Fausto" (1808) hasta nuestros días, el debate en torno a las maravillas, las fortalezas, las debilidades y los peligros de la innovación están sobre la mesa.

Muchas veces es el reclamo de la inmediatez a la que la tecnología responde, otras su apariencia de seguridad, lo que hacen de ella algo irresistible e imparable, también en la atención sanitaria y social que se debe a las personas de mayor edad.

Pero a la par que la digitalización y la tecnología avanzan de manera inexorable, lo hacen los peligros de la deshumanización, porque las mismas no pueden sustituir al contacto entre las personas, infravalorando la comunicación y distanciando de ellas el trato y la atención. De otro modo, podría ponerse en entredicho su propio valor por quedar al límite de lo que la propia ética permite, y confundir un bien (la salud) con un derecho (su protección), como también la condición de paciente con la de consumidor de bienes y servicios. No en vano el primer email, enviado en 1971 por el programador norteamericano Ray Tomlinson, se valió del símbolo "@" para indicar que el mismo se remitía a una persona y no a una computadora.

Los valores de la atención sanitaria no son *per se* coincidentes con los de las relaciones sociales y aún menos lo son la del profesional sanitario y el paciente.

Pero tal y como manifiesta el propio Consejo General de Médicos de España [16], *"la relación médico-paciente precisa de cambios tecnológicos y organizativos que permitan liberar tiempo clínico de interacción personal; si el ordenador nos aparta del paciente, estaremos invirtiendo la lógica de la interacción clínica"*.

Internet es ya la vía de acceso a muchos de los cuidados y prestaciones que reciben los mayores. Acerca a las personas, pero también puede abrir con y entre ellas barreras insalvables. De los 8.000 millones de habitantes del planeta, más de 2.000 millones y medio lo utilizan. Cada 60 segundos se suben 72 horas de vídeo y cada día se hace lo mismo con 95 millones de fotos.

Si bien es verdad que cada vez son más las personas de edad avanzada que se manifiestan usuarias de esta "herramienta", su penetración entre ellas sigue siendo aún muy baja. Se estima que entre quienes superan los 70 años la brecha digital asciende a más del 60%.

Para poner de relieve este hecho, abrumadoramente confirmado con la pandemia, el Día Mundial de Internet de 2022 (17 de mayo) fue dedicado a ellos, seleccionado como lema *"Internet para las personas mayores y el envejecimiento saludable"*.

La pandemia y el confinamiento han evidenciado, todavía más, la importancia de no estandarizar la aplicación de herramientas tecnológicas, sino atender para ello a una diversidad de criterios: geográfico, poder adquisitivo, género, edad, estrato social, etc. También ha cobrado valor la necesidad de adoptar mecanismos para frenar una igualmente creciente "brecha digital".

El Comité Económico y Social, en su Dictamen *"Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender del Covid-19"* (Dictamen de iniciativa 2022/C194/04), ha manifestado que *"los cambios tecnológicos pueden prestar un apoyo fundamental en los cuidados de mayores, aunque sin poder nunca sustituir al trabajo humano"*, y cita, como ejemplos, la telemedicina o la telerehabilitación, el uso de sensores para constantes vitales para la prevención de caídas, o las soluciones de movilidad, entre otros.

A su vez, la propia Comisión Europea se ha comprometido, a través de la *"Declaración Europea sobre los Derechos y Principios Digitales para la Década Digital"* (26 de enero de 2022, capítulo II -Solidaridad e Inclusión) a *"llevar a cabo una transformación digital que no deje a nadie atrás y que debería incluir, en particular, a las personas mayores… así como a quienes actúen en su nombre"*.

No cabe dotar recursos ni definir planes o agendas tecnológicas para este tipo de atención y cuidados si no se persigue con ello una gestión cada vez más eficiente y satisfactoria desde el punto de vista humano, o si se omite un fin principal como es la mejora de la calidad de vida de sus destinatarios.

En este contexto de ruptura y desconexión con el que bastantes mayores conviven, queda en claro entredicho la *"Iniciativa eEurope -Una sociedad de la información para todos"*, que la Comisión puso en marcha hace más de 20 años y cuyo objetivo clave no era sino "garantizar que la sociedad de la información no se traduzca en exclusión social". En junio del año 2000, también el Consejo la respaldaría con su *"Plan de acción eEurope 2002: Una sociedad de la información para todos"*-.

Y lo que es aún más significativo; igualmente se olvida el respeto que merecen las Conclusiones de la Comunicación que emitió en diciembre de 2008 la propia Comisión al Consejo, al Parlamento, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, a través de la que se describió la situación de la accesibilidad electrónica, justificó la actuación europea y dispuso los pasos a seguir para lograr la plena accesibilidad.

La brecha digital cuenta con una doble perspectiva: la "del acceso" (posibilidades que las personas tienen de utilizar este recurso) y la "del uso" (habilidades y competencias para su comprensión), esto es, los conocimientos para poder valerse de la tecnología.

Es un hecho incuestionable que, a la hora de manejar equipos y aplicaciones y de acceder a las redes sociales para establecer comunicaciones, incluso con sus seres queridos y hasta divertirse, las personas de mayor edad tienen muchas más dificultades. Ello acrecienta su soledad y aislamiento, a la par que les priva -o cuando menos, dificulta- el acceso a las prestaciones sanitarias y a los cuidados (enfoque integral) que necesitan.

La Unión Internacional de las Telecomunicaciones (ONU) reveló a finales de 2019 que esta brecha digital había llevado a que, en 40 países del mundo, más de la mitad de la población no supiera adjuntar un archivo a un correo electrónico.

Según Eurostat, casi la mitad de las personas entre 65 y 74 años que utilizan internet "tienen unas capacidades digitales bajas". La propia OMS, en su definición de *e-health*, separa la información sanitaria que se dirige a profesionales sanitarios de la que se destina a los ciudadanos.

La realidad es que las tecnologías digitales albergan un gran potencial, incluso de apoyo a los cuidadores tanto profesionales como no profesionales. A estos cabría incluso reducirles la carga que afrontan, por ejemplo, a la hora de transportar a los pacientes a consultas que podrían celebrarse en línea [17]. Sin embargo, una encuesta de Eurocarers de 2021 sugiere que el 78 % de los cuidadores no profesionales nunca habría utilizado tecnologías relacionadas con los cuidados.

En España, con ocasión de la campaña de la Renta 2022, se han hecho públicos algunos datos interesantes a resultas de la *Encuesta sobre Equipamiento y uso de tecnologías de la información y Comunicación en los Hogares- 2021*, elaborada por el INE. Estos datos revelan que solo la mitad de la población entre 65 y 70 años ha mantenido durante el último año algún "contacto electrónico" con la Administración, porcentaje que desciende al 35,5% cuando se refiere al envío de formularios cumplimentados (pago de impuestos, solicitud de citas médicas, etc.) y al 28,2% en la descarga de formularios oficiales.

A estos datos se unen los incorporados al Estudio *"Seniors digitales: Informe sobre el uso del comercio y administración electrónica en España"*, elaborado por el grupo de investigación "Brecha digital y Mayores" de la Universidad CEU San Pablo. Este estudio ha evidenciado que el 47% de los mayores de 60 años que han accedido a internet lo ha hecho para realizar trámites online, declarando que su experiencia no ha sido positiva.

Tabla 1.2 Informe de Gestión Intermedio Consolidado Enero-Junio 2022 CAIXABANK.

Para los mayores, transitar en un entorno virtual como el que ofrece la Administración digital ni es fácil ni les reporta tranquilidad ni comodidades. Bien al contrario, les genera dudas sobre la terminología empleada, excesivamente técnica y compleja para ellos. Y lo que es aún peor, no son conscientes de las repercusiones que tiene la gestión de los datos personales que revelan a través de tales trámites.

Este estudio concluye con la necesidad de adoptar medidas desde la propia Administración orientadas a ofrecer a los mayores una "versión simplificada "de contenidos y un diseño de las webs que, al fin y a la postre, son los que ella misma emplea en su operativa habitual. Deben adaptarse a sus perfiles y facilitar el acceso y las gestiones (a través de la unidad de contraseñas, de servicios de atención a consultas preferentes, etc.), además de emplear un lenguaje sencillo y comprensible. Para una persona mayor no hay diferencia entre gestionar una compra online (comercio electrónico) que solicitar un servicio de teleasistencia cuando la herramienta es telemática.

Las dificultades y barreras en el acceso a la información son sin duda una forma de discriminación que incluye el llamado "derecho a entender". Por ello, no solo la vía de acceso a la administración, sino el lenguaje "oscuro" que esta emplea, fueron contemplados en la modificación de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación, para de este modo incorporar a la definición de accesibilidad universal incluso la consideración de accesibilidad cognitiva.

La "capacitación digital" es ya, sin duda, uno de los asuntos pendientes en la agenda de los gobiernos y, en este sentido, también se viene pronunciando la Comisión UE *("Europa aspira a capacitar a las empresas y las personas para un futuro digital sostenible, más próspero y centrado en el ser humano").*

Fue el 26 de enero de 2022 cuando esta propuso una Declaración solemne interinstitucional sobre los derechos y principios digitales para la Década Digital, reactivando las conclusiones y propuestas de principios de este siglo, anteriormente señaladas.

Esta Declaración pone el acento en que las tecnologías digitales deben proteger los derechos de las personas, sustentar la democracia y garantizar que todos los actores del sector digital actúen con responsabilidad y seguridad. Asimismo, requiere que las mismas unan, no dividan, a las personas, por lo que la capacitación antes citada es un deber ineludible.

Los derechos y principios digitales señalados en esta Declaración complementan los consagrados en la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE y en la legislación sobre protección de datos y privacidad de los Estados Miembros y consisten en:

- situar a las personas y sus derechos en el centro de la transformación digital,
- apoyar la solidaridad y la inclusión,
- garantizar la libertad de elección en línea,
- fomentar la participación en el espacio público digital,
- aumentar la seguridad, la protección y el empoderamiento de las personas, y
- promover la sostenibilidad del futuro digital.

Tampoco se ha de olvidar que la Carta Europea de Derechos Digitales recoge en su apartado XVIII -dedicado a los Derechos digitales de la ciudadanía en sus relaciones con las Administraciones públicas, epígrafe 4- que *"se ofrecerán alternativas en el mundo físico que garanticen los derechos de aquellas personas que no quieran o no puedan utilizar recursos digitales y no resulten obligadas a ello, en las mismas condiciones de igualdad."*

Aunque la Carta sea considerada *"soft law"* (no vinculante), en España sí se ha reconocido abiertamente el derecho de los ciudadanos a no relacionarse electrónicamente con la Administración (también llamado "derecho a la objeción digital") salvo en determinadas situaciones o determinados perfiles profesionales (art. 14 Ley 39/2015).

Con todo ello se persigue, desde las más altas instancias comunitarias, fijar las bases para estructurar un nuevo marco de debate en el que abordar los avances que son necesarios y adquirir compromisos conjuntos entre la Comisión y los Estados Miembros, dotando para ello el 20% de lo dedicado a cada país en su Mecanismo de Recuperación y Resiliencia.

Si el *big data,* la innovación tecnológica, el acceso a internet y la inteligencia artificial son para muchos los conceptos "de moda", para los mayores habrían de ser las vías óptimas de acceso a los mejores cuidados, servicios y atenciones, de cara a garantizar su interacción, empoderamiento, formación e información y participación real en la toma de decisiones, bajo el paraguas de la seguridad, el consentimiento, el conocimiento, la protección, el respeto y la vigilancia de todos sus datos y de su privacidad.

Desde este punto de vista, esta carta no puede tener otro objetivo que colocar a los pacientes -sobre todo a los mayores- en el centro de la atención social y sanitaria y evitar su aislamiento digital. Y así se lo han hecho saber al Gobierno de la Nación.

Fue en el inicio del año 2022, cuando los mismos, por medio del Foro Español de Pacientes, le hicieron llegar sus demandas. A través de diversas cartas dirigidas al Ministerio de Sanidad, el Foro trasladó el listado de cuestiones prioritarias a abordar con la máxima celeridad para evitar que la transformación digital se convierta en una "barrera insalvable" en la atención que reclaman como pacientes. Entre ellas se incluía la de constituir una *Mesa sobre Digitalización y Atención Sanitaria,* como marco idóneo para proponer y acordar soluciones eficaces.

Con el fin de avanzar en esta línea, el Foro ya ha hecho públicas algunas de las estrategias de actuación que entiende pueden ser determinantes de cara a alcanzar las referidas soluciones:

- Definir alternativas al acceso online de las personas mayores a los Centros de Salud y Hospitales (citas y listas de espera), en especial cuando estas residen en zonas rurales con nula o baja conectividad.
- Garantizar el acceso por escrito a la información sobre tratamientos.
- Establecer un acceso telefónico alternativo (+65).
- Facilitar el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias en favor de mayores con discapacidad visual o de otro tipo con medidas especiales.
- Promover la realización de acciones de formación básica para mayores sobre internet y salud.
- Suscribir un acuerdo con las Asociaciones de Pacientes para desarrollar acciones frente al aislamiento digital de los pacientes mayores y avanzar en otros tantos con el Consejo Interterritorial del SNS para resolver los problemas que puede acarrear la transformación digital de nuestro Sistema Sanitario para los mayores.
- Incluir la lucha contra la brecha digital sanitaria en la Estrategia de Salud Digital.
- Constituir una Mesa para la elaboración, impulso y seguimiento de estas y otras medidas.

Estas demandas han sido secundadas en sede parlamentaria, donde el Grupo Popular en el Congreso ha presentado una Proposición no de Ley (PNL) para su debate en la Comisión de Sanidad y Consumo, en la que reclama acabar con la brecha digital de los mayores en el SNS. En el texto presentado se apunta a la oportunidad de aprovechar a este fin los fondos europeos para la recuperación de España.

A través de esta PNL, se requiere al Gobierno la puesta en marcha *"con inmediatez, y desde la coordinación y el consenso con las asociaciones de pacientes, los profesionales sanitarios, las empresas de tecnología sanitaria y las Comunidades Autónomas", de aquellas medidas que "resulten necesarias para evitar el aislamiento de las personas mayores en el proceso de digitalización del Sistema Nacional de Salud"*.

La digitalización y el internet entre los mayores y su aplicación al sector de los cuidados deben tenerse en cuenta, pero sin sustituir por completo la irreemplazable interacción humana.

Los próximos meses serán cruciales para la alfabetización digital de las personas mayores, de la de quienes aplican sobre ellos cuidados y de quienes los reciben.

Los procesos electorales ya anunciados, la recepción efectiva de los fondos europeos, la esperada mejora en la disponibilidad de financiación de los servicios asistenciales que permita hacer un uso eficiente de los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos (FSE+, InvestEU y otros instrumentos financieros, tales como el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia o el programa UEproSalud), la Agenda Digital, el Pilar Social Europeo, la Estrategia Europea de Cuidados, el desarrollo de algunos proyectos piloto europeos (como *Pharaon*) [18], entre otros factores, son sin duda un acicate para avanzar por un buen camino.

Formación gerontológica: cuidados y comunicación de los profesionales sanitarios y sociosanitarios con los mayores (empatía, técnicas y habilidades)

La Comisión UE define los servicios personales y domésticos como un *"amplio abanico de actividades que contribuyen al bienestar en el hogar de las familias y las personas, que incluyen la atención a la infancia, los cuidados de larga duración y a personas con discapacidad, las tareas domésticas, las clases de recuperación, las reparaciones domésticas, la jardinería y la asistencia informática"*. Entiende que bajo esta denominación se han de considerar servicios personales y domésticos asistenciales y no asistenciales, directos e indirectos, y que tales servicios están muy interrelacionados entre sí, de manera que en una gran proporción los trabajadores realizan ambas, formando parte así de la mano de obra del sector de los cuidados [19].

Por su parte, el Parlamento ha declarado que este tipo de cuidados abarcan todos los servicios que apoyan la autonomía e independencia de las personas, así como las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales, personales y domésticas de las personas y grupos en situaciones vulnerables. Entiende que los cuidados deben reconocerse como un derecho que garantiza el ejercicio igualitario de los derechos, la dignidad, la autonomía, la inclusión y el bienestar de todas las personas y apunta a la importante labor que desde la UE se puede desarrollar para complementar y apoyar la acción de los Estados Miembros en la mejora de este tipo de servicios, tanto para quienes los reciben como para quienes los prestan.

El sector de cuidados a personas mayores y dependientes requiere una importante transformación, que permita ofrecer servicios profesionales con los niveles de calidad necesarios y complementar la atención que ya prestan los cuidadores familiares e informales.

Para lograrlo habría de llevarse a cabo un esfuerzo especial por parte de los poderes públicos, capaz de revertir una situación de bajo nivel de cualificación profesional, escaso reconocimiento social, precariedad laboral y bajas retribuciones.

En la UE se estima que el sector de los cuidados gerontológicos emplea a 6,5 millones de personas.

En España, según la Encuesta de población activa (EPA), el empleo generado en dicho sector considera dos grandes subsectores:

- la asistencia en establecimientos residenciales con 344.000 ocupados y
- la prestada a través de servicios sin alojamiento con 260.000 empleos.

Desde instancias comunitarias se reclama como prioridad la formación de recursos humanos según un modelo que se centre en el respeto a la dignidad y a los derechos de las personas, en el mantenimiento -en tanto sea posible- de la autonomía vital, en la prevención de la soledad no deseada y en la sinergia de intereses, al tiempo que se pone el acento en la figura del "gestor de casos", una suerte de intermediario o puente entre el mayor institucionalizado y los servicios de atención primaria y hospitalaria.

Este gestor está llamado a atender las necesidades particulares del mayor, su adherencia a los tratamientos, su correcta medicalización o su ingesta alimentaria, rompiendo de este modo con un modelo tradicional de "inercia terapéutica". Esta práctica no solo no es coste-efectiva, sino que puede llegar a ser incluso insegura para la persona mayor, a la que se administran medicamentos que ya no necesita.

Este gestor está llamado a atender las necesidades particulares del mayor, su adherencia a los tratamientos, su correcta medicalización o su ingesta alimentaria, rompiendo de este modo con un modelo tradicional de "inercia terapéutica". Esta práctica no solo no es coste-efectiva, sino que puede llegar a ser incluso insegura para la persona mayor, a la que se administran medicamentos que ya no necesita.

El Informe del Parlamento Europeo del 7 de julio de 2021 *"sobre el envejecimiento del viejo continente: posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020"* [20], avalado por la Encuesta Europea sobre la calidad de vida (de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo-Eurofound) recoge otros datos también relevantes en este terreno, en particular:

- que el 80% de los cuidados en la Unión son prestados por cuidadores informales, en su mayoría mujeres (75%) -entre 40 y 50 millones de personas de forma regular y 44 millones al menos una vez a la semana-;
- que 7,7 millones de mujeres en la Unión permanecen fuera del mercado laboral debido a sus responsabilidades en materia de cuidados no profesionales, frente a solo 450.000 hombres;
- que el 29% de las mujeres empleadas a tiempo parcial apuntan a los deberes de cuidados como la principal razón para asumir empleo a tiempo parcial, frente al 6% de los hombres;
- que más del 50% de los cuidadores menores de 65 años combinen los cuidados con un empleo;
- que las responsabilidades de cuidado, ya sea debido a que reducen horas de trabajo e incluso provocan el abandono del mercado laboral, suponen una pérdida para Europa de 370.000 000.000 euros al año.

Algunos de estos datos, además, se han visto empeorados como fruto en buena medida de la pandemia, afectando de manera especial a las mujeres a nivel mundial. De hecho, según la OMS, hasta la mitad de las muertes por Covid-19 en Europa correspondieron a residentes de instalaciones de cuidados de larga duración. Más del 70% de los trabajadores sociales y sanitarios que lucharon contra el virus en primera línea fueron mujeres, que en gran medida resultaron aisladas y experimentaron niveles sin precedentes de estrés, ansiedad, depresión, suicidios e incluso trastornos por estrés postraumático.

En España, 1.734.288 cuidadores asistieron en domicilio durante el año 2020 a las personas mayores de 65 años, el 80,7% de ellas de carácter informal, y más de 621.000 prestaron sus servicios a mayores de 85. El 60% de tales personas fueron mujeres con edad comprendida entre los 40 y los 59 años con formación escolar básica (hasta secundaria); solo el 13-14% declaraba poseer estudios superiores de grado o posgrado [21]. Su dedicación semanal promedio fue en el primero de los casos (mayores de 65 años) de 56 horas y en el segundo (mayores de 85), de casi 70 horas [22]. También fueron mujeres la mayor parte de quienes recibieron sus servicios y atenciones.

Del mismo modo, las mujeres y los migrantes, en particular los trabajadores móviles de la Unión y de terceros países, dominan en el sector asistencial. De hecho, ellas representan el 76% de los 49 millones de cuidadores registrados en la Unión[23] y más del 85% de los no remunerados en todos los Estados miembros.

A raíz de la pandemia, la demanda de titulaciones de Formación Profesional (FP) de la familia sanitaria ha crecido necesariamente de manera exponencial. Las competencias transversales, el trabajo en equipo, la flexibilidad, la adaptación al cambio o las habilidades emocionales y de comunicación han sido fundamentales en el sector sanitario y de atención a las personas mayores y dependientes en los peores momentos de la crisis sanitaria.

Sin embargo, ha permitido poner de manifiesto las carencias de las actuales estrategias de formación y retención del personal en los mismos. Cuestiones como el déficit en los recursos humanos, el sistema retributivo (actualmente en fase de revisión tras el pronunciamiento de la Audiencia Nacional, que avala la aplicación del incremento del 6,5% previsto en el VII Convenio Colectivo del sector[24]) o la alta rotación, poco o nada benefician a la atención al paciente dependiente.

En esta línea, y en clave UE, el reciente *Informe sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados* (2021/2253(INI)) de las Comisiones de Empleo y Asuntos sociales y de derechos de las mujeres e igualdad de género del Parlamento (22.6.2022), en su Consideramdo D, señala:

"Considerando que los cuidadores no profesionales, en su inmensa mayoría mujeres sin condiciones de trabajo justas y casi siempre no remunerados o sin un apoyo social adecuado, prestan el 80 % del total de los cuidados de larga duración en Europa [25]*, lo que hace de los cuidados un ámbito sumamente determinado por el género; que la prestación de cuidados no profesionales está asociada a la falta de derechos como las bajas por enfermedad y las vacaciones anuales, así como a la reducción de las tasas de empleo por los permisos de maternidad, paternidad y parentales, al aumento de las tasas de pobreza y exclusión social, a una menor salud mental y mayores sentimientos de aislamiento social y soledad, lo deteriora su salud física y mental, su bienestar y su inclusión social; que se estima que la contribución de las mujeres en trabajo de cuidados no remunerado añade 11 billones USD* [26] *a la economía mundial cada año, lo que equivale al 9 % del PIB mundial".*

También el Parlamento Europeo ha destacado la importancia de "formalizar y reconocer las capacidades de los cuidadores a través de un proceso de certificación, de promover sistemas de validación de capacidades y de formación que permitan el progreso y el reconocimiento mutuo de las capacidades, así como de llevar a cabo actividades específicas de mejora de las capacidades y reciclaje profesional". Para ello, anima a hacer uso de, entre otros, la Agenda de Capacidades Europea, el Pacto por las Capacidades, el FSE +, la Iniciativa de Empleo Juvenil, el Fondo de Transición Justa y EU4Health.

También anima a los Estados miembros a que, con el apoyo de los fondos de la Unión (Fondos EIE y, en particular, el Fondo Social Europeo Plus, así como el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia), proporcionen formación al personal asistencial sobre los derechos de las personas necesitadas.

Así pues, es imprescindible incrementar los recursos humanos y mejorar el contenido y la calidad de la oferta formativa en el marco de una adecuada planificación, tanto en el nivel de FP como en los campos de la Enfermería, la Ortopedia o la Farmacia, donde está pendiente la implantación de la especialidad geriátrica. Todo ello dirigirá hacia "una Europa que cuide", que será "una Europa que preste la mejor atención posible tanto a los beneficiarios de los cuidados como a sus cuidadores" [27].

Los servicios de atención al paciente mayor

En Europa, los servicios de atención a los mayores, en su condición de pacientes y de personas dependientes, se inscriben en el ámbito de las políticas de cuidados de larga duración, que deberían avanzar en paralelo con otras medidas de protección social, tales como las que se refieren a pensiones y a los sistemas sanitarios y teniendo en cuenta, además de la sostenibilidad económica, las oportunidades y posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías.

Se trata, en definitiva, de integrar dentro de estas líneas de acción innovadoras los servicios de atención a distancia, digitalizados, marcados por la inteligencia artificial, la teleasistencia o la robotización; servicios que permitan construir modelos alternativos al ingreso en residencias, experiencias de convivencia intergeneracional, viviendas colaborativas, propuestas de *co-housing/co-living*, etc... todos ellos orientados hacia el objetivo común de favorecer las ventajas de dar continuidad a la vida en el propio hogar.

Con independencia de su concreción, ya en el diseño de este tipo de servicios de atención a los mayores se debería velar por el respeto a sus derechos básicos, en línea con el *Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Fundamentales* y con las propuestas del Comité Económico y Social Europeo (aprobar una *Convención sobre la dignidad y los derechos de las personas mayores,* de acuerdo con los principios de Naciones Unidas). Ello requiere un mayor esfuerzo de los poderes públicos en pro de mejoras organizativas y de unas estructuras asistenciales más permeables, que permitan integrar de modo eficiente y equitativo "lo social" con "lo sanitario".

Si ponemos el foco en España, podemos constatar que los servicios de atención a los mayores se orientan cada vez más hacia la prevención de las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, además de a la ayuda y atención en domicilio, la teleasistencia y otros programas de cuidado personal.

Desde este punto de vista, el Gobierno anunciaba en enero de 2021 haber alcanzado un acuerdo con las Comunidades Autónomas para aprobar el *Plan de Choque en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) 2021-2023, que incluía un considerable aumento de la financiación* (hasta 3.600 millones de euros).

En dicho Plan, figuran objetivos tales como:

- reducir las listas de espera,
- minorar los tiempos de tramitación de las solicitudes,
- asegurar que las condiciones laborales de quienes trabajan en el SAAD son las adecuadas,
- mejorar los servicios y prestaciones para las personas dependientes,
- regular la figura profesional del *asistente personal,*
- dotar de acceso al servicio de teleasistencia, antes de terminar el año 2022, a todas las personas dependientes con grado reconocido que vivan en su domicilio,
- considerar al servicio de teleasistencia como "derecho subjetivo" ligado a la condición de dependencia,
- revisar el modelo de residencias para adaptarlo a la creciente demanda y, en particular, el Acuerdo de Acreditación de centros, o
- mejorar la formación de las profesionales del sector, aplicando para ello los fondos europeos y el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Otro paso en esta dirección ha sido la aprobación en junio de 2022, en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, aún con muy escaso consenso, del *"Acuerdo de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)"*.

El Acuerdo persigue que las residencias *"se parezcan cada vez más a un hogar, con un tamaño máximo y con unidades de convivencia por afinidad de un máximo de 15 personas, que tendrán que contar con espacios comunes, como una cocina o como un salón para su uso"*. Para ello, habrán de disponer de un máximo de 120 plazas en zonas urbanas de alta densidad y de 75 en las rurales o poco pobladas; asimismo, habilitarán, al menos, un 65% dehabitaciones individuales.

Del mismo modo, se habrán de respetar nuevas ratios de contratación indefinida en los centros y servicios del SAAD (80%), salvo causa justificada y autorizada. Estos contratos serán además a jornada completa para al menos el 66% del personal destinado a la atención directa. El porcentaje antedicho se reduce al 55% en el caso del destinado a la ayuda en domicilio.

El Gobierno ha estimado que, en 2023, su inversión en estas mejoras, aplicables al personal del SAAD, alcanzará los 345 millones de euros. Todos estos parámetros le permitirán realizar auditorías o evaluaciones periódicas sobre la calidad de los servicios prestados en los centros y servicios, soportadas sobre planes de inspección públicos, compartidos, programados y transparentes.

El Acuerdo se orienta, igualmente, a reforzar las plantillas de las residencias para que en ellas se cuente, al menos, con un trabajador por cada dos personas atendidas y que, de este modo, la atención sea cada vez más personalizada y profesional, introduciendo nuevos perfiles profesionales, cualificaciones y funciones para la prestación de los mejores apoyos. Además, plantea una nueva concepción de los servicios (domiciliarios o residenciales) como "de proximidad y enfoque comunitario".

Tal y como apunta el Informe 2022 de Evaluación del SAAD, *"son las buenas prácticas organizadas y difundidas de modo no sistemático por organizaciones privadas no lucrativas las que permiten ir avanzando hacia criterios de calidad compartidos. Los criterios comunes acordados en 2011 por el entonces Consejo*

Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CISAAD) para el desarrollo y difusión de las buenas prácticas en base a una herramienta informática, abrieron una posibilidad que, sin embargo, muy pocas Comunidades Autónomas han desarrollado hasta la actualidad. Los nuevos criterios comunes aprobados el 28 de junio de 2022 abren un horizonte de avance en la materia, si bien condicionados por la fragmentación autonómica en la aplicación del SAAD".

Lo cierto es que este nuevo modelo tiene un futuro incierto, dado el insuficiente apoyo al mismo de las Comunidades Autónomas, de los Sindicatos y de las patronales del sector, que lo tachan de ignorar la situación actual y de dar la espalda a la indispensable colaboración público privada.

Refuerza estos temores la información aportada por la *Comisión de Servicios Sociales de CEOE* correspondientes a 2018, según la cual el sector de atención a la dependencia en España supuso el 0,50% del PIB y su volumen económico 6.000 millones de euros (4.500 M€ procedentes del subsector de residencias-137 M€ del de teleasistencia y 1.428 M€ de la ayuda a domicilio-). En las más de 5.600 residencias operativas en nuestro país, se encontraban habilitadas alrededor de 384.000 plazas, de las que el 73,2% eran privadas y el 26,8% públicas (cerca del 10% públicas de gestión privada).

Por su parte, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en su informe "Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia", de enero 2021, señalaba que España dispone de un total de 3.925 centros privados -cuyo precio asciende a una media de 1.950 euros/mes- y 1.642 públicos, la mayoría concentrados en Castilla-La Mancha (284), Extremadura (210) y Castilla y León (200). En cuanto a los servicios de ayuda a domicilio (que llegan a cerca de medio millón de personas), los públicos supondrían el 89% del total de los prestados.

A la luz de estos datos y consideraciones, cabe concluir que, a día de hoy, el sistema público de atención a los mayores carece de consenso institucional, tiene una deficiente organización, su financiación es insuficiente y su gestión y alcance son muy diversos según las Comunidades Autónomas. Y así lo confirma el *"Indice DEC"* (Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales) de 2021 [28], a tenor del cual el 62,2% de la población vive en Comunidades con servicios sociales débiles o irrelevantes.

No abordar reformas orientadas a dar solución directa a los problemas, déficits, desigualdades y carencias antedichos solo prolongará un *statu quo* de por sí insostenible.

La red de oficinas de farmacia como estructura asistencial cercana a los mayores

La atención farmacéutica a los mayores adolece de insuficiencia normativa, lo que complica o limita las posibilidades a la hora de ofrecer servicios.

Los dirigidos a mayores que viven en residencias, en algunas ocasiones, se prestan por los Servicios de Farmacia de Hospital, en tanto que en otras lo son a través de los depósitos de medicamentos gestionados por oficinas de farmacia.

Ahora bien, en la práctica, la farmacia comunitaria habitualmente es el más cercano, el más accesible y uno de los mejores recursos sanitarios que permiten ofrecer cuidados de calidad en favor de los mayores. España dispone de una potente red de tales recursos, compuesta por más de 22.000 establecimientos y cerca de 60.000 profesionales, que cada día recibe 2,3 millones de visitas de pacientes y usuarios. Se trata de la red de farmacias más amplia de la UE en relación a su población.

En todo caso, la actuación coordinada de farmacéuticos, familiares, cuidadores, residencias y centros de salud es crucial para prevenir enfermedades, promover hábitos de vida saludable o mejorar la adherencia a tratamientos, pero también para detectar la aparición de casos de violencia contra los mayores, de soledad no deseada, etc.

Un Informe que el Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad elaboró en 2013, titulado *"Coordinación y Atención sociosanitaria"*, al definir 40 objetivos claros para avanzar hacia el Espacio Sociosanitario, puso el acento en la necesidad y en la importancia de potenciar la atención farmacéutica domiciliaria desde la oficina de farmacia y el seguimiento de los supuestos de polimedicación o el control de la bioapariencia en los medicamentos y productos sanitarios, aprovechando su capilaridad y accesibilidad por parte de los pacientes.

Más recientemente, el IMSERSO ha puesto en valor el aprovechamiento de redes y estructuras ya existentes y el trabajo conjunto de cuantos actores, públicos y privados pueden colaborar en la gobernanza de una estrategia común. Entre tales actores, la farmacia puede jugar un papel destacado.

Una de las principales áreas de intervención de las oficinas de farmacia se da en la gestión y control de la medicación (adaptando la hora de toma de los medicamentos, conciliando tratamientos y evitando confusiones a través de la preparación de SPDs (Sistema Personalizado de Dosificación), apoyando a los mayores con demencia u otras enfermedades neurodegenerativas, etc.). No se ha de olvidar que el paciente requiere de pautas, seguimiento y atención permanente en lo que a su medicación se refiere, tanto la prescrita en receta pública como privada, así como la derivada del autocuidado.

También es valiosa su intervención en la tramitación de procedimientos administrativos cuando los mayores carecen de acceso a internet (visados electrónicos, caducidad de tarjetas); en la aportación de consejos para hacer frente a sus dolencias más frecuentes (como la incontinencia, los déficits de sueño, el sedentarismo o el estreñimiento), etc.

Muy importante es su actuación en los casos de carencias alimentarias. De hecho, ya en el año 2005, el tercero de los programas PLENUFAR [29], promovido por el Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos (CGCOF), se destinó a la educación nutricional por parte del farmacéutico a las personas mayores. Esta línea de trabajo cobra hoy en día especial actualidad, a partir de la publicación de la Estrategia UE "De la granja a la mesa" [30] que *"no solo quiere contribuir a que la producción de alimentos sea sostenible, sino también a que produzca alimentos más sanos"*.

Por otro lado, tampoco se ha de olvidar la relevancia del papel de la farmacia en la detección precoz de potenciales patologías físicas o mentales, a partir incluso del conocimiento de hábitos de vida poco saludables en sus pacientes. El modelo "detectivo" y carente de listas de espera, aplicado a la farmacia, permite a los mayores acceder a un valioso consejo profesional a la par que a asistencia y orientación a la hora de la derivación hacia la atención médica.

Problemas relacionados con la alimentación [31], el consumo de tabaco o alcohol, la vida sedentaria, la ausencia de vínculos sociales, la falta de higiene bucodental, la precaria hidratación de la piel, la soledad, el abandono o incluso el maltrato [32] pueden ser objeto de detección e incluso de seguimiento y/o prevención por parte de quienes ejercen su labor en la red de oficinas de farmacia de este país.

Asimismo, es relevante la participación de las oficinas de farmacia en cribados y campañas de salud pública, de las que los mayores son también destinatarios.

En este contexto se inscribe, por ejemplo, la *"Campaña de prevención y mejora de la salud articular: Aprende a prevenir y cuidar tu artrosis en tu farmacia comunitaria"*, que promueven OAFI y la Fundación SEFAC, Fundación de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria [33], con el patrocinio de la industria farmacéutica. Tal y como sus promotores indican, el objetivo de esta campaña no es otro que identificar desde estos establecimientos a usuarios con problemas de salud articular a nivel nacional a los efectos de poder llevar a cabo un seguimiento puntual y cercano de los mismos y, de este modo, ayudar a la concienciación, prevención y tratamiento de esta enfermedad.

Para reforzar el compromiso de los farmacéuticos con los pacientes con artrosis y visibilizar de manera creciente el papel de aliado sanitario que la oficina de farmacia tiene para él, en 2021 ambas instituciones firmaron un convenio, cuya oportunidad y conveniencia en gran medida se manifestó con ocasión de la pandemia, durante la que aumentaron las consultas sobre dolor en las farmacias, tanto por parte de las personas mayores con dolencias por movilidad como de los más jóvenes con contracturas.

A través de este tipo de iniciativas, las farmacias comunitarias contribuyen a mejorar la salud articular de las personas, mediante materiales prácticos como fichas de recomendaciones, resolución a preguntas frecuentes y vídeos con consejos en las redes sociales.

El éxito de la primera campaña en 2021, reveló la conveniencia de reactivarla en 2022, ya que, solo con información y consejo profesional, puede darse respuesta efectiva a cuestiones como si es posible retrasar el deterioro del tejido articular, cómo diferenciar el dolor por artrosis del de la afectación en el tendón o una contractura de una rotura muscular, sin olvidar el campo de la automedicación responsable.

Debe considerarse también la asistencia que la farmacia presta a las personas mayores residentes en centros socio-sanitarios, a través de la gestión de sus depósitos de medicamentos o con la incorporación de sus profesionales en el equipo asistencial, con el fin de garantizar un uso seguro y efectivo de los medicamentos y productos sanitarios. *"El farmacéutico se encarga de velar por la seguridad, efectividad o sostenibilidad de los tratamientos farmacológicos y de que tanto los profesionales como los usuarios y su entorno afectivo tengan la información necesaria para obtener los máximos beneficios posibles de su tratamiento"* [34].

También SEFAC, junto con la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial), SETRADE (Sociedad Española de Traumatología del Deporte), Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), SER (Sociedad Española de Reumatología), SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia), semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), Asociación Española de la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR), la Universidad de Barcelona – Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR), Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM), Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), Grupo de trabajo Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC), Biomédica (SCIB),

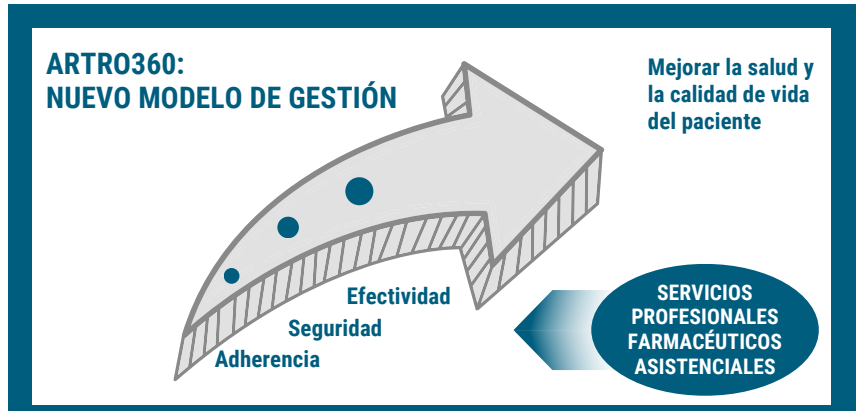

Figura 1.3 ARTRO 360: nuevo modelo de gestión para avanzar en el tratamiento de la artrosis optimizando recursos.

Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP), entre otras instituciones, se ha aliado con OAFI para impulsar ante las autoridades sanitarias el desarrollo de un nuevo modelo en la gestión de la artrosis que permitirá lograr un diagnóstico precoz, la intervención preventiva y rehabilitadora, el empoderamiento de pacientes y familia, la continuidad asistencial en aquellos casos que requieran un tratamiento adecuado a la situación de cada persona, un correcto cumplimiento terapéutico, el uso eficiente de los recursos y la efectividad en los resultados de este proceso asistencial. Se trata de la campaña ARTRO360.

En palabras del Presidente de SEFAC, el farmacéutico debe poder informar al paciente de *"cómo, cuánto, porqué y hasta cuándo; indicación farmacológica, por posibles interacciones, y seguimiento, porque hay que sumar calidad de vida a los años. Si impulsamos prevención, educación y estamos al lado del paciente, conseguiremos eficiencia, impacto en salud y ahorro económico"*.

Ante enfermedades crónicas y complejas como la artrosis, cuyo tratamiento requiere de singular personalización, al implicar aspectos diversos de la vida del paciente, generalmente mayor y polimedicado, el farmacéutico optimiza los tratamientos que se le prescriben y las indicaciones de estilo de vida, reduciendo la pérdida de adherencia y el dolor y vigilando potenciales eventos adversos e interacciones farmacológicas, así como comunicando contraindicaciones.

Hay iniciativas en este ámbito, igualmente impulsadas por la organización farmacéutica colegial, de carácter formativo e informativo para los propios profesionales, pero también de prevención y detección precoz, lo que permite ahorrar significativos costes en tratamientos, que en el caso de la artrosis representan más de 4.738 millones de euros/año.

Así pues, son muchas las razones para apoyar el papel asistencial de la red de farmacias en España en favor de las personas mayores.

El asociacionismo de las personas mayores y su interlocución con los poderes públicos

La complejidad del movimiento asociativo de los mayores y la diversidad de las organizaciones de pacientes no favorecen la interlocución con los poderes públicos y una eficaz participación en los distintos ámbitos del sistema de protección social. A pesar de todo, su presencia social es creciente y sus reivindicaciones van entrando en la agenda de las políticas socioeconómicas y sanitarias, tanto comunitarias como nacionales.

Las iniciativas del Foro Europeo de Pacientes suelen ser acogidas con receptividad por parte de la Comisión y del Parlamento Europeo. En España, son también esperanzadores los primeros pasos de la Plataforma de Mayores y Pensionistas, que ya ha hecho llegar sus reivindicaciones al Gobierno y a las Cortes Generales.

En el caso de las asociaciones de pacientes, a partir de su Declaración de Barcelona (2003), el camino no ha sido fácil, pero su interlocución se ha visto mejorada últimamente y ya está prevista su incorporación al Comité Consultivo del Consejo Interterritorial a través de la futura Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión del SNS.

Hasta la fecha, el *Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud,* la *Comisión de Precios de los Medicamentos o las Comisiones de Farmacia y Terapéutica* han prescindido de los representantes de los pacientes a la hora de tomar sus decisiones, lo que ha supuesto un notable déficit democrático, opacidad y falta de transparencia. Este hecho, en último término, puede acabar perjudicando la calidad asistencial y dificultar un clima de relación basado en la empatía, la confianza, la escucha activa y el compromiso con la sostenibilidad del sistema sanitario y sociosanitario.

Lograr que este cambio de cultura enraíce en las estructuras asistenciales es un objetivo que comparten las principales organizaciones de pacientes, como es el caso de la Fundación OAFI, atenta siempre a las consecuencias derivadas de las medidas que se puedan aprobar por los responsables y permanentemente activa para promover iniciativas en favor de los pacientes artrósicos, en particular, de los más mayores. La comparecencia de su Presidente en el Senado, la *Encuesta CAVIPA* (primera encuesta nacional para evaluar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con artrosis) o el *proyecto Flare-OA* (cuyo objetivo es desarrollar una herramienta para la propia evaluación de brotes de artrosis en pacientes mayores de 45 años) son algunas muestras de ello.

Doce conclusiones clave

- El aumento de la esperanza de vida, el descenso de las tasas de fertilidad, la creciente urbanización y la disminución de la población en edad de trabajar son factores con impacto directo en el proceso de envejecimiento de la población, lo que ha llevado a España a ser el segundo país de la Unión Europea con mayor esperanza de vida para la población total, solo por detrás de Francia.

- El proceso de envejecimiento iniciado en nuestro país, con el horizonte puesto en el año 2050, es imparable; lo que hará que se sitúe a la cabeza de la longevidad en el mundo. Se presagia que entonces los mayores serán más de 426 millones de personas.

- El cuidado a los mayores figura de manera expresa o latente en distintos acuerdos y convenios internacionales, como son los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad de 1991, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, la Carta Social Europea, la Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional de 2012 o la Asamblea internacional sobre Envejecimiento de Madrid 2002.

- Las medidas que se han adoptado para asegurar una vida digna a los mayores son, hasta la fecha, deficitarias, considerando entre ellas las orientadas a garantizar su derecho a la salud, a una vivienda en condiciones de accesibilidad, higiene y comodidad, a la protección social y familiar, a los cuidados en el hogar, a la prevención de los riesgos laborales, a la conservación de sus puestos de trabajo, a recibir pensiones adecuadas, etc.

- España carece de recursos humanos suficientes en número y cualificación para atender a la demanda de cuidados y a la lucha contra la soledad no deseada, "mal" que afecta de modo especial a las mujeres mayores por su singular longevidad, su notoria carga en los cuidados, su separación frecuente del mundo laboral o su condición de viudedad.

- La atención a los mayores ha de evolucionar hacia un nuevo modelo de residencias, que esté sintonizado con el sistema sanitario y sus distintos niveles asistenciales y que cuente con suficiente financiación y recursos técnicos y humanos.

- Los mayores aún viven aislados de un mundo digitalizado, de manera que la innovación tecnológica para ellos es una barrera de acceso a cuidados, prestaciones, servicios y atenciones. Pese a que las nuevas tecnologías les ofrecen potentes herramientas de mejora en su cuidado, no deben ignorarse los riesgos de deshumanización y de aislamiento que su generalización puede conllevar.

- La longevidad no es sinónimo de dependencia ni de fragilidad, pero suele ir asociada a ellas. De hecho, más de un tercio de las personas mayores de 65 años sufre algún tipo de discapacidad y más de un 20% padece capacidades limitadas.

- A día de hoy, el sistema público de atención a los mayores y dependientes carece de consenso institucional, tiene una deficiente organización, su financiación es insuficiente y su gestión y alcance son muy diversos según las Comunidades Autónomas, lo que acaba generando inequidades y no pocos problemas.

- El sistema carece de indicadores clave, basados en datos fiables, exhaustivos y comparables, que sirvan para supervisar la aplicación del derecho a unos cuidados de calidad (envejecimiento saludable) en los contextos público, privado, profesional y no profesional, lo que es crucial a la hora de adoptar políticas eficientes.

- Tanto en España, como en general en toda Europa, son importantes las limitaciones estructurales y financieras de los servicios asistenciales disponibles para el cuidado de las personas mayores y limitados también los incentivos, procedimientos y recursos para llevar a cabo su integración.

- Se prevé que la tasa de dependencia de las personas mayores se multiplique por dos en España antes de llegar a 2050, lo que hace necesario acelerar el paso de las reformas a emprender sobre el SAAD para superar sus importantes carencias (listas de espera, reconocimiento y pago de prestaciones, plazas residenciales, conciertos…).

Referencias

1. Estudios sobre la Economía Española - 2021/07 El proceso de envejecimiento en España. FEDEA
2. Número medio de nacimientos por mujer requeridos para mantener el tamaño de la población constante en ausencia de movimientos migratorios
3. España es un país cada vez más envejecido - SENIOR50
4. Datos de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales
5. Dictamen de iniciativa 2022/C194/04.DOUE de 12.5.2022.
6. El coste global del SAAD incluye una triple aportación: del Estado, de las CCAA y de los propios usuarios (copago).
7. Cuarto informe del Observatorio de la dependencia – Fundación de Estudios de Economía Aplicada (fedea.net)
8. Declaración efectuada por la ONU el 14 de diciembre de 2020
9. El riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta con la edad y alcanza el 30-50% en las personas de 85 años y en adelante.
10. Fuente: morbimortalidad | Diccionario histórico de la lengua española (rae.es)
11. Secretaría de Estado de Derechos Sociales del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030
12. NOTA DE PRENSA PROMOCION MANIFIESTO PACTO DE TOLEDO (ub.edu)
13. Barómetro_europeo LONGEVIDAD_2020.pdf. Publicado el primer Barómetro Socioeconómico de la Longevidad en Europa – Observatorio pensiones complementarias
14. El Observatorio de los Sistemas Europeos de Previsión Social Complementaria y cinco entidades impulsan un acuerdo político y social para el desarrollo del Pacto de Toledo – Observatorio pensiones complementarias (ub.edu)
15. estudio_evaluacion_saad_completo.pdf (mdsocialesa2030.gob.es)
16. “El impacto de la nueva Medicina en el Sistema Sanitario”. Vol. II, pág. 608. Fund. Bamberg.
17. INFORME sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados | A9-0189/2022 | Parlamento europeo (europa.eu)
18. https://www.balancesociosanitario.com/actualidad/comienza-el-piloto-del-proyecto-europeo-pharaon
19. INFORME sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados INFORME sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados | A9-0189/2022 | Parlamento europeo (europa.eu)
20. Textos aprobados - Envejecimiento del viejo continente: posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020 - Miércoles 7 de julio de 2021 (europa.eu)
21. Observatorio de la Dependencia. Cuarto Informe (fedea.net) págs 49-50
22. Las horas de dedicación semanal de los cuidadores informales, a partir de una renta media de 22.000 € anuales, representa un coste aproximado de 33.000 €.

23. Estudio del Parlamento Europeo (2021), Gender equality: Economic value of care from the perspective of the applicable EU funds (Igualdad de género: valor económico de los cuidados desde la perspectiva de los fondos de la UE aplicables).
24. "La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) celebra que ayer, 22 de junio, la Audiencia Nacional ha reconocido el incremento salarial para las trabajadoras y trabajadores del sector de atención a la dependencia: centros de día, residencias, teleasistencia y ayuda a domicilio. Este Tribunal considera en su sentencia que sus salarios deben incrementarse un 6,5 %, en cumplimiento del VII Convenio colectivo firmado en solitario por este sindicato. Además, impone a cada una de las patronales una sanción de 1.000 euros por conducta procesal temeraria". La Audiencia Nacional reconoce el incremento salarial del 6,5 % para los trabajadores de atención a la dependencia - BALANCE SOCIOSANITARIO
25. Estudio de la Comisión Europea titulado «Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality» (Los cuidados no profesionales en Europa: formalización, disponibilidad y calidad), 2018.
26. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf.
27. Exposición de motivos del INFORME del Parlamento Europeo sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados INFORME sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados | A9-0189/2022 | Parlamento europeo (europa.eu)
28. Índice DEC 2021 | directores sociales.
29. Programas PLENUFAR de educación farmacéutica a la población en nutrición saludable iniciados en el año 1992PLENUFAR III: Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico a las personas mayores - Farmacéuticos (farmaceuticos.com)
30. Farm to Fork Strategy (europa.eu)
31. Según la OMS, el 22,3% de los hombres de entre 65 y 74 años padecen obesidad y, en el caso de las mujeres, este porcentaje asciende a 26,32%, patología que unida al sedentarismo puede llevar a la pérdida de autonomía.
32. La OMS define el maltrato a las personas de edad como un acto puntual o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, así como la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en el marco de una relación basada en la confianza. Este tipo de abuso puede adoptar varias formas e incluye el maltrato financiero, físico, psicológico y sexual. También puede ser el resultado de la desatención, sea esta deliberada o no.
33. Convenio de la Fundación SEFAC y OAFI en artrosis | SEFAC SEFAC: Asociación científica y profesional de ámbito nacional con más de 5.500 asociados y delegaciones en todas las CCAA cuyo objetivo prioritario profundizar en la cartera de servicios asistenciales de la farmacia comunitaria y convertirse en interlocutor científico de referencia del farmacéutico comunitario con las distintas administraciones y con el resto de las profesiones sanitarias.
34. "Manual de asistencia Farmacéutica en centros Residenciales para Personas mayores" del CGCOF y la Fundación Edad &Vida (febrero 2021).

2 CAPÍTULO

- Indicadores más relevantes
- Cronicidad
- Las enfermedades reumáticas. Patologías concomitantes
- Artrosis y osteoporosis: Incidencia y perfil de los pacientes
- Prevención y hábitos de vida para envejecer de forma saludable y favorecer la diversidad
- Dolor y pérdida de calidad de vida. Encuesta sobre Calidad de Vida de Pacientes con Artrosis: CAVIPA[1]
- Evolución y seguimiento de estas patologías
- Abordaje farmacológico y no farmacológico de la artrosis. Eficacia de los medicamentos disponibles para frenar la artrosis (SYSADOA)
- Perspectivas ante la nueva Estrategia Farmacéutica Europea y la reforma de la legislación sanitaria y farmacéutica. Prioridades legislativas.
  La Unión Europea de la Salud
- Doce conclusiones clave
- Referencias

Indicadores más relevantes

Como ya se ha señalado anteriormente, el Sistema de Información Sanitaria del SNS ha avanzado mucho en los últimos años, alojando en su web datos e indicadores muy relevantes -aunque aún incompletos, parciales, y en gran medida no comparables- en relación a la incidencia de algunas de las patologías prevalentes en España, a la mortalidad que las mismas generan, al impacto en el propio Sistema de los ingresos y reingresos hospitalarios, o de las intervenciones quirúrgicas, citando algunos ejemplos.

Entre estas patologías no se encuentra mencionada la artrosis, a pesar de afectar a más de 500 millones de personas en todo el mundo y de que en España la sufra el 50% de la población mayor de 65 años; siendo más de 7 millones de personas. Esta falta de reconocimiento, con frecuencia, va asociada al desconocimiento de su frecuente interacción con otras enfermedades graves.

Medir estos efectos no es tan complejo como aparentemente pudiera pensarse, porque para ello contamos no solo con consolidados parámetros y KPIs sanitarios [2], sino porque podemos recurrir a otros tantos índices de naturaleza no sanitaria.

A efectos de dicha medición, pueden tomarse en consideración valores de muy amplio espectro, tales como:

- El número de casos de incapacidad permanente declarada
- El número y grado de dependencias reconocidas (SAAD)
- El coste para la Seguridad Social de la Incapacidad temporal derivada del global de enfermedades reumatológicas (prestaciones)
- El gasto sanitario en medicamentos (especialmente analgésicos y antidepresivos) y productos sanitarios (ej: prótesis)
- Los problemas de salud mental
- Las consultas sobre el aparato locomotor, sean o no de urgencia
- Las pruebas diagnósticas y de imagen realizadas
- La comorbilidad asociada (hipertensión, diabetes, cardiopatías, etc.)
- El gasto público en pensiones, etc.

No medir ni valorar esta enfermedad de manera adecuada puede suponer un efecto dominó en diversas facetas de la vida del paciente y de las propias arcas públicas.

También lleva a que, de modo paralelo a la evolución de la enfermedad, se vayan incrementando los costes por esta precisa causa (la incapacidad) y otros asociados a ella (p.ej, complementos en jubilaciones anticipadas).

Sin entrar en los supuestos de artrosis previos a la edad de jubilación (disminución de rendimiento en el trabajo, abandono del mismo después de solicitar continuos permisos para consultas y pruebas diagnósticas, etc), lo cierto es que, con carácter general, quienes padecen artrosis reconocen limitaciones en sus relaciones sociales y en las actividades básicas de su vida diaria, entendiéndose por estas, especialmente, y en términos de la vigente Ley de Dependencia, *"el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas"*.

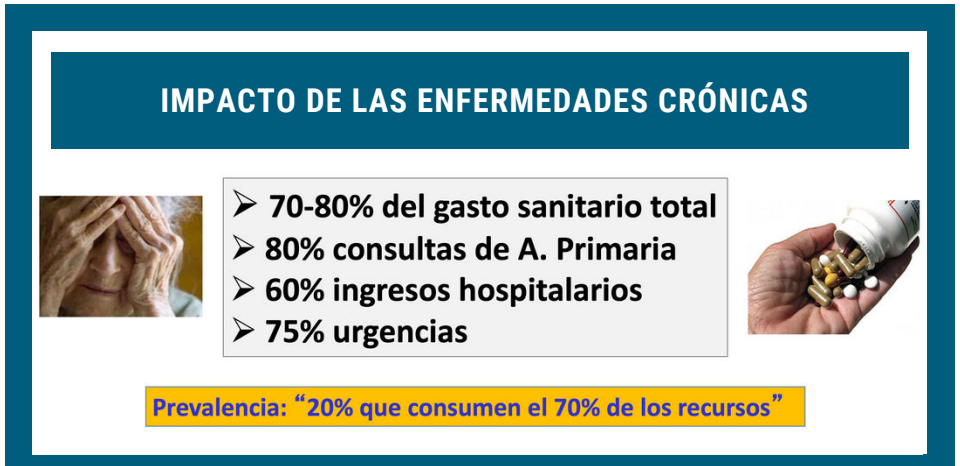

Tabla 2.1 Impacto de las enfermedades crónicas.

A estas limitaciones y efectos habrá que hacerles frente con las directrices europeas en materia de gobernanza, acción social y sostenibilidad (criterios ESG), que marcan un camino adecuado hacia el envejecimiento activo y saludable [3].

Hablar de indicadores y de su relevancia en el abordaje de la enfermedad no es nuevo. Desde hace más de 10 años, expertos en la materia de todo el mundo han definido algunos referentes en este ámbito. Se trata de índices que han sido construidos a partir de diversas variables. Entre ellos cabe mencionar: la *Cumullative Illness Rating Scale*, el Indice de Charlson, el *Index of Coexistente Disease, el Greriatric Index of Comorbidit*, el *Total Illness Burden Index*, la *Comorbidity Symptom Scale*, el *Functional Comorbidity Index* (FCI) o el Indice de *Kaplan*, por citar algunos, ya que, a juicio de tales expertos, "no existe un Indice de comorbilidad ideal".

En buena medida, la configuración de estos índices y su adaptación a los mayores depende del tipo de objetivos que se pretenda alcanzar a la hora de aplicarlos, valorarlos y/o compararlos (clínicos, diagnósticos, terapéuticos, de investigación, etc.).

La comorbilidad, además, no siempre modifica o modela una enfermedad, sino que solo se acumula o suma a ella. En las personas mayores tampoco puede descartarse que la misma se derive de factores naturales y tradicionales tales como el deterioro cognitivo, la pérdida de fuerza, la lentitud de marcha o la incontinencia. Ello dificulta tanto diagnósticos como tratamientos, ya que unas enfermedades pueden enmascarar a otras y generar problemas de salud adicionales a la propia suma de tratamientos.

Si en el año 2006, la Encuesta Nacional de Salud revelaba que entre los 65 y los 74 años eran, de media, 4 las enfermedades desarrolladas simultáneamente por los españoles, ascendiendo casi a 5 las de quienes superaban los 75, estas cifras se han ido modulando a la vez que la investigación ha avanzado. Los nuevos fármacos y terapias y la entrada en escena de la medicina personalizada y de precisión, han hecho que muchas de las enfermedades, que antes necesariamente mortales, hoy día se sumen a la lista de crónicas que en gran medida desarrollan los mayores.

A la hora de establecer indicadores de prevalencia de enfermedades de esta naturaleza en los mayores, podemos mencionar, entre otras, los que hayan de considerar la hipertensión, las cardiopatías, el dolor de espalda crónico cervical, las varices, la hipercolesterolemia, el estreñimiento y la incontinencia urinaria, las dermatitis, el asma, la EPOC, las cataratas, el párkinson, las fibromialgias, los problemas de tiroides y por supuesto, las enfermedades reumáticas como la artrosis y la osteoporosis [4].

Medir es, pues, clave, pero se ha de hacer con rigor y objetividad, y sobre todo, de manera coherente y homogénea, considerando todas las variables, factores y actores en juego y todos los entornos y contextos en los que su impacto pueda impactar y hacerse valer.

Cronicidad

Las patologías crónicas, por su prevalencia y por la atención asistencial que requieren, constituyen un referente básico en la Sanidad del siglo XXI. Así lo reconoce expresamente la OMS, aunque esta suela englobarlas bajo la denominación de "enfermedades no transmisibles".

La cronicidad es un fenómeno estrechamente vinculado a la evolución del envejecimiento demográfico y a los avances biomédicos, los cuales están permitiendo que enfermedades hasta hace poco mortales hayan pasado a ser patologías que requieren de cuidados de larga duración. Para tales cuidados es fundamental el papel de la Atención Primaria.

En efecto, la presencia de enfermedades crónicas, junto con otras afecciones o dolencias, como la alteración de la marcha, la sordera sobrevenida, la artrosis, el alzhéimer, la diabetes, los déficits sensoriales, las caídas de repetición, la polimedicación, la fatiga, la debilidad, el sedentarismo, la disminución de la velocidad de la marcha, la pérdida de peso o, por el contrario, la obesidad, las hospitalizaciones frecuentes… son factores que se han de tener en cuenta a la hora de abordar el cuidado de nuestros mayores. Y ello porque, como se ha visto, lo habitual es que los mismos padezcan simultáneamente varias patologías, que estas revistan carácter crónico y que sean especialmente invalidantes.

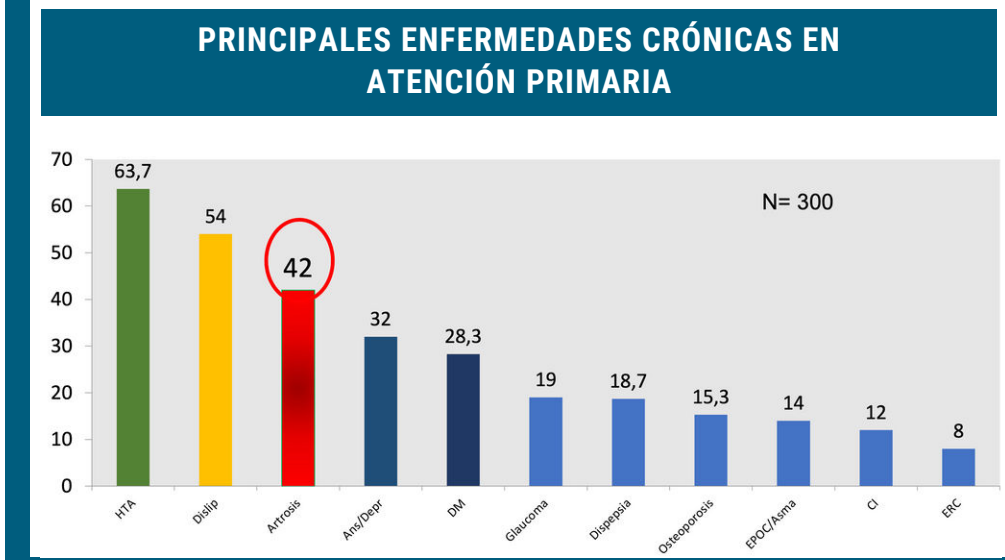

Figura 2.1 Principales enfermedades crónicas en Atención Primaria.

La atención que a estas personas se les ha de prestar es una "inversión" que requiere ser gestionada con eficiencia y perspectivas de sostenibilidad, hecho que precisa de importantes cambios, ya que, en la práctica, nuestro sistema se orienta más a tratar afecciones agudas de salud que a abordar las multi-patologías de las personas mayores, adoleciendo por ello de falta de coordinación entre profesionales y de integración entre los entornos social y sanitario. Se ha de trabajar, pues, por contar con un modelo de prestación no cortoplacista.

La inversión a la que se viene haciendo referencia, en el caso de la artrosis, como enfermedad crónica y prevalente en una población cada vez más envejecida, no puede solo centrarse en el pago de pensiones o de retribuciones a cuidadores y en el coste de los servicios prestados en la red de recursos sociales y asis-tenciales del Sistema, sino que, por el contrario, debe partir del análisis y valoración del tratamiento que en cada caso haya de resultar más adecuado.

- Ejercicio moderado (caminar, Tai-chi)
- Reducir peso
- Fortalecer cuádriceps (ejercicios isométricos)
- Utilizar bastón
- Cuñas laterales para corregir
- alteraciones de la alineación
- Ejercicios en el agua y natación
- Calzado adecuado

Pacientes con Riesgo CV

Analgésicos
- Paracetamol
- Codeína
- Paracetamol + Codeína

SYSADOAS
- Glucosamina
- Condroitín Sulfato
- G + CS

AINE tópicos o Capseicina

Tramadol

Corticoides intraarticulares

Ácido hialurónico intraarticular

Evitar los AINE vía oral
- Si fuese necesario, Naproxeno

Pacientes sin Riesgo CV o GI

Analgésicos
- Paracetamol
- Codeína
- Paracetamol + Codeína

SYSADOAS
- Glucosamina
- Condroitín Sulfato
- G + CS

AINE tópicos o Capseicina

AINE vía oral
- AINE no selectivo o COXIB

Duloxetina

Tramadol

Corticoides intraarticulares

Ácido hialurónico intraarticular

Pacientes con Riesgo GI

Analgésicos
- Codeína

SYSADOAS
- Glucosamina
- Condroitín Sulfato
- G + CS

Tramadol

Corticoides intraarticulares

Ácido hialurónico intraarticular

Evitar AINE no selectivos y COXIB
- Si fuese necesario: Etoricoxib + Omeprazol o AINE tópicos o Capseicina, Naproxeno

FJ Blanco, Farreras 2018
Driban JB et al. Ther Adv in Musculoskel Dis 2016;8(6):207-219

Tabla 2.2 Tratamiento de pacientes con artrosis de rodilla.

Se han de adoptar estrategias a largo plazo y perspectivas globales (sanitarias, por encima de todo, y socio-económicas), por tratarse de una de las enfermedades crónicas más extendidas e incapacitantes que se conocen, que además, y como se ha visto, no cursa aislada sino acompañada de comor-bilidades (patologías cardiovasculares, digestivas, renales, hepáticas y otras), condicionantes en gran medida de las decisiones en tales campos y del rigor con el que abordar las potenciales interacciones medicamentosas con relevancia clínica que se pueden presentar.

Solo la artrosis de cadera y rodilla conducen al SNS a un gasto de 4.000 millones de euros, y ello en gran medida por la polimedicación de la que se acompaña dada la presencia inevitable de enfermedades concomitantes y comorbilidades.

Si bien en España esta polimedicación es representada por pacientes que con-sumen alrededor de 6,6 medicamentos cada día, esta cifra crece en algunos casos y franjas de edad hasta calificarse de "extrema" (23 medicamentos persona/día).

En este contexto cobra singular importancia el impacto de la desfinanciación de determinados medicamentos, como las llamadas SYSADOA (referidas más adelante), lo que deja sin alternativa terapéutica no solo a los pacientes con artrosis de rodilla y manos sino a aquellos que presentan comorbilidades (como enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, isquemia coronaria, infarto de miocardio, insuficiencia renal y hepatopatías) y que no pueden tomar de forma crónica otros tratamientos para calmar su dolor por su interacción con otras medicaciones.

En suma, artrosis y cronicidad son "variables" que abren un escenario complejo y diverso marcado por el dolor, la discapacidad y el serio y profundo impacto en la vida en sociedad. Llega el momento de decidir responsablemente cómo afrontarlas.

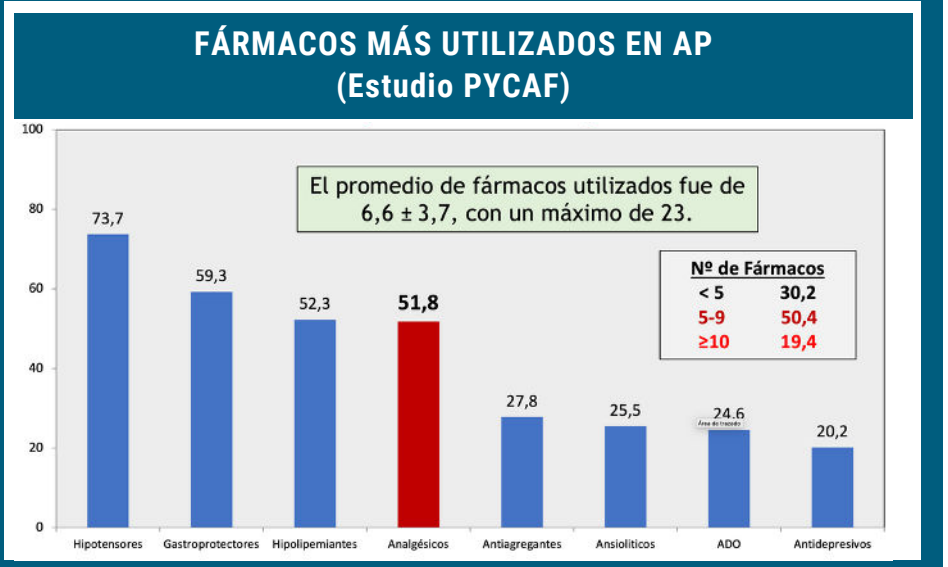

Figura 2.2 Fármacos más utilizados en Atención Primaria (Estudio PYCAF).

Las enfermedades reumáticas. Patologías concomitantes

El Diccionario médico de la Clínica Universitaria de Navarra define la artrosis como la *"artropatía crónica, no inflamatoria, constituida principalmente por alteraciones destructivas de los cartílagos y de los fibrocartílagos, osteoesclerosis subcondral, reacción osteofítica de los rebordes articulares y formación de cavidades fibroquísticas en las epífisis"*.

Su síntoma más importante es el dolor que provocan los movimientos, junto con la deformidad e inflamación de las articulaciones y la rigidez. Con la artrosis, las articulaciones ven en gran medida limitada la movilidad.

Se engloba a la misma en el marco de las llamadas enfermedades reumáticas, es decir, enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes, siendo quizás la más conocida o, al menos, la más mencionada. Lleva consigo "trastornos que afectan a huesos, articulaciones, tendones y músculos que aparecen como consecuencia de desajustes del sistema inmune".

Junto con la artrosis, se conocen más de 200 enfermedades reumáticas distintas, algunas especialmente comunes. Este catálogo incluye también la osteoporosis, la osteopenia, la artritis, la ciática, la fibromialgia, la espondilitis anquilosante, la vasculitis, la tendinitis o la lumbalgia como más frecuentes. Suelen asociarse a otras enfermedades de origen endocrino y metabólico, fundamentalmente diabetes, acromegalia, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo y hemocromatosis o fibromialgia, entre otras.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) es un buen referente a la hora de conocer las patologías reumáticas -enfermedades del sistema musculo-esquelético y del tejido conjuntivo-. Lidera el desarrollo de trabajos, estudios y proyectos de investigación en esta especialidad médica, reconocida como tal por el Ministerio de Educación en el año 1952.

La SER agrupa a cerca de 2.000 profesionales involucrados en el tratamiento de esta enfermedad, a quienes aporta herramientas de orientación rápida en cuestiones relacionadas con su práctica diaria, así como guías y protocolos que en un momento dado puedan necesitar. A tales efectos dispone de normativa específica que permite normalizar y objetivar la elaboración de tales guías, como documentos basados en la evidencia que son, incluyendo en ello la selección del líder clínico, de los panelistas y de los revisores que intervienen en su elaboración. También impulsa actuaciones con las asociaciones de pacientes.

Esta sociedad viene desarrollando una interesante acción divulgativa a través de su Área de Comunicación, al definir y publicar una serie de documentos asequibles y accesibles (disponibles en su página web) que dan a conocer los aspectos más básicos sobre diagnóstico, pronóstico, prevalencia y tratamiento propios de las enfermedades reumatológicas más frecuentes. Tales documentos[5] se refieren a:

- Artritis Idiopática Juvenil
- Artritis Reumatoide
- Artrosis (u Osteoartritis)
- Epidemiología
- Esclerodermia
- Espondiloartropatías
- Fibromialgia
- Gota
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Osteoporosis[6]
- Síndrome Antifosfolipídico – Embarazo
- Síndrome de Sjögren
- Uveítis

Por razón de su prevalencia, y tal y como revela este listado, en el ámbito de las patologías reumáticas, igualmente crónicas y concomitantes, la **fibromialgia** destaca como una de las más frecuentes y conocidas.

Se trata de un síndrome caracterizado por dolor músculo-esquelético generalizado (sobre todo en la cabeza, la zona mandibular, el cuello, los hombros, el abdomen, las extremidades -articulaciones y músculos-), al que se acompaña fatiga, problemas de sueño y de memoria, alteraciones en el estado de ánimo, falta de atención, concentración o dificultad para enfocar la mirada… entre otros síntomas. La fibromialgia altera la percepción del dolor a nivel cerebral al quedar enmascaradas las causas de las molestias.

De acuerdo con el Estudio EPISER 2016[7], publicado en 2020 por parte de la referida Sociedad Española de Reumatología-SER, se estima que en España la sufre el 2,37 % de la población, unas 700.000 personas, con una clara prevalencia en la mujer (el 90 % de los pacientes diagnosticados).

La fibromialgia es especialmente preocupante, ya que suele ir asociada a una injustificada, pero al tiempo, general incredulidad (dudas sobre su propia existencia), incluso de parte de los profesionales sanitarios, que muchas veces acuden a la "técnica del descarte" para su diagnóstico.

También produce rechazo social. Por ello, quienes la padecen evitan acudir a los profesionales sanitarios, lo que les lleva a la automedicación, el aislamiento, la infelicidad y la pérdida de masa corporal.

El abordaje de esta enfermedad tiene que ser multidisciplinar y liderado preferentemente por reumatólogos e internistas, quienes indican, en su caso, las derivaciones a otras especialidades y pautan el uso de terapias contra el dolor.

Asimismo, es frecuente que se considere interesante la aplicación adicional de tratamientos no farmacológicos como el ejercicio físico o la terapia psicológica, para de este modo manejar la depresión o los trastornos del ánimo o ansiedad que suelen asociarse a ella. Solo así se logra que quienes la padecen mejoren su calidad de vida, además de paliar los síntomas y el dolor.

Junto a este tipo de dolencias reumatológicas, se han de considerar otras patologías concomitantes, también de alto impacto, cuyo tratamiento puede generar riesgos de interacción (efectos adversos de la polimedicación).

Este sería el caso de las enfermedades cardiovasculares, como la angina de pecho, la insuficiencia cardíaca, el ictus o la enfermedad arterial periférica. En estos supuestos, es muy importante conocer el riesgo cardiovascular asociado al uso de los medicamentos que se utilizan para el tratamiento sintomático de la artrosis. De hecho, y tal y como ha venido informando la propia AEMPS, los antiinflamatorios no esteroídicos (AINE) aumentan el riesgo cardiovascular, especialmente a dosis altas y duraciones prolongadas. Mientras, las SYSADOA y el paracetamol se presentan como fármacos seguros, desde un punto de vista cardiovascular, en los pacientes con artrosis.

Estudios recientes muestran que el uso de condroitin sulfato y glucosamina podrían reducir el riesgo de infarto agudo de miocardio y de ictus isquémico, algo que, a la postre, sería un beneficio adicional en aquellos pacientes en los que estos tratamientos han resultado eficaces.

Artrosis y osteoporosis: Incidencia y perfil de los pacientes

La **artrosis** suele definirse como un proceso degenerativo articular, derivado de trastornos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago articular, estimulación el crecimiento del hueso subcondral y con presencia de un cierto grado, habitualmente leve, de sinovitis crónica.

También puede catalogarse como un grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares que se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares, sin afectación sistémica o de otros órganos fuera del aparato locomotor.

Finalmente, hay quienes consideran la artrosis como un síndrome o un grupo heterogéneo de procesos, con aspectos comunes y diferenciales en cuanto a su localización, su historia natural y su pronóstico.

CICLO DE FOROS OAFI 2022

La artrosis es una enfermedad articular degenerativa que afecta al cartílago, hueso subcondral y tejidos blandos de la articulación.

Produce **dolor** y afecta directamente la **movilidad y autonomía** de la persona que la sufre con el **desgaste psicológico** que supone.

La **tarea más habitual** puede convertirse en **un gran obstáculo** que afrontar debido a las limitaciones que produce.

Tabla 2.3 Concepto de artrosis.

Optemos por la definición que optemos, hay rasgos claros que la caracterizan y que deben tenerse presentes en todo momento por ser decisivos a la hora de establecer un abordaje correcto:

- Es una patología crónica y grave, ya que la incidencia en la calidad de vida de quienes la padecen es alta o muy alta.
- Puede llevar consigo períodos de hasta 40 años de evolución.
- La inflamación y el dolor son sus signos más distintivos.
- Las lesiones articulares, como fracturas o lesiones de partes blandas y cirugía previas, influyen en su manifestación.
- La presencia e impacto de las comorbilidades es elevada.
- Ocasiona frecuentes incapacidades (incluso laborales) y deterioro funcional.

Si bien el envejecimiento agudiza el riesgo de padecer esta enfermedad, el perfil de los pacientes es ciertamente variable, desde quienes sufren artrosis precoz (los más jóvenes) a aquellos que la desarrollan durante periodos de larga o muy larga duración.

Sea como fuere, son variados, al tiempo que modificables, los factores de riesgo responsables de su generación. De entre ellos cabe destacar los siguientes:

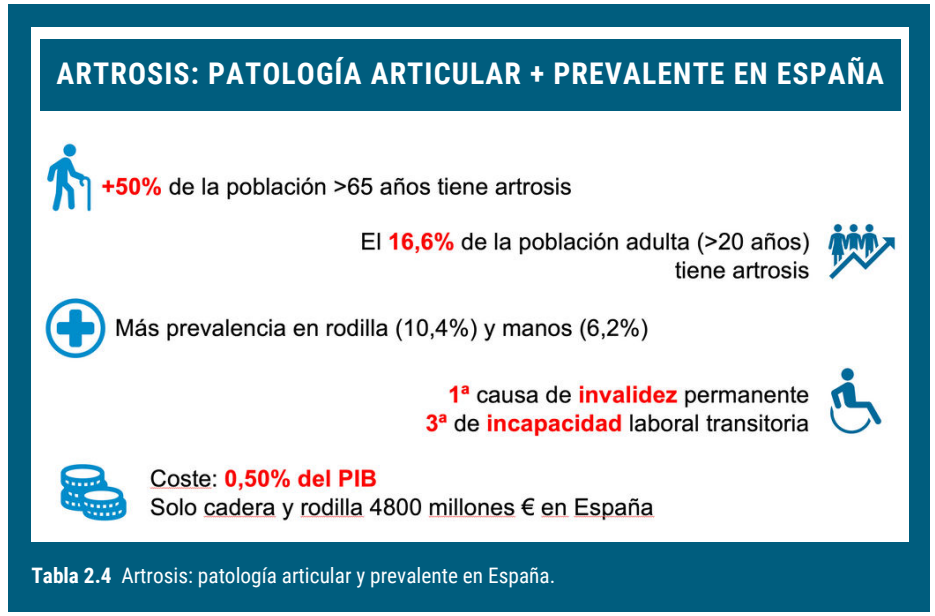

Tabla 2.4 Artrosis: patología articular y prevalente en España.

- **Edad:** Sin duda, el principal, aunque la edad avanzada no es *per se* sinónimo de artrosis; el cartílago artrósico y el cartílago envejecido son histológicamente diferentes. La correlación no es lineal pero el incremento es exponencial a partir de los 50 años.

- **Sexo:** La prevalencia en la mujer es notoria y suele tener causa en un déficit estrogénico. De hecho, el 23,5% de las mujeres mayores de 15 años la padece. Este porcentaje aumenta hasta el 50-60% a la edad de 50, hasta alcanzar su máximo impacto (del 80%) en aquellas que rebasan los 80. En las mujeres, la afectación más intensa suele darse en las articulaciones. La patología se presenta en las manos y en rodillas sobre todo en las mujeres tras la menopausia y en las caderas en los hombres.

- **Genética:** Algunos estudios recientes han podido determinar genes y polimorfismos genéticos (polimorfismo de nucleótido único SNP) implicados en la susceptibilidad y pronóstico de la artrosis (como COMP, CALM1, OPG, CILP, FRZB). Puede decirse que la artrosis de cadera y de rodilla tienen cierta predisposición familiar hasta en un 65% de los casos [8]. Estos factores genéticos pueden estudiarse mediante un simple test de saliva, que analiza los principales genes asociados a la artrosis avanzada de rodilla y permite anticipar el diagnóstico e instaurar un tratamiento de forma precoz ("condroprotección").

- **Clima:** Faltan evidencias para considerar al clima como factor de riesgo de artrosis, aunque algunas referencias hablan de mayor incidencia en climas húmedos.

- **Obesidad:** Se asocia claramente con la localización de la enfermedad en la rodilla, aunque las teorías que evalúan su incidencia son variables. Desde aquellas que apuntan a determinadas dietas hipercalóricas como causantes de daños en cartílago, huesos y en otras estructuras articulares, hasta las que entienden que el sobrepeso alimentario aumenta la presión realizada sobre una articulación induciendo la rotura del cartílago. No faltan quienes piensan que lo que induce la obesidad son cambios metabólicos tales como la intolerancia a la glucosa, hiperlipidemia o cambios en la densidad ósea, siendo por ello obesidad y artrosis "derivaciones" complementarias.

- **Actividad laboral y ocupación:** Actividad laboral y ocupación: Son los sectores de la construcción y la agricultura los que sobresalen en términos de afecciones músculo-esqueléticas, sectores en los que los trabajadores suelen repetir posturas dolorosas o fatigantes. Sirvan como ejemplo las dolencias en las rodillas, para las que el factor determinante es la hiperflexión frecuente (que suele darse en profesiones tales como la albañilería, jardinería, etc.). En cualquier caso, son una vez más los profesionales de más edad quienes mayor número de dolencias músculo-esqueléticas suelen declarar; estas dolencias acaban por consolidarse como enfermedades derivadas de la repetición de movimientos y de posturas forzadas.

- **Actividad deportiva intensa:** El uso desmedido, repetitivo, continuado y forzado de la articulación, sobre todo en deportes competitivos, conduce con mucha frecuencia al desarrollo de artropatía degenerativa precoz. Futbolistas, bailarines y atletas de alta competición son los habitualmente afectados.

- **Alteraciones de la alineación articular:** La incidencia de la artrosis (especialmente en rodillas) es clara si existe una anómala distribución de las cargas en las regiones articulares.

En la práctica, la artrosis afecta a una población muy fragmentada con necesidades muy diferentes. El amplio abanico de factores a considerar ha dado lugar a la definición de diferentes clasificaciones para la artrosis [9], predominando las tres siguientes:

- según localización (prevalencia en rodilla, mano y cadera),
- según causa (primaria -sin una causa definida- o secundaria -asociada a otras patologías como la hemocromatosis, gota, diabetes mellitus, displasias óseas, etc.-), y
- según criterios diagnósticos.

Pero lo cierto es que, a día de hoy, se suele catalogar la artrosis a partir de su origen genético (Artrosis tipo I), de su hormonodependencia (Artrosis tipo II) o de su relación con la edad (Artrosis tipo III).

Es esta última clasificación la que permite en la práctica establecer grupos concretos de pacientes para abordar la enfermedad a través de tratamientos más personalizados y acordes a sus características.

El diagnóstico de la artrosis es fundamentalmente clínico, siendo sus principales síntomas el dolor mecánico, la rigidez tras períodos de reposo, el enrojecimiento y tumefacción en las articulaciones, el crujido al moverlas y las limitaciones de la capacidad funcional, sobre todo a nivel de miembros inferiores.

Por su parte, la **osteoporosis** es la "enfermedad silenciosa" provocada por la disminución de la densidad de los huesos -sobre todo de la cadera, la muñeca o la columna vertebral-, que provoca su debilidad y, como consecuencia, su fisura o rotura.

Se trata, una vez más, de una enfermedad especialmente frecuente en personas de mayor edad (en estos casos, más conocida como osteoporosis tipo II o senil) y en el colectivo de mujeres, sobre todo en los primeros años después de la menopausia (osteoporosis tipo I o postmenopáusica).

En las personas mayores la osteoporosis se traduce en reiteradas fracturas de los huesos largos, especialmente en cadera y fémur.

Solo en un pequeño porcentaje de los casos se conocen las causas de la osteoporosis, si bien suele aparecer como consecuencia del uso de algunos fármacos (como los corticoides o la heparina) o de la concomitancia con otras enfermedades (normalmente de naturaleza endocrinológica, reumática o hematológica). Acrecientan el riesgo de pérdida de masa ósea y de padecer osteoporosis factores tales como el sedentarismo o el consumo de tabaco y/o de alcohol.

El objetivo del tratamiento de la osteoporosis es la reducción del número de fracturas por fragilidad y suele ir de la mano de la adopción de medidas preventivas de carácter general (en el campo de la alimentación o del ejercicio físico, por ejemplo), de la aportación de suplementos de calcio y vitamina D y, en los casos más graves, de la aplicación de terapias bien antirresortivas -para evitar la pérdida de masa ósea-bien osteoformadoras (para estimular la formación de nuevo hueso) o de ambas combinadamente.

Prevención y hábitos de vida para envejecer de forma saludable y favorecer la diversidad

Muchas de las enfermedades de corte reumatológico, como la artrosis, están codificadas y en cierto modo "determinadas "por los genes, pero en los casos en que esto no sucede resulta crucial trabajar por su prevención, teniendo en cuenta que su potencial incapacitante es muy significativo y, con ello, el efecto limitativo sobre la práctica de muchas actividades habituales de la vida diaria.

De hecho, como se ha venido indicando, se estima que la artrosis es la enfermedad reumática más prevalente en el mundo y que, lejos de erradicarse, va en aumento, en línea con el progresivo envejecimiento de la población.

Ya en 2016, el Estudio epidemiológico de enfermedades reumáticas en la población española de mayor de edad "EPISER", anteriormente mencionado, y que fue llevado a cabo por la Sociedad Española de Reumatología, reveló datos significativos en torno a la prevalencia de esta enfermedad y a su concreta localización en el cuerpo humano:

- artrosis cervical 10,10%;
- artrosis lumbar 15,52%;
- artrosis de cadera 5,13%;
- artrosis de rodilla 13, 83%;
- y artrosis de mano 7,73%.[10]

Más de una década después del primer cribado de esa naturaleza realizado (edición del año 2000[11]), el Estudio, lejos de aportar esperanza, confirmó el incesante avance de la enfermedad, a pesar de haber ampliado el espectro patológico. De hecho, incluyó nuevas variantes respecto de la anterior edición como la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, el síndrome de Sjögren, la artrosis de cadera, de columna cervical y lumbar y la gota, enfermedades de las que antes no se tenían estudios poblacionales en España. Además, como objetivos secundarios, el EPISER 2016 pretendió[12]:

a) comparar los resultados con los obtenidos en el EPISER 2000,
b) conocer la frecuencia con la que la población adulta en España había consultado en el último año a algún médico por problemas osteoarticulares y
c) determinar la frecuencia de consumo de fármacos por problemas osteoarticulares, durante al menos un mes, por parte de la población adulta en España.

El envejecimiento progresivo de la población ha abocado a que la realidad que este Estudio desvelaba hace poco más de 5 años, a día de hoy, se haya recrudecido. Para tratar de minorar este creciente impacto se han de introducir pautas sólidas de cuidado y autocuidado.

Entre tales pautas cabe destacar la prevención de la obesidad y el refuerzo de la alimentación saludable y rica en calcio, vitamina D, frutas y hortalizas, o la reducción de la ingesta de dulces y alimentos procesados. Cuando la dieta no garantiza una cantidad adecuada de calcio y nutrientes, deben administrarse suplementos.

El ejercicio físico suave y supervisado por el especialista (el dolor puede aparecer con el reposo o con el descanso nocturno), evitar el consumo de alcohol, la deshabituación tabáquica, la racionalización, adaptación y seguimiento en la toma de medicamentos, la mejora del estado emocional, la correcta selección del calzado, el control postural, el reparto de las cargas (evitar coger pesos excesivos), ayudarse de la tecnología incluso en la realización de tareas domésticas para evitar sobresfuerzos o la higiene en el sueño son otras tantas medidas que contribuyen a mejorar la calidad de vida y a hacer frente a los síntomas y efectos, incluso mentales (depresivos) de esta enfermedad.

Entre los factores antedichos cobra especial importancia la calidad y cantidad de sueño, singularmente tras la pandemia, que ha generado cambios en los patrones habituales y provocado secuelas en muchos pacientes mayores.

Deficiencias en el ámbito del descanso pueden afectar a otras patologías o agravar las ya existentes, deteriorando con ello el sistema inmunológico. De hecho, el insomnio es uno de los problemas más comunes en el proceso de envejecimiento.

IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO				
MEJORA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD	MÁS ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	MÁS SEGURIDAD DEL PACIENTE	MEJORES RESULTADOS EN SALUD	MEJOR CALIDAD DE VIDA

Tabla 2.5 Implicación del paciente en el autocuidado.

La duración del sueño nocturno puede variar de acuerdo con la edad y el estado de salud, cognitivo y emocional.

En términos de edad, se estima que, aunque apenas el 10% de los mayores que ingresan en residencias acredita presentar estos problemas (por ejemplo, los relacionados con apneas obstructivas diagnosticadas -AOS-), en la práctica este número es mucho mayor (asciende al 85%), afectando de manera especial a las mujeres.

Según expresa el reciente estudio de la Asociación Española del Sueño (ASENARCO) *"Higiene del sueño en tiempos de COVID-19"*, la modificación del patrón sueño (nocturno)-vigilia (diurna) que la pandemia ha supuesto, no solo ha sido efecto secundario de algunos tratamientos aplicados sino de la propia acción del virus. Este efecto ha sido especialmente notorio en los mayores de 70 años, al afectar de manera directa a su sistema nervioso central. *"El COVID-19 ha generado un aumento de las alteraciones de sueño: inicialmente el insomnio, pero posteriormente la hipersomnia diurna… La reducción de las salidas o la pérdida de contacto con su red social y familiar ha agravado su sentimiento de soledad afectando a su estado anímico y emocional, provocando una mayor fatiga durante el día, somnolencia diurna, falta de cuidados o incluso miedo a morir"*.

En suma, envejecer de forma saludable, aun conviviendo con la enfermedad -incluida la artrosis-permite a los adultos mayores "asomarse" al futuro de forma activa y ampliar sus espacios de desarrollo personal. Permite a la propia economía recibir lo mejor de los mayores: su experiencia, especialización, talento y profesionalidad.

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Tabla 2.6 Ámbitos de actuación.

Poner al/la paciente en el CENTRO de su enfermedad, mejorando su CALIDAD DE VIDA

La gestión de la "diversidad generacional" es un reto.

La heterogeneidad aporta y enriquece, cualifica la gobernanza y el compromiso social, algo hoy día ineludible a partir de lo establecido en la Agenda 2030 ("innodiversidad"), algo que ha de dirigir hacia una sociedad cada vez más justa, en la que las personas mayores activas y saludables tengan su propio espacio, se impliquen y empoderen. Y es que tal y como los propios mayores invocan, jugar un papel activo requiere también poder elegir cómo recibir los correspondientes apoyos[13].

Por ello, el fin de envejecer de manera saludable debe ser percibido como algo que va más allá de lo puramente sanitario; requiere invertir en innovación y pasa necesariamente por romper con el "edadismo" laboral.

En este contexto, las personas deben apoyarse en los profesionales adecuados que les permitan consolidar este tipo de métodos y hábitos, prevenir la fragilidad e incluso la discapacidad, mejorar la adherencia a los tratamientos y detectar potenciales adversidades o interacciones medicamentosas.

Asimismo, también resulta recomendable participar en actividades grupales, formativas e informativas que conecten entre sí a quienes sufren estas patologías y les permitan establecer sinergias. Para ello juegan un papel primordial las asociaciones de pacientes.

Dolor y pérdida de calidad de vida. Encuesta sobre Calidad de Vida de Pacientes con Artrosis: CAVIPA[14]

El alto impacto de la artrosis en la población mundial adolece de serias carencias de atención por parte de las autoridades sanitarias, olvidando con ello el efecto dominó que sobre la calidad de vida tiene omitir los debidos cuidados sanitarios.

Si por algo ha sido especialmente relevante el estudio CAVIPA[15], impulsado por la Fundación de los Pacientes con Artrosis-OAFI[16], ha sido precisamente por esta razón, ya que el mismo ha tratado dicho valor (calidad de vida) como *"potente indicador a considerar cuando se implementan y evalúan programas para el tratamiento de la artrosis"*.

El Estudio es resultado de una macro encuesta (modalidad telefónica) que fue desarrollada entre 208 pacientes de artrosis de cadera y/o rodilla, mayores de edad, residentes en 14 regiones de España, durante los meses de diciembre de 2020 y mayo de 2021.

El protocolo de la encuesta resultó validado por el Comité ético del Hospital La Paz de Madrid, recogiendo el mismo 7 ámbitos o áreas de preguntas, con un enfoque global, pero al tiempo segmentado, diferenciando de manera particular los valores sexo y edad.

Para su realización, se vehiculizaron algunas de las cuestiones evaluadas a través de indicadores colaterales, derivados directamente de la percepción y asunción de los pacientes de su propia enfermedad: su sintomatología y diagnóstico, su perfil socio-demográfico, su concreto tratamiento, la amplitud de su información, sus potenciales comorbilidades (en general cefaleas, fibro-mialgias, osteoporosis, dolor crónico -sin duda, el problema principal-…), los tipos de tratamiento o sus incapacidades funcionales e incluso laborales. También se consideró su percepción acerca del apoyo recibido de los profesionales sanitarios en relación a cada uno de los efectos derivados de esta dolencia (reumatólogos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas…).

La propia web de la Fundación-OAFI ofrece gran claridad en torno al statu quo actual de esta importante enfermedad en nuestro país, a partir de los resultados más destacados del referido Estudio, lo que permite extraer muy útiles reflexiones.

Entre tales resultados cabe destacar los siguientes:

- El tiempo medio de diagnóstico de la enfermedad supera los 3 años (3,12 años).
- El 94,33% de los pacientes padece, al menos, una comorbilidad, siendo las más prevalentes la depresión y la ansiedad (37,98%). Si bien, la mayoría de los pacientes cuando piensan en la artrosis que padecen se refieren a su "dolor".
- Entre el 30% y el 40% de los pacientes sigue algunas medidas higiénico dietéticas; pese a todo, de este porcentaje, el 78,8% no ha notado por ello ninguna mejoría.
- El 56,62% de los encuestados sufre limitaciones en sus actividades diarias y un 33% ha incurrido en baja laboral.

Es claro que cuanto más retraso en el diagnóstico sufren los pacientes, peor valoran su salud, mayor es el coste de la enfermedad y menor es el impacto positivo de las medidas que se puedan adoptar. Cuantas más limitaciones sufren los pacientes, peor es su percepción de la salud, calidad de vida y satisfacción con sus terapias.

Es claro que cuanto más retraso en el diagnóstico sufren los pacientes, peor valoran su salud, mayor es el coste de la enfermedad y menor es el impacto positivo de las medidas que se puedan adoptar. Cuantas más limitaciones sufren los pacientes, peor es su percepción de la salud, calidad de vida y satisfacción con sus terapias.

La falta de tiempo y la elevada carga del sistema sanitario impiden llevar a cabo un seguimiento adecuado de los tratamientos. Este hecho es especialmente negativo cuando se refiere a la realización de pruebas diagnósticas y al control de la evolución nutricional. Por ello, según este estudio CAVIPA, las necesidades cuya cobertura es más demandada son la información y la aplicación de tales tratamientos.

En definitiva, cerca del 50% de los pacientes de artrosis perciben su salud y su calidad de vida como "regular", por lo que reclaman ser escuchados, que se tengan en cuenta su experiencia y opiniones y que se les permita recuperar el poder y la fuerza que son necesarios para manejar y afrontar su propia enfermedad (empoderamiento).

A resultas de esta Encuesta, es claro que no es posible obviar la reciente crisis sanitaria (Covid-19) a la hora de tomar razón de la ruta asistencial de los pacientes de artrosis, la cual, en efecto, se ha visto muy afectada por la pandemia. La valoración de esta ruta, en términos generales, permite concluir que hay un buen número de aspectos mejorables en ella y que no siempre los cambios son caros ni complejos.

Se precisa más comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria para agilizar la asistencia y ejercer el seguimiento, pero también entre médico y paciente, e implicar en ello a otros profesionales, como farmacéuticos y psicólogos… y sensibilizar a la población.

Además, también se necesitan más servicios en las áreas de rehabilitación (gimnasio/entrenamiento/fisioterapia), nutrición y tratamiento del dolor. La experiencia clínica puede llegar a determinar la mayor o menor adherencia posterior a los tratamientos que se prescriban y con ello, el propio éxito de la lucha contra esta dolorosa enfermedad.

Las "pistas" quedan dadas y las claves apuntadas. Sin embargo, pendiente está aún la definición de las políticas que han de refrendar y oficializar las medidas propuestas.

Evolución y seguimiento de estas patologías

Nadie puede negar que ha irrumpido, y sin permiso alguno en nuestras vidas, lo que se ha dado en llamar "Medicina 5P" (Personalizada, Predictiva, Preventiva, Participativa y Poblacional), y con ella una nueva forma de llevar a cabo el seguimiento del proceso asistencial, más tecnificada y personalizada, lo que a priori debería aportar valor al seguimiento de pacientes mayores y crónicos.

En paralelo, el envejecimiento sostenido ha llevado a emprender una lucha sin cuartel contra la cronicidad, a partir de más prevención y de la aplicación de técnicas de diagnóstico precoz, incluso desde la infancia, donde, por ejemplo, las enfermedades reumatológicas y musculoesqueléticas son difíciles de diagnosticar. No en vano, la propia Sociedad Española de Pediatría recomienda la exploración completa y sistemática en la edad pediátrica y hasta la adolescencia en relación a determinadas patologías que pueden ser de pronta cronificación.

Para llegar al modelo eficiente y consolidado al que este nuevo concepto (Medicina 5P) nos aboca, se han de abordar no pocos problemas estructurales, sociales e incluso culturales, preexistentes. Solo así la innovación irá unida a la confianza.

En efecto, las tecnologías pueden facilitar el autocuidado, el seguimiento de pacientes y de su adherencia, ayudar a garantizar la frecuencia en las visitas médicas, optimizar la monitorización de niveles a la par que efectuar una medición en tiempo real de costes a partir de análisis fármaco-económicos. Muchos enfermos crónicos han encontrado en ellas la panacea y apoyo que necesitan.

Las nuevas plataformas digitales pueden representar una oportunidad incluso para el desarrollo de investigaciones y ensayos, para ampliar así los métodos de recogida, procesamiento y análisis de datos de salud. Algunos autores hablan ya de las "nuevas formas de participación ciudadana en la ciencia"[17]. Esta es la línea por la que se ha de avanzar, según determina el propio Reglamento Europeo de Ensayos Clínicos (Reglamento núm. 536/2014). Este Reglamento es de obligado cumplimiento desde el 31 de enero de 2022 en todos los países de la UE y del Espacio Económico Europeo (EEE) –Islandia, Liechtenstein y Noruega–.

No olvidemos que, ante todo, la Atención Primaria sanitaria debe seguir contando con mecanismos inmediatos de respuesta a las necesidades de salud de las personas mayores y en situación de dependencia, y debe hacerlo no a partir de "5Ps" (producto, precio, promoción, población y lugar-place) sino de "3Aes": **a**ccesibilidad, **al**ternativas y **a**prendizaje.

Todas las Comunidades Autónomas incluyen en su cartera de servicios de Atención Primaria la prevención y detección de problemas en personas mayores y la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales. Poco a poco se han consolidado también los servicios de atención al alta hospitalaria o la atención domiciliaria a pacientes con trastornos cognitivos. Con un menor nivel de implantación, en algunas de estas Comunidades se reconocen servicios de atención al cuidador familiar y a personas mayores en riesgo social y otros tantos de educación para la salud a grupos de cuidadores.

En el ámbito de la Atención Hospitalaria, las personas mayores son objeto de seguimiento por parte de las unidades geriátricas de agudos y los servicios de geriatría en hospitales generales y, sobre todo, por las unidades de media estancia y convalecencia. A ellos se une la hospitalización domiciliaria.

No obstante, la falta de uniformidad, incluso en la denominación de los centros y estructuras disponibles, ha sido no solo una "excusa" para determinar su organización, enclave y correspondiente financiación (unas veces se designan como centros sociosanitarios, otras veces como hospitales de larga estancia, etc.), sino también un impedimento para coordinar la atención a la salud, tanto desde Primaria como Hospitalaria, con la que se deriva de los centros residenciales en los que viven las personas mayores -adscritos generalmente a la red de bienestar o asuntos sociales-. Así, las residencias dependen en última instancia de Atención Primaria, siendo esta la responsable de sus medicamentos.

La Atención Hospitalaria de salud utiliza también el recurso de los Hospitales de Día Geriátricos, tradicionalmente con mayor presencia en Cataluña.

Esta manifiesta heterogeneidad territorial ha llevado a la descoordinación, tanto en el propio sistema sanitario (entre la Atención Primaria y la Hospitalaria) como entre éste y el de los servicios sociales.

Abordaje farmacológico y no farmacológico de la artrosis. Eficacia de los medicamentos disponibles para frenar la artrosis (SYSADOA)

Como ya se dijo, son más de 200 las enfermedades reumáticas para las que se ofrecen tratamientos diferenciados, muchos de ellos incluso personalizados.

La artrosis, como enfermedad incurable, debe abordarse en términos de mejora de la calidad de vida y de alivio de los síntomas, en particular del dolor. Para que ello sea posible, se ha de tener presente que, a día de hoy, no existen alteraciones de laboratorio específicas de la artrosis ni marcador alguno que permita hacer diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.

Tampoco existe unidad de criterio, valoración científico-técnica y decisión (comités de evaluación), a la hora de adoptar acuerdos sobre la que se haya de considerar mejor opción terapéutica.

Mientras múltiples son las terapias disponibles para el abordaje de la artrosis, el tratamiento estándar, centrado en la aplicación de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, puede generar incertidumbre y preocupación a no pocos pacientes cuando se plantean un escenario de uso a largo o muy largo plazo.

A día de hoy, los tratamientos autorizados pueden agruparse en dos grandes bloques: los de carácter conservador y los de corte quirúrgico.

En el primer grupo (conservadores) pueden distinguirse [18]:

- **Tratamientos no farmacológicos:** como la fisioterapia o el ejercicio (natación, paseo).

- **Tratamientos farmacológicos:** como primera opción, a través de analgésicos (como el paracetamol) y antiinflamatorios no esteroideos; se tiende a emplear también inhibidores de la COX-2 (celecoxib y rofecoxib) y en ocasiones también el tramadol o la codeína junto a otros analgésicos opioides. En general, ninguno de estos fármacos queda 100% exento de provocar efectos secundarios, lo que hace que no sean adecuados para ciertos pacientes con otras patologías crónicas de base.

El Paracetamol tiene un efecto fundamentalmente analgésico y no antiinflamatorio (por lo que no es efectivo para el componente inflamatorio subyacente en la artrosis) y no está indicado para pacientes con afectación hepática. En ocasiones puede presentar toxicidad renal, alteraciones en la fórmula sanguínea, hipoglucemia y dermatitis alérgica. En relación al Ibuprofeno, anti-inflamatorio no-esteroideo (AINE), puede decirse que su perfil de seguridad ha sido más contrastado, si bien el metaanálisis sugiere que el uso del paracetamol como monoterapia puede ser ineficaz.

Por su parte, y en relación al tramadol (opioide) se ha podido comprobar que su consumo entre los pacientes de 50 o más años, tras 4 años de seguimiento, conduce a una tasa de mortalidad significativamente mayor frente a quienes consumen antiinflamatorio no esteoideos prescritos habitualmente.

- **SYSADOA** (por sus siglas en inglés, *"symptomatic slow action drugs for osteoarthritis"*), también llamados fármacos modificadores de la enfermedad artrósica (*DMOADS Disease Modifying OsteoArthritis Drugs*): se trata de la aplicación de sulfato de glucosamina y condroitín sulfato, fármacos de acción lenta pero duradera que estimulan la síntesis de matriz extracelular del cartílago (no curativos) y que pueden contribuir al control del dolor teniendo pocos efectos secundarios; evitando la toxicidad renal, hepática o cardíaca de los tratamientos estándares, que no están indicados en personas que padecen otras patologías concomitantes de base (insuficiencia hepática, cardíaca, renal o respiratoria). Se destinan también a casos de intolerancia gástrica y en determinados supuestos de alteraciones en la fórmula sanguínea, hipoglucemia y dermatitis alérgica.

No son pocos los estudios que han demostrado los efectos antiinflamatorios tanto de la glucosamina como del sulfato de condroitina. Ambos inhiben la actividad de las metaloproteinasas, la liberación de prostaglandina E2, la producción de óxido nítrico y la degradación de los glicosaminoglicanos, además de estimular la síntesis de ácido hialurónico en la articulación. También se ha descrito un efecto "protector" frente al infarto de miocardio e ictus. Sin embargo, aunque cada sustancia ejerce efectos beneficiosos sobre los procesos subyacentes a la osteoartritis/artrosis, también ha podido comprobarse que muchos de estos efectos proceden de su combinación.

Lo cierto es que, aunque tanto el sulfato de condroitina como las sales de clorhidrato o sulfato de glucosamina han sido reconocidos y autorizados en la Unión Europea para el tratamiento de la artrosis, y que a largo plazo su combinación puede, además, ofrecer una alternativa, especialmente interesante para personas con enfermedades cardiovasculares o gastrointestinales -para las que el tratamiento con AINE está contraindicado-, la evidencia clínica que respalda estos medicamentos sigue siendo aún contradictoria.

CONDROITINA PARA LA ARTROSIS

Cochrane

- La condroitina puede mejorar ligeramente el dolor a corto plazo (menos de 6 meses).
- La condroitina mejora el dolor de rodilla en un 20% de personas.
- La condroitina probablemente mejore ligeramente la calidad de vida medida por el índice de Lequesne (medida combinada de dolor, función y discapacidad).
- La condroitina tiene poca o ninguna diferencia en cuanto a los efectos adversos y graves frente a otros agentes.
- La condroitina retrasa ligeramente el estrechamiento del espacio articular en las radiografías de la articulación afectada.

La combinación de cierta eficacia y bajo riesgo asociada a la condroitina puede explicar su popularidad entre los pacientes.

Tabla 2.7 Condroitina para la artrosis.

Los SYSADOA han sido reconocidas por la UE pese a la contradictoria evidencia científica. Tampoco son pocas las discrepancias que manifiestan las sociedades científicas de distintos países en relación a estas terapias. En gran medida, ello viene provocado por el hecho de que, por ejemplo, en Reino Unido o en Estados Unidos, lo que para nosotros son "medicamentos" allí sean "nutracéuticos" presentados en combinaciones y para dosis con menor efecto que las que son propias de aquellos (los medicamentos). Así se manifiestan, entre otras, *la Osteoarthritis Research Society International* (OARSI) o la *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS).

En el otro extremo, como valedoras de dichos medicamentos y/o combinaciones, pueden mencionarse algunas sociedades europeas tales como la *European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis* (ESCEO) o la *European League Against Rheumatism* (EULAR).

- **Factores de crecimiento plaquetario intraarticulares:** Su efecto analgésico-antiinflamatorio y protector del tejido es especialmente indicado para pacientes con artrosis refractaria al tratamiento médico.

En el **segundo gran bloque** de tratamientos se sitúan los llamados **tratamientos quirúrgicos.** Estos se indican especialmente para las fases tardías de la enfermedad, cuando existe dolor refractario o importante trastorno funcional.

Básicamente existen **cuatro procedimientos quirúrgicos:** i) la **osteotomía** (para, eliminando parte del hueso, corregir la distribución de cargas); ii) la **artroscopia** (con lavado y desbridamiento intraarticular [19]); iii) la **artrodesis** (o fusión articular, útil en columna y pequeñas articulaciones); y iv) la **artroplastia** o sustitución articular por una prótesis, muy frecuente en cadera y rodilla).

Perspectivas ante la nueva Estrategia Farmacéutica Europea y la reforma de la legislación sanitaria y farmacéutica. Prioridades legislativas. La Unión Europea de la Salud

El "aluvión", "tsunami" o incluso "caos" normativo generado en todos los niveles de gobierno con ocasión de la pandemia ha evidenciado la falta de previsión que hasta la fecha existía en buena parte de los Estados Miembros en materia sanitaria.

La "imprevisión" e "improvisación" han llevado a desatender las prestaciones y servicios asistenciales y farmacológicos de los pacientes, no solo de los afectados por el Covid-19, sino de manera especial las de los mayores, los crónicos y dependientes, precisamente los más vulnerables y quienes más los necesitan.

A ello se ha unido la falta de resiliencia de muchos de los Sistemas de Salud, lo que ha puesto de relieve inequidades inasumibles en el acceso a tales prestaciones y servicios.

En efecto, la asistencia sanitaria, que representa junto a las relaciones sociales un pilar básico del bienestar de las personas mayores, se ha visto seriamente resentida con la pandemia. La interrupción de la atención presencial en Primaria, de la asistencia a domicilio o el cierre de muchos centros de mayores llevó a la interrupción de tratamientos, a posponer operaciones y a limitar los contactos entre las personas de esta edad.

La incertidumbre ante una crisis sanitaria, social y económica sin precedentes también ha dominado en los últimos años la actitud de los mayores, que, por el contrario, se han mostrado llamativamente valientes, gracias en gran medida a sus conocimientos y experiencia vital. Al mismo tiempo han manifestado su temor ante inasumibles cambios estratégicos en las políticas tradicionales de cuidados aplicadas hasta la fecha y a un recorte aún mayor de sus derechos. Entre los más afectados, destacan los diagnosticados de artrosis y otras patologías reumatológicas y crónicas.

Esta generalizada desprotección ha movido a la Unión Europea (UE) a ofrecer una nueva oportunidad a los Estados Miembros para recomponer sus Sistemas y tratar de compensar, sobre todo a los mayores, el daño causado con la crisis sanitaria.

La intervención eficaz ofrece posibilidades y oportunidades reales, que para muchos de tales Estados en la práctica son obligaciones ineludibles, habida cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha asignado tareas concretas para hacer de los años 2020-2030, la "Década del Envejecimiento Saludable", con un enfoque basado en los derechos humanos y en el reconocimiento de la universalidad, la inalienabilidad e indivisibilidad de tales derechos.

Durante este período se ha de trabajar con singular intensidad por el "envejecimiento activo" [20], concepto acuñado en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid en 2002 y que fue incorporado al "Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento".

Siendo sin duda básico este concepto, y en línea con lo ya indicado, de nada sirve si no parte y se vincula a lo que se ha optado por denominar "envejecimiento saludable".

Dicho término fue introducido en 2015 por la OMS a través de su informe *"Aging and Health"* y definido como una suerte de "proceso de desarrollo y mantenimiento" de la capacidad funcional de las personas que les permite lograr el bienestar en la edad avanzada, entendiendo este en un contexto global de salud (bienestar físico, mental y social):

Plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030"
Envejecimiento saludable

"El envejecimiento saludable consiste en desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional que hace posible el bienestar. La capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de una persona (es decir, por la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), por el entorno en el que vive (entendido en su sentido más amplio e incluyendo el entorno físico, social y político) y por las interacciones entre ambos. El concepto de envejecimiento saludable y el marco de salud pública conexo se describen con detalle en el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud." [21]

Para lograr este "envejecimiento saludable", el Informe estableció cinco objetivos estratégicos, seleccionados entre los 17 ODS elaborados por la propia Organización de Naciones Unidas (ONU). Estos objetivos se orientaron a recabar el compromiso de los Estados de:

- adoptar medidas concretas capaces de crear entornos adaptados a la persona mayor,
- formular políticas basadas en pruebas científicas contrastadas,
- definir entornos adaptados a las personas mayores tanto en domicilio como en comunidad, pero también a las calles, los transportes, los servicios sociales, la atención a la salud y los valores sociales,
- potenciar la autonomía y la participación del colectivo de más edad.

El documento recuerda que "la mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos, sobre todo con enfermedades no transmisibles", y que las mismas "se pueden prevenir o retrasar mediante comportamientos que propicien la salud. Incluso en edades muy avanzadas, la actividad física y la buena nutrición pueden arrojar beneficios extraordinarios para la salud y el bienestar» [22].

También define los "Principios rectores" sobre los que avanzar durante esta Década:

- *"**Interconexión e indivisibilidad:** Todas las partes interesadas en la aplicación abordan los Objetivos de Desarrollo Sostenible de forma conjunta, no como una lista de objetivos entre los que se pueda elegir.*
- ***Carácter inclusivo:** Implica a todos los segmentos de la sociedad, con independencia de su edad, género, etnia, capacidad, ubicación y demás categorías sociales.*
- ***Alianzas con múltiples partes interesadas:** Se impulsan las alianzas entre múltiples partes interesadas para compartir conocimientos, experiencia, tecnología y recursos.*
- ***Universalidad:** Compromete a todos los países, con independencia de su nivel de ingresos y desarrollo, a emprender una labor de amplio alcance en pro del desarrollo sostenible, adaptada a cada contexto y población, en función de las necesidades.*
- ***No dejar a nadie atrás:** Se aplica a todas las personas, con independencia de quiénes sean y dónde se encuentren, y se centra en sus problemas y vulnerabilidades específicos.*
- ***Equidad:** Promueve que todos dispongan de oportunidades iguales y justas para disfrutar de los factores determinantes y facilitadores de un envejecimiento saludable, como la posición social y económica, la edad, el sexo, el lugar de nacimiento o residencia, la condición de inmigrante y el nivel de capacidad. En ocasiones, es posible que se deba prestar una atención desigual a algunos grupos de población para garantizar que los miembros menos favorecidos, más vulnerables o marginados de la sociedad obtengan los mayores beneficios posibles.*
- ***Solidaridad intergeneracional:** Facilita la cohesión social y el intercambio interactivo entre generaciones en pro de la salud y el bienestar de todas las personas.*
- ***Compromiso:** Impulsa un trabajo sostenido durante 10 años y a más largo plazo.*
- ***No hacer daño:** Compromete a los países a proteger el bienestar de todas las partes interesadas y a minimizar cualquier daño previsible a otros grupos de edad."*

Estos principios y mandatos se han proyectado a la UE a partir de la publicación por la Comisión (2021) de su "Libro verde sobre el envejecimiento", y su declaración de intenciones de fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones, así como de promover e *"iniciar un amplio debate político sobre el envejecimiento con el fin de discutir opciones sobre cómo anticiparse y responder a los desafíos que plantea y las oportunidades que brinda"*.

Insiste esta en que debemos *"examinar nuevos enfoques y garantizar que nuestras políticas sean adecuadas al objetivo perseguido en una época de cambios importantes"*, en especial sobre el colectivo de mayor edad.

Para ello, ha definido una amplia, a la par que estructurada, hoja de ruta que establece las bases para reconstruir los modelos y luchar contra las crisis sanitarias futuras, los elevados costes de los medicamentos y sus desabastecimientos, los retrasos en su autorización, las diferencias en las políticas de comercialización y financiación, la falta de formación de profesionales y su disponibilidad y, en general, *"las desigualdades en el estado de salud entre grupos de población, países y regiones"* [23]. En palabras de la Comisaria Europea de Salud *"no solo nos preocupa el coronavirus, sino el hecho de que la población de Europa envejece progresivamente, con la consiguiente carga creciente de enfermedades y amenazas para la salud."*

En esta misma línea, la propia presidenta de la Comisión, Ursula von der Leyen, en su discurso sobre el "Estado de la Unión" de septiembre 2020, recordó la necesidad de crear una "Unión Europea de la Salud más fuerte", basada en medidas contundentes y sistemas robustos y eficientes frente a las amenazas futuras para la salud.

Sabido lo anterior, la organización y gestión del Sistema Nacional de Salud ha puesto a nuestro país en el punto de mira por cuestiones tales como largos plazos de espera para recibir terapias innovadoras, escasez de medicamentos, falta de financiación o elevado precio.

Estos hechos afectan de manera directa a quienes sufren artrosis, que ven crecer día a día opciones terapéuticas nuevas, personalizadas y eficaces, que juegan un papel importante en el diagnóstico, el tratamiento y en la prevención, pero para las que no tienen acceso.

Y aquí entra en escena un importante "actor" motivador: *la Estrategia Farmacéutica Europea*.

Fue aprobada tras un largo proceso de consulta y debate participativo y ha sido declarada como una "clave" en el ámbito de la salud ya que *"pretende responder a las dificultades agravadas por la pandemia de COVID-19, pero también a los problemas relacionados con el acceso, la asequibilidad y la autonomía estratégica a los que se enfrenta la Unión en materia de medicamentos"*.

Los objetivos de la "Estrategia Farmacéutica" se agrupan en cuatro grandes bloques, que a su vez se construyen sobre un fin común: que los medicamentos sean accesibles tanto a los sistemas de salud como a los pacientes.

Los **bloques** mencionados son los siguientes:

- Asegurar que los pacientes de toda Europa disponen de nuevos medicamentos y terapias en sus países rápidamente y en todas las circunstancias, y que la escasez de medicamentos sea cada vez menor.
- Hacer que los medicamentos sean cada vez más asequibles y mejorar la relación calidad-precio de los gastos médicos.
- Lograr que la innovación y la ciencia y tecnología emergentes atiendan las necesidades terapéuticas de los pacientes y reduzcan al mismo tiempo la huella ambiental.
- Armonizar las normas internacionales de calidad y seguridad de los medicamentos y reforzar la industria farmacéutica europea, de manera que ello permita que el sistema farmacéutico europeo sea realmente resiliente.

Para poder alcanzar estas metas, ha de impulsarse el diálogo entre autoridades, industria, comunidad científica, profesionales sanitarios y pacientes, haciendo de estos el centro de todas las políticas farmacéuticas.

De cara a cumplir en tiempo y forma con tan importantes metas, la Unión ha impuesto a los Estados Miembros la obligación de atender de manera especial durante los próximos años a los mayores y al reto demográfico que el envejecimiento progresivo de la población lleva consigo. La Comisión les ha recordado las implicaciones que ello tiene sobre el crecimiento económico, la sostenibilidad presupuestaria, la asistencia sanitaria, los cuidados de larga duración y la cohesión social.

De cara a dar respuesta a este mandato, España ha definido lo que se ha dado en llamar un "proyecto de país", el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), a través del que establece su propia hoja de ruta.

En efecto, este Plan (Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia "España Puede") integra cuatro ejes transversales y alineados con los objetivos que dispone el Mecanismo Europeo de Recuperación y Resiliencia: la transición ecológica, la transformación digital, la cohesión social y territorial y la igualdad de género.

Estos cuatro ejes se proyectan en 10 políticas palanca que, a su vez, recogen 30 componentes (en gran medida de carácter horizontal) y que articulan los proyectos de inversiones y reformas con las que se quiere impulsar la recuperación y modernización de España. Algunos de tales componentes se dirigen de manera específica a impulsar la modernización de sectores tractores, como la salud o los cuidados -palancas 6 y 8, respectivamente-.

El Gobierno de España también ha aprobado un PERTE de Economía Social y de los Cuidados que se desarrollará hasta el año 2026. El PERTE contempla la profesionalización del sector de los cuidados sanitarios y la dependencia, para así poder aportar más calidad de vida a las personas.

Por su parte, la ya citada "política palanca 8" se ha trasladado a la planificación presupuestaria del Gobierno para el año 2022, de manera que el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 ha previsto invertir cerca de 1.200 millones de euros para llevar a cabo un "plan de choque para la economía de los cuidados" -Componente 22 del PRTR: "Economía de los cuidados y refuerzo de la igualdad y la inclusión"-. En su ejecución juegan un papel fundamental la administración autonómica y la local.

La pandemia ha puesto de manifiesto su importancia en un contexto de atención global o integral a las personas mayores, dependientes, enfermas o vulnerables, algo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ya había definido como "obligación esencial" de los servicios públicos y que ahora es preciso revalidar.

Sobre estos mimbres, se construye el mensaje de las asociaciones de pacientes, a las que cada 18 de abril, la Unión Europea otorga un espacio singular, con la celebración del *Día Europeo de los Derechos de los Pacientes* [24], dotando a estos de mayor participación en las decisiones políticas en materia de salud.

La efeméride, celebrada en 2021, fue una oportunidad histórica para reflexionar sobre lo sucedido durante la pandemia, para "conocer y difundir las buenas prácticas y las lecciones aprendidas durante la crisis" [25] y para recordar que los 14 derechos de los pacientes sobre los servicios de salud que recoge la "Carta Europea de los derechos del Paciente" [26] (2002) deben ser efectivos y vincular y comprometer a las autoridades de cada país.

En definitiva, el cumplimiento de estándares de calidad, el respeto a los tiempos asignados, el acceso a medicamentos seguros, a un trato personalizado, a la innovación, a reclamar y recibir compensación o a la minimización de sufrimientos innecesarios y del dolor son a día de hoy derechos igualmente esenciales a respetar y sobre los que se ha de trabajar.

[1] 24 Efeméride impulsada desde el año 2007 por la "Active Citizenship Network (ACN)" (Red de Ciudadanos activos), para reafirmar su compromiso con la mejora de los derechos de los pacientes tanto en Europa como en cada uno de los Estados miembros.

[2] 25 El título de la Conferencia europea de la ACN-2021 celebrada el 5 y 6 de mayo de 2021 fue: "El papel de la sociedad civil y de las asociaciones de pacientes para unos sistemas sanitarios más resilientes. Lecciones aprendidas en el camino hacia una Unión Europea de la Salud".

Doce conclusiones clave

- El envejecimiento saludable va más allá de lo puramente sanitario; requiere invertir en innovación y pasa necesariamente por romper con el "edadismo" laboral (envejecimiento activo) y por aumentar la calidad de vida de las personas mayores.

- Son enfermedades prevalentes en ellas, y en buena medida crónicas, simultáneas y acreedoras de polimedicación, la hipertensión, las cardiopatías, el dolor de espalda cervical, las varices, la hipercolesterolemia, el estreñimiento y la incontinencia urinaria, las dermatitis, el asma, la EPOC, las cataratas, el párkinson, las fibromialgias, los problemas de tiroides y las enfermedades reumáticas, en particular la artrosis y la osteoporosis.

- La artrosis afecta a más de 500 millones de personas en el mundo y a más de 7 millones en España, principalmente mayores. Es la enfermedad más común en la especialidad de reumatología y, según CAVIPA, el 94,33% de estos pacientes padece, al menos, una comorbilidad, siendo las más prevalentes la depresión y la ansiedad (37,98%).

- Edad, sexo, genética, raza, clima, obesidad, malos hábitos, actividad deportiva o ejercicio profesional son factores de riesgo en la generación de esta enfermedad.

- La alimentación saludable, el ejercicio físico supervisado, evitar el consumo de alcohol, la deshabituación tabáquica, la racionalización, adaptación y seguimiento en la toma de medicamentos, la mejora del estado emocional, la correcta selección del calzado, el control postural o la higiene en el sueño son medidas que contribuyen a mejorar la calidad de vida y a hacer frente a los síntomas y efectos de la artrosis (prevención y promoción de estilos de vida saludable).

- La presión asistencial, la falta de tiempo de los facultativos y de comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria y entre médico y paciente, la escasa implicación de otros profesionales, como farmacéuticos y psicólogos, y la limitada información a la sociedad, dificultan el diagnóstico y el éxito de los tratamientos de la artrosis.

- El número de pacientes con artrosis se ha doblado en los últimos años, lo que ha agravado aún más la deficiente percepción que se viene manteniendo respecto a la calidad asistencial de esta enfermedad.

- El paciente con artrosis no suele estar considerado como “paciente grave”, lo que en gran medida dificulta una adecuada atención, ya que el sistema sanitario está diseñado para resolver los problemas agudos.

- Las decisiones clínicas en torno a la manera de tratar la artrosis y sus enfermedades concomitantes responden con frecuencia a diversidad de criterios territoriales, marcadamente economicistas, no respetando en el grado deseable el derecho a la libre prescripción médica dentro del Nomenclátor vigente para el Sistema Nacional de Salud. En suma, llevan a una inaceptable desigualdad de trato a los pacientes.

- Los tratamientos farmacológicos de la artrosis han de ir dirigidos a mejorar la capacidad funcional, retrasar o evitar el progreso de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y prevenir la iatrogenia. Pese a todo, suele producirse una baja adherencia y un deficiente cumplimiento terapéutico.

- Los tratamientos de la artrosis autorizados pueden ser de carácter conservador (farmacológicos, apoyados por fisioterapia y ejercicio aeróbico) o quirúrgicos. El tratamiento estándar se basa en la aplicación de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. A él se unen los SYSADOA (sulfato de glucosamina y condroitín sulfato).

- Para la mayoría de los pacientes, el uso del paracetamol como monoterapia puede ser ineficaz. Además, como tratamiento a largo plazo, no se muestra mejor que el placebo. Sin embargo, estudios recientes sugieren que el uso de condroitín sulfato y glucosamina pueden reducir el riesgo de infarto agudo de miocardio y de ictus isquémico.

Referencias

1. Encuesta dirigida a determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera en España analizando factores como el conocimiento de la enfermedad, la satisfacción con su plan de tratamiento, los síntomas, y las limitaciones en las actividades diarias.
2. Ver Epígrafe A.4 de este Informe
3. Ver Epígrafe B.10 del presente Informe
4. Ver Epígrafe B.2
5. Dosieres de prensa - SER
6. 59_Osteoporosis_ENFERMEDADES-A4-v04.pdf (inforeuma.com)
7. Prevalence of Rheumatic Diseases in Adult Population in Spain (EPISER 2016 Study): Aims and Methodology – ScienceDirect.
8. Risk factors for osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2004;12 Suppl: S39-44.
9. Clasificación de la American College Rheumatology
10. La artrosis es la enfermedad articular más frecuente en España – Inforeuma
11. Microsoft Word - MONOGRAFÍA TOTAL V_2 (ser.es)
12. Estudio EPISER 2016. El porqué de un nuevo estudio epidemiológico | Reumatología Clínica (reumatologiaclinica.org)
13. Fuente: Plataforma de Mayores y Pensionistas
14. Encuesta dirigida a determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera en España, analizando factores como el conocimiento de la enfermedad, la satisfacción con su plan de tratamiento, los síntomas, y las limitaciones en las actividades diarias.
15. Los resultados de este estudio vieron la luz en octubre de 2021 en el marco del 5º Congreso Internacional de Pacientes con Artrosis, celebrado en el Auditorio Axa de Barcelona, en una ponencia dada por el Dr. Manel Santiñà, Past President de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
16. La Fundación Internacional de los Pacientes con Artrosis (OAFI) es la primera y única fundación que tiene como objetivo liderar la lucha contra la artrosis promoviendo la educación, prevención, tratamiento e investigación de todo lo que acontece en la salud articular y ofrecer soluciones a las personas que sufren esta patología para que se sientan acompañadas, aliviar su dolor y mejorar su calidad de vida.
17. 5 apps para tener las enfermedades crónicas bajo control (okdiario.com)
18. Artrosis. Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica U. Navarra (cun.es)
19. Sinovectomía. Extirpación osteofitos. Condroplastia de Abrasión. ACI, MACI, ICC (Implante de Cultivos de Condrocitos). Trasplantes Osteocondrales, etc.
20. “Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen…”.
21. Microsoft Word - decade-proposal-final-apr2020rev-es.docx (who.int)

22. Fuente: “Una década para el envejecimiento saludable. 2020-2030”- José Manuel Ribera Casado. Académico de Número. Gerontología y Geriatría. Anales RANM. Año 2021, núm. 138 (33) Una década para el envejecimiento saludable. 2020-2030 - Anales RANM
23. ¿Qué es la Estrategia Farmacéutica para Europa?
24. Efeméride impulsada desde el año 2007 por la “Active Citizenship Network (ACN)” (Red de Ciudadanos activos), para reafirmar su compromiso con la mejora de los derechos de los pacientes tanto en Europa como en cada uno de los Estados miembros.
25. El título de la Conferencia europea de la ACN-2021 celebrada el 5 y 6 de mayo de 2021 fue: “El papel de la sociedad civil y de las asociaciones de pacientes para unos sistemas sanitarios más resilientes. Lecciones aprendidas en el camino hacia una Unión Europea de la Salud”
26. Microsoft Word - CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.doc (cecu.es)

3 CAPÍTULO

- Política comunitaria: principales posicionamientos
- Experiencias internacionales
- España: perspectivas ante la reforma del sistema de coordinación sociosanitaria y los futuros cambios en la Ley de Dependencia
- Posicionamientos generales de las Asociaciones. La voz de CEOMA, CERMI y OAFI en materia de envejecimiento
- Doce conclusiones clave
- Referencias

Política comunitaria: principales posicionamientos

No son pocos los documentos que sobre envejecimiento y envejecimiento activo y saludable han elaborado ya las instituciones europeas. Citemos, por ejemplo, *el Libro Verde de la Comisión Europea sobre el Envejecimiento, el Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales, la Resolución del Parlamento Europeo sobre el envejecimiento en el viejo continente, el Informe o las Conclusiones del Consejo UE sobre la integración del Envejecimiento en las políticas públicas.*

Sin embargo, lo que hoy todos esperan son los resultados de la nueva "Estrategia Europea de Cuidados", anunciada por la presidenta de la Comisión en su discurso ante el Parlamento Europeo sobre el estado de la Unión, en septiembre de 2021 y publicada en el DOUE de 7 de septiembre de 2022 (Comunicación de la Comisión del Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité se las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados)[1].

La Estrategia se orienta, en gran medida, a impulsar lo establecido en el artículo 25 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea sobre el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna. Establece "medidas de apoyo a escala europea" y exige la adopción de "medidas a escala nacional", movilizando para ello una financiación adecuada y sostenible para los cuidados de larga duración, en particular mediante el uso de fondos de la UE.

Tal y como la propia Comisión expone en la citada Comunicación del 7 de septiembre de 2022, *la Estrategia "responde a las peticiones de diversas partes interesadas a escala de la UE y nacional. El Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Económico y Social Europeo, el Comité de las Regiones, los interlocutores sociales y la sociedad civil han instado a reforzar la acción de la UE en este ámbito. Se basa en la experiencia adquirida con los objetivos de Barcelona en el período anterior, en concreto, la falta de avances en la consecución del objetivo en una serie de Estados miembros. La estrategia también responde a la propuesta de la Conferencia sobre el Futuro de Europa relativa a la transición demográfica, que insta a prestar cuidados de larga duración de calidad, asequibles y accesibles que respondan a las necesidades tanto de quienes reciben los cuidados como de los cuidadores, así como a garantizar una atención a la infancia de calidad, asequible y accesible en la UE, de manera que las madres y los padres puedan conciliar con confianza su vida profesional y privada".*

Esta iniciativa está llamada a sentar las bases de una reforma más que necesaria de los sistemas de cuidados y de Seguridad Social en toda la Unión, ajustando las capacidades a las necesidades y los derechos de los ciudadanos y fomentando la resiliencia ante futuras crisis.

A través de la Estrategia, la Comisión persigue lograr unos servicios asistenciales de calidad, asequibles y accesibles en todos los Estados Miembros, así como mejorar la situación tanto de los cuidadores (profesionales o informales) como de los receptores de cuidados.

Para que ello sea posible, estudiará la posibilidad de promover un nuevo diálogo social sectorial para los servicios sociales a escala de la UE, así como la puesta en marcha de una asociación en materia de capacidades en el marco del *Pacto por las Capacidades para el sector de los cuidados de larga duración.*

En esta misma línea, financiará proyectos y estudios dirigidos a evaluar el valor social y económico del trabajo y de las condiciones de trabajo en el sector asistencial y revisará la aplicación de las normas de la UE que rigen las condiciones de trabajo.

También realizará un inventario de las actuales condiciones de admisión y los derechos de los cuidadores procedentes de países no pertenecientes a la UE, estudiará la viabilidad de desarrollar regímenes a escala de la UE para atraer a cuidadores y promoverá las oportunidades disponibles para el personal de educación y cuidados de la primera infancia en el marco de los programas Erasmus+.

Igualmente, considera imprescindible *"mejorar la base empírica y hacer un seguimiento de los progresos"* (punto 5 de la Comunicación), a partir de un conjunto de datos y parámetros fiables, sólidos y comparables.

> *"A pesar de que se han logrado algunos progresos en la creación de indicadores comunes de cuidados de larga duración relacionados con el acceso y la financiación, las estadísticas sobre los cuidados de larga duración siguen estando poco desarrolladas. Existe una carencia de datos administrativos comparables, por ejemplo, sobre el gasto asistencial y la prestación de cuidados. Por tanto, se requiere más trabajo para desarrollar y armonizar la recogida de datos a escala de la UE. Además, la adopción de un enfoque riguroso y sistemático con respecto a la proyección de la evolución de las necesidades nacionales para los cuidados de larga duración ayudará a los Estados miembros a planificar por adelantado."*

A través del ya referido "Informe sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados", de junio de 2022, el Parlamento Europeo ha entendido conveniente declarar *"que el acceso a cuidados de calidad y la creación de entornos adaptados a las personas mayores resultan esenciales para un vida más larga, saludable y activa; que se prevé que el número de personas necesitadas de cuidados de larga duración en la Unión aumente de 30,8 millones en 2019 a 38,1 millones en 2050[1]*[2]*; que varios Estados miembros ya se enfrentan a una escasez de mano de obra en el sector de los cuidados de larga duración, que no puede sino aumentar a medida que aumenta la demanda de cuidados de larga duración; y que esto requiere inversiones en la mano de obra y sus condiciones dignas de empleo y de trabajo"* (Considerando K).

En este mismo Informe (Considerandos N, O y Q) también apunta el Parlamento otros tantos aspectos de carácter estratégico en este contexto, entre los que cabe destacar (sic):

- que la discriminación por edad y las necesidades de cuidados no satisfechas, no detectadas o no reconocidas siguen siendo un problema persistente en Europa;
- que el número de personas que dependen de la asistencia de otras personas o que tienen necesidades sanitarias y de cuidados de larga duración aumenta con la edad;
- que las personas con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, debido a su prevalencia, sus consecuencias discapacitantes y su relación con la alta incidencia de comorbilidades, constituyen una fuente significativa de demanda de cuidados de larga duración profesionales y no profesionales en Europa;
- que el seguimiento de los cuidados profesionales y no profesionales y de la forma y los medios de los servicios asistenciales existentes se ve obstaculizado por la falta de datos, incluidos datos desglosados, la falta de indicadores de calidad, como la Encuesta Europea sobre el Uso del Tiempo (ETUS), de la evaluación y el seguimiento de los servicios prestados, de la aplicación de hojas de ruta y la falta de conocimientos entre los proveedores de asistencia sanitaria sobre las enfermedades incapacitantes temporales;
- que el derecho a elegir el propio tipo de cuidados a menudo se ve socavado por la disponibilidad insuficiente de ayuda a domicilio y de asistencia personal, la cual recibe con demasiada frecuencia un apoyo insuficiente por parte de los Estados miembros y sigue siendo inasequible para demasiadas personas;
- que las necesidades de los cuidadores no profesionales no están cubiertas en Europa y que la pandemia (Covid-19) ha arrojado luz sobre las dificultades a las que se enfrentan tanto ellos como las personas que reciben sus cuidados;
- que más del 90 % de las personas mayores querrían vivir en sus propios hogares a una edad avanzada, pero solo un 20 % pasan los últimos años de su vida en su vivienda privada y muchos viven en instalaciones de asistencia institucional;

y concluye que, para mejorar la justicia social, *"los Estados miembros deben garantizar la prestación de servicios asistenciales de calidad, con financiación adecuada y que funcionen correctamente, y sistemas de protección social, así como una mejor integración de los cuidados de larga duración de calidad en ellos"*.

Conforme señala el Comunicado de Prensa emitido por la Comisión con ocasión de la publicación de la Estrategia, los próximos pasos a seguir pasan por un primer debate de los Estados Miembros en torno a las propuestas de recomendaciones del Consejo, presentadas por la Comisión, seguido de la elaboración de un informe sobre las medidas adoptadas para aplicar las recomendaciones, transcurrido el primer año de implementación.

En paralelo, para cada recomendación, la Comisión publicará un informe detallado en un plazo de cinco años a través del que ofrecer una visión general de la situación de la aplicación.

La Comisión también seguirá supervisando la evolución de las políticas durante el Semestre Europeo y apoyará las reformas y la inversión a través de la financiación disponible de la UE.

Es por ello que España ya ha comenzado a evaluar puestos y cuantificar costes para promover ofertas de trabajo cualificado entre los colectivos más desfavorecidos (como jóvenes y mujeres), en un sector sin duda en auge, establecer salarios dignos, y fomentar su profesionalización. En cualquier caso, el verdadero cambio se producirá cuando se disponga de una atención integral e integrada en el domicilio y se produzca una transformación del modelo de atención residencial.

DISTRIBUCIÓN DEL EMPLEO POR NIVEL DE FORMACIÓN (2009-2021)

Total economía	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Analfabetos	0.50	0.85	0.92	1.19	1.03	1.94	1.38	1.19	1.45	1.39	1.33	1.85	1.19
Estudios primarios incompletos	9.74	9.56	9.32	8.39	9.06	8.53	8.30	7.12	8.08	8.49	8.91	8.79	9.65
Educación primaria	24.89	24.66	24.28	23.37	23.83	23.42	24.53	16.26	16.45	16.61	16.78	16.61	16.18
Primera etapa de educación secundaria y similar	29.11	29.43	30.59	30.52	29.52	29.27	27.79	29.76	27.63	27.66	27.70	28.15	25.46
Segunda etapa de educación secundaria, con orientación general	11.60	11.42	12.01	11.71	11.87	11.73	11.15	12.76	12.78	12.88	12.98	12.11	12.89
Segunda etapa de educación secundaria con orientación profesional	6.83	6.74	6.09	7.32	7.08	7.00	7.88	9.56	9.91	9.21	8.51	9.12	10.26
Educación superior	17.32	17.34	16.78	17.50	17.60	18.10	18.98	23.36	23.70	23.75	23.80	23.37	22.44
Atención a la dependencia	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Analfabetos	0.17	0.30	0.24	0.25	0.26	0.11	0.09	0.23	0.10	0.09	0.08	0.05	0.07
Estudios primarios incompletos	0.82	1.22	1.50	1.28	1.05	0.82	0.71	0.77	0.52	0.62	0.72	0.87	0.07
Educación primaria	6.18	6.53	6.76	6.84	6.93	5.56	4.98	3.79	4.02	3.59	3.15	3.17	3.85
Primera etapa de educación secundaria y similar	28.86	29.48	30.07	30.48	30.89	26.12	26.59	26.42	20.28	20.69	21.10	20.96	22.31
Segunda etapa de educación secundaria, con orientación general	7.10	9.91	9.32	9.49	9.66	10.81	9.67	9.25	10.88	11.01	11.13	11.08	11.26
Segunda etapa de educación secundaria con orientación profesional	7.61	11.11	11.14	11.49	11.85	25.74	25.93	32.33	30.12	31.31	32.51	32.08	32.12
Educación superior	49.27	41.45	40.96	40.17	39.38	30.83	32.03	27.21	34.07	32.69	31.30	31.79	30.32

Tabla 3.1 Distribución del empleo por nivel de formación (2009-2021), en porcentajes.

Todos los documentos e Informes presentados en torno a la Estrategia parten de las siguientes premisas básicas:

- que el porcentaje de personas mayores sigue aumentado,
- que la salvaguarda de la salud es el elemento fundamental a la hora de definir cualquier política dirigida a garantizar el bienestar de las personas [3]
- que es necesario contar con una estrategia europea ambiciosa e inclusiva en materia de cuidados que garantice la igualdad de acceso a los mismos, que preste especial atención a las personas en situaciones vulnerables y que contribuya a la justicia social,
- pero que el aumento sostenido del déficit de inversión anual en infraestructura social constituye una importante barrera para alcanzar este crucial objetivo (ya en 2018 ascendía en la UE a entre 100.000 y 150.000 millones de euros) siendo así que el "Informe sobre el envejecimiento" de 2021 estima necesario aumentar gradualmente el gasto público hasta alcanzar el 2,9 % del PIB en 2070, respecto al 1,7 % registrado en 2016).

PIRÁMIDES DE POBLACIÓN, UE 2007 y 2022 (% de la población total)

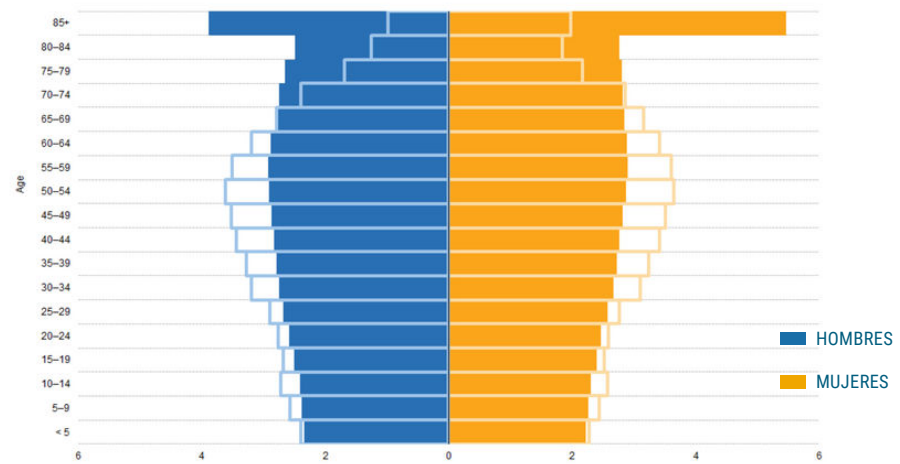

Figura 3.1 Pirámides de población, UE 2007 y 2022 (% de la población total).

En efecto, el impacto del envejecimiento demográfico en la Unión Europea está afectando a la propia forma de la pirámide de edad, fruto de lo que se ha dado en llamar "envejecimiento en la cúspide".

Todo apunta a que, en el año 2100, esta pirámide adoptará forma de bloque, estrechándose notablemente por su parte central (en torno a los 45-54 años de edad), al registrar una senda descendente en el periodo 2026-2100, pasando de un máximo de 449,3 millones de personas (en 2026) a los 416,1 millones (de 2100) [4].

Se estima que la población de la EU-27 a 1 de enero de 2019 era de 446,8 millones, el 20,3% de ella mayor de 65 años (cerca de 3 puntos porcentuales más en comparación con diez años atrás). Los porcentajes y representatividad más elevados entre los Estados Miembros se daban en Italia (22,8 %), Grecia (22,0 %),Portugal y Finlandia (21,8 % en ambos casos), mientras que Irlanda (14,1 %) y Luxemburgo (14,4 %) registraban los más bajos.

El incremento que supuso el baby boom generalizado en toda Europa tras la II Guerra Mundial está haciendo que la pirámide se desplace hacia arriba, dejando en la parte inferior a la población en edad laboral y estrechando cada vez más la base. De hecho, las proyecciones indican que el porcentaje de personas de 80 años o más en la población de la EU-27 se multiplicará por 2,5 entre 2019 y 2100 y pasará del 5,8 % al 14,6 %.

Fue en junio de 2020 cuando la Comisión Europea adoptó uno de los más importantes "informes base", previos a la elaboración de su *Libro Verde sobre el Envejecimiento.*

Este Informe analizó el impacto del cambio demográfico en toda Europa, mostrando las tendencias demográficas a largo plazo desde una óptica plural: la mayor esperanza de vida, la reducción de las tasas de natalidad, el envejecimiento de las sociedades, los hogares cada vez más pequeños y la urbanización creciente. "El informe saca a la luz las considerables diferencias en el cambio demográfico entre las regiones, así como la necesidad de abordar su impacto en el crecimiento y la sostenibilidad, el empleo, la salud y los cuidados de larga duración en diferentes partes de Europa" [5].

Pese a todo, la salud sigue siendo considerada por algunos como como "hermana menor" dentro de las políticas de la UE. Y ello porque las competencias en materia sanitaria son responsabilidad de los Países Miembros, correspondiendo a la Unión complementar este papel, ayudándoles a alcanzar sus objetivos, generando economías de escala, habilitando fondos y recursos y apoyando el abordaje de retos para ellos comunes. Y entre tales retos: "el aumento de la esperanza de vida".

Sea como fuere, la visión de la Unión Europea sobre la salud y la sanidad pública es transversal. Sobre esta premisa básica, los mayores esperan que "la sanitaria" sea una cuestión prioritaria en la agenda política de los gobernantes.

En efecto, los gobiernos deben hacer todo lo posible para ofrecer servicios sociales y sanitarios óptimos, accesibles, asequibles, efectivos y eficientes en todos los Estados Miembros y dotarles de potentes herramientas para enfrentarse a las amenazas para la salud y con ello proteger al propio Estado de Derecho [6] y del bienestar.

En este contexto, entre las seis prioridades que la propia Comisión ha marcado para el periodo 2019-2024, se han de destacar las siguientes:

- proteger mejor la salud de los ciudadanos,
- mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios europeos,
- consolidar una Europa adaptada a la era digital y
- poner la economía al servicio de las personas.

Estas mismas prioridades han sido integradas en el "programa faro" *UEproSalud* para los años 2021-2027, que no ha olvidado el envejecimiento poblacional, la cronicidad que al mismo se asocia y las limitaciones que genera en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Al Informe de la Comisión de junio 2020 se une el que el Parlamento Europeo aprobó en julio de 2021 sobre el envejecimiento en el viejo continente *("Posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020")* [7].

Califica este nuevo Informe la longevidad como "logro colectivo" y aboga por "una vida más larga con salud". Señala que solo envejeciendo de manera saludable es posible crear nuevas oportunidades de participación y de inclusión de las personas mayores en la vida económica y social y con ello avanzar en cohesión social, riqueza, crecimiento económico y solidaridad intergeneracional.

El Informe también incide en la necesidad de que en la elaboración de las políticas de envejecimiento se tengan debidamente en cuenta tanto el impacto de las diferencias de género en la salud como las desigualdades sanitarias relacionadas con factores socioculturales. No en vano, determinadas enfermedades y afecciones asociadas con la edad tienen un impacto diferenciado sobre las mujeres y los hombres, como sucede con la artrosis, la osteoporosis y la osteoartritis, la depresión, las enfermedades cardiovasculares, el Alzheimer o la demencia, el cáncer de mama o la incontinencia; y ello sin perjuicio de que la prevalencia de todas ellas aumente de modo inexorable y global en nuestras sociedades en tanto avanza el proceso de envejecimiento.

Asimismo, llama el Parlamento UE la atención sobre la necesidad de "armonizar" el concepto de dependencia, por formar al mayor número posible de profesionales sanitarios en geriatría y apuesta por el apoyo a iniciativas basadas en la economía plateada ("silver economy"). También por la adopción de medidas para movilizar a los mayores y así luchar contra todas las formas de discriminación, exclusión y delincuencia que estos sufren. En este último contexto ya se han desarrollado algunas iniciativas piloto, como EUROPeAN, MILCEA y WeDO [8].

Además, destaca cómo el Covid-19 ha puesto de manifiesto que este grupo de edad está especialmente expuesto a la discriminación (digital, de acceso a los servicios médicos, de oportunidades de empleo, etc.). De hecho, el Eurobarómetro de 2019 mostró que el 40% de la población de la Unión se siente discriminada por razón de la edad.

Uno de los posicionamientos más notorios y de mayor impacto ha sido el emitido por el Comité Económico y Social Europeo (CESE), que a través de su Dictamen de iniciativa *"Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19"*, ha dado a conocer su opinión en la materia enfatizando la necesidad de que la atención que reciban los mayores sea una atención global, no solo sanitaria, que incluya todo tipo de cuidados, como el acompañamiento en tareas domésticas y de la vida diaria y en la conversación, paseos, asistencia de movilidad, entre otras actividades.

A juicio del CESE, *"la atención a las personas mayores con necesidades de cuidados de larga duración debería ser objeto de especial atención y considerarse, en el marco de la transición demográfica, un elemento central en la elaboración de políticas de la UE. Esto cobra especial relevancia teniendo en cuenta que en el horizonte de 2050 -según datos anteriores a la pandemia- más de una cuarta parte de la población va a ser mayor de sesenta y cinco años y el número de mayores de ochenta se va a duplicar"*.

Esta línea también viene marcando los últimos programas de acción de la Unión en el ámbito de la salud, diseñados en el fragor de la crisis sanitaria internacional (COVID-19), y el destino de los fondos habilitados para su ejecución y despliegue. Y es que, tal y como los mismos disponen, una Unión Europea de la Salud fuerte *"protegerá nuestro modo de vida, nuestras economías y sociedades"*.

Según el último Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la ejecución del tercero de estos programas de acción, publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) de 8 de julio de 2022, **cuatro han sido sus objetivos o prioridades:**

- ***Objetivo 1-*** "Promover la salud, prevenir las enfermedades y fomentar entornos que propicien estilos de vida saludables"
- ***Objetivo 2-*** "Proteger a los ciudadanos de la Unión de las amenazas transfronterizas graves para la salud" (incidiendo en la importancia de reforzar las políticas de vacunación)
- ***Objetivo 3-*** "Contribuir a unos sistemas sanitarios innovadores, eficientes y sostenibles" (incluyendo la mejora en las prácticas referidas a la salud mental y la creación del Espacio Europeo de Datos Sanitarios)
- ***Objetivo 4-*** "Facilitar el acceso a los ciudadanos de la Unión a una asistencia sanitaria mejor y más segura" (incluyendo en este punto la accesibilidad, disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los medicamentos y productos sanitarios)

El presupuesto global asignado a este Programa se situó en 449.000.000 euros y con él se ha abierto un nuevo horizonte de esperanza para los pacientes crónicos y mayores, los grandes olvidados durante la pandemia, y para quienes, como consecuencia de ello, acceder a nuevas opciones terapéuticas ya es claramente una prioridad.

También lo es para la Presidenta de la Comisión, quien señaló, en el curso de la Cumbre Mundial de la Salud, celebrada en octubre de 2020 que:

- *"No podemos esperar el final de la pandemia para reparar los daños y prepararnos para el futuro. Tenemos que construir las bases de una Unión Europea de la Salud más fuerte, que permita a los 27 países colaborar para detectar, prepararse y responder colectivamente"*.
- *"La Unión Europea de la Salud será tan sólida como lo sea el compromiso de sus Estados miembros con ella"*.
- *"El Mecanismo de Recuperación y Resiliencia ofrece una oportunidad sin precedentes a los Estados miembros para realizar reformas estructurales con el apoyo de inversiones dirigidas, entre otras cosas, a mejorar la preparación y la resiliencia de sus sistemas sanitarios nacionales y garantizar un acceso igualitario a una asistencia sanitaria asequible y de calidad"*.

En suma, las políticas y la acción de la Unión en materia de envejecimiento han de ser de carácter transversal. Deben estar en plena consonancia con la Estrategia Europea para la Igualdad de Género 2020-2025, con el Programa UEproSalud 2021-2027 y con el reto del *"envejecimiento activo", entendido este como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, permitiéndoles desarrollar su potencial de bienestar a lo largo de la vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles al mismo tiempo protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesiten asistencia"* (OMS).

Con todas las herramientas e iniciativas mencionadas, Europa impulsará la democracia. Porque no hay democracia posible, ni gobernanza que se precie de responsable si no se ocupa de la vulnerabilidad social, la solidaridad intergeneracional y la salud de los ciudadanos. *"La salud es un requisito previo para una economía dinámica que estimule el crecimiento, la innovación y la inversión"*.

Experiencias internacionales

Acercarse a las experiencias, modelos y programas que en favor de los mayores se han puesto en marcha en países o contextos distintos del propio de España requiere partir de una directriz, objetivo o enfoque único, que no puede ser otro que el de trabajar por alcanzar un envejecimiento realmente saludable, concebido este como el *"proceso de desarrollar y mantener las habilidades funcionales que permite el bienestar en las personas mayores"* (definición OMS).

¿Qué es el Envejecimiento Saludable?
El Envejecimiento Saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante.

Desde este punto de vista, el "Plan para la Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030", segundo plan de acción de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud"[9], que desarrolla el *"Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas"*, es sin duda la piedra angular sobre la que pivota el éxito de cualquiera de tales experiencias, modelos y programas.

El Plan incluye el intercambio de perspectivas regionales y mundiales sobre diversas cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable y lo plantea como un auténtico valor añadido.

Anuncia diez años de colaboración intensa, concertada, catalizadora y sostenida entre países y sistemas de protección sanitaria y social, para dotar a los mismos de claves, directrices y aprendizaje mutuo.

Y es que al término de su ejecución (en el año 2030), la cifra de personas de 60 años o más en el planeta habrá aumentado en un 34%, de 1.000 millones en 2019 a 1.400 millones, y en 2050, la población mundial de personas mayores será más del doble, alcanzando los 2.100 millones.

Se atisba que, en 2050, la cifra de personas mayores de 60 años, por primera vez en la historia, doblará a la de los niños menores de 5 años y superará a la de los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años. Hace tan solo un lustro, en 2017, una de cada ocho personas tenía 60 años de edad o más. En 2030 será una de cada seis y en 2050, una de cada cinco.

A partir de estas claves y directrices, se han de medir y valorar al menos 4 de los modelos de servicios (y cuidados de larga duración) en uso en Europa:

- El *modelo nórdico*, representado por Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia, Islandia y Países Bajos.
- El *continental*, propio de Alemania, Francia, Bélgica, Luxemburgo y Austria.
- El *anglosajón*, de Gran Bretaña e Irlanda.
- Y el *mediterráneo*, de aplicación en Grecia, Italia, Portugal y España.

Estos 4 modelos convivirían, en el plano internacional, con otros tantos en funcionamiento en los países más prósperos, desde el punto de vista económico a la par que tecnificados, como son Estados Unidos (USA), Australia, China o Japón[10].

En USA, la cobertura de servicios es sobre todo privada, duplicando la atención en residencias a la ayuda a domicilio, cifra que llega a triplicarse en Australia. Por su parte, en China parece que las autoridades trabajan más por cuidar a la familia que al mayor, en el bien entendido que se presume que aquella ejercerá el cuidado informal y la atención.

Mientras, en Japón, el modelo se basa en seguros sociales que cubren los servicios, unos servicios que se orientan a dotar de cuidados formales de larga duración a la población más longeva del mundo. La financiación de estos servicios tiene un origen dual, contributivo y asistencial.

La orientación y contenido de todos estos modelos marcan las distintas formas de actuar de los poderes públicos, de los profesionales, de los servicios y de la propia población.

Las consecuencias de la pandemia también han marcado en gran medida. Por ello se han venido comparando los efectos que la misma ha tenido sobre los mayores cuando han sido alojados en residencias o cuando han permanecido en el hogar familiar, siendo especialmente notorio el impacto que ha tenido en

España el contexto residencial respecto al registrado, por ejemplo, en Suecia, donde la cifra de mayores fallecidos ha sido 10 veces menor a la nuestra, pese a contar con una población mucho menor también (en casi 5 veces).

Como punto de partida, interesa señalar que las principales diferencias entre los modelos implantados en Europa parten de la aplicación de sus regímenes de ayudas y prestaciones. Pese a todo, en general, la mayor parte de ellas se otorga en los hogares (en más del 70% de los casos).

En España, y tal y como ha revelado el Cuarto Informe del Observatorio de la Dependencia (FEDEA), *"el 9,4% de las personas de 65 o más años recibieron ayudas en hogares frente al 1,9% de instituciones"*.

El conjunto de prestaciones y servicios que les ofrece el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) son de dos tipos: económicas (42,3% del total) y de servicios (57,7%). En lo que afecta a las primeras, el 30% se destinan a la contratación de cuidadores en el entorno del hogar y el resto son "prestaciones vinculadas al servicio y a la promoción a la asistencia personal".

Es el porcentaje de mayores que reciben ayudas (económicas y de servicios) para la dependencia el indicador que separa -y con mucho- la posición de países como Suiza, Alemania o Suecia de la de Italia, Polonia o Portugal, situados a la cola de este ranking.

Sin duda, se registra una gran variabilidad de modelos entre los distintos países y con frecuencia dentro de ellos entre sus demarcaciones o divisiones territoriales, habida cuenta sus modelos de organización política y de reparto de poderes y competencias.

En el modelo nórdico la asistencia se ofrecía históricamente por ONGs pero, en la actualidad, procede principalmente de los poderes públicos, en particular de los Ayuntamientos. Prima el mantenimiento de los mayores en domicilio, siendo testimonial el cuidado familiar informal.
Entre los ejemplos más emblemáticos se ha de destacar el de Suecia, donde los municipios ofrecen incluso comida a domicilio a las personas sin movilidad. Para aquellas que la tienen limitada, se disponen de unidades especiales y adaptadas de transporte gratuito incluso para acompañantes. La atención a los mayores procedente de cuidadores informales y familia es también subsidiada. Estos cuidadores además reciben formación y entrenamiento.

En el sistema continental, los servicios de asistencia a domicilio son de gestión municipal y descentralizada, contra lo que sucede con las prestaciones económicas, que se gestionan de modo centralizado. Los servicios se financian solo en parte (copago del usuario).
En Francia, por ejemplo, los llamados "hogares de jubilados (EHPAD; más de 7.000 en funcionamiento) acogen a mayores de 60 años que han perdido alguna facultad física o mental y requieren de acompañamiento permanente. Estos centros ofrecen alojamiento a cerca de millón y medio de personas mayores y emplean a más de 700.000 profesionales. No obstante, los problemas presupuestarios que vienen afectando en los últimos años a este sector, han generado también en el país vecino notorios movimientos sociales que exigen al gobierno una replanificación global de las políticas orientadas a la asistencia de mayores.

El **modelo anglosajón** está considerado como el más eficiente y sostenible a largo plazo de Europa, ya que incentiva el trabajo de los mayores y su contribución durante la vida laboral a planes para la futura asistencia.
El sector de los cuidados solo en Reino Unido está integrado por más de 20.000 proveedores de servicios. Este modelo asume que el individuo "es el principal impulsor y responsable de incrementar su propio bienestar". Limita la atención social financiada con fondos públicos a las personas con ingresos más bajos. La atención vía copago a parte de la población resulta en este modelo esencial para garantizar la equidad en el acceso a los servicios, reducir las tensiones entre el sistema de salud y de servicios sociales y disminuir el gasto público.
De hecho, en Gran Bretaña, alrededor de un 10% de la población mayor de 65 años afronta el pago de la atención social que recibe a través de la venta o dación en pago de su vivienda.
En Escocia, la ayuda social destinada a determinadas actividades básicas de la vida cotidiana, como asearse o vestirse, es gratuita mientras excluye facilitar la compra o la limpieza doméstica o los costes de alojamiento en centros residenciales.

Finalmente, el **modelo mediterráneo** es un modelo social con menores gastos en asistencia y con un fuerte desembolso en pensiones. Se caracteriza por una gran presencia de las redes familiares y un fuerte peso de la atención y cuidados informales. La gestión privada de los servicios prima sobre la pública, siendo el aumento de la cartera y cobertura de los servicios públicos una asignatura pendiente. Lo mismo sucede con la integración de las redes de atención social y

Ø de asistencia sanitaria, redes que deben ser capaces de prevenir, detectar y/o mitigar los riesgos sobre la salud de los mayores, aconsejar y orientar a las familias, velar por el envejecimiento saludable, con una correcta alimentación, movilidad, estimulación, uso y control de medicamentos, higiene -personal y del sueño-, acondicionamiento del hogar, etc.

En general, puede decirse que un modelo de servicios y cuidados a los mayores equitativo, accesible, integrado y eficiente aún se vislumbra en España, incluso después del mencionado *Pacto por la Dependencia* de 2021, como futurible, como "proyecto" a implementar [11].

Los expertos apuntan que un problema al que se enfrentan casi todos los modelos nacionales, con la relativa excepción de los países nórdicos y una parte de los continentales, *"es la baja eficacia de la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, si bien existe una gran diversidad entre los países miembros de la UE. En el caso de España, este es un problema real que afecta a la eficacia de las prestaciones y a la equidad interterritorial"* (Ver Informe de Evaluación del SAAD, de septiembre 2022).

Cuesta mucho superar el gran "castigo" que el sistema español de atención a la dependencia sufrió sobre todo a partir de los recortes derivados del Real Decreto Ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Por ello, será de gran importancia analizar el efecto de las cuantías que los Presupuestos Generales del Estado para los años 2021 y 2022 han dispuesto como partidas de dependencia. En 2021, este presupuesto fue de 2.353 millones de euros, aumentando un 68% respecto 2020 y, posteriormente en 2022, ascendió nuevamente hasta los 2.902 millones de euros, un 23,3% más que en el año anterior. También se habrá de valorar el impacto de los más de 480 (483) millones de euros distribuidos entre las Comunidades Autónomas para atender a las personas en situación de dependencia en el mismo periodo.

Las dificultades se ven agravadas por el hecho de que, en la definición de un nuevo sistema, se esté otorgando más importancia al tamaño de las residencias que al tipo y calidad de los servicios prestados en ellas. También por que en la negociación se prescinda de los propios interesados, los mayores dependientes, que asisten como convidados de piedra, sin voz ni tampoco voto, obviando de este modo que son los servicios los que han de adaptarse a ellos, y no al revés.

Tal y como anteriormente se indicaba, la iniciativa privada ya plantea cuidados "residenciales" en el entorno del hogar con múltiples atenciones en domicilio (podología, fisioterapia, rehabilitación post-quirúrgica, psicología o enfermería), envío de medicamentos, peluquería, terapia ocupacional o acceso on line a asistencia médica (videoconsultas); todo ello dentro de un plan de seguimiento continuo y personalizado, acomodado a las necesidades y preferencias de los mayores y de sus familias.

También se viene trabajando en la implantación de novedosos protocolos profesionales y por la consolidación de la figura del "gestor de casos". Entre los primeros puede mencionarse el *"Protocolo para la Atención de las personas Adultas Mayores por Enfermería (PAM)"*, que contiene normas de cuidado, calidad y atención para personas mayores tanto en régimen ambulatorio como en residencias.

Comunidades Autónomas	TOTAL DISTRIBUCIÓN	
	%	€
Andalucía	18,5581%	89.672.140,15€
Aragón	4,1453%	20.030.103,62€
Asturias, Principado de	4,2284%	20.431.749,61€
Baleares, Illes	2,6524%	12.816.342,82€
Canarias	2,4588%	11.880.612,94€
Cantabria	4,2691%	20.628.195,72€
Castilla y León	9,6599%	46.676.292,17€
Castilla – La Mancha	6,6059%	31.919.752,05€
Cataluña	12,4709%	60.259.278,89€
Comunitat Valenciana	8,9277%	43.198.484,14€
Extremadura	2,7955%	13.507.699,37€
Galicia	5,7038%	27.560.659,38€
Madrid, Comunidad de	13,9329%	67.323.191,00€
Murcia, Región de	2,6691%	12.897.075,48€
Rioja, La	0.9222%	4.455.842,66€
TOTAL	100,0000%	483.197.420,00€

Tabla 3.2 Balance sociosanitario de la dependencia y la discapacidad.

Las diferencias ya apuntadas a nivel territorial siguen siendo un "mal endémico". Así, en municipios como el de Madrid, ha sido aprobado, por unanimidad de los grupos políticos, un nuevo modelo de servicios sociales, de implantación progresiva, que consta de 21 acuerdos y 114 medidas. Este modelo pretende modernizar la atención social, con una clara orientación hacia las necesidades de la persona, para que recupere su total autonomía y reduzca la burocracia consolidada desde hace más de 40 años.

Según el Consistorio madrileño, para su definición se ha contado con la participación de los profesionales del sector y de los propios usuarios, resultando de ello un diálogo fructífero.

El diseño que se realiza "por" y "con" los mayores, mejora la detección y prevención, aumenta el tiempo de dedicación, la coordinación y la evaluación, aportando al modelo mayor especialización profesional y nuevos perfiles técnicos (como psicología o trabajo social), todo ello con el fin de ofrecer un servicio adaptado, integral y suficiente capaz de detectar y atender las vulnerabilidades especiales.

En el plano autonómico, también Madrid ha dado un paso adelante al diseñar un "Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad saludable para personas mayores", a través del que "define su modelo de atención sociosanitaria y busca ofrecer una respuesta coordinada, profesional y homogénea a sus necesidades que permita evitar o retrasar la dependencia y la aparición de discapacidad". Los principios sobre los que se construye este plan son cercanía, transparencia y compromiso y está respaldado por las Universidades, las asociaciones, los ayuntamientos, los colegios profesionales y las sociedades científicas, entre otras entidades. A partir de este Plan, se han definido diversas líneas de actuación como la coordinación sanitaria, la promoción de hábitos saludables y prevención, la detección y diagnóstico de la fragilidad, la formación de profesionales y de promoción de la investigación o la sensibilización.

Entre las medidas sanitarias incorporadas al Plan de la Comunidad de Madrid se encuentran la transformación de los servicios de urgencias de los hospitales para atender de forma prioritaria y ágil a los mayores, el acompañamiento en periodos de ingreso, la hidratación y la buena alimentación.

Los próximos años serán cruciales para conocer los resultados de todos estos trabajos. Las lecciones aprendidas con el estudio de los modelos aplicados en los países de nuestro entorno, los efectos de la pandemia, las nuevas formas de envejecer y los fondos llegados de Europa son una oportunidad que España ni puede perder, ni mucho menos obviar.

España: perspectivas ante la reforma del sistema de coordinación sociosanitaria y los futuros cambios en la *Ley de Dependencia*

La dependencia puede definirse como *"el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal"*. Así lo establece el artículo 2.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (más conocida como Ley de Dependencia).

Por su parte, las leyes autonómicas también introducen sus propios conceptos ad hoc, pudiendo citar por todas la de la Comunidad de Madrid, que, en línea con la anterior, define este concepto como: *"el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, precisan de la atención de otra persona o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria"*.

Se ha de hacer constar que, en políticas de dependencia, las Comunidades Autónomas ostentan las competencias, así como el 80% de la responsabilidad de su financiación. Pero, en el funcionamiento del Sistema (SAAD), intervienen también la Administración General del Estado y, en menor medida, los Ayuntamientos junto con los propios usuarios.

SAAD
Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

La participación de tantos agentes hace que la gobernanza del modelo sea compleja y que se generen no pocas diferencias territoriales e inequidades de difícil justificación (Ver Epígrafe A.2 del presente Informe –"Aspectos sociológicos, económicos y éticos").

Siendo, pues, el objetivo de la Ley, y el correlativo Sistema, claro, preciso, justo y contundente, lo cierto es que la misma no ha dado los frutos que se suponían y esperaban.

Su adaptación a una realidad marcada por el envejecimiento sostenido e imparable de la sociedad ha brillado por su ausencia. Este hecho hace inviable aplicar, lo que en términos del propio Código Civil (art. 3.1) es una interpretación de las normas ajustada a *"...la realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas…"*, al ser manifiesta su insuficiencia desde el punto de vista social, económico y sanitario.

La reforma de la Ley de Dependencia sin duda llega tarde. Larga es ya la espera de quienes quieren ver de verdad hecho realidad en su vida lo que fue su objetivo y razón de ser: garantizar la autonomía de las personas.

En efecto, la Ley catalogó una serie de ayudas y servicios en función de las necesidades a cubrir: de prevención, de teleasistencia, de asistencia a domicilio, de institucionalización residencial -temporal o continuada- en Centros de día o en residencias de mayores o para la tercera edad, ayudas económicas para cuidados en el entorno familiar (algo previsto como excepcional, pero que a día de hoy se ha generalizado, de manera que a finales del año 2021 los cuidadores familiares e informales superaban en nuestro país, según el IMSERSO, los 65.000 efectivos).

Junto a ello, la Ley previó ayudas económicas para cubrir un servicio profesional de atención y cuidado necesario, al margen de los ofrecidos por los recursos públicos o concertados.

En esta línea, las CCAA abordaron la definición de sus propios modelos.

Siguiendo con el ejemplo de Madrid, el sistema articuló un conjunto de prestaciones económicas a la dependencia: unas vinculadas al servicio (PEVS); otras para cuidados en el entorno familiar (también excepcionales, PECEF); y las últimas orientadas a cubrir la asistencia personal (PEAP), ayudas que contribuyen a la financiación del contrato de una asistencia personal y facilitan el acceso tanto a la educación o al trabajo, como a una vida más autónoma.

La situación inaceptable de partida se ha visto sobremanera agravada por la crisis sanitaria que, desde 2019, ha vivido España. Ello ha movido al Consejo Económico y Social (CES) a elevar su voz, presentándose como primer órgano que tras la pandemia ha declarado abiertamente "urgente" esta reforma, instando a que sus "dramáticas consecuencias… pongan un punto de inflexión".

Por medio de un importante Informe (Informe 3/2020: *"El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia"* [12]; ponente: Jorge Aragón), este órgano consultivo del Gobierno, por propia iniciativa, ha puesto de relieve las principales debilidades del Sistema, entre las que citan: desigualdades territoriales, insuficiente desarrollo de las prestaciones y de los servicios, precariedad laboral, carencias estadísticas y en las bases de datos e información, escasa financiación, deficiente coordinación sociosanitaria, limitaciones en la intensidad y calidad de las prestaciones, entre otros asuntos.

El documento empezó a trabajarse en 2019 y fue aprobado en diciembre de 2020. Se dio a conocer pocos días después de que el Ministerio de Derechos Sociales y las Comunidades Autónomas aprobaran un mediático "plan de choque en dependencia" [13].

Este Sistema ya había sido "radiografiado" pocos años antes en el marco de un proyecto investigador pilotado por el Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, Santiago González Ortega, que dio lugar a la publicación del Estudio titulado "La aplicación de la Ley de Dependencia en España " [14].

El citado Informe 3/2020 del CES señala cómo más más de 1,1 millones de personas son atendidas en España gracias a la Ley, superando 7 de cada 10 los 65 años, pero abocando a un 20% de la población con derecho de acceso a sus prestaciones a largas listas de espera (a final de 2019 eran cerca de 400.000).

En su capítulo III (de conclusiones y propuestas) incluye expresamente la siguiente afirmación:

"…el SAAD se enfrentaba ya a importantes desafíos con anterioridad a la pandemia que hacían urgente un replanteamiento del futuro del modelo de cuidados de larga duración, en orden a revalorizar la atención a la dependencia dentro del esquema de la protección social en nuestro país, así como a impulsar de forma efectiva el mantenimiento de la autonomía personal a través de políticas preventivas y de fomento del envejecimiento activo y saludable. Las dramáticas consecuencias del Covid-19 entre las personas dependientes deben suponer un punto de inflexión para abordar, sobre la base del consenso con los interlocutores sociales y los actores implicados, los cambios y reformas necesarias para hacer realidad de forma efectiva el derecho universal a la atención a la dependencia, alrededor del paradigma de calidad, haciendo de la persona el centro de las decisiones del sistema".

Desde el punto de vista de la financiación, señala que el aumento de la misma por parte del Estado, si bien ha sido notable, en términos relativos, en los últimos años y revierte una parte de los recortes sufridos en 2012, resulta del todo insuficiente para dar una respuesta eficaz a los problemas y carencias del Sistema.

Asimismo, apunta que, ante una eventual reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, se debería acordar un aumento de los fondos adicionales para la dependencia que el Estado incorpora, como financiación incondicionada, al Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales y hacer un mayor esfuerzo global, *"priorizando esta política frente a otras de su competencia de menor rendimiento social y haciendo uso de la autonomía tributaria de que disponen para aumentar sus ingresos propios"*.

Los "déficits" y "deficiencias" financieras ya habían sido puestas de relieve en otros tantos documentos e informes del Tribunal de Cuentas, siendo uno de los más críticos el publicado en el año 2019, que analizó la gestión llevada a cabo entre 2013 y 2018.

También apuntaba entonces el Tribunal las incongruencias y desajustes en la infomación aportada por el Estado, de una parte, y por las Comunidades de otra. Ejemplo de ello eran las 2.106 personas fallecidas que se encontraban a final de 2018 aún de alta en la base informática del IMSERSO como beneficiarias de prestaciones, o las 87 que lo habían hecho incluso antes del 1 de enero de 2007, cuando entró en vigor esta Ley.

Pese a ello, el Estado pagó a las Comunidades Autónomas en concepto de nivel mínimo de protección casi 12 millones de euros por tales personas (ya fallecidas y por ende sin derecho a prestación) y 8,98 a herederos de fallecidos en concepto de deuda aplazada.

Otro de los problemas principales del Sistema es el tiempo de espera de los usuarios, que lejos de resolverse, se ha visto empeorado. Si en el año 2010, 14 Comunidades incumplían el plazo de 6 meses establecido en la normativa para resolver, en diciembre de 2018 ya no lo hacía ninguna. A 31 de diciembre de 2018, las personas no atendidas, pese a tener derecho a ello, eran 250.037 (el 19,17% del total) y en julio de 2020, 237.041.

Así las cosas, ha sido en el mes de abril de 2022 cuando el Ministerio de Justicia ha dado luz verde a lo que se espera pueda ser un "balón de oxígeno" para el Sistema, un notable cambio la tramitación procesal de las reclamaciones por dependencia [15].

Con el cambio legislativo, estas pasarán de ser conocidas en el orden jurisdiccional contencioso-administrativo al orden jurisdiccional social. Este cambio se producirá a través de la Ley de Eficiencia Procesal del Servicio Público de Justicia que, entre otras mejoras, prevé acumular en un solo proceso las cuestiones ligadas a la discapacidad y la dependencia. Este tipo de procedimientos se caracterizan por ser más rápidos, dado su carácter oral.

Este proyecto de Ley se encuentra en fase de tramitación parlamentaria, si bien su exposición de motivos señala entre sus objetivos que su aprobación no se demore más allá del 31 de diciembre de 2022.

La terna que configura esta "prometedora" Ley, junto con la de Eficiencia Organizativa del Servicio Público de Justicia y la de Eficiencia Digital del Servicio Público de Justicia, constituye la base legislativa del "Plan Justicia 2030", con el que el actual Gobierno persigue transformar el servicio de Justicia para hacerlo más eficiente y romper una lanza en favor de un conjunto de población cada vez más amplio, más envejecido y cuyo poder adquisitivo y necesidades de cuidado son más acuciantes y notorias.

Sea como fuere y avance al ritmo que avance, la reforma legal antedicha carecerá de virtualidad práctica si no se pone remedio a las ya recurrentes demandas en torno a una imprescindible coordinación entre la asistencia social y la sanitaria.

Para que ello sea posible es necesario desarrollar, en el ámbito sanitario, la prestación de atención sociosanitaria prevista en el artículo 14 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El CERMI, en este sentido, ya hizo público en el año 2008 un Informe que, bajo el título *"La regulación de la prestación sociosanitaria"* [16] evidenciaba esta gran carencia.

Este Informe incorporaba un borrador-propuesta de Real Decreto para regular la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a esta prestación.

El borrador retomaba, actualizaba y completaba algunos de los textos que fueron considerados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud durante el proceso que llevó a la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Con el cambio legislativo, estas pasarán de ser conocidas en el orden jurisdiccional contencioso-administrativo al orden jurisdiccional social. Este cambio se producirá a través de la Ley de Eficiencia Procesal del Servicio Público de Justicia que, entre otras mejoras, prevé acumular en un solo proceso las cuestiones ligadas a la discapacidad y la dependencia. Este tipo de procedimientos se caracterizan por ser más rápidos, dado su carácter oral.

Este proyecto de Ley se encuentra en fase de tramitación parlamentaria, si bien su exposición de motivos señala entre sus objetivos que su aprobación no se demore más allá del 31 de diciembre de 2022.

La terna que configura esta "prometedora" Ley, junto con la de Eficiencia Organizativa del Servicio Público de Justicia y la de Eficiencia Digital del Servicio Público de Justicia, constituye la base legislativa del "Plan Justicia 2030", con el que el actual Gobierno persigue transformar el servicio de Justicia para hacerlo más eficiente y romper una lanza en favor de un conjunto de población cada vez más amplio, más envejecido y cuyo poder adquisitivo y necesidades de cuidado son más acuciantes y notorias.

Sea como fuere y avance al ritmo que avance, la reforma legal antedicha carecerá de virtualidad práctica si no se pone remedio a las ya recurrentes demandas en torno a una imprescindible coordinación entre la asistencia social y la sanitaria.

Para que ello sea posible es necesario desarrollar, en el ámbito sanitario, la prestación de atención sociosanitaria prevista en el artículo 14 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El CERMI, en este sentido, ya hizo público en el año 2008 un Informe que, bajo el título *"La regulación de la prestación sociosanitaria"* [16] evidenciaba esta gran carencia.

Este Informe incorporaba un borrador-propuesta de Real Decreto para regular la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud correspondiente a esta prestación.

El borrador retomaba, actualizaba y completaba algunos de los textos que fueron considerados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud durante el proceso que llevó a la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Al redactar esta propuesta de regulación, el CERMI tuvo en cuenta las prestaciones fundamentales para el desarrollo del espacio sociosanitario, prestaciones que ya entonces contaban con la preceptiva regulación y entre las que situaba a: la atención familiar, la atención comunitaria, la atención paliativa a enfermos terminales, la atención a la salud mental, la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable o la prestación ortoprotésica.

También identificó a las personas susceptibles de este tipo de atención en el ámbito sanitario *("personas que, ante un proceso patológico, requieran una atención sanitaria en la que sea importante la coordinación con los dispositivos sociales para aumentar su autonomía personal, paliar sus limitaciones, atenuar su sufrimiento y favorecer su inserción social")* y detalló las prestaciones de atención sociosanitaria que habrían de desplegarse en los ámbitos de Atención Primaria y Hospitalaria del SNS.

Antes que esta loable iniciativa viera la luz, desde mitad de la década de los ochenta -del pasado siglo-, fueron desarrolladas otras tantas propuestas, en nada desdeñables. Sirvan como ejemplo el programa catalán "Vida als anys" (Vida a los años), los trabajos de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Comisión «Abril») de 1991, el Plan Gerontológico Estatal de 1992, el Acuerdo Marco para la coordinación sociosanitaria de 14 de diciembre de 1993 suscrito por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Asuntos Sociales, el Acuerdo del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997, o el Plan Estratégico del INSALUD del mismo año. *"Sin embargo, las limitaciones presupuestarias, la falta de definición de recursos necesarios, pero de alto coste de inversión, como las residencias asistidas y los hospitales de larga estancia, y la baja implicación de las Comunidades Autónomas en el desarrollo del nuevo modelo, limitaron su desarrollo (Rodríguez Cabrero, 2002: 8)"*
-sic "La regulación de la prestación sociosanitaria Propuesta del CERMI. 2008", pág.29.

Los últimos intentos visibles y notorios de regulación se dieron en los años 2003 y 2013 por parte del Ministerio de Sanidad y de su Consejo Asesor, con la elaboración, de una parte, de un importante Plan Sociosanitario y de otra, de un documento de bases y propuestas para llevar a cabo la atención y coordinación sociosanitaria en nuestro país. El Plan nunca llegó a aprobarse y el documento de bases y propuestas tampoco fue trasladado a un texto legal.

Sin embargo, es importante traer ambos a colación, puesto que lo que entonces ya se planteaba como "idea" o "propuesta" bien puede reproducirse en la actualidad. La relación de medidas que en sendos documentos se incorporaban aún, a día de hoy, tienen todo respaldo y sentido.

A modo de acercamiento, pueden ser citadas las siguientes:

- Facilitar el trabajo en red.
- Fomentar la multidisciplinariedad y el trabajo en equipo, estableciendo al efecto protocolos y guías.
- Responder a un modelo de atención continuada en los distintos niveles asistenciales sanitarios, que incluya la atención domiciliaria, la residencial y en centros de día.
- Hacer posible la historia clínica y sociosanitaria integrada y territorialmente interoperable (accesible desde cualquier punto de España).
- Abordar los problemas que afectan a los recursos humanos del sector a través de la profesionalización y de la definición de perfiles y competencias.
- Fomentar la seguridad del paciente sociosanitario con medidas y actuaciones orientadas a evitar, prevenir o minimizar el daño que pudiera sobrevenir como resultado de los cuidados prestados.
- Evaluar y acreditar por parte de los servicios sanitarios y sociales a profesionales y centros, tanto del sector público como del privado, vinculando efectos económicos a resultados obtenidos.
- Revisar en profundidad, armonizar y simplificar el complejo, pero incompleto, marco jurídico existente, constituido por normas dispersas y descoordinadas.
- Implantar un sistema fundado en criterios compartidos sobre cobertura de la población afectada, grado e intensidad de la acción protectora, modelo de cuidados flexible y adaptable, costes sostenibles y de formación e información.
- Intensificar la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas.
- Mejorar el apoyo a la familia, no solo por razón de costes, sino también por consideraciones de orden moral, cultural y de afectividad.

- Dotar a los pacientes de un mayor nivel de información sobre ayudas y prestaciones, así como de los procedimientos para tramitar su solicitud.
- Promover un modelo de financiación suficiente e impulsar una gestión económico-administrativa transparente.
- Valorar la participación del usuario en el mantenimiento de determinadas actuaciones y servicios sociosanitarios, teniendo presentes principios de equidad, progresividad, individualización y transparencia.
- Impulsar el aseguramiento privado y sus incentivos, la colaboración público-privada y la igualdad de condiciones para todos los proveedores de servicios.
- Fomentar la investigación para impulsar el desarrollo de nuevos tratamientos de patologías relevantes a efectos de atención sociosanitaria.
- Dotar de un mayor papel a las asociaciones de pacientes a efectos de acreditar su representatividad y de asegurar su participación institucional.

Con ocasión de la elaboración del *anteproyecto de Ley para consolidar la Equidad, Universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud,* CERMI, junto a otras importantes instituciones, ha vuelto a recordar lo que ya en 2008 planteara, es decir, que es necesario reforzar la prestación sociosanitaria en el Sistema Nacional de Salud ya que la situación sigue siendo de carencia "casi total".

Han pasado así dos décadas y aún se sigue hablando de crear un espacio socio-sanitario que derribe el muro que separa a los sistemas de salud y de servicios sociales.

Nada ha cambiado desde que esta prestación se reconociera en el artículo 7 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS por lo que se ha vuelto a subrayar *"que es preciso ampliar los contenidos de la prestación sociosanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud agregando, expresamente, la prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia. Todo ello con el propósito de mantener e incluso aumentar el mayor grado posible de autonomía personal del paciente"* (CERMI). Para ello en el ámbito sanitario se habrían de llevar a cabo, en cualquier caso [17]:

- *"Los cuidados sanitarios de larga duración.*
- *La atención sanitaria a la convalecencia.*
- *La prevención de la intensificación de los efectos de la enfermedad, la discapacidad o la dependencia, a fin de mantener o elevar el máximo nivel de autonomía personal del paciente.*
- *La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de mantener la máxima autonomía del paciente y reintegrarlo en su medio habitual".*

Junto a ello, también CERMI ha propuesto que la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud integre todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente, ambulatoriamente o a distancia a través de las nuevas tecnologías de atención a la salud, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario así como los servicios accesorios y las prestaciones de salud pública.

En definitiva, tras una somera evaluación del actual sistema de atención a mayores y dependientes, se puede concluir que la falta de organización sigue siendo notoria, habida cuenta la inexistencia de una coordinación ausente o insuficiente entre los agentes de ambas procedencias.

Esta conclusión se agrava por el hecho de no apreciar iniciativa ni intención clara de tomar medidas para resolver esta situación ni para prevenir situaciones de dependencia en el futuro. Esta visión negativa es más acentuada en el caso de quiénes tienen la experiencia directa del funcionamiento del Sistema, como son los hijos o los cuidadores de las personas mayores.

El *statu quo* aquí expuesto tiene que cambiar y, no solo porque algún día terminará la crisis sanitaria, sino, sobre todo, porque es una carencia recurrente, insostenible y limitativa de los derechos de los ciudadanos.

La evolución demográfica y el incremento de la esperanza de vida lo han ido agravando, ya que, a medida que el estado de salud del mayor y el dependiente empeoran, también lo hace el pronóstico de evolución para los próximos años y más negativa e ineficaz la respuesta de nuestras autoridades.

La atención a mayores y dependientes requiere un trabajo constante de detección de necesidades y de desarrollo de fórmulas de cuidado que garanticen su cobertura y viabilidad. Entre tales cuidados figuran los servicios asistenciales de naturaleza mixta, social y sanitaria, tanto en centros de salud como en hospitales, centros de día, residencias, etc.[18]

Pese a los loables pero insatisfechos intentos de alcanzar la tan deseada coordinación, hoy debemos actualizar y reiterar la petición de llegar a ella a partir de un modelo de gestión y financiación innovador, un modelo que parta de la transformación digital de nuestra Sanidad y de la aplicación real del referido Plan de Choque y del *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria* para los años 2022 y 2023 [19]; todo ello en el marco del PERTE para la "Salud de Vanguardia" y el Componente 22 del PRTR de "Economía de los cuidados".

Este último Plan se ha planteado a partir del desarrollo de una cartera de servicios específicamente diseñada para colectivos que requieren una atención personalizada, continuada y sistemática en función de la vida, la edad y la salud. Pivota sobre la atención a crónicos, la atención socio-sanitaria, la ayuda al diagnóstico a través de los recursos que aporta el *big data* y la inteligencia artificial, la telemonitorización y la Medicina Personalizada y de Precisión.

A efectos de llevarlo a la práctica, el Ministerio de Sanidad ha considerado ciertos precedentes e iniciativas propios de algunas Comunidades Autónomas como Galicia, Aragón, Cataluña, Andalucía, Cantabria o Castilla-León.

Entre tales iniciativas cabe mencionar: la implantación de un sistema de soporte de decisiones clínicas y su seguimiento, de uso específico para la atención a pacientes crónicos en sus distintos estadios de evolución de la enfermedad, la integración e interoperabilidad territorial de la historia clínica electrónica o la puesta en marcha de apps de interacción y monitorización de pacientes [20].

A la luz de lo anterior, es claro que los cambios tecnológicos que van a irrumpir en nuestro Sistema de Salud son los mismos sobre los que se ha de asentar el reclamado modelo de coordinación socio-sanitaria.

Y es por ello por lo que, una vez más, es preciso afrontar un importante cambio cultural en torno a las formas de pensar, participar y trabajar, un cambio de mentalidad de todos aquellos que intervienen en el proceso asistencial, desde pacientes a profesionales sanitarios. Y hay que hacerlo con celeridad, pero también con planificación, estrategia y recursos. Porque avanzar por esta senda sin transversalidad y trabajo en equipo desembocará en la tan temida "deshumanización", de manera que aquello que de una parte "sume y construya", por otra, afecte a los procesos de recuperación de los pacientes y a la postre a su propia calidad de vida.

Posicionamientos generales de las Asociaciones. La voz de CEOMA, CERMI y OAFI en materia de envejecimiento

Tal y como la propia OMS viene manifestando, uno de los objetivos clave del envejecimiento saludable es "dar un rostro humano a una causa poderosa". Es decir, solo es posible actuar "por" los mayores si se cuenta "con" los mayores, tanto en su calidad de "agentes del cambio" como de "beneficiarios de los servicios resultantes".

Es preciso escuchar sus opiniones, las de sus familias, cuidadores y representantes. También respetar su dignidad y autonomía y promover el diálogo y la solidaridad intergeneracional.

Tampoco es baladí recordar que la conexión y el diálogo entre quienes se hayan implicado en su cuidado y atención, procedentes, sin duda, de muy diversos sectores, entornos y disciplinas, permite aumentar las posibilidades de aprovechar recursos, conocimientos, experiencias y éxitos y de generar sinergias para apoyar, construir, consolidar y posteriormente difundir las políticas y estrategias concretas que hayan de definirse.

La "Década del Envejecimiento Saludable" ha puesto los mimbres para hacer de ello una realidad, al crear alianzas multidisciplinares de colaboración en iniciativas que aúnan los esfuerzos de organizaciones y personas de todo el mundo y procedencia (salud, bienestar social, trabajo, empleo, educación, planificación, finanzas, transporte, medio ambiente, gobierno local, alimentación y agricultura, agua y saneamiento, tecnología de la información y las comunicaciones, derechos humanos, género y otros), que facilitan el intercambio de enseñanzas e informaciones, armonizan actividades y ponen en contacto a las estructuras y asociaciones que se ocupan del envejecimiento y la salud en todo el mundo.

De hecho, ya se han gestado redes entre entidades e instituciones tales como:

- el Grupo de trabajo sobre envejecimiento de la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas,
- la OCDE la Comisión Europea,
- la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas,
- el Grupo de la ciudad de Titchfield sobre envejecimiento,

- los Consejos Mundiales Futuros del Foro Económico Mundial,
- el Consorcio Clínico de la OMS sobre Envejecimiento Saludable,
- la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores, o
- el Consorcio de la OMS sobre mediciones y datos relativos al envejecimiento saludable, etc.

En el campo de la artrosis, también la voz de los pacientes se hace oír con más vigor a través de sus asociaciones. En este contexto, se ha de destacar el papel de importantes Asociaciones Españolas como la ya citada Fundación OAFI, el Foro Español de Pacientes, AECOSAR, CONARTRITIS, AGP Alianza General de Pacientes, Liga Reumatolóxica Galega, el Grupo Internacional de los Pacientes con Artrosis -APMARR-, la Asociación Italiana de las Personas con Enfermedades Reumatológicas y Raras (Italia), AFLAR- Asociación Francesa por la Lucha contra los Reumatismos (Francia)-, LPCDR- Liga Portuguesa contra las Enfermedades Reumáticas (Portugal), o ReumaNederland (Nederland), asociaciones que en su conjunto representan a más de 30 millones de personas.

El modelo del asociacionismo ha cobrado especial valor tras la pandemia, cualquiera que sea el contexto en el que se inscriba, por su resiliencia y su contribución a la cohesión social, al centrarse en las personas a cuyos intereses sirve, y a través de ellas, al interés general. Es la vía óptima para impulsar la colaboración con las instituciones públicas a la hora de dar las mejores respuestas a los pacientes y a sus familias.

La Plataforma de Mayores y Pensionistas (PMP), por ejemplo, es uno de los movimientos más representativos a nivel estatal (con 15.079 asociaciones y más de 5.750.000 afiliados) para la defensa de los derechos de las personas mayores y pensionistas ante los poderes públicos, privados y el conjunto de la sociedad.

Nació a partir de la confluencia de las Organizaciones, Federaciones y Confederaciones de Mayores y Pensionistas más importante del país, con el objetivo de representar al movimiento asociativo de las personas mayores y facilitar la interlocución con los poderes públicos y otros actores sociales.

En palabras de la propia Plataforma, se presenta como la "entidad social de referencia" en España, ya que es el fruto de sinergias y alianzas entre múltiples grupos de interés: la Unión Democrática de Pensionistas (UDP), constituida por 50 asociaciones territoriales y 13 asociaciones sectoriales -más de un millón de

de afiliados-; la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), con 25 organizaciones de mayores de diferentes Comunidades Autónomas -más de 800.000 socios de base y más de 1.500 asociaciones-; y la ONCE, con representación territorial en todo el país y en la que más del 50% de sus afiliados son personas mayores. Además, en ella participa el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), con 8.000 asociaciones representativas de 4 millones de personas con discapacidad, más del 60% de las cuales son personas mayores (2,6 millones).

En la actualidad, una de las prioridades de estas asociaciones, en el ámbito de las enfermedades crónicas como la artrosis es, sin duda, dar acceso temprano a los pacientes que representan a los tratamientos más innovadores, vehiculizando su participación en los ensayos clínicos, aprovechando el potencial de España, potencial que evidencian los 997 nuevos ensayos registrados a finales de 2021 (dato que recoge el Registro Español de Estudios Clínicos-REEC).

Los expertos señalan que la Unión debe "explorar nuevos modelos de ensayos que permitan un mayor desarrollo y participación de los pacientes", como los ensayos descentralizados, desarrollados en distintos centros satélite o territorios para evitar su desplazamiento, o los ensayos virtuales o híbridos [21].

También habrá de aguardar a las directrices que finalmente se adopten en materia de fijación de precios y de inclusión o exclusión de los medicamentos en la cobertura pública, actualmente en fase de negociación, y confiar en que conceptos tales como "beneficio clínico" o "percepción de la calidad de vida" -la de los propios pacientes- sean realmente tenidos en cuenta.

Para los mayores que se enfrentan a la discapacidad es el CERMI quien mejor hace que sus voces se oigan. Por ello, recientemente ha planteado un "decálogo de acción política", con el que persigue que se dé pronta y efectiva respuesta a sus demandas, al tratarse de un "segmento del envejecimiento del que no existe demasiada conciencia oficial y que apenas aparece en las políticas públicas dirigidas a las personas mayores" [22].

El ”Decálogo” incluye las siguientes iniciativas y acciones (sic):

***1ª) Las personas con discapacidad**, esa parte de la diversidad humana y social sometidas a condiciones estructurales de exclusión y discriminación, que se intensifican con el avance de la edad, han de figurar con identidad propia, acusada y diferenciada, **como grupo diana, en las políticas públicas** sobre el fenómeno del envejecimiento y cómo abordarlo.*

2ª)** Las personas con discapacidad y las personas mayores -y, en concreto, las personas con discapacidad mayores- están **más expuestas a la lesión y vulneración de sus derechos humanos.

*Discapacidad y edad, en concurrencia mutua, son motivos de **multiexclusión reforzada**, por lo que deben constituir grupos de atención y **actuación prioritaria contra la discriminación y la segregación.***

***3ª)** Toda la acción pública en relación con el envejecimiento de personas con discapacidad ha de estar **orientada a la autonomía personal, a la vida independiente y a la inclusión en la comunidad**, proporcionando apoyos suficientes, sostenidos y sostenibles y libremente elegidos que las hagan posibles. Se han de revisar de modo sistemático y reconfigurar los sistemas de apoyos, atención y cuidados establecidos para la discapacidad y la edad avanzada para replantearlos en clave de conformidad con los derechos humanos, respeto a la voluntad y las preferencias de la propia persona, inclusión social y participación comunitaria en plenitud. Esto llevará consigo el **abandono de esquemas caducos** como la institucionalización forzosa (verbigracia las fórmulas habitacionales de tipo residencial, cuyo nexo cohesivo de vida en común es la edad o la discapacidad, no la voluntad de construir y compartir proyectos de vida comunes basados en el afecto, la amistad o el compañerismo).*

***4ª)** Se ha de garantizar la **continuidad y la coherencia de los apoyos sociales** a las personas con discapacidad en su proceso de envejecimiento. Llegar a los 65 años, edad que por convención se ha venido considerando hasta ahora el umbral de la vejez, no significa dejar de ser una persona con discapacidad, y pasar a ser una persona mayor, con recursos distintos enfocados solo a la edad, sino que se es una persona con discapacidad mayor, que ha de mantener la línea de atención. La creación de **un auténtico espacio sociosanitario**, del que hoy adolecemos, resulta esencial para que el apoyo se torne en más autonomía e inclusión.*

***5ª) Los sistemas de promoción y protección sociales** en España para la discapacidad y la edad avanzada son **claramente limitados e insuficientes**. Arquitecturas de protección social nuevas como el **Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia**, creado en virtud de la Ley 39/2006, de **Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en situación de Dependencia**, han resultado fallidas, afirmación cruda y para ciertas instancias inmoderada, pero horriblemente cierta, y **requieren un replanteamiento de base**, una refundación casi, para que estén a la altura de los elevados propósitos para los que se crearon en origen, defraudados en casi todos sus designios.*

***6ª)** Afrontar el envejecimiento con garantías de éxito por parte de las personas con discapacidad supone intervenciones estructurales previas de gran ambición. Se requieren **entornos universalmente accesibles** -la vivienda a estos efectos es paradigmático-, y **autonomía económica**, que se logra con una **inclusión laboral lo más amplia posible** en empleos dignos y de calidad, que genere prestaciones públicas futuras suficientes y duraderas. También es necesario **extender las fórmulas de previsión social**, que doten a las personas de progresiva robustez económica. Esto cabe resumirle en la activación social y económica de poblaciones demasiado tiempo obligadas a una pasividad impuesta, al albur de instancias ajenas a sí mismas, que favorecen la dependencia sistémica.*

***7ª)** Las personas con discapacidad, también las mayores, han de estar insertas, incluidas en la comunidad; deben vivir y **desenvolverse existencialmente donde elijan**, sin verse forzadas a formas de vida y de habitación separadas y segregadas, distintas de las generales de toda la ciudadanía. Hay que desplegar una **enérgica estrategia de desinstitucionalización**, acompañada a la par de la creación de nuevas **fórmulas habitacionales inclusivas**, generalizando las prestaciones como la asistencia personal.*

***8ª)** El **sistema de Seguridad Social**, en la dirección que marcan los renovados y vigentes acuerdos del **Pacto de Toledo**, en el que las propuestas del CERMI fueron en gran parte acogidas, ha de **redefinir las relaciones entre protección social y activación laboral**, que han de alimentarse recíprocamente, sin rigideces, alentando siempre la máxima inclusión de la persona con discapacidad mayor.*

*9ª) La **soledad no deseada** es un mal social de extraordinaria magnitud, con un impacto desmedido en las personas con discapacidad, que se agudiza en las fases de envejecimiento.*

*Se hacen inevitables **estrategias vigorosas contra la miseria relacional** en los grupos cívicos más castigados.*

*10ª) España posee, en materia de discapacidad, una **sociedad civil potente, pujante, tramada y cooperativa**, que los poderes públicos han de tener como aliada en el despliegue de las políticas públicas de envejecimiento activo e inclusivo. **Somos una herramienta útil socialmente**. Úsennos, en el mejor sentido, nos dejamos.*

Doce conclusiones clave

- Envejecer de manera saludable posibilita la creación de nuevas oportunidades de participación y de inclusión de las personas mayores en la vida económica y social y con ello, un avance real en cohesión, riqueza, crecimiento económico y solidaridad intergeneracional.

- Es necesario "armonizar" el concepto de dependencia, formar al mayor número posible de profesionales sanitarios en geriatría, luchar contra la discriminación por razón de la edad y apoyar iniciativas basadas en la economía plateada ("silver economy").

- Una política de cuidados óptima y eficaz debe basarse en la prevención, la detección, la intervención sobre la fragilidad y la longevidad saludable, centrarse en la persona y adaptarse a sus necesidades.

- Se ha de trabajar por abandonar el rol pasivo del paciente para convertirlo en un ciudadano implicado y abierto al autocuidado y autogestión de su proceso de enfermedad: un paciente formado e informado es un paciente experto y participativo.

- Las personas mayores necesitadas de cuidados deben ocupar un lugar central a la hora de diseñar, aplicar y evaluar las políticas y servicios asistenciales, haciendo posibles soluciones innovadoras que pasen por la inclusión social, la comprensión multigeneracional y la transición de los cuidados institucionales a los prestados en la familia y la comunidad, promoviendo diferentes modelos de vida independiente, pero con apoyo (enfoque holístico centrado en las personas).

- Entre las principales debilidades del Sistema español destacan las desigualdades territoriales, el insuficiente desarrollo, la duplicidad de vías en el acceso al SAAD o las limitaciones en la intensidad y calidad de las prestaciones y de los servicios, la precariedad laboral, las carencias estadísticas y en las bases de datos e información junto a una notoria escasa financiación.

- España carece de una definición clara y concreta de lo que hayan de ser las prestaciones de atención sociosanitaria que habrían de desplegarse en los ámbitos de Atención Primaria y Hospitalaria del SNS (cartera común de servicios): actividades asistenciales de promoción de la salud, de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, prestaciones farmacéuticas, ortoprotésicas, de productos dietoterápicos, transporte sanitario, servicios accesorios y prestaciones de salud pública.

- La colaboración público-privada y la conexión y el diálogo entre los sectores implicados en el cuidado y atención a mayores y dependientes, aumenta las posibilidades de aprovechar recursos, conocimientos, experiencias y éxitos y de generar sinergias para apoyar, construir, consolidar las políticas y estrategias idóneas para el futuro de estas personas.

- La carencia de profesionales en el ámbito sociosanitario es un problema tanto en el sector público como en el privado, como también lo es la falta de un modelo permanente de seguimiento, evaluación y control e inspección para asegurar el cumplimiento de los derechos y deberes y la calidad de los servicios.

- El Mecanismo de Recuperación y Resiliencia europeo ofrece una gran oportunidad a los Estados Miembros para realizar reformas estructurales, para mejorar la fortaleza de sus sistemas sanitarios y socio-sanitarios y para garantizar un acceso igualitario a una asistencia asequible y de calidad.

- La Unión Europea ha impuesto a los Estados Miembros la obligación de atender de cerca durante los próximos años a los mayores y al reto demográfico ("Década de los Mayores 2020-2030"), implementando medidas que hagan factible la Estrategia Farmacéutica para Europa (acceso a la innovación y a las nuevas terapias, impulso de la medicina personalizada de precisión, revisión de precios, lucha contra los desabastecimientos, participación en los ensayos o armonización normativa) y los Planes de Recuperación (En España: Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia "España Puede" –4 ejes/10 políticas palanca/30 componentes y PERTEs -en particular, Salud de vanguardia y Economía Social y de los Cuidados).

- La nueva "Estrategia Europea de Cuidados" es la mejor vía para que la Comisión UE asuma el liderazgo en este ámbito, estableciendo objetivos ambiciosos a escala plurinacional, en materia de financiación, acceso, calidad, eficiencia y sostenibilidad de los servicios asistenciales, en consulta con los Estados miembros y con las partes interesadas pertinentes, incluidos los interlocutores sociales, promoviendo en paralelo el intercambio de información y las mejores prácticas.

Referencias

1. Una Estrategia Europea de Cuidados (europa.eu)
2. Comisión Europea y Comité de Protección Social (2021), Informe sobre los cuidados de larga duración de 2021. INFORME sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados | A9-0189/2022 | Parlamento europeo (europa.eu)
3. Population_pyramids, _EU-27, _2004_and_2019_(%_of_the_total_population).png (1056×783) (europa.eu)
4. Eurostat: Estructura demográfica y envejecimiento de la población Archive: Estructura demográfica y envejecimiento de la población - Statistics Explained (europa.eu)
5. La Comisión Europea ha adoptado un informe sobre el impacto del cambio demográfico (europa.eu). La_Comisi_n_Europea_ha_adoptado_un_informe_sobre_el_impacto_del_cambio_demogr_fico_en_Europa.pdf
6. Promoción de nuestro Modo de Vida Europeo | Comisión Europea (europa.eu)
7. Textos aprobados - Envejecimiento del viejo continente: posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020 - Miércoles 7 de julio de 2021 (europa.eu)
8. Textos aprobados - Envejecimiento del viejo continente: posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020 - Miércoles 7 de julio de 2021 (europa.eu) "Envejecimiento del viejo continente: posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020"
9. Microsoft Word - decade-proposal-final-apr2020rev-es.docx (who.int)
10. Cuidado de ancianos en Europa: diferentes modelos - Blog Aiudo
11. Los mayores y dependientes han tenido que esperar hasta 2021 para visibilizar un plan de choque de impulso al sector, dotado con 1.800 millones para los años 2021 y 2022. El grueso de la financiación sigue recayendo sobre las Comunidades Autónomas, entre las que no existe siquiera un principio de acuerdo acerca de cómo avanzar.
12. sistema-de-promoción-de-la-autonomía-personal-y-atención-a-las-personas-en-situación-de-dependencia.pdf (fundadeps.org)
13. Plan dirigido a inyectar 3.600 millones de euros al SAAD en 3 años
14. preminves_ley_dependencia.pdf (ces.es)
15. Las reclamaciones de dependencia serán mucho más ágiles con la reforma procesal | Actualidad y Tendencias (expansion.com)
16. Antonio Jiménez Lara M.ª Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre, "La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del Cermi"
17. Prestación sociosanitaria a las personas con discapacidad (balancesociosanitario.com)
18. Análisis predictivo y escenarios en la atención sociosanitaria en España. HORIZONTE 2022. ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN-Estudios de Mercado, Marketing y Opinión
19. Plan dotado con 230 millones de euros (70 millones para 2022 y 160 millones para 2023) procedentes de fondos europeos.

20. Comisión de salud Digital del Ministerio de Sanidad. Febrero de 2022. “Presentación del modelo de ejecución de proyectos para la transformación digital de Atención Primaria”.

21. El Reglamento 536/2014 sobre ensayos clínicos de medicamentos de uso humano entró en vigor en enero de 2022 y ha permitido unificar criterios y formas de actuación para incrementar el número de solicitudes de ensayos clínicos y con ello la competitividad de la Unión Europea en materia de investigación.

22. Este decálogo político: “Una cierta mirada sobre el envejecimiento: Personas con discapacidad mayores” de Luis Cayo Pérez Bueno. revista Tiempo de Paz núm. 22

CONCLUSIONES

Trabajar por la salud y el bienestar de los mayores conforme a las siguientes líneas:

- Impulsar una Política integral de Estado, atenta a los efectos económicos, sociales y sanitarios derivados del envejecimiento y que incluya previsiones y compromisos a corto y medio plazo, entre ellos los relativos a aumentar los recursos humanos y presupuestarios necesarios en función de la evolución demográfica prevista (pronto más del 30% de la población será mayor de 65 años).
- Establecer o reforzar los canales para la participación efectiva de los mayores en aquellas cuestiones socioeconómicas y sanitarias que les afectan.
- Desarrollar acciones de sensibilización y concienciación social contra el “edadismo”, en colaboración de Asociaciones de Mayores y de Pacientes.
- Promover, en línea con las políticas comunitarias, modelos flexibles y accesibles en cuanto a la vivienda de los mayores, tanto para quienes deseen continuar en su propio hogar -complementado con apoyos públicos-, como para quienes hayan de optar por residencias.
- Fomentar la convivencia y la interacción social y familiar de los mayores, cualquiera que sea el entorno en el que desarrolle su vida.
- Poner en valor el carácter de “hogar” de las residencias de mayores, rechazando entenderlas como meros centros sanitarios para personas de edad, aunque sin descuidar la existencia y aplicación de protocolos de derivación a Atención Primaria y Hospitalaria.
- Hacer que las residencias sean “centros vivos” en los que la formación continuada del personal cuidador y la evaluación de los objetivos de calidad asistencial se dirijan a proporcionar una atención integral e individualizada.
- Valorar en profundidad el fenómeno de la soledad no deseada y adoptar medidas para hacer frente a sus devastadores efectos.
- Velar por que el entorno digital generalizado, propio de la sociedad actual, no se convierta para los mayores en un muro o una “brecha” infranqueable, generadora de aislamiento social y de deshumanización asistencial.

- Recuperar el diálogo y la capacidad de acuerdo en el marco del Pacto de Toledo para sacar a los mayores de la incertidumbre de su situación económica futura, dotando a nuestro sistema público de pensiones de garantías de sostenibilidad.
- Promover programas de salud pública orientados a los mayores, que incluyan información actualizada y continua, hábitos de vida saludables, acompañamiento, sensibilización, seguimiento, multidisciplinariedad y coordinación sanitaria.
- Promover estilos de vida saludable para la prevención de la artrosis y potenciar la educación sanitaria de la población, además de una adecuada política vacunal.
- Establecer una "estrategia estatal" para personas mayores frente a patologías de alta prevalencia y crónicas como la artrosis.
- Estimular el auto cuidado y la implicación de los pacientes en sus tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, con acciones informativas que les ayuden a generar actitudes activas y colaborativas con los profesionales sanitarios, en particular con sus médicos, contando para ello con la colaboración de las Sociedades Científicas y sus Asociaciones.
- Orientar los tratamientos farmacológicos -en el caso de la artrosis- hacia la mejora de la capacidad funcional, el retraso o prevención de la enfermedad, la mejora de la calidad de vida y la prevención de la iatrogenia.
- Conocer el riesgo cardiovascular asociado a ciertos medicamentos aplicados al dolor que provoca la artrosis por su comorbilidad frecuente con enfermedades cardiovasculares (caso particular de los AINEs en dosis altas y con duración prolongada, frente al del paracetamol o los SYSADOA, los cuales, según estudios recientes, pueden reducir el riesgo de infarto y de ictus isquémico).
- Fomentar el cumplimiento terapéutico, siendo para ello la Atención Primaria uno de los mejores aliados, junto con la red de Oficinas de Farmacia, dada su cercana relación con los pacientes.
- Eliminar artificiales barreras económico-burocráticas -diferentes, por cierto, según las CCAA-, que dificultan el acceso a los medicamentos prescritos para mayores, generalmente al mismo tiempo enfermos polimedicados, ya que el uso de medicamentos diferentes eleva el riesgo de efectos adversos (no son pocos los ejemplos que de ello se conocen en el ámbito de la artrosis).

- Establecer herramientas de coordinación sociosanitaria, en particular para los casos de dependencia y discapacidad, importantes para intercambiar información y mejorar la gestión a través de la mutua complementariedad de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- Dotar al Sistema Nacional de Salud de mayor número de profesionales relacionados con la atención de las personas de mayor edad, en particular, médicos de Atención Primaria, geriatras y enfermeros.
- Potenciar el papel de la enfermería, cuya importancia estratégica para el cuidado de los mayores es innegable, sobre todo en lo que se refiere a las especialidades de geriatría y de familia y comunitaria y a la figura del "gestor de casos".
- Fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares para abarcar conjuntamente mejor aspectos físicos, funcionales, mentales y sociales.
- Realizar, con vistas a futuro, por parte de las Administraciones sanitarias, análisis profundos y screenings de datos para diseñar estrategias cada vez más personalizadas y así ganar en efectividad en el tratamiento de las enfermedades prevalentes entre las personas de mayor edad, como es el caso de la artrosis, que afecta al 50% de quienes tienen más de 65 años y al 80% de los que cuentan con 80 y más.

OAFI

La Osteoarthritis Foundation International (OAFI) es la primera y única fundación dirigida exclusivamente a pacientes con artrosis a nivel mundial. Desde la Fundación, promovemos la educación, prevención, tratamiento e investigación de la salud articular y ofrecemos soluciones a las personas que sufren esta patología para que se sientan acompañadas, aliviando su dolor y mejorando su calidad de vida.

En España, se calcula que ya hay más de 7 millones de personas con artrosis, más de 500 millones en todo el mundo, y se espera que siga creciendo debido al aumento de la esperanza de vida. Esta enfermedad produce dolor y afecta directamente la movilidad y autonomía de la persona que la sufre, con el desgaste psicológico que ello supone. La tarea más habitual puede convertirse en un gran obstáculo que afrontar debido a las limitaciones asociadas a la patología.

Ante esta realidad, en OAFI trabajamos para poner al paciente en el centro de su enfermedad; le ayudamos a tener voz y a ser escuchado. Todas nuestras acciones, desde congresos, programas de radio, programas educacionales como OAFI Contigo, OAFI Woman, OAFI Sport Veterans, OAFI Children… hasta conferencias, ciclos y jornadas, están pensadas para ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes, con un enfoque claro en la prevención y autocuidado de uno mismo.

Un paciente informado es un paciente que sabe manejar mejor a su enfermedad. Empoderar al paciente siempre ha sido la máxima de OAFI, filosofía que siempre compartimos con Julio Sánchez Fierro y que dio lugar a una sólida unión por la defensa de los derechos de los pacientes con artrosis de nuestro país.

Poder colaborar en la edición de un proyecto de tal magnitud y relevancia como lo es este libro ha sido un gran orgullo para la Fundación. Es todo un honor poder contribuir a mantener el legado de una persona tan clave para la sanidad de nuestro país como lo ha sido Julio. Estamos convencidos de que este documento será una garantía para poder seguir luchando por los cambios que Julio expuso a través de estas páginas.

En una sociedad en la que las personas mayores, que frecuentemente son pacientes crónicos de enfermedades como la artrosis, todavía no tienen el protagonismo que necesitan y merecen, es nuestro papel como asociación de pacientes trasladar y defender sus necesidades en todos los ámbitos de nuestra sociedad.

Desde OAFI seguiremos trabajando para poder llegar a conseguir una sociedad en la que nuestra labor no sea necesaria. Hasta entonces, seguiremos siendo la voz de todos aquellos pacientes que nos necesiten.

Si necesitas más información, puedes consultar nuestra página web oafifoundation.com o contactarnos a través de info@oafifoundation.com / (+34) 931594015. También nos podrás encontrar en C/Tuset 19, 3-2.

AGRADECIMIENTOS

Si algo nos caracteriza a OAFI es nuestra motivación para seguir luchando y nuestra predisposición a embarcarnos en nuevos proyectos, por muy locos que suenen en un inicio. Somos un equipo de soñadores y que, como nos gusta decir, sueña en color.

Con la publicación de este libro, se cumple uno de los sueños en el que llevamos trabajando muchos meses, y qué mejor manera de cumplir un sueño que poder llevarlo a cabo junto a Julio Sánchez Fierro. Trabajar codo a codo con él y aprender de su gran experiencia e inconmensurable conocimiento es un recuerdo que guardaremos con mucho cariño. Gracias Julio por todo lo que nos has enseñado, nunca habrá palabras suficientes para expresar nuestra gratitud.

Gracias también a Raquel Sánchez, su maravillosa hija y una fantástica profesional, por su incondicional apoyo desde el primer momento en que nos conocimos y su incansable trabajo por y para los pacientes. Es un placer para OAFI y AECOSAR poder contar con una persona tan luchadora, abierta y amable en esta pequeña gran familia. Gracias de corazón Raquel.

Gracias a mi equipo de OAFI, Cristina, Nina, Maria Teresa, Jose Luis, Oriol, Joan Carles y Marco por su esfuerzo y cariño en ayudar a que este libro vea la luz. Soy muy afortunado de contar con unos profesionales tan perseverantes como vosotros.

No puedo dejar de mencionar a mi equipo de AECOSAR Raquel, Sandra, Cristina, Carmen, Encarnación y la junta directiva. Gracias por vuestro magnífico trabajo en la defensa y representación de las pacientes con osteoporosis de nuestro país.

Mi más sincero agradecimiento también a todas las y los ponentes que, con sus excelentes participaciones en el Ciclo de Foros OAFI, han hecho posible la elaboración de un documento tan detallado y completo como este, que podrá ayudar a muchas personas de nuestro país.

Finalmente, no puedo dejar pasar la oportunidad de agradecer a todas las Sociedades Científicas que han respaldado esta iniciativa y han aportado sus conocimientos y experiencia tanto en el Ciclo de Foros como en este libro. Gracias por vuestro valioso apoyo a los pacientes.

Gracias a todos los que habéis hecho de este Libro Blanco una realidad.

Dr. Josep Vergés, *presidente y CEO de OAFI y AECOSAR*

FUENTES DOCUMENTALES

- ***El proceso de envejecimiento en España***. Serie de Estudios sobre la Economía Española - 2021/07. Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
- ***Cuarto informe del Observatorio de la dependencia*** – Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)
- ***Barómetro Socioeconómico de la Longevidad en Europa***. Observatorio de los sistemas europeos de previsión social complementaria pública. Universidad de Barcelona
- **Seniors digitales: Informe sobre el uso del comercio y administración electrónica en España.** Grupo de investigación "Brecha digital y Mayores" de la Universidad CEU-San Pablo
- ***Índice DEC 2021***(Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales). Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales
- ***Informe CAVIPA*** (Encuesta sobre Calidad de Vida de Pacientes con Artrosis). OAFI Foundation
- ***Estudio EPISER 2016***. Sociedad Española de Reumatología-SER
- ***Higiene del sueño en tiempos de COVID-19***. Asociación Española del Sueño (ASENARCO)
- ***Una década para el envejecimiento saludable***. 2020-2030. José Manuel Ribera Casado. Académico de Número. Gerontología y Geriatría. Anales RANM. Año 2021, núm. 138
- ***La aplicación de la Ley de Dependencia en España***. Santiago González Ortega. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla
- ***La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del Cermi***. Antonio Jiménez Lara M.ª Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre. 2008
- ***Análisis predictivo y escenarios en la atención sociosanitaria en España. HORIZONTE 2022***. ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN. Estudios de Mercado, Marketing y Opinión
- **Boletines digitales SENIOR50** (www.senior50.com) y **BALANCE SOCIOSANITARIO** (www.balancesociosanitario.com)
- ***El impacto de la nueva Medicina en el Sistema Sanitario***. Vol. II. Fundación. Bamberg
- ***Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España*** ("España Puede"). Plan de Recuperación para Europa-NextGeneration
- ***Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica de 3 de julio de 2020***. Congreso de los Diputados de España
- ***Informe de la España***. Comisión de Derechos Sociales. Senado de España (22 de noviembre de 2021)
- ***Plan Estratégico de Salud y Medioambiente del Gobierno de España 2022-2026*** (PESMA) Ministerio de Sanidad.
- ***Plan de Choque y del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria para los años 2022 y 2023***. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (15 de diciembre de 2021). Ministerio de Sanidad. Gobierno de España
- ***Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.*** Gobierno de España
- ***Plan de Choque en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) 2021-2023.*** Ministerio de Derechos sociales y Agenda 20230. Gobierno de España
- ***Informes de evaluación del SAAD 2021 y 2022***. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020
- ***El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*** (Ponente: Jorge Aragón). Informe 3/2020. Consejo Económico y Social (CES)
- ***Encuesta sobre Equipamiento y uso de tecnologías de la información y Comunicación en los Hogares- 2021***. Instituto Nacional de Estadística
- ***Carta de Derechos Digitales. Gobierno de España*** (Agenda España Digital 2025). Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial. Ministerio de Economía y Transformación Digital
- ***Declaración Europea sobre los Derechos y Principios Digitales para la Década Digital*** (26 de enero de 2022)
- ***Comunicación de la Comisión del Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité se las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*** (DOUE de 7 de septiembre de 2022).
- ***Iniciativa eEurope-Una sociedad de la información para todos. Comisión Europea***
- ***Comunicación de la Comisión Al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre una nueva Estrategia farmacéutica para Europa***. SWD (2020) 286 final
- ***Carta de derechos digitales fundamentales de la Unión Europea*** (DOCE núm. 364, de 18 de diciembre de 2000 -2000/C 364/01)
- ***Plan de acción eEurope 2002: Una sociedad de la información para todos***. Comisión Europea
- ***Informe sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados*** (A9-0189/2022) Parlamento Europeo
- ***Envejecimiento del viejo continente: posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020***. Informe de la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales del
- ***Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender del Covid-19*** (Dictamen de iniciativa 2022/C194/04. Comité Económico y Social UE)
- ***Igualdad de género: valor económico de los cuidados desde la perspectiva de los fondos de la UE aplicables***. Estudio del Parlamento Europeo (2021)

- ***Informe <TitreType><Titre>sobre el fomento de una acción europea común en materia de cuidados <DocRef>(2021/2253(INI))***. Comisiones de Empleo y Asuntos sociales y de derechos de las mujeres e igualdad de género del Parlamento Europeo (22.6.2022)
- ***Estudio sobre los cuidados no profesionales en Europa: formalización, disponibilidad y calidad. 2018***. Comisión Europea
- ***Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*** (Resolución 24/02 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas) Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento -abril de 2002-)
- ***Plan para el Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030***. Asamblea General de las Naciones Unidas. A/RES/75/131.
- ***Risk factors for osteoarthritis***. Osteoarthritis Cartilage. 2004;12 Suppl:S39-44.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- **AAOS** (American Academy of Orthopaedic Surgeons)
- **AECOSAR** (Asociación Española de la Osteoporosis y la Artrosis)
- **AEMPS** (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios)
- **AINE** (Antiinflamatorios No Esteroídicos)
- **AIREF** (Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal)
- **ASENARCO** (asociación de Autoayuda creada por enfermos que padecen trastornos del sueño)
- **CAVIPA** (Calidad de Vida de Pacientes con Artrosis)
- **CCAA** (Comunidades Autónomas)
- **CEOMA** (Confederación Española de Organizaciones de Mayores y Vicepresidente de la Plataforma de Mayores y Pensionistas)
- **CERMI** (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad)
- **CES** (Consejo Económico y Social)
- **CGCOF** (Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos)
- **CISAAD** (Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia)
- **CSIC** (Consejo Superior de Investigaciones Científicas)
- **EEE** (Espacio Económico Europeo)
- **EPA** (Encuesta de población activa),
- **EPOC** (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- **ESCEO** (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis)
- **Estudio EPISER** (Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española)
- **ETUS** (Encuesta Europea sobre el Uso del Tiempo)
- **EULAR** (European League Against Rheumatism).
- **FAECAP** (Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria)
- **FEDEA** (Fundación de Estudios de Economía Aplicada)
- **FEMP** (Federación Española de Municipios y Provincias)
- **FP** (Formación Profesional)
- **FSE+, InvestEU** (Fondos Estructurales y de Inversión Europeos)
- **ICOMEM** (Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid)
- **IMC** (Índice de Masa Corporal)

- **IMSERSO** (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)
- **Índice DEC** (Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales)
- **INE** (Instituto Nacional de Estadística)
- **IPC** (Índice de Precios de Consumo)
- **KPIs** (Key Performance Indicators)
- **OAFI** (Fundación Internacional de los Pacientes con Artrosis)
- **OARSI** (Osteoarthritis Research Society International) (OARSI)
- **OCDE** (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos)
- **OIT** (Organización Internacional del Trabajo)
- **OMS** (Organización Mundial de la Salud)
- **ONG** (Organización No Gubernamental)
- **ONU** (Organización de Naciones Unidas)
- **PAM** (Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería)
- **PEAP** (Prestación Económica de Asistencia Personal)
- **PECEF** (Prestación económica para cuidados en el entorno familiar)
- **PESMA** (Plan Estratégico de Salud y Medioambiente del Gobierno de España),
- **PEVS** (Prestación económica vinculada al servicio)
- **PIB** (Producto Interior Bruto)
- **PMP** (Plataforma de Mayores y Pensionistas)
- **PNL** (Proposición no de Ley)
- **PRTR** (Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia)
- **REC** (Red Española de Ciudades Saludables)
- **RNFC** (Grupo de trabajo Registro Nacional de Fracturas de Cadera)
- **SAAD** (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia)
- **SAAD** (Sistema de Atención a la Dependencia)
- **SCIB** (Sociedad Científica de Investigación Biomédica)
- **SEAUS** (Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad)
- **SECA** (Sociedad Española de Calidad Asistencial)
- **SECOT** (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología)
- **SEFAC** (Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria)
- **SEIOMM** (Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral)
- **SEMDOR** (Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor)
- **SEMERGEN** (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)
- **SemFYC** (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)
- **SEMG** (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia)
- **SER** (Sociedad Española de Reumatología)
- **SETRADE** (Sociedad Española de Traumatología del Deporte)
- **SMI** (Salario Mínimo Interprofesional)
- **SNS** (Sistema Nacional de Salud
- **SPDs** (Sistema Personalizado de Dosificación)
- **SYSADOA** (Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis)
- **UE** (Unión Europea)
- **UPD** (Unión Democrática de Pensionistas)

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida 2023 (Consejo Internacional del SNS). Fuente: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

Tabla 1.2 Informe de Gestión Intermedio Consolidado Enero-Junio 2022 CAIXABANK. Fuente: https://www.caixabank.com/deployedfiles/caixabank_com/Estaticos/PDFs/Accionistasinversores/Informacion_economico_financiera/IGC_30062022_CAS.pdf (pág.36)

Tabla 2.1 Impacto de las enfermedades crónicas.
Fuente: elaboración OAFI.

Tabla 2.2 Tratamiento de pacientes con artrosis de rodilla.
Fuente: elaboración OAFI.

Tabla 2.3 Concepto de artrosis.
Fuente: elaboración OAFI.

Tabla 2.4 Artrosis: patología articular y prevalente en España.
Fuente: elaboración OAFI.

Tabla 2.5 Implicación del paciente en el autocuidado.
Fuente: elaboración OAFI.

Tabla 2.6 Ámbitos de actuación.
Fuente: elaboración OAFI. Disponible en: Fundación OAFI. II Foro Dimensión Sanitaria del Envejecimiento (Barcelona, 28 octubre 2022).

Tabla 2.7 Condroitina para la artrosis.
Fuente: elaboración OAFI. Disponible en: Singh, J. A., Noorbaloochi, S., MacDonald, R., & Maxwell, L. J. (2015). Chondroitin for osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1).

Tabla 3.1 Distribución del empleo por nivel de formación (2009-2021).
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Población Activa (2009-2021). Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf (pag.155)

Tabla 3.2 Balance sociosanitario de la dependencia y la discapacidad.
Fuente: elaboración propia. Disponible en: Balance sociosanitario de la dependencia y la discapacidad (21.7.2022-Redacción) El Gobierno aprueba la distribución territorial de 483 millones de euros para la atención a la dependencia - BALANCE SOCIOSANITARIO.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Sobremortalidad debida a la pandemia.
Fuente: Eurostat. Disponible en: https://www.20minutos.es/noticia/4731960/0/espana-es-el-septimo-pais-de-la-ue-con-mayor-incremento-de-la-mortalidad-durante-la-pandemia/

Figura 1.2 Muertes semanales en los estados miembros de la UE.
Fuente: Eurostat. Disponible en:
https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/11438257/3-19102020-BP-EN.pdf

Figura 1.3 ARTRO 360: nuevo modelo de gestión para avanzar en el tratamiento de la artrosis optimizando recursos.
Fuente: elaboración propia. Disponible en: https://www.oafifoundation.com/artro-360-nuevo-modelo-de-gestion-para-avanzar-en-el-tratamiento-de-la-artrosis-optimizando-recursos/

Figura 2.1 Principales enfermedades crónicas en Atención Primaria.
Fuente: elaboración OAFI. Disponible en: Pérez M Ruiz M. Llisterri JR. Congreso Semergen 2013.

Figura 2.2 Fármacos más utilizados en Atención Primaria (Estudio PYCAF).
Fuente: elaboración OAFI. Disponible en: Yedro, M. T., Villén, A. N., Vigara, J. R., Sanjurjo, S. C., Zancada, S. V., Segura-Fragoso, A., ... & Caro, J. L. (2019). Riesgo de caídas y consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años. Estudio PYCAF. Medicina de Familia. SEMERGEN, 45(8), 528-534.

Figura 3.1 Pirámides de población, UE 2007 y 2022 (% de la población total).
Fuente: Eurostat. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/SEPDF/cache/1271.pdf (pag.6)

Edición y Coordinación editorial:
Agencia Raíz.
Cristobal Bordiú, 19-21, 4ºDcha. 28003 Madrid. Telf.: (+34) 91 781 63 70

Diseño y maquetación:
Agencia Raíz. www.agenciaraiz.es

ISBN: 978-84-09-52409-9

Depósito legal: M-20056-2023

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular, OAFI.

OSTEOARTHRITIS
FOUNDATION
INTERNATIONAL

OAFI, Osteoarthritis Foundation International
C/ Tuset 19, 3º-2ª · 08006 · Barcelona
Tlf: +34 931 594 015
www.oafifoundation.com