Reconocernos en la población que somos

Ágora FGCSIC

Cuanto antes asumamos que no volveremos a ser las poblaciones jóvenes y crecientes del pasado, antes podremos abordar la transformación de nuestros modelos de bienestar. Dolores Puga afirma que la pandemia de COVID-19 ha hecho patente la necesidad de transformar nuestros modelos asistenciales y de solidaridad intergeneracional para ajustarlos a la realidad de la población envejecida que actualmente somos.

Dolores Puga

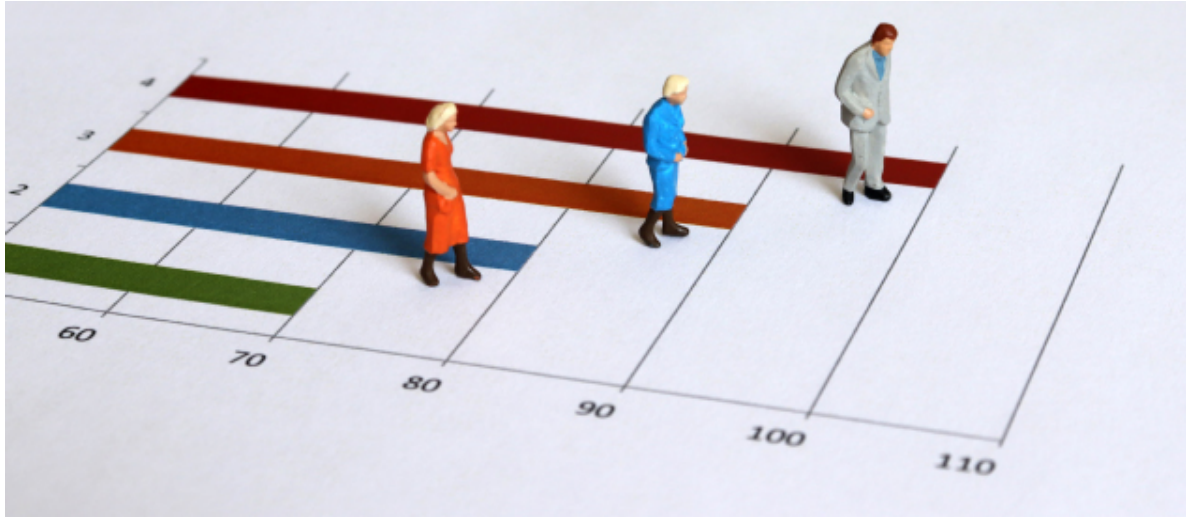
Científica titular en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC)

Línea FGCSIC COVID

En los últimos meses, me preguntan con frecuencia cómo va a afectar a nuestra población la pandemia de COVID-19. La respuesta más sencilla que tengo es: abriéndonos los ojos (o eso espero). Desde hace más de siglo y medio, nuestras poblaciones se están viendo transformadas por lo que conocemos como cambio demográfico. Durante ese largo periodo, las poblaciones europeas han vivido otras pandemias e incluso algunos conflictos bélicos. Ninguno de ellos ha alterado la tendencia a largo plazo de dicho cambio. No volveremos a ser las poblaciones jóvenes y crecientes del pasado. Cuanto antes lo asumamos, antes podremos poner manos a la obra de adaptar nuestros modelos de bienestar a las nuevas hechuras de una población envejecida. Lamentablemente, hemos perdido un tiempo precioso pretendiendo revertir el envejecimiento demográfico, pese a que desde el ámbito científico advertíamos de las evidencias de que es un fenómeno irreversible. Mientras tanto, llegó una nueva pandemia y nos mostró, de la forma más cruda, que el traje se nos había quedado pequeño, que ya no se ajusta a lo que somos ahora, en forma de dificultades de prevención y atención a una numerosa población con multimorbilidad crónica y de crisis de los sistemas de cuidados de larga duración. Como en el cuento infantil, nos ha mostrado que el emperador se había ido quedando desnudo, mientras nosotros nos distraíamos pretendiendo volver al pasado, volver a ser una población joven. No es hora de culpas, pero sí lo es de mirarnos en el espejo que nos ha puesto delante una pandemia y reconocernos en la población que somos, una población con individuos de más edad y de más edades, una población más compleja que la del pasado. Es hora de dejar de preguntarse cómo "arreglamos" el envejecimiento demográfico y empezar a preguntarse cómo nos adaptamos al mismo. Como esta epidemia ha puesto de manifiesto, las distracciones, los retrasos en esta tarea ineludible tienen un alto coste en salud y bienestar para el conjunto de la población, pero especialmente para la población más vulnerable.

El aumento de la supervivencia a problemas que antes eran letales ha derivado en un notable aumento de la población con problemas crónicos

El cambio demográfico es una certeza. Se trata de un proceso paulatino, a muy largo plazo, global e irreversible hasta donde sabemos. Desde hace siglo y medio la longevidad humana aumenta a un ritmo de tres meses cada año. Es decir, por cada día que sobrevivimos ganamos seis horas más de expectativa de vida. Esta evolución –llamativamente estable a lo largo de más de ciento cincuenta años– ha traído consigo una profunda transformación de nuestro sistema reproductivo. En cualquier especie, la mortalidad y la fecundidad están estrechamente relacionadas para asegurar la reproducción de su población. Las especies con alta mortalidad tienen también una alta fecundidad



que les permite llegar a reproducir sus poblaciones adultas. Las especies con baja mortalidad tienen suficiente con un menor esfuerzo reproductivo para sustituir a sus poblaciones. La especie humana mantuvo durante decenas de miles de años una esperanza de vida de entre 30 y 40 años. Las altas mortalidades infantiles hacían necesaria una alta fecundidad para llegar a garantizar la sustitución de las poblaciones adultas y, por tanto, la reproducción de la especie. El aumento paulatino pero constante de la esperanza de vida ha venido a alterar este escenario. Tras siglo y medio de disminución de la mortalidad a todas las edades, y con esperanzas de vida que superan ya los 80 años, las generaciones han adaptado su esfuerzo reproductivo a un escenario de alta supervivencia. En la actualidad, el aumento del tiempo de vida y la superposición de generaciones cumplen el rol que hace un siglo cumplía la alta natalidad en nuestro sistema reproductivo.

Desde mediados del siglo XIX, cuando se inició dicho proceso, las poblaciones europeas han sufrido varias pandemias e incluso algunos conflictos bélicos. Todos ellos dejaron una huella temporal en los indicadores de supervivencia de la población, siendo la esperanza de vida el más conocido de los mismos. Esta pandemia también lo hará. La esperanza de vida no es necesariamente creciente todos los años; no obstante, las pérdidas, cuando se producen, suelen ser muy discretas. Cuando tiene lugar una epidemia o un conflicto bélico, la sobremortalidad deja una huella más notable en los indicadores de supervivencia de la población durante algunos años. Sin embargo, ninguno de esos episodios ha dejado una huella en el cambio demográfico en forma de cambio de tendencia, ni siquiera de ralentización del proceso transformador. Esta tendencia a largo plazo se ha mantenido constante a pesar de las diversas crisis de supervivencia vividas durante el último siglo y medio. La actual epidemia dejará también una huella en la esperanza de vida durante algunos años. Los proyectos vitales truncados son pérdidas irreparables. Pero —salvo una duración, intensidad y perfil etáreo de la sobremortalidad no previsibles— no alterará la tendencia a largo plazo.

Este cambio en nuestro sistema reproductivo ha transformado nuestras poblaciones en múltiples aspectos. La primera de las consecuencias del mismo es que no volverán a ser —al menos no de forma notable y sostenida— poblaciones crecientes en ausencia de migración. En realidad, el crecimiento vegetativo es la excepción en la historia de una población, que tan solo se produce durante la etapa transicional al separarse las dinámicas de mortalidad y natalidad. No obstante, estas poblaciones excepcionalmente crecientes son las que conocimos durante el siglo XX en Europa, cuando construimos nuestros sistemas de bienestar. Una segunda consecuencia de la transición demográfica es el cambio en la estructura por edades de nuestras poblaciones. Una población que, para reproducirse a sí misma, genera menos niños, porque todos los nacidos sobreviven durante largas trayectorias de vida, es lógicamente una población con menos niños y más personas de más edad. Esta transformación hacia estructuras etáreas más verticales es conocida como envejecimiento demográfico, debido al aumento del peso relativo de la población mayor. Pero no solo las poblaciones postransicionales están compuestas por más personas de más edad, sino también de más edades. La prolongación

Dolores Puga

Miembro del grupo de Investigación sobre Envejecimiento del CSIC, su línea de investigación se centra en las condiciones de vida y salud en la vejez, y su relación con la familia, las transferencias intergeneracionales y los cuidados de larga duración. Ha participado o liderado más de 35 proyectos y redes, nacionales e internacionales, sobre estos temas. Cuenta con numerosas publicaciones sobre la materia, y ha sido galardonada con diversos premios, como el Pañella Casas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, el Rogeli Duocastella de la fundación la Caixa, el de Investigación Social Caja Madrid o el del Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid. Investigadora invitada en diversas instituciones internacionales (como el Colegio de México, la Academia Nacional de Ciencias de Rusia, el Instituto de Gerontología de Suecia, el Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires, el Centro Centroamericano de Población o el Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute), es consultora del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) de Naciones Unidas (CEPAL-ONU) en el área de Envejecimiento. Ha colaborado como experta invitada con distintas instituciones, como el Senado, diversos parlamentos autonómicos o la Conference of European Regional Legislative Assemblies. Ha sido gestora del Plan Nacional de I+D+i para Ciencias Sociales del Ministerio de Economía y Competitividad y forma parte del Comité de expertos en Envejecimiento de la Fundación General CSIC.

de la trayectoria de vida ha generado nuevas edades y no únicamente al final de la vida. Los nonagenarios y centenarios son las poblaciones que están registrando un mayor crecimiento en la actualidad. Estamos alcanzando mayoritariamente, como población, edades que previamente tan solo exploraban algunos individuos excepcionales. Estamos, por tanto, incorporando nuevas edades al curso de vida colectivo. Pero el aumento de la duración de la vida ha traído consigo el retraso de muchas transiciones y la creación de nuevas edades en distintos momentos de la vida. La división del curso de vida en tres edades, infancia, adultez y vejez, ya no se corresponde con la realidad de las poblaciones postransicionales. Entre la niñez y la adultez hemos creado la adolescencia. La juventud se ha prolongado notablemente. A inicios de la vejez hay autores que hablan ya de una gerontolescencia. Nos hemos convertido, por tanto, en sociedades más plurales, también, desde el punto de vista etáreo. Somos poblaciones mucho más complejas que aquellas para las que diseñamos nuestros sistemas de bienestar.

Es necesario acelerar la transformación del modelo asistencial para prevenir la cronicidad y atender mejor a los enfermos crónicos, que actualmente constituyen un segmento significativo de la población

Pese a ser, como se ha visto, el resultado de múltiples éxitos (somos más iguales ante la muerte, todos vivimos más, necesitamos un menor esfuerzo reproductivo porque perdemos menos vidas a edades tempranas...), con frecuencia en el debate público se identifica el envejecimiento con una amenaza. Todos hemos oído hablar de crisis demográfica, de invierno demográfico, o incluso de términos más dramáticos, a pesar de que desde el ámbito científico no nos cansamos de alertar de que este cambio no tiene ningún componente cíclico (tras la crisis viene una recuperación, tras el invierno, una primavera). Probablemente a dicha identificación entre envejecimiento y amenaza ha ayudado el paralelismo entre envejecimiento individual y envejecimiento demográfico que, si bien tienen muchos aspectos en común, no son procesos idénticos. Las poblaciones no nacen, crecen, se reproducen, envejecen y desaparecen. En las poblaciones, el envejecimiento no es el paso previo a la extinción. El envejecimiento demográfico es un proceso complejo, que va mucho más allá del simple cambio porcentual y que a su vez ha vuelto más complejas nuestras poblaciones, compuestas ahora por individuos con trayectorias de vida más largas, más diversas, con nuevas edades y transiciones biográficas retrasadas. Todo ello nos ha cambiado profundamente. Nunca más seremos poblaciones de niños, adultos y ancianos, como seguimos enseñando a nuestros niños en los colegios (¿hasta cuándo?) o seguimos utilizando en múltiples indicadores. ¿Alguien identificaría hoy en día a una persona de 65 años con un anciano? Nunca más seremos poblaciones jóvenes con problemas agudos de salud. Nunca más seremos poblaciones con amplios hogares

multigeneracionales y con generaciones de mujeres adultas no activas que sacrifican su vida para cuidar a otros miembros de la familia. Mientras ocurrían todos estos cambios y desde la ciencia alertábamos de ello y de la necesidad de adaptarse a un nuevo escenario, se nos tachaba de pesimistas y se distraía el debate público con cuestiones sobre cómo revertir lo irreversible, cómo volver a ser poblaciones jóvenes. Es necesario maximizar el alcance del conocimiento para distinguir las acciones efectivas de las que no lo son. Aquellos que propagan "realidades alternativas" consiguieron, a base de difundir recetas simples en un mundo complejo, que no se abordase la necesidad de readaptar el sistema. Un sistema que habríamos necesitado tener funcionando de forma eficaz para poder enfrentar con mayor éxito riesgos como una nueva epidemia global.

En este escenario estábamos cuando se produjo la epidemia de COVID-19, mostrando una gran heterogeneidad tanto en incidencia como en supervivencia. Ello hubiese hecho especialmente relevante la capacidad de segmentar las estrategias de prevención y respuesta. Las trayectorias previas de salud individual, con presencia de problemas crónicos y condiciones de larga duración, parecen determinantes, si bien la alta heterogeneidad mostrada también entre la población con problemas crónicos haría necesario conocer mejor los perfiles de riesgo relacionados con las trayectorias previas de cronicidad y salud. También ha mostrado una gran heterogeneidad territorial, y la composición generacional del entorno social podría ser significativa en términos de riesgo de contagio.
El entorno inmediato puede resultar determinante en la incidencia del SARS-CoV-2 y controlar las características del mismo es esencial. La convivencia intergeneracional, la distancia y contacto presencial entre generaciones, la densidad demográfica en el barrio de residencia o la densidad y accesibilidad a servicios pueden resultar factores relevantes a la hora de anticipar riesgos de contagio. Por todo ello, resultaría esencial, a la hora de definir y anticipar perfiles de riesgo, contar con sistemas de salud y cuidados integrados, con capacidad de prevención y de incorporar distintos niveles de información, desde factores individuales hasta sociales y ambientales.

Precisamos transformar un sistema que atiende pacientes en uno que gestione poblaciones, que sea capaz de prevenir, de rehabilitar y de segmentar respuestas en poblaciones complejas

Pero todo ello nos pilló preguntándonos cómo "arreglamos" el envejecimiento demográfico en vez de cómo nos adaptamos al mismo. Hemos finalizado ya la transición demográfica. Ya no es un escenario futuro, somos una de las poblaciones más envejecidas del mundo, con población de más edad y

de más edades. No obstante, seguimos sin reconocernos en la población que ya somos. Los retos son múltiples y en áreas muy diversas. No lo retrasemos más, cambiemos ya la pregunta. Aprovechemos la oportunidad para focalizar la nueva década en afrontar los retos del cambio demográfico. No vamos a "arreglar" el envejecimiento demográfico. Es hora de empezar a preguntarnos cómo gestionamos poblaciones que ya no son las del pasado, para poder responder de forma eficiente a los riesgos con los que nos encontremos por el camino. Ajustar los sistemas de solidaridad intergeneracional y de salud y cuidados con las necesidades de una población envejecida es una prioridad. No es con políticas basadas en más de lo mismo y en trasladar la culpa a la población como podemos afrontar este reto.

El aumento de la longevidad se ha producido gracias al aumento de la longevidad libre de discapacidad grave. Los años vividos con discapacidad grave se retrasan en el curso de vida, pero no aumentan. Estamos aumentando la vida con autonomía, aunque no libre de morbilidad y problemas leves. El aumento de la supervivencia a problemas que antes eran letales, cronificándolos, ha derivado en un notable aumento de la población con problemas crónicos. Ello hace necesario transformar de manera efectiva el modelo asistencial y gestionar de forma más eficaz a los enfermos crónicos. Sabemos atender a los pacientes, pero no podemos segmentar y predecir qué pacientes tendrán mayores necesidades ante un determinado riesgo como el actual. Es cuestión de poder anticiparse. Tenemos un modelo centrado en el rescate, en lo agudo, en atender el episodio. Es necesario acelerar la transformación para prevenir la cronicidad y atender mejor a los enfermos crónicos, que ya son un segmento significativo de la población. La excelencia clínica y técnica diseñada para tratar problemas agudos no es eficiente para el cuidado de pacientes con múltiples problemas crónicos. Son necesarios perfiles profesionales capaces de atender a los pacientes en casa, y capaces de anticiparse y prevenir los posibles riesgos. Precisamos transformar un sistema que atiende pacientes en uno que gestione poblaciones, que sea capaz de prevenir, de rehabilitar y de segmentar respuestas en poblaciones complejas. Y para una mayor efectividad es necesaria una aproximación integradora, con servicios basados en la comunidad que no olviden el vínculo entre los individuos y su entorno físico y social, con trayectorias integradas de cuidados, tecnologías que permitan prestar servicios a distancia, y perfiles de estratificación de la población por riesgo, que permitan "apuntar" mejor en intervenciones preventivas o asistenciales. Debemos evolucionar desde una atención con enfoque reactivo y curativo a un enfoque preventivo a lo

En el sur de Europa, la familia ha sido la principal proveedora de cuidados facilitando un menor desarrollo de los sistemas públicos de cuidado

largo de la vida y centrado en la salud, no en la enfermedad. Se trata de promover el bienestar a lo largo de la vida, creando entornos físicos y sociales que promuevan la salud e incrementen el conocimiento y las habilidades de la población, y reorientando los sistemas hacia la prevención.

El sistema español de cuidados de larga duración se caracteriza por una cobertura menoscabada por una larga lista de espera, una limitada disponibilidad y una baja intensidad protectora que requiere de la complementariedad de la asistencia familiar o de recursos propios

Otro de los pilares del bienestar son los cuidados de larga duración. Precisamos cuidados en momentos muy distintos de nuestra existencia, pero estos son más intensos en ambos extremos del curso de vida, en la infancia y en la vejez. Por ello requieren una atención creciente en poblaciones envejecidas. El desarrollo de sistemas de cuidados de larga duración ha adquirido una importancia creciente a medida que las poblaciones europeas, en conjunto, han avanzado en su proceso de envejecimiento. En el sur de Europa, la familia ha sido la principal proveedora de cuidados, facilitando un menor desarrollo de los sistemas públicos de cuidado. El sistema español de cuidados de larga duración se caracteriza por una cobertura menoscabada por una larga lista de espera, una limitada disponibilidad, dado que está dirigido a los niveles más altos de dependencia, y una baja intensidad protectora que requiere de la complementariedad de la asistencia familiar o de recursos propios. Las consecuencias de la pandemia deberían servir para acabar con el actual modelo, que bascula en gran medida sobre el sistema residencial, y establecer un sistema de cuidados de larga duración centrado en las necesidades de las personas y en el cuidado en la comunidad, que priorice la autonomía residencial y en el que los cuidados en instituciones sean el último eslabón en la cadena de servicios.

La figura de la hija adulta, no activa, como principal sustentadora del cuidado familiar está en vías de desaparición. Encontraremos, cada vez en mayor medida, parejas de personas mayores que se cuidan mutuamente, ambos frágiles, ambos cuidados, ambos cuidadores. Ello exige el rediseño de las políticas de cuidados de larga duración, que ya no podrán contar con la figura de la sustentadora principal de la red de cuidados. Serán redes más amplias, con más cuidados parciales, con gestores y provisores del cuidado, con complementariedad de flujos de cuidado informal y formal públicos y privados. En este escenario de hogares de mayores cuidando de mayores, envueltos en redes más plurales, es fundamental el esfuerzo en adaptación de entornos, empezando por las viviendas y siguiendo por el barrio. La vivienda es el escenario de la mayor parte de los accidentes en la vejez. La adaptación de las viviendas ahorraría muchos costes sociosanitarios. Parece fundamental un esfuerzo en adecuación de viviendas, así como en pequeñas infraestructuras domóticas y dispositivos de vigilancia avanzada para facilitar que parejas de mayores frágiles puedan seguir cuidándose mutuamente con seguridad y calidad de vida. A su vez, a edades avanzadas, encontraremos cada vez más mujeres ancianas viviendo solas. Ello es una buena noticia, en la medida en que todos queremos envejecer en nuestro hogar y en nuestro espacio de vida. Pero a su vez exige invertir en servicios de prevención que combinen tecnología y apoyo personal. A edades avanzadas, en las que la movilidad se ve reducida, son fundamentales las redes de proximidad. Serían necesarias intervenciones que favorezcan un fortalecimiento de las redes de proximidad, de la comunidad y el barrio como entorno amigable con la ancianidad y de cuidado colectivo.

En este escenario de hogares de mayores cuidando de mayores es fundamental el esfuerzo en la adaptación de entornos, empezando por las viviendas y siguiendo por el barrio

Para ser más eficientes en el cuidado de la salud y la autonomía en poblaciones envejecidas necesitamos trabajar en una lógica de curso de vida, en vez de en una lógica sectorial. Es necesario pensar en procesos temporales de acompañamiento, más que en intervenciones puntuales; crear trayectorias de cuidado y establecer mecanismos que, actuando en un momento biográfico determinado, puedan tener carácter acumulativo en etapas posteriores, con una lógica que favorezca la autonomía; y modificar la perspectiva de las políticas incorporando una óptica no solo individual, sino también familiar y comunitaria, con programas que involucren a los individuos, a su familia y a su entorno social. El paradigma es movilizar los recursos existentes y aumentar la capacidad funcional para permitir mantenerse independiente el mayor tiempo posible. El énfasis no está solo en proveer cuidado, sino también en rehabilitar para intentar mantener a los ciudadanos en mejor estado físico y social con vistas a cuidar de sí mismos. Mejorar

la amigabilidad de las localizaciones y la rehabilitación de las viviendas, expandir más los servicios a domicilio con un más amplio rango de servicios provistos en el hogar, aumentar las tecnologías de cuidado, poner un mayor énfasis en la prevención y rehabilitación, movilizar las propias capacidades de los usuarios, de su familia y de la comunidad, establecer formas flexibles de determinación de necesidades, y reclutar y retener personal de cuidados, pueden hacer el reto más manejable.

Desde el punto de vista demográfico no nos va a cambiar la pandemia. Pero si nos sirve para reconocernos en la población que ya somos, no sería poco. Entender el bienestar en sociedades envejecidas exige entender el bienestar y sus facetas a lo largo de cursos de vida expandidos y diversificados. Podemos seguir mirando al pasado y ponernos en duelo, o podemos mirar hacia delante y buscar sistemas nuevos para construir un mundo más seguro para todos.

Artículo núm. 09 | Diciembre 2020

COPYRIGHT © 2020 FUNDACIÓN GENERAL CSIC.
TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.
Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso de los autores