

LA DEPENDENCIA: TAMBIÉN UN PROBLEMA MÉDICO

JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO
Académico de Número
Real Academia Nacional de Medicina

Sumario

1. DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO (CONCEPTOS).
2. DE CUÁNTOS. CONSIDERACIONES DEMOGRÁFICAS.
3. ¿POR QUÉ SE HACE UNA PERSONA DEPENDIENTE?
4. ¿SE PUEDE VALORAR LA DEPENDENCIA? ALGUNA REFLEXIONES.
5. ¿SE PUEDE PREVENIR LA DEPENDENCIA?
6. CONSIDERACIONES FINALES.
7. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Ley de dependencia, dependencia, prevención, medicina y geriatría.

RESUMEN

El presente trabajo pretende ser una llamada de atención acerca de los componentes médicos que incorpora tanto en su espíritu como en su letra nuestra "Ley de Dependencia". A juicio del autor, tanto el legislador, como las personas y entidades encargadas de presentar, difundir y aplicar la Ley, han insistido en los aspectos sociales de la misma, pasando sin valorar adecuadamente todas las cuestiones relativas a la salud. La salud, su pérdida, está en la raíz de la mayor parte de las causas de dependencia. También en los problemas inherentes a la valoración de la misma y en la toma de decisiones con respecto a las decisiones que deben aplicarse en cada caso. Este trabajo insiste en el valor de la prevención y en la necesidad de fijar este apartado como objetivo básico con el fin de reducir los casos de dependencia. También en la educación sanitaria como norma de conducta y en la importancia de sensibilizar a los profesionales sanitarios, especialmente a los médicos de atención primaria, en todo lo relativo a este tema.

KEYWORDS

Dependency Act, dependency, prevention, medicine and geriatrics.

ABSTRACT

This work is intended as a warning about the medical components incorporated, both in spirit and in letter, in our "Dependency Law". According to the author, both the legislator and the persons and bodies responsible for submitting, disseminating and enforcing the law have dwelt upon its social aspects, proceeding without adequately assessing all the health issues. Health, its loss, is at the root of most of the causes of dependency. As well as the problems inherent in its assessment and in making decisions regarding the decisions to be applied in each case. This work emphasizes the value of prevention and the need to establish this section as the basic objective in order to reduce dependency cases. As well as in health education as a rules of conduct and the importance of raising awareness among health professionals, especially primary care physicians, in all matters concerning this subject.

El origen inmediato de este trabajo hay que situarlo en la conferencia que con un título parecido tuve que impartir recientemente en una sesión científica extraordinaria de la Real Academia Nacional de Medicina dentro del ciclo: "Dependencia y Atención Primaria: una cuestión de sensibilización". Diré que tanto en las consultas que llevé a cabo para elaborar dicha ponencia, como, desde mucho tiempo antes, en las múltiples conversaciones mantenidas a lo largo de todos los años durante los que se estuvo gestando la actual Ley de "Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" (la llamada "Ley de Dependencia"), así como en los inmediatamente posteriores a su entrada en vigor, escucho de manera regular a la gran mayoría de las personas involucradas en el tema que trabajan en ámbitos no vinculados a la salud, que estamos ante una cuestión que no es ni debe considerarse un problema médico, sino meramente social. Se trata de una afirmación muy repetida, con independencia de la adscripción ideológica de quien la emite. Una afirmación con la que no estoy en absoluto de acuerdo y que subyace en las motivaciones que me llevan a escribir estos comentarios.

Ciertamente, no es esa mi manera de entender la Ley como voy a intentar poner de manifiesto a lo largo de estas reflexiones. Mi objetivo es destacar que la Ley de Dependencia y, sobre todo, el propio concepto de dependencia que da razón de ser a la misma, no solamente llevan en su propia naturaleza un marcado componente médico, sino que exigen que las cuestiones relacionadas con la salud deban ser tomadas permanentemente en consideración con el fin de poder cumplir de manera adecuada los propósitos que se pretenden.

1. DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO (CONCEPTOS).

Establecer una definición de lo que entendemos como "dependencia" y de lo que, en base a ello, constituiría el grupo de personas dependientes no resultó una tarea fácil. Tan sólo en una fecha tan tardía como 1998 el Consejo de Europa pudo llegar a un acuerdo donde se establecía que "son personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria". Una definición sencilla, fácilmente inteligible, aunque pueda adolecer de algunas imprecisiones como las que se derivan de lo indefinida que resulta la palabra importante o de la necesidad de utilizar un referente común para evaluar lo que entendemos como las actividades de la vida diaria (AVDs).

Nuestra Ley se basa en esta definición del Consejo de Europa. Una copia literal aunque incorpora tres referencias adicionales más o menos cuestionables (1). Una, bastante lógica, relativa al tiempo. Habla de "carácter permanente" de la situación de dependencia como requisito para acogerse a sus beneficios. Parece razonable que así sea. Otro de los añadidos es el referido a las causas. Se alude a "razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad". Luego comentaré lo inadecuado de incorporar la edad en cuanto tal como causa de incapacidad. Un tercer añadido que, a mi juicio, resulta innecesario, es la alusión expresa a "discapacidad intelectual o enfermedad mental". Digo innecesario porque lo que con ello se quiere transmitir ya aparece en la propia definición del Consejo de Europa. Probablemente, al haberlo hecho así, el legislador ha buscado dar satisfacción a las asociaciones de

familiares de este tipo de pacientes que exigieron expresamente esta mención.

Junto al concepto de dependencia suelen aparecer otros dos muy próximos que también conviene tener claros. Son los conceptos de discapacidad (o incapacidad) y de fragilidad. Estas tres expresiones no reflejan lo mismo, pero sí que existe una gran relación entre ellas. La definición de discapacidad ha sido todavía más difícil de consensuar que la de dependencia. Yo no he encontrado una que se pueda considerar común y aceptada de manera universal. El Instituto Nacional de Estadística definía en 2005 la discapacidad como "toda limitación grave que se padezca en la actualidad, que afecte de forma duradera a la actividad de quien la padece y que tenga su origen en una deficiencia".

En base a ello cabría discutir si discapacidad y dependencia pueden considerarse como sinónimos o, al menos, como términos muy próximos. Decidir si estamos hablando de lo mismo. A mi juicio la respuesta sería un "sí, pero no". Discapacidad es un término con mayor carga legal. Al hablar de dependencia estamos poniendo énfasis en una mayor necesidad de apoyo sanitario y/o social. La dependencia viene a ser en buen número de ocasiones una consecuencia de la incapacidad o de la discapacidad, por más que en el lenguaje coloquial ambos términos sean usados con frecuencia de manera indistinta.

El concepto de fragilidad, tremendamente actual en medicina y en geriatría, supone una idea mucho más próxima a la clínica y a la fisiología o, quizás mejor expresado, a la fisiopatología. Sus elementos definidores vienen determinados por una reserva orgánica escasa y, como consecuencia de ello, por un alto ries-

go de vulnerabilidad que se traduce en una facilidad progresiva para la aparición de fallo funcional orgánico a cualquier nivel. Ello determina un riesgo creciente de enfermar, y de presentar discapacidad y dependencia. Ha sido definida como una "situación de vulnerabilidad fisiológica, vinculada a la edad, derivada de la pérdida de los mecanismos de defensa y de la menor capacidad del organismo para responder a cualquier tipo de estrés" (2). Aunque no es el momento de entrar en el tema sí quiero dejar dicho que la fragilidad tiene sus propios factores de riesgo y se puede medir (cuantificar), disponiendo para ello de marcadores tanto orgánicos como sociales (2-4).

A partir de estas consideraciones de carácter conceptual creo estar en condiciones de poder afirmar que la dependencia sí es un problema médico. Lo es, como dice su definición, en base a las circunstancias que la originan, pero también por las posibilidades que existen dentro del campo de la medicina de intentar prevenir su aparición y por la necesidad de tomar en consideración cuestiones relativas a la salud a la hora de evaluarla y de establecer las recomendaciones pertinentes. Además, y como consideración complementaria, quiero insistir en que hablar de dependencia es hacerlo sobre todo de la persona mayor. De su (mala) salud y de la necesidad de facilitar apoyos sociales una vez haya sido detectada. La dependencia es, por consiguiente, un problema médico además de social y, al menos en gran medida, dentro ya del ámbito de la medicina, debe ser considerada un problema geriátrico.

2. DE CUÁNTO ESTAMOS HABLANDO. CONSIDERACIONES DEMOGRÁFICAS.

No voy a dedicar demasiada extensión a este apartado. Cuantificar el número de dependientes, establecer sus tasas con respecto al conjunto de la población, es algo bastante conocido a día de hoy y ha sido abordado con cierta frecuencia incluso desde estas mismas páginas. Tan sólo quiero llamar la atención en el papel que juega en ese contexto esa realidad que llamamos “envejecimiento poblacional” y en el hecho de que esta población envejecida se nos presenta como la principal protagonista de todos los fenómenos relacionados con la dependencia.

Sin entrar en muchos detalles recordaré que a lo largo del siglo XX la población española ha multiplicado por 2.5 su esperanza de vida media al nacer. Hemos pasado de los 35 años en 1900 a alrededor de los 80 un siglo después, siendo siempre esta esperanza de vida media más elevada en las mujeres que en los hombres. Y la tendencia sigue al alza. En términos relativos los españoles de más de 65 años apenas constituían el 4% del total de la población al inicio del siglo XX, mientras que en el momento actual esta proporción se encuentra en el 17%. En este mismo periodo de tiempo hemos multiplicado por 20 en cifras absolutas el número de sujetos mayores de 65 años y por 100 el de los centenarios (5).

Algunas de las características de nuestra población de más edad, útiles para situar el perfil de aquellos a quienes me estoy refiriendo, aparecen recogidas de una encuesta llevada a cabo por el Imserso en el año 2010 (6). Se nos dice que la población con más de 65 años era de 7.782.904 personas (16.7% del total), mu-

jes en el 57.5% de los casos. El 28.3% de ese colectivo tenía más de 80 años. Más de la mitad (el 54.1%) disponía de una renta inferior a los 900 euros. Estaban casados el 63% (el 79% de los hombres y el 51% de las mujeres). Había un 38.4% de viudas, proporción que alcanzaba el 50% entre las mayores de 80 años. Vivían solos el 19% y con algún hijo el 40%. Decían estar satisfechos en cuanto a las relaciones familiares el 89%.

Con respecto a su nivel de estudios eran anal-fabetos el 2.9%, sabían únicamente leer-escribir el 34.9%, disponían de estudios primarios el 48%, de secundarios el 6.5% y de algún título universitario el 3.3%. El 71.6% no pertenece a ninguna asociación. La vivienda es propia en el 82.6% de los casos, dispone de cuarto de baño/bañera en el 70%, de calefacción en el 64.9% y de aire acondicionado en el 22%. Tienen teléfono móvil propio el 42%, ordenador el 16.7% (24.1% en las ciudades y 8.8% en el medio rural) y manejan Internet el 9.6% (13.9% en la ciudad y 2.6% en el medio rural).

Son datos que, como digo, ayudan a conocer el perfil social de la población en la que se centran estos comentarios y que, evidentemente, mejoran los equivalentes llevados a cabo en estudios correspondientes a décadas anteriores (7).

Contemplado el panorama desde la perspectiva que aquí se analiza conviene recordar que una buena fuente de información nos la proporcionaron en los años iniciales del siglo actual, inmediatamente antes de la redacción de la Ley de Dependencia, diferentes estudios, promovidos tanto desde las instituciones públicas, como por algunas entidades privadas (fundaciones, compañías de seguros, etc.) en

orden a intentar cuantificar la magnitud del problema (8-13).

Los resultados de todos estos estudios sirvieron como base para diseñar los márgenes cuantitativos entre los que podría moverse la población implicada potencialmente por la Ley. Los resultados no variaban demasiado. Las pequeñas oscilaciones entre unos y otros guardaban relación con el instrumento de medida al que se había recurrido para evaluar cuestiones como las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y también de las características de la muestra de población seleccionada. De acuerdo con ello la mayor parte de esta información diseñaba un mapa en el que las personas mayores de 65 años con algún tipo de dependencia susceptible de caer dentro de la definición ofrecida se podía evaluar en torno al 30% del colectivo con una desviación aproximada por arriba y/o por abajo de entre el 3 y el 5%. Las previsiones del Ministerio en el momento de la puesta en marcha de la Ley con respecto al número de afectados era de 194.508 grandes dependientes, 379.603 dependientes severos y 560.080 dependientes moderados (14). Los estudios al respecto apuntaban a que más del 85% del colectivo de “dependientes” correspondería a personas que habían sobrepasado los 65 años de edad (15).

Ya con la Ley en marcha y con varios años de experiencia en su aplicación los datos a partir de las listas de solicitudes parecen haber desbordado por arriba esas previsiones aunque existen grandes diferencias geográficas interautonómicas, probablemente derivadas más de la manera de entender la Ley por parte de ciudadanos y gestores que no de una realidad objetiva explicativa de ese tipo de diferencias. Los datos objetivos disponibles excluyen a la

inmensa mayoría de potenciales dependientes menos severos, toda vez que en las disposiciones que regulaban la aplicación de la norma se les remitió en un primer momento a una segunda fase. Una voz muy autorizada, la de César Antón, actual director general del Imsero informaba en estas páginas que a 31 de diciembre de 2011 se habían reconocido a un total de 752.005 personas beneficiarios. Un 4.6% correspondería a lo que la Ley llama grado 1 (dependencia moderada), un 46.7% a dependencias severas (grado 2) y un 48.7% a grandes dependencias (grado 3) (16).

3. ¿POR QUÉ SE HACE UNA PERSONA DEPENDIENTE?

Llegamos al punto clave en cuanto a la consideración de la dependencia como un problema médico. Por qué entra una persona en la categoría de “dependiente”. Salvo excepciones muy concretas, absolutamente minoritarias y que se encuentran perfectamente cuantificadas, las personas no nacen con la dependencia puesta. Uno se convierte en dependiente a lo largo de la vida. En general como ya he señalado, ello ocurre en fases avanzadas de la misma. Los problemas de salud están detrás de la inmensa mayoría de cualquier forma de dependencia. Ello hace que, se mire como se mire, la medicalización del tema sea algo obvio, consustancial al mismo. Algo que cae por su propio peso y con lo que hay que contar, por más que el objetivo expreso de la Ley sea el de dar una respuesta social –se ha hablado de establecer el cuarto pilar del estado de bienestar– a un problema que preocupa al conjunto de la sociedad en todos los países desarrollados, pero que puede ser angustioso para muchos de los individuos que lo protagonizan así como para quienes conviven con ellos en su entorno

más inmediato.

Me voy a permitir algunas reflexiones de carácter general sobre la cuestión de la salud en las personas mayores. La primera es constatar que todas las encuestas al respecto tanto en nuestro país como en el resto de aquellos a los que podemos considerar similares la salud es, con diferencia, la preocupación principal para la persona mayor, y el factor determinante más acusado para su calidad de vida. Eso es así con independencia de cuál pueda ser la forma en la que se plantea la cuestión: preocupación, calidad de vida, aspiración, etc.

La segunda consideración tiene que ver con el cómo es la salud del mayor. También tenemos respuestas conocidas a esta cuestión. Cuando el planteamiento se establece en términos subjetivos, tal como cada 2-3 años viene haciendo el Instituto Nacional de Estadística a través de lo que llama Encuesta Nacional de Salud, entre un 40 y un 60% de los ciudadanos españoles mayores de 65 años afirman encontrarse bien o muy bien, mientras que las respuestas del tipo mal o muy mal sólo se producen entre el 20 y el 35% de los casos. Evidentemente, a más edad menos respuestas positivas y, curiosamente, también siempre a igualdad de edad menos respuestas positivas en las mujeres que en los hombres. Son datos que aparecen en forma muy similar en otras encuestas promovidas desde diferentes instancias, así como en las llevadas a cabo en países de nuestro entorno.

Sin embargo este optimismo no se corresponde con la realidad objetiva acerca de la salud del colectivo. Sabemos que presentan problemas cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, entre el 70 y el 80% de este grupo etario. Problemas osteoarticulares (prin-

cialmente artrosis, osteoporosis y secuelas de antiguas fracturas) entre el 50 y el 60%. Sensoriales, limitaciones para la vista y/o el oído, casi todos, más del 90% del colectivo. También, que algunos procesos crónicos como la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la insuficiencia renal pueden moverse en tasas de prevalencia de entre el 20 y el 25%. Las posibilidades de presentar tumores malignos y el riesgo de infecciones aumentan con la edad. También lo hacen, como queda dicho, las limitaciones funcionales susceptibles de cuestionar un manejo autónomo para las AVD básicas o instrumentales. La prevalencia de sujetos con algún grado de deterioro cognitivo se estima en el entorno del 10% con tasas crecientes en paralelo a la edad, y cifras parecidas se manejan en cuanto a la llamada patología extrapiramidal (enfermedad de Parkinson y trastornos afines).

En realidad nada de ello nos debe sorprender toda vez que, como he referido, la característica fundamental que determina el envejecimiento es la pérdida de los mecanismos de reserva con los que nacemos y, derivado de ello, el aumento de la vulnerabilidad ante estímulos cada vez menos agresivos. En este contexto tiene interés recordar que estos cambios –estas pérdidas– vienen por dos grandes caminos. En primer lugar por lo que conocemos como envejecimiento intrínseco que, sin entrar en detalles, está regulado por la carga genética individual de cada persona. Pero junto a ello actúa lo que llamamos envejecimiento extrínseco. Son aquellos cambios (pérdidas) derivados de la historia personal anterior de cada uno de nosotros (enfermedades padecidas a lo largo de la vida, secuelas quirúrgicas o de accidentes, etc), así como por los factores ambientales que han determinado nuestra

historia vital (hábitos de alimentación, grado de actividad física, exposición a factores de riesgo, etc.). Estas consideraciones tienen un valor importantísimo en todo lo que se refiere al apartado de prevención de la dependencia y, por desgracia, apenas han sido tomadas en consideración a la hora de elaborar la Ley.

La variabilidad interindividual en cuanto a la presencia más o menos acusada con la que se produce cada uno de estos cambios en las distintas personas y la cadencia con la que tiene lugar su aparición es enorme. Ello hace que, contrariamente a lo que señala la Ley, la edad en cuanto tal no pueda nunca ser considerada como una causa de dependencia, de la misma manera que tampoco constituye en sí misma una enfermedad. Ignorar esto es viciar el enfoque del problema desde su inicio. Sin embargo, resulta obvio que, en términos generales los cambios asociados al envejecimiento facilitan el aumento en el número de procesos patológicos edad-dependientes tanto agudos como, sobre todo, crónicos, así como la previsible aparición de situaciones de dependencia. Además contribuyen a empeorar el pronóstico y determinan una necesidad mayor de apoyo social. Pero es la patología y no la edad la que nos hace dependientes.

Dicho todo lo anterior recordaré que, en términos cuantitativos, los principales procesos médicos que generan dependencia son los siguientes: las deficiencias sensoriales, sobre todo las alteraciones en la visión, la patología cardiovascular, la patología osteoarticular, la neurodegenerativa y los llamados síndromes geriátricos.

En España como en otros lugares existen estudios que han intentado analizar lo que

podríamos llamar factores de riesgo de dependencia. Algunos incluso son anteriores a la entrada en vigor de la Ley y fueron diseñados para servir de orientación al respecto. Quiero destacar por su interés y por haberse realizado fuera del ámbito sanitario, el trabajo de Dolores Puga (15) donde la evaluación se establecía tanto desde la perspectiva social como desde la médica propiamente dicha. Entre los factores de riesgo que cabía llamar sociales esta autora encontraba con un nivel positivo de significación estadística ($p < 0.05$) los siguientes: la edad avanzada, el hecho de ser mujer, la viudedad, la analfabetización o la circunstancia de no haber pasado de los estudios primarios, la pobreza y el sedentarismo laboral. Pero junto a ellos destacaba también con significación estadística positiva otros que entran de lleno en el mundo de la medicina. Entre ellos la mala salud autopercebida, la presencia de tres o más enfermedades crónicas, la polimedicación, el encamamiento (inmovilidad), la obesidad, el tabaquismo y la inactividad física

Todavía una consideración adicional dentro de este apartado. La persona (o su entorno) que se considera dependiente o que, al menos, se plantea la posibilidad de ser evaluada al respecto, suele acudir de inicio para resolver sus dudas o, en su caso, para iniciar los trámites pertinentes a dos tipos de fuentes: a los servicios sociales de la administración y, probablemente con mayor frecuencia, al ámbito médico, sobre todo a lo que constituye la principal puerta de entrada en el sistema sanitario, al médico de atención primaria que le corresponde. Lo hace por entender que es ahí donde, en mayor medida, puede recibir información y orientación al respecto.

Tal y como está redactada la Ley y tal y como

se ha presentado y vendido a la ciudadanía la figura de este último profesional no aparece por ninguna parte. Una de las consecuencias de haberlo hecho así es que tampoco los médicos en general y, de manera específica, aquellos que trabajan en la atención primaria se hayan sentido interpelados en ningún momento ni hayan tenido una sensibilidad especial ante el problema. Sencillamente, lo desconocen en su profundidad, consideran que no va con ellos y cuando les surge o son preguntados por alguno de sus pacientes derivan al demandante a otras instancias. Tampoco son conscientes de cuál puede ser su papel si es que tienen alguno o de en qué medida les corresponde o no orientar, elaborar informes o participar en el curso del proceso.

Creo que la consecuencia inmediata de lo que acabo de señalar es la necesidad de insistir en la importancia del tema salud dentro del complejo mundo de la dependencia. No se trata de medicalizar el problema, ni tampoco el contenido de la Ley, pero ignorar que estamos ante una cuestión en la que los profesionales de la medicina juegan un papel determinante puede ser poco menos que suicida y, desde luego, enreda y encarece el proceso. Lo juegan sobre todo a los niveles: en el tema de la valoración y, más importante aún, lo deberían jugar en el tema la prevención.

4. ¿SE PUEDE VALORAR LA DEPENDENCIA? ALGUNAS REFLEXIONES.

Evidentemente la dependencia se puede valorar. Se puede y se debe “diagnosticar” tanto en el terreno médico como en el social. Y se puede cuantificar. Hacerlo así es una necesidad y está previsto por la propia Ley. Para llevar a cabo esta valoración funcional existen en la lite-

ratura geriátrica numerosos instrumentos diseñados en torno a la capacidad del anciano para desarrollar por sí mismo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En su inmensa mayoría se trata de escalas o índices diseñados en el último tercio del siglo XX, que, encuadrados en el contexto de la “valoración geriátrica integral” constituyen una de las aportaciones más importantes de la geriatría al conjunto de la medicina. A ellos hay que recurrir para conocer si existe o no dependencia y para valorar su severidad. Entre las más conocidas y utilizadas se encuentran los llamados índices de Katz (17) o de Barthel (18) para las actividades básicas, el índice de Lawton para las instrumentales (19), determinados test de cribado para la función cognitiva, como el MMS de Folstein (20), su versión española de Lobo (21) o el índice de Pfizer (22). También existen otros para valorar funciones más específicas como el estado de ánimo, la marcha, el equilibrio, etc. Insistiré de nuevo en la circunstancia de que todos estos instrumentos de medición han nacido en la medicina y más concretamente en la geriatría por más que puedan ser aplicados por otras instancias ajenas a la misma. Junto a ellos, para obtener el perfil más adecuado en cada caso se hace necesario, obviamente, añadir información sobre otro tipo de indicadores sociales y económicos (soledad, recursos disponibles y utilización de los mismos, niveles de pensión,...). Aunque no es el caso señalaré que existen, también escalas más específicas que evalúan la fragilidad. No voy a detenerme en ellas.

En definitiva la dependencia se puede y se debe evaluar. Así se señaló desde su inicio en los baremos oficiales (RD:504/2007) complementarios de la propia Ley. Unos baremos que se basan en los índices y escalas que acabo de señalar, todo ello impregnado de un gran

contenido médico. Para la aplicación de la norma cada CCAA recurrió a su propio criterio, siendo en algunos casos los responsables de esta evaluación profesionales sanitarios (sobre todo enfermeros) y en otros trabajadores procedentes del área social.

En lo que respecta a la cuantificación del nivel de dependencia el RD 504/07 establecía en su articulado tres posibles grados: moderada, severa, gran dependencia (art 26.1) y para cada caso dos planos distintos en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que se iba a necesitar (art. 26.2). Se valoraban las ABVD, la necesidad de apoyo, el estado de salud y el entorno en el que vive el interesado (art. 27). Vemos como de nuevo aparece de forma explícita una referencia a la salud.

Con posterioridad, esta norma inicial ha sido modificada buscando hacerla más simple y homogénea. También, evidentemente, buscando el ahorro. Ello se ha hecho a través de diferentes documentos legales: una resolución del 4 de febrero de 2010 que trata de órganos y procedimientos de valoración, un Real Decreto (RD 174/2011) que trata de baremos y un RD-Ley (Ley 20/2012) que se ocupa de lo que llaman estabilidad presupuestaria.

Terminaré esta apartado destacando de nuevo que, en último término, tanto las disposiciones iniciales como las modificaciones introducidas con posterioridad vemos que tienen en cuenta cuestiones relacionadas con la salud. No podría ser de otra manera. Sorprende que, pese a ello, las palabras médico y medicina hayan sido cuidadosamente esquivadas. Incluso que para llevar a cabo evaluaciones centradas esencialmente en la situación de salud de la

persona se haya recurrido por parte de muchas CCAA con el visto bueno de la administración central a profesionales ajenos a la sanidad.

5. ¿SE PUEDE PREVENIR LA DEPENDENCIA?

Sería la pregunta clave, por más que los legisladores hayan pasado como sobre ascuas en relación con el tema de la prevención. Parece una obviedad señalar que la mejor manera de combatir la dependencia es prevenirla. Impedir que surja. Sin embargo, este es un aspecto muy descuidado en nuestra Ley. La palabra “prevención” no aparecía en los borradores iniciales. Fuimos muchos los que insistimos, yo entre otros (23), para corregir esta ausencia. Ello determinó que en el texto definitivo sí que esté contemplada la palabra prevención, aunque lo sea de una manera poco menos que simbólica. Apenas aparece tres veces. La primera en el artículo “3g” donde se habla de “establecer medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental”. La segunda en el “15 A” referido al “catálogo de servicios”. A la hora de enumerar los mismos se mencionan “servicios de prevención de las situaciones de dependencia”. Por último el artículo “21” dice que “el Consejo Territorial acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberán cumplir los Planes de Prevención”. Eso es todo. A mi juicio, no creo que resulte exagerado señalar a la luz de las referencias citadas que, hoy por hoy, el tema de la prevención en la Ley de Dependencia no deja de ser algo parecido a lo que llaman los clásicos un brindis al sol.

Dentro de este campo creo que tiene interés recordar un trabajo del grupo de Victoria Zunzunegui en el que se hablaba de dependencias evitables. Dependencias vinculadas al género y

que tienen mucho que ver con los hábitos sociales y educacionales previos. Estos autores señalan que existe una mayor dependencia para las AVDs, sobre todo para las instrumentales, en los hombres que en las mujeres. Y que cuando aparecen las dependencias en las mujeres se asocian más a los problemas de salud, mientras que en los hombres interfieren con frecuencia los hábitos de vida anteriores. Los hombres estaríamos peor educados, algo, probablemente, poco discutible al respecto (24).

Desde hace bastantes años se viene hablando de la geriatría o gerontología preventivas. Un concepto que ha sido definido como “el estudio y la puesta en marcha de medidas referidas a los estilos de vida, al control del medio ambiente y, en términos generales, al cuidado de la salud, con el fin de maximizar la longevidad de individuos y poblaciones en las mejores condiciones posibles” (25). Entiendo que aplicar estos principios en busca de reducir la aparición de cualquier forma de dependencia constituye una necesidad y, por cierto, expresa otra forma de implicación directamente médica -también educativa- en el contexto del problema.

No puedo desarrollar aquí con un mínimo detalle los principios que deben regir esta gerontología preventiva. Sí mencionaré algunas de sus líneas básicas. Para ello conviene recordar los ya señalados mecanismos que intervienen en el proceso de envejecer ya que actuar sobre ellos será la mejor forma de aplicar las medidas preventivas.

En este contexto sabemos que, hoy por hoy, tenemos poco margen para actuar sobre lo que he llamado envejecimiento primario o intrínseco. En cambio, son enormes las posibilidades

de aplicar medidas que limiten o retrasen el envejecimiento extrínseco. Podemos evitar la aparición de determinadas enfermedades (prevención primaria) a través de medidas como la vacunación. La poliomielitis, una causa muy importante de dependencia hace un siglo, se encuentra ahora prácticamente desaparecida. También podemos limitar y/o retrasar las secuelas y complicaciones de muchas enfermedades crónicas (prevención secundaria) a través de la aplicación de determinadas medidas farmacológicas o no. Ejemplos típicos serían la diabetes, la hipertensión arterial, la osteoporosis o la insuficiencia cardiaca entre otras muchas. Y, sobre todo podremos contribuir a evitar dependencias a través de la modificación favorable en nuestros estilos de vida en cuestiones como la alimentación, la actividad física o la evitación de hábitos tóxicos, tabaco y alcohol principalmente.

Añádase a todo ello la posibilidad que ofrecen otras medidas como el cribado sistemático para lograr diagnósticos precoces en el caso de numerosas enfermedades crónicas o de determinados tumores de elevada prevalencia en edades avanzadas. Todo ello permite formas de actuación inmediatas y constituye también una manera eficaz de prevención de dependencias. Cabe añadir en la misma línea todo lo relacionado con las medidas de recuperación o rehabilitación tras determinados procesos (prevención terciaria). El ejemplo más típico sería la fractura de cadera.

A esta lista de posibles medidas preventivas, eficaces y, en muchos casos, de costes muy limitados habría que añadir otras posibles vías de actuación en este mismo campo como la lucha contra factores de riesgo bien conocidos, no sólo en el plano médico, sino también sociales,

ambientales y económicos, el cuidado sistemático a través de revisiones periódicas de la boca y de los órganos de los sentidos, el empleo racional de los fármacos para evitar iatrogenia, el cuidado del medio ambiente, la lucha contra la discriminación por edad y la prevención de abusos y malos tratos a los mayores.

En definitiva las medidas preventivas eficaces se conocen y son cuantificables. Son, evidentemente, las que generan un mayor beneficio tanto a corto, como, sobre todo, a medio y largo plazo. Por ello resulta más sorprendente que, hasta ahora, no hayan sido tomadas en consideración por quienes configuraron la Ley y por quienes son responsables de su aplicación.

6. CONSIDERACIONES FINALES.

Dando respuesta a la pregunta origen de estos comentarios a estas alturas de mi presentación creo que deben quedar pocas dudas de que la dependencia es, también, un tema médico y como tal debe ser incorporado a la Ley, al menos en su aplicación futura. Lo es en la medida en la que la pérdida de salud está en el origen de la mayor parte de los casos de dependencia. Igualmente, porque exige una valoración que incluye información acerca de la salud de la persona. Y, sobre todo, lo es porque la mejor manera de luchar contra ella es prevenirla, actuar sobre sus causas, sobre los problemas de salud que van a originarla.

Evidentemente, mi aspiración, insistiendo en la necesidad de contemplar la Ley también desde una perspectiva sanitaria y de tomar en consideración los aspectos de la misma más vinculados a la salud y a la medicina, no es hacer otra Ley, ni siquiera una modificación de la ac-

tual. Va más por el camino de su aplicación. De la necesidad de tomar en consideración todas las cuestiones que aquí he comentado e insistir en ellas de cara al futuro.

Creo que hay que ser mucho más proactivos en este terreno. Dar pasos hacia adelante, implica un cambio global de mentalidad a la hora de afrontar el problema. Representa intentar un mayor compromiso de la sociedad en su conjunto, pero, sobre todo, de los profesionales, de los creadores de opinión, de los educadores y, evidentemente, de las administraciones que deberán reconducir la cuestión tanto en lo que respecta a una mejora de la educación sanitaria como a la hora de la implementación de recursos. Mirar la Ley como lo que se ha pretendido que sea, un esfuerzo colectivo por completar el estado de bienestar. Nunca como un gasto superfluo o como una fuente de dinero que las administraciones pueden aplicar de manera discrecional a aquello que estimen más oportuno en cada momento.

Será necesario tener criterios uniformes a la hora de formar profesionales para la valoración, re-evaluación y seguimiento. También, rediseñar la prestación de servicios cuidando especialmente la formación de eso que llamamos cuidador. Sensibilizar en el tema a los profesionales (médicos y enfermeros) que trabajan en atención primaria. Aplicar una política de información más completa basada en la importancia de la prevención. Y, quizás lo más importante, modificar buena parte de las actuaciones previstas en orden a dar cabida y generalizar protocolos de prevención de eficacia contrastada en todos aquellos campos cuya predisposición para generar dependencia nos son bien conocidos.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (BOE 299, 15.dic.06).
2. Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. En Hazzard W, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME (eds) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology (5ª ed). McGrawHill. New York. 2003. Pgs:1487-1502.
3. Strandberg T, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. Lancet 2007; 369:1328-1329.
4. Pol-Little RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJJ. Frailty: defining and measuring of a concept. J Nutr Health Ageing; 2009; 13:390-394.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de movimientos de población en España. Madrid, 2011.
6. IMSERSO. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. (presentación y resumen). Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. Octubre 2010. El libro completo (730 pgs) ha sido publicado por el propio IMSERSO en noviembre de 2011.
7. Encuesta IMSERSO-CIS. 1995. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
8. INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid, 2005.
9. INE. Encuestas Nacionales de Salud. Madrid (publicadas cada 2 años).
10. Rodríguez P, et al. Discapacidad y envejecimiento. Escuela libre editorial. Madrid. 2003.
11. Sánchez Fierro J. Libro verde sobre la dependencia en España. Astra-Zeneca. Madrid, 2004.
12. Fundación Pfizer.- Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Madrid, 2002.
13. Abellán A, et al. El proceso de discapacidad. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 2004.
14. IMSERSO. Revista Minisval. Nº de enero-febrero, 2007.
15. Puga González MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: previsión al año 2010. Fundación Pfizer. Madrid. 2002.
16. Antón C. El sistema de dependencia. Mejoras para su sostenibilidad: rigor, transparencia y sensibilidad social. Actas Dependencia 2012; 6:9-34.
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz AW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185:914-919.
18. Mahony FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J 1965; 14:61-65.
19. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of the daily living. Gerontologist

1969; 9:179-186.

20. Folstein MF, Folstein DE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.

21. Lobo A, Ezquerro J, Gómez FB. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes ancianos. *Actas Luso Esp NeuroPsiquiater* 1976; 7:189-202.

22. Pfeiffer E.- A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23:433-441.

23. Ribera Casado JM. A propósito del anteproyecto de ley de dependencia. *Tribuna sanitaria*. "El País" 11. abril. 2006. pg 40.

24. Tomás C., Zunzunegui V., Moreno L.A., Germán C.- Dependencias evitables. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38:327.

25. Hazzard WR. Preventive gerontology: A personalized designer approach to a life of maximum quality and quantity. En Hazzard WR, Blass JP, Ettinger Jr. WH, Haltes JB, Ouslander JG (eds) *Principles of geriatric medicine and gerontology* (4ª ed). McGraw Hill. New York. 1999. pgs: 239-244.

