

VIENE DE LA SOLAPA ANTERIOR

**Espacio y sociedad en Asturias. Arqueología del paisaje y evolución social en el concejo de Castrillón**

María Isabel Míguez Mariñas

**Los montes comunales y vecinales de Asturias**

Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio

**Aquellos maravillosos baños. Historia del turismo en Asturias 1840-1940**

Juan Carlos de la Madrid

**Nuevas tecnologías de la información para el desarrollo local. El proyecto Adapt-Nutrias del suroccidente de Asturias**

Fermín Rodríguez Gutiérrez (ed.)

**Paisajes y paisanajes de Asturias. Organización del espacio y vida cotidiana tradicional**

Fermín Rodríguez Gutiérrez (ed.)

**Plan estratégico de la comarca del Valle del Nalón**

CDC Valle del Nalón y Ce-Codet de la Universidad de Oviedo

**Los indicadores bibliométricos. Fundamentos y aplicación al análisis de la ciencia**

Bruno Maltrás Barba

**Búsqueda y recuperación de información en bases de datos de bibliografía científica**

Marta Somoza Fernández

**Manual de documentación de la Unión Europea. Descripción, análisis y recuperación de la información eurocomunitaria**

Yolanda Martín González

**Aplicación de técnicas de clustering en la recuperación de la información**

Montserrat Mateos Sánchez, Carlos García-Figuerola Paniagua

**Gestión del conocimiento en las organizaciones: fundamentos, metodología y praxis**

Mario Pérez-Montoro Gutiérrez

**La revolución de los robots. Cómo la inteligencia artificial y la robótica afectan a nuestro futuro**

Idoia Salazar

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo y su importancia irá en aumento al preverse, en los países desarrollados, que la población anciana se cuadriplique en los próximos cincuenta años. Una transformación demográfica de este tipo tiene profundas consecuencias sanitarias, sociales, económicas y políticas, que exigirán cambios en las pautas de acción basados en el conocimiento de la población a la que van dirigidas. Sin embargo, la heterogeneidad de la población de mayor edad dificulta en gran medida la identificación de sus características definitorias. No existe una persona mayor «típica». Incluso la clasificación generalista entre personas mayores dependientes e independientes ofrece un punto de vista sesgado y presenta borrosas las fronteras entre ambas situaciones funcionales.

El Consorcio ELDER ha hecho suyo el objetivo de caracterizar la población mayor del Principado de Asturias en términos socioeconómicos y contextuales, así como en lo que respecta a sus condiciones de salud y bienestar. Esto exige una colaboración ambiciosa de todos los sectores implicados en la mejora de las condiciones de vida de este colectivo. Por ello, ELDER ha aunado a expertos asturianos pertenecientes a todos esos ámbitos, tanto públicos como privados: fundaciones, institutos, universidades, centros de investigación, *start-ups* e incluso consejerías se encuentran representadas en este equipo con la única intención de aportar su parcela de conocimiento en la descripción de los aspectos diferenciales del envejecimiento asturiano que cuenta con el apoyo de la Consejería de Ciencia dentro del Programa Misiones 2020.

Este libro pretende, por tanto, mostrar esta diversidad de focos de atención desde los que es posible estudiar el envejecimiento y tratar de caracterizarlo en profundidad, con la mirada puesta en el futuro de una generación que constituye ya más de una cuarta parte de la población asturiana y cuyo perfil varía paralelamente a la evolución social.



Consorcio ELDER: El reto de envejecer

Ana Coto-Montes (coord.)

Ana Coto-Montes (coord.)

# Consorcio ELDER: El reto de envejecer

Respuestas proactivas, responsables y preventivas al envejecimiento de la población en el Principado de Asturias



colección  
VaRiA

OTROS TÍTULOS

**Las personas mayores en Asturias. Perfil, demandas y necesidades**

J. M. García, J. M. Arenas, M. T. Bazo, M. Fonseca y A. M. Guillén

**Salud: ¿derecho o negocio? Una defensa de la sanidad pública**

Gaspar Llamazares Trigo, Gema González López y Miguel Souto Bayarri

**Información, salud y ciudadanía**

Michela Montesí, Gonzalo Marco Cuenca y Susana M.ª Ramírez Martín (coords.)

**El malestar con la alimentación**

Cecilia Díaz Méndez e Isabel García Espejo (coords.)

**Historia de la alimentación**

Jean-Louis Flandrin y Massimo Montanari (dirs.)

**Los alimentos funcionales: nuevos alimentos para un nuevo estilo de vida**

María Ángeles Menéndez Patterson

**Una historia comestible. Homínidos, cocina, cultura y ecología**

L. Jacinto García

**Lo comido y lo servido. Una aproximación a la alimentación en Asturias desde los primeros tiempos hasta la Edad Moderna**

Eduardo Méndez Riestra

**Las políticas y servicios de proximidad en el ámbito local: una oportunidad para la innovación social, la actividad económica y la gobernanza**

Fundación Kaleidos

**La arquitectura de la victoria. La reconstrucción de posguerra en Asturias**

Míriam Andrés Eguiburu

**La Asociación Popular de Cultura e Higiene de Gijón (1903-1937)**

Luis Miguel Piñera

**La estación pecuaria regional de Asturias. Somió-Gijón 1933-2005**

Manuel Cima García

CONTINÚA EN SOLAPA POSTERIOR

Este libro ha sido publicado gracias a la financiación alcanzada en la convocatoria Misiones 2020 (AYD/2021/9867) creada por la Consejería de Ciencia del Principado de Asturias.

COLECCIÓN VARIA

© del texto los autores de cada capítulo, 2022

© de esta edición Ediciones Trea, S.L.  
Polígono de Somonte  
María González la Pondala, 98, nave D  
33393 Somonte-Cenero. Gijón (Asturias)  
Tel.: 985 303 801 / Fax: 985 303- 712  
trea@trea.es  
www.trea.es

DIRECCIÓN EDITORIAL Álvaro Díaz Huici  
PRODUCCIÓN Patricia Laxague Jordán  
CORRECCIÓN Almudena Zapatero  
IMPRESIÓN Podiprint

D.L.: AS 00115-2022 ISBN: 978-84-18932-71-7

Impreso en España Printed in Spain

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo por escrito de Ediciones Trea, S. L.

La Editorial, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquiera de las páginas de esta obra o partes de ella sean utilizadas para la realización de resúmenes de prensa.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 277 04 47)

## Índice

|                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Prólogo .....                                                                                                                                    | 9  |
| Prefacio .....                                                                                                                                   | 11 |
| Informe sobre la situación contextual de la longevidad y el envejecimiento .....                                                                 | 13 |
| EVA GARCÍA FERNÁNDEZ, BEGOÑA LÓPEZ GONZÁLEZ, MARIO MARGOLLES MARTINS, BEGOÑA MENÉNDEZ TORAL, NOELIA VARELA ALLER                                 |    |
| Cómo encuestar a personas mayores de 65 años. Algunas reflexiones sobre el trabajo de campo .....                                                | 7  |
| SONIA OTERO ESTÉVEZ, VANESA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, CECILIA DÍAZ MÉNDEZ                                                                               |    |
| Condiciones sociales de la población mayor de 65 años del Principado de Asturias: datos de la encuesta social del proyecto ELDER .....           | 8  |
| JOSÉ PABLO CALLEJA JIMÉNEZ, SUSANA AGUDO PRADO, M.ª TRINIDAD PASCUAL FERNÁNDEZ                                                                   |    |
| Envejecimiento, salud y enfermedad: buscando marcadores clínicos y biológicos de fragilidad .....                                                | 9  |
| JOSÉ GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ, PABLO ENRIQUE SOLLA SUÁREZ, MANUEL BERMÚDEZ MENÉNDEZ DE LA GRANDA, EVA MARÍA LÓPEZ ÁLVAREZ, JUAN JOSÉ SOLANO JAURRIETA |    |
| Microbioma y envejecimiento saludable .....                                                                                                      | 10 |
| NOELIA MARTÍNEZ, CARLOS SABATER, IGNACIO MONTERO, DESIRÉE BARRIENTOS, ABELARDO MARGOLLES, CLAUDIO HIDALGO-CANTABRANA, SUSANA DELGADO             |    |
| El papel del interactoma celular y el NIRS en el desarrollo de biomarcadores en el envejecimiento .....                                          | 11 |
| E. ANTUÑA, A. RUBIO-GONZÁLEZ, C. CACHÁN-VEGA, Y. POTES, J. A. BOGA, I. VEGA-NAREDO, A. COTO-MONTES                                               |    |

tivas, responsables y preventivas al envejecimiento de la población en el Principado de Asturias), que agrupa a investigadores de reconocido prestigio en áreas que van desde la geriatría a la sociología y de las matemáticas a la gestión sanitaria, pero también incluye a *start-ups*, pymes y asociaciones especializadas y relacionadas con el ámbito del envejecimiento. Para lograr el objetivo propuesto, el Consorcio ELDER se planteó la realización de un proyecto piloto con el que el proceso de identificación de marcadores comenzó a materializarse. Sin embargo, una vez iniciado, se hizo patente la difícil coincidencia de tantos puntos de vista distintos que cada uno de estos profesionales podía ofrecer sobre el envejecimiento, que parecía necesario recogerlos para obtener una visión multifactorial original, pero también amplia y general del envejecimiento, asunto de trascendental interés para nuestra región. De dicha intención surgió este libro.

La ciencia no puede ser individualista. Actualmente, los grandes objetivos estratégicos a alcanzar precisan de una investigación colaborativa y generosa en la que todos los puntos de vista son necesarios y permiten el avance global de los proyectos. Extraños son los casos ya en los que un investigador obtiene resultados en solitario y es cada vez más frecuente, no solo el desarrollo de grupos multidisciplinares, sino incluso la asociación de grandes grupos que aportan nuevas capacidades, distintas metodologías y diferentes perspectivas del problema. Creemos firmemente en los beneficios que estas investigaciones aportan al avance de la ciencia, y este libro es un buen ejemplo de ello.

Esperamos que de esta colaboración surjan importantes marcadores que permitan desentrañar las características definitorias de la población de personas mayores de nuestra comunidad, pero la ciencia tiene que ser ambiciosa y, por ello, confiamos en que los conocimientos adquiridos en esta investigación puedan servir para colaborar en el desarrollo de estudios análogos de ámbito nacional y europeo, comparando, trasladando y discutiendo marcadores diferenciales que, finalmente, permitan obtener una caracterización discriminante del colectivo de personas mayores en Europa, con sus diferencias y similitudes. Sin duda tales resultados constituirían unos sólidos cimientos para la planificación y desarrollo de políticas europeas de acción en envejecimiento, directas y efectivas.

Por el momento solo estamos sentando las bases, unificando criterios y metodologías que esperamos resulten, en un futuro próximo, de utilidad para Asturias. Y con nuestra experiencia y conocimiento hemos desarrollado esta obra, que, esperamos, sirva a los lectores para constatar las múltiples visiones que el envejecimiento puede ofrecer, al tiempo que aporta luz sobre aspectos asistenciales, sanitarios y científicos del mismo y que consideramos importante observar desde una perspectiva unificada.

ANA COTO-MONTES

*Coordinadora de Investigación del Consorcio ELDER*

Oviedo, febrero de 2022

## Informe sobre la situación contextual de la longevidad y el envejecimiento

EVA GARCÍA FERNÁNDEZ<sup>1</sup> | BEGOÑA LÓPEZ GONZÁLEZ<sup>2</sup>  
MARIO MARGOLLES MARTINS<sup>3</sup> | BEGOÑA MENÉNDEZ TORAL<sup>4</sup>  
NOELIA VARELA ALLER<sup>5</sup>

### RESUMEN

El envejecimiento tiene que ser contemplado como una etapa del ciclo vital y del desarrollo humano, en el que están presentes no solo la dimensión biológica y/o funcional, sino su dimensión psicológica y social y las necesidades derivadas de las mismas. Las transformaciones económicas, sociales y de los modelos familiares, así como el cambio de perfil descrito, plantea la aparición de nuevas necesidades e intereses relacionados con múltiples dimensiones que, además, se articulan con la respuesta de los gobiernos para garantizar los derechos de la ciudadanía y la igualdad en ella, así como mantener la equidad, que es el eje guía en las actuaciones públicas.

Este capítulo consiste en una recopilación de información contextual, específica e individual del fenómeno envejecer y describe las características sociodemográficas, los hábitos de vida y el perfil de las personas mayores, su privación y la dependencia, articulándose con las políticas de abordaje del envejecimiento con los recursos disponibles para ellas en cuanto a la estructura disponible y el uso que esta población hace de los servicios sanitarios y sociales en el proceso del envejecimiento.

### PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, dimensión biopsicosocial, dependencia, privación socioeconómica.

<sup>1</sup> Consejería de Salud, Principado de Asturias.

<sup>2</sup> Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

<sup>3</sup> Consejería de Salud, Principado de Asturias, e Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA).

<sup>4</sup> Consejería Derechos Sociales y Bienestar.

<sup>5</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población constituye uno de los principales retos de los sistemas de bienestar en España y en Europa. El incremento de la longevidad, que es un aspecto positivo, ha tenido repercusiones no solo cuantitativas, en términos de aumento del número de personas mayores, sino que también ha dado lugar a cambios más cualitativos, al variar las condiciones sociales de los mismos (mejoras laborales, económicas, sanitarias, educativas) como consecuencia del cambio social ocurrido en las últimas décadas.

El perfil de las personas mayores está en transformación, su estilo y condiciones de vida en cuanto al aspecto relacional, convivencial, educativo o laboral varían en el tiempo. Por ello, las políticas dirigidas a este segmento de población deben partir del conocimiento de sus características y expectativas vitales.

En este sentido, el envejecimiento tiene que ser contemplado como una etapa del ciclo vital y del desarrollo humano, en el que están presentes no solo la dimensión biológica y/o funcional, sino su dimensión psicológica y social y las necesidades derivadas de las mismas. Las transformaciones económicas, sociales y de los modelos familiares, así como el cambio de perfil descrito, plantea la aparición de nuevas necesidades e intereses relacionados con los siguientes aspectos:

- Participación e integración.
- Soledad e impulso de nuevas redes de apoyo.
- Autopercepción e imagen social.
- Hábitat y nuevos modos de convivencia.
- Necesidades socioeconómicas.
- Mejora de la calidad de la atención.

Nuestro proyecto común tiene el título *El reto de envejecer. Respuestas proactivas, responsables y preventivas al envejecimiento de la población en el Principado de Asturias (ELDER)*.

Este proyecto consiste en una recopilación de información contextual, específica e individual del fenómeno de envejecer proponiendo para el futuro una serie actuaciones que atiendan a la articulación de los ámbitos sociales, grupales, psicológicos, fisiológicos, biológicos e incluso bioquímicos del proceso de envejecimiento.

Más allá de la información de las perspectivas ciudadanas de cómo se configura personalmente el acto de envejecer y de las creencias, costumbres y del relato que puedan hacer las personas de su propio proceso de envejecimiento en un contexto determinado y, más allá del proceso gerontológico y geriátrico del proceso fisio-senesciente, así como de los cambios bioquímicos y fisiológicos que puedan predecir el fenómeno que someterán a estudio otros equipos de este consorcio, en este documento se pretende conformar un dossier de información que permita, por un

lado, fijar un «diagnóstico de situación» actual de las personas mayores, así como de la respuesta de los diferentes sistemas implantados y articulados para garantizar la salud y, por otro, observar cómo los servicios ofertados pueden ayudar a las personas en su devenir.

Ese «diagnóstico» puede servir como punto de partida de cualquier tipo de respuesta y servir como articuladora de la propuesta de respuestas proactivas, que tendremos que definir bien a partir de las diferentes dimensiones detectadas, desde la más macro y holística hasta la más bioquímica y reduccionista.

Se afirma en este informe que «el factor clave para un envejecimiento saludable es la capacidad de conservar una vida lo más independiente posible durante el mayor tiempo posible. Los programas de fomento para un envejecimiento saludable y de prevención de las discapacidades entre las personas mayores tendrán como consecuencia una utilización más eficiente de los servicios sanitarios y sociales, y mejorarán considerablemente la calidad de vida de las personas mayores». El proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos del entorno, de los estilos de vida y de las enfermedades padecidas, que a su vez estarán relacionadas con el envejecimiento o cambian por estar sometidas al proceso del envejecimiento aunque no se deban a él.

Un objetivo importante de cualquier investigación asociada al estudio del envejecimiento es la identificación de los distintos factores que pueden contribuir a la supuesta mala salud de las poblaciones mayores. La oms promueve el «hacerse mayor sin envejecer» mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida.

Conocer los resultados de salud asociados al envejecimiento, así como los factores que pudieran estar interactuando con la edad, es fundamental para establecer medidas de intervención adecuadas de promoción y prevención de la salud que redunden en lograr disfrutar de un período de vida con mayor salud y calidad de vida.

Este informe pretende suministrar información a todo ese conglomerado contextual basada en la información propia de la que disponen las diferentes instituciones del Gobierno del Principado de Asturias. En esta primera fase de aproximación necesariamente es de carácter general, y posteriormente se irá poniendo el foco con mayor precisión en los fenómenos que sean objeto de interés especial.

La oms define la salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia». La salud es, por otra parte, un estado que debe cuidarse a lo largo de la vida, con el fin de que se disfruten en todo su esplendor sus beneficios a edades avanzadas. La buena salud será, pues, esencial para que las personas mayores conserven una calidad de vida aceptable.

A pesar de los considerables progresos obtenidos en el ámbito de las ciencias de la salud en las últimas décadas, que se han asociado a un importante aumento en la longevidad, alcanzar una edad avanzada aún conlleva un empeoramiento de la salud y un nivel de discapacidad que aumenta paulatinamente con los años.

El factor clave para un envejecimiento saludable es, como ya se ha dicho, la capacidad de conservar una vida lo más independiente posible durante el mayor tiempo posible. Por otra parte, el proceso de envejecimiento está muy influenciado por los efectos del entorno en que se vive, de los estilos de vida y de las enfermedades padecidas.

Por todo lo anterior, la puesta en marcha de programas que fomenten un envejecimiento saludable y la prevención de las discapacidades entre las personas mayores tendrá como consecuencia una utilización más eficiente de los servicios sanitarios y sociales, y mejorarán considerablemente la calidad de vida de las personas mayores.

La categorización del concepto de *viejo*, *tercera edad*, *persona mayor* y *envejecimiento* no está muy clara y evidentemente no son conceptos universales, sino que están condicionados por las características socioculturales del entorno en el que se vive. *Viejo* sería un término específico de cada persona, cultura, país y género. También se puede aplicar una definición cronológica de *tercera edad* o de *persona mayor*, que es la que se usa con más frecuencia, pero es cuestionada por su evolución.

La onu utiliza criterios con cifras tanto de personas de 60 años como de 65 y otras. La oms utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años, y este es el criterio aplicado en este estudio, con lo que el análisis se realiza sobre el grupo poblacional que más consensuadamente se ha estudiado.

Dadas las características sociodemográficas de nuestra población, sumamente envejecida dentro de un país que ya tiene una de las mayores esperanzas de vida en el ámbito mundial, Asturias es una comunidad idónea para hacer un diagnóstico de la situación sociosanitaria de las personas de edad avanzada que nos permita, además, plantear unas metas que nos lleven a lograr un envejecimiento activo y saludable de esta parte tan importante de la población.

Por otro lado, es imposible analizar y entender el envejecimiento y la salud sin una perspectiva de género. Los diferentes determinantes de salud a medida que envejecemos están relacionados con el género tanto desde el punto de vista fisiológico como comunitario y psicosocial.

El conocer los resultados de salud asociados al envejecimiento así como los factores que pudieran estar interactuando con la edad es fundamental para establecer medidas de intervención adecuadas tanto de promoción como de prevención de la salud que redunden en lograr un período de vida con mayor salud y calidad de vida.

Se compararán en este apartado en análisis cruzado y estratificado los resultados en salud de las personas de 65 años y más con los del resto de población asturiana, con el objeto de conocer el impacto sobre la salud que tiene la edad, que es incuestionable, ya que se trata de la variable más influyente, pero que se hace necesario cuantificar.

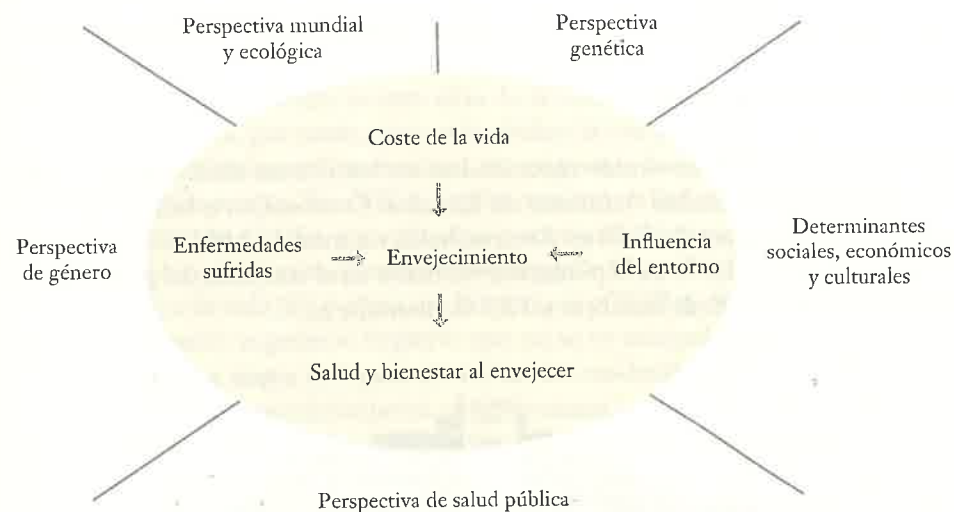


Fig. 1. Factores ligados a la longevidad y envejecimiento. Fuente: «Hombres, envejecimiento y salud», oms, 2001, en M. Margolles, I. Donate y M. P. Alonso (2012): *La salud en Asturias a través de las Encuestas*.

Realizamos, a su vez, un estudio de la magnitud de la asociación de las personas mayores con respecto al resto de la población, a través del cálculo de la *odds ratio* y del intervalo de confianza, calculado como el ic de Cornfield, de manera que nos permita conocer el grado o magnitud de la asociación en estimación puntual y en estimación por intervalo para un nivel de confianza del 95 %.

El objeto de este informe es dar contexto al modo en que las personas mayores viven su salud, es decir, cómo perciben sus estados de salud y social, así como cuál es la frecuencia de los comportamientos más saludables, la práctica de medidas preventivas y el uso de los servicios sanitarios.

También, se analiza la respuesta del sistema sanitario y social a la hora de proveer de servicios a este grupo poblacional, para ello se analiza la frecuentación en atención primaria y atención especializada en lo que se refiere a aspectos como hospitalización, urgencias, etc. Todo ello caracterizaría la distribución de las necesidades sanitarias expresadas a través del uso de servicios que la sociedad pone a su disposición tanto estructural como funcionalmente.

Por último, para completar el análisis descriptivo de la situación de las personas de más edad, se hace un análisis de la mortalidad, incluyendo las causas más frecuentes de fallecimiento y el nivel de deprivación sociosanitaria y de dependencia de este colectivo de población, teniendo en cuenta en ambos aspectos la perspectiva de género.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, HÁBITOS DE VIDA Y SALUD AUTOPERCIBIDA

## Datos sociodemográficos

La población asturiana ha venido reduciéndose en los últimos años, según los datos procedentes de la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI); el 31 de diciembre de 2020 en Asturias había un total de 1 011 560 habitantes, lo que representa el 2,1 % de la población residente en el conjunto del país, con una proporción del 47,7 % de hombres y 52,3 % de mujeres.

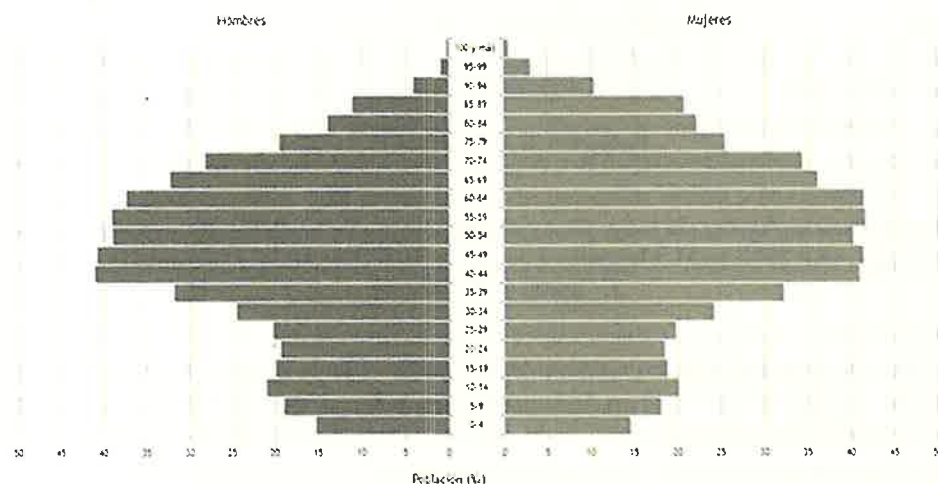


Fig. 2. Pirámide de población de Asturias, 2020. Fuente: SADEI.

El número de personas mayores de 64 años es de 268 823, lo que representa el 26,6 % del total, con una tendencia temporal ascendente, ya que en 2008 suponían el 21,8 % del total de la población asturiana. La distribución por género es de 58,2 % mujeres por 41,8 % hombres, además, cuando se hace una distribución por grupos etarios se observa que la proporción de mujeres se incrementa a medida que aumenta la edad.

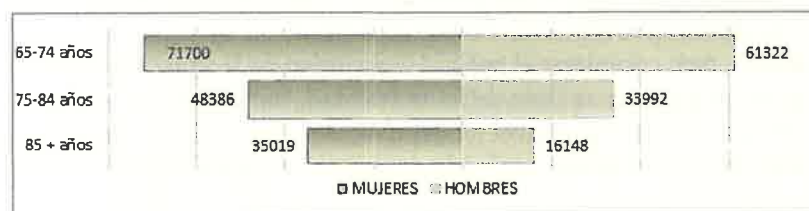


Fig. 3. Distribución de personas mayores por grupos etarios. Asturias, 2020. Fuente: SADEI.

La esperanza de vida al nacer se situó en 82,2 años (85,3 para las mujeres y 79 para los hombres), cifras ligeramente inferiores a las del conjunto del país que, sin embargo se encuentra entre las más altas de la Unión Europea.

La característica, por tanto, que mejor define la estructura de la población asturiana es su significativo envejecimiento, un rasgo que ha venido acusándose más si cabe en los últimos años. En 2020 la región muestra un índice de envejecimiento de 226,75 mayores de 65 años por cada cien menores de 16 años. Esta situación es resultado de una combinación de niveles muy bajos de fecundidad y de un alargamiento de la esperanza de vida (85,6 años para las mujeres y 79,85 para los hombres). Lo que da lugar a un saldo vegetativo negativo que no se ve mitigado por la entrada de población extranjera, ni por la llegada de nacionales residentes en otros puntos del país.

Estos niveles de envejecimiento comprometen la evolución de la población a medio plazo. Los indicadores de reemplazo y el hecho de que las mujeres tienen su primer hijo a edades cada vez más avanzadas, indican una reducción de las potenciales madres a corto plazo. En nuestra región residen tan solo 54 mujeres entre 20 y 24 años por cada cien entre 35 y 39 años (datos de 2019, los últimos disponibles).

|                                      | 2018   | 2019   | 2020   |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| Índice de dependencia                | 58,64  | 59,7   | 60,53  |
| Índice de envejecimiento             | 215,52 | 220,38 | 226,75 |
| Población de 80 años y más           | 8,86   | 8,78   | 8,62   |
| Población 65 y más                   | 25,25  | 25,71  | 26,17  |
| Edad media de la población           | 48,05  | 48,33  | 48,61  |
| Tasa bruta de natalidad              | 5,6    | 5,05   | 4,7    |
| Indicador coyuntural de fecundidad   | 1,03   | 0,96   | 0,92   |
| Tasa de crecimiento vegetativo       | -7,33  | -7,59  | -9,63  |
| Tasa bruta de mortalidad             | 12,93  | 12,64  | 14,33  |
| Extranjeros empadronados             | 40.084 | 41.626 | 45.321 |
| Índice de reemplazo de la fecundidad | 51,7   | 54     | ..     |
| Índice de potencialidad              | 56     | 54,9   | ..     |

Tabla 1. Datos demográficos básicos. Asturias, 2018-2020. Fuente: SADEI, Evolución de los indicadores, INE y ObseryASS.

En este contexto, las previsiones apuntan a un incremento de la población mayor que reside en la región. Las proyecciones de población que para nuestra comunidad autónoma ha elaborado el Instituto Nacional de Estadística (INE) consolidan y, si cabe, profundizan las tendencias actuales. El factor más relevante sigue siendo el del envejecimiento de la población. La proporción de población de 65 o más años, que

actualmente se sitúa en nuestra región en el 25 % (el valor más elevado del conjunto nacional), se situará en torno al 28 % en 2024 y superará el 33 % en el 2033.

Igualmente, la población de 80 y más años sigue al alza y pasará del 8,72 % de la población en la actualidad (tercer valor más elevado del conjunto nacional tras Castilla y León y Galicia) al 12 % en el año 2033.

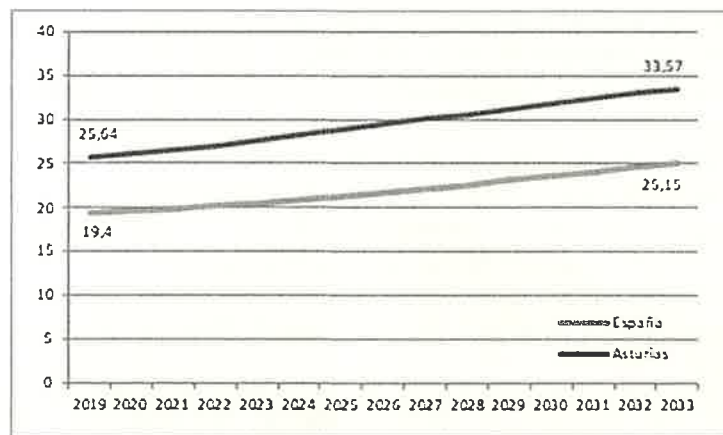


FIG. 4. Evolución esperada de la población de 65 y más años. Asturias-España, 2019-2033. Fuente: Elaboración ObservASS a partir del INE, *Proyecciones de población*.

El envejecimiento, especialmente feminizado, tenderá a intensificarse. Las últimas proyecciones de población de Asturias elaboradas por el INE plantean que en el transcurso de una década el grupo de mayores de 64 años se incrementará en más de 40 000 personas, alcanzando el 33,5 %. Con carácter general el fenómeno afectará al conjunto de concejos, acentuándose en los de tamaño intermedio y alcanzando la máxima intensidad en el mundo rural.

#### EL PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES

La encuesta de salud para Asturias del año 2017 (ESA17) proporciona una imagen transversal a través de una visión de la salud autopercibida, o sea, una valoración subjetiva de la salud y la calidad de vida.

Además en 2017 el Observatorio Asturiano de Servicios Sociales publicó un informe monográfico titulado *El perfil de las personas mayores en Asturias: evolución y situación actual*, que recoge un conjunto de datos sociodemográficos que permite conocer los cambios acontecidos en los últimos años, así como la situación actual de las personas mayores en nuestra región. Entre las conclusiones planteadas en ambos documentos destaca lo que se menciona a continuación.

En lo que se refiere a las personas mayores, se trata de un colectivo de mayores de 64 años que en su mayoría han nacido en Asturias, y por tanto en España (un 98,3 %).

En cuanto al estado civil predominante es el de casado/a y viudo/a. Sin embargo, se aprecia un aumento del número de personas casadas y separadas o divorciadas y una disminución de las personas viudas y solteras. Entre los hombres predominan los casados, mientras que en las mujeres, las viudas, cuestión relacionada con la mayor esperanza media de vida de estas.

Este colectivo tiene un nivel de estudios máximos declarados predominantemente primarios. No obstante, se aprecia un cambio, se está reduciendo progresivamente el número de personas mayores sin estudios, e incrementándose el porcentaje de personas con estudios de tercer grado. También se aprecian actualmente mejoras significativas en el uso de internet.

Según los criterios establecidos de clasificación estratificada de clase social, la mayoría de las personas mayores se clasifican en los estratos socioeconómicamente más bajos, es decir, se encuadran en las clases sociales IV y V.

El sistema de prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es la principal fuente de ingresos de la población de 65 y más años, tanto en el nivel contributivo como en el no contributivo. La mayoría de los ingresos son por pensión de jubilación o viudedad. Solo un 14 % de personas de 65 y más años está en situación laboral activa.

El número de pensionistas de los regímenes contributivos de la seguridad social ascendió a 271 944 en Asturias. La pensión media asciende a 1191,22 €, correspondiendo las mayores cuantías a las prestaciones vinculadas a la jubilación, 1400 € de promedio.

Adicionalmente, Asturias tiene además otros 3542 beneficiarios de pensiones no contributivas por jubilación cuya cuantía asciende a 402,80. En el caso de nuestra comunidad autónoma son complementadas con la prestación de salario social básico.

El gasto por hogar donde residen personas mayores es inferior a la media (12,5 % en 2015) y el gasto medio en hogares cuyo sustentador principal es una persona mayor de 65 años se incrementó en un 8,9 %.

Las personas mayores tienen con menor frecuencia préstamos hipotecarios que pagos de alquiler, fundamentalmente porque ya son propietarios. Asimismo, tienen en general menos dificultad para pagar facturas o recibos de servicios (2 %) o de compras aplazadas u otros préstamos.

La distribución en el resto de los sujetos adultos (16 a 64 años) muestra un panorama diferente. El porcentaje de personas nacidas en nuestra región es sensiblemente menor, con más de un 7,4 % de población/inmigrante extranjera. Los porcentajes de personas casadas son muy parecidos, mientras que los de los viudos, lógicamente, son muy inferiores. Hay mucha mayor presencia de personas con estudios medios que de primaria, y también tienen mucha menor representación las personas encuadradas en las clases sociales IV y V (las más desfavorecidas en la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología).

Por lo tanto, el perfil de persona mayor en Asturias sería una mujer de origen español, con estudios primarios y un bajo nivel socioeconómico.

El 86,3 % de las personas mayores de 65 años reside en una vivienda de su propiedad y la forma mayoritaria de convivencia es en pareja, si bien se aprecia un incremento de hogares unipersonales (en torno al 12 % con un mayor volumen de mujeres que viven solas).

La vivienda tipo tiene entre 61 y 90 metros cuadrados, sin diferencias significativas entre los dos grupos de población estudiados. En cuanto a los equipamientos básicos, casi la totalidad dispone de agua corriente, ducha o bañera y, en un porcentaje muy elevado, de calefacción y de teléfono. Tampoco en este caso se aprecian grandes diferencias entre las características de las viviendas de ambos grupos.

No parece que las viviendas de las personas mayores estén adecuadamente adaptadas para proporcionar una vida más cómoda y, sobre todo, más segura para los ancianos. Más de la mitad de las casas no disponen de ascensor, en un 40 % de los casos hay escaleras de acceso al portal y en el 50 % dentro del portal. Estos equipamientos tienen una presencia muy parecida en las casas del resto de la población y son solo ligeramente inferiores en los dos últimos apartados. No existe diferencia en las condiciones en relación con el ruido, zonas verdes, presencia de animales molestos, contaminación ambiental o industrial, tráfico, malos olores, limpieza en las calles o agua de consumo de pobre calidad.

- Personas con las que conviven en el hogar: los mayores comparten vivienda con menos personas que el resto de la población. Casi un tercio (27 %) viven solas, en el resto de la población este hecho se produce en un 20 % de los casos. Es decir, las personas mayores de 64 años tienen un 35 % más de probabilidad de vivir solas que el resto de la población; como en el caso anterior, esta diferencia es estadísticamente significativa. Un 55 % de las personas mayores convive con su pareja o cónyuge, un 42 % no convive con pareja.

El cuidado es ejercido mayoritariamente por mujeres, si bien el cuidado de las mujeres mayores recae en otro familiar.

- Autovaloración de la vida social: con el envejecimiento disminuye considerablemente la autovaloración de la vida social. Esta es calificada como al menos satisfactoria por un porcentaje sensiblemente inferior de las personas mayores, 79 % frente a un 85 % del resto de personas.

En las escalas de apoyo social (instrumento DUKE) el promedio de puntuación es de 46, lo que significa que un 7 % de ellas tienen una frecuencia de apoyo social percibido como bajo. Por otra parte, un 21 % participa habitualmente en actividades solidarias, proporción similar a la de personas más jóvenes. Un 14 % de las personas mayores no tiene diariamente posibilidad de disponer de tiempo de asueto.

- Maltrato o abuso: solo se tiene referencia de un 3,7 % de personas mayores que han sufrido maltrato explícitamente expresado, frente a un 8 % de personas

jóvenes. Entre las que lo han padecido ha tenido una gran repercusión sobre su vida cotidiana.

- Prestaciones económicas: existen ayudas económicas específicas gestionadas desde la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar dirigidas a personas mayores de 65 años, entre ellas:

- Ayudas individuales a personas mayores: de pago único y sujetas a convocatoria anual, dirigidas a financiar la adquisición de productos de apoyo o realización de adaptaciones en el hogar de personas mayores. Favorecen la independencia y el desenvolvimiento autónomo en las actividades de vida diaria, facilitando la permanencia en el entorno habitual y la participación e integración comunitaria. El importe concedido era estable en los últimos años, incrementándose en 2020 hasta los 237 890 €.

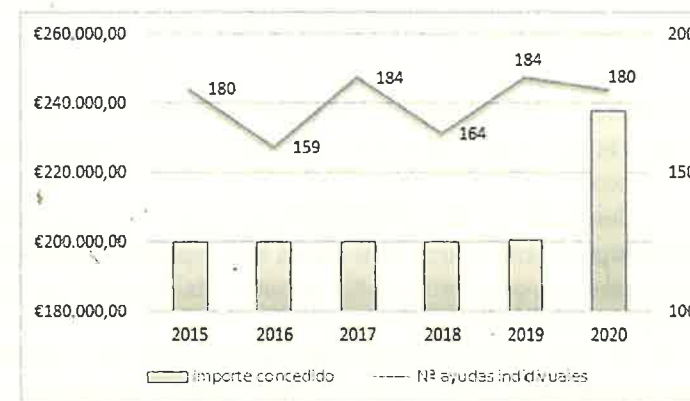


Fig. 5. Evolución del número y cuantía de ayudas individuales a personas mayores. Asturias, 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

- Pensión no contributiva de jubilación: asegura a las personas mayores de 65 años en situación de necesidad una prestación económica periódica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque que no hayan cotizado nunca o no lo suficiente para el acceso a una pensión contributiva. Las personas beneficiarias **deben reunir** requisitos como la carencia de ingresos suficientes o la residencia **actual y** previa, al menos 10 años, en territorio español. Además, cuando los recursos económicos no superan los límites prefijados, esta prestación se complementa con el salario social básico, garantizando un nivel mínimo de ingresos mensuales a las personas beneficiarias.

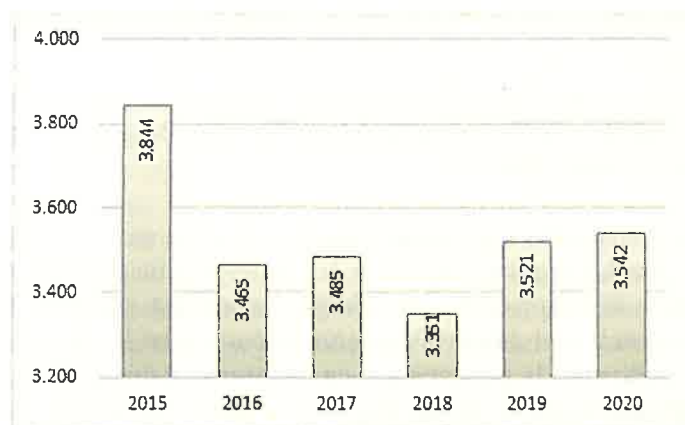


Fig. 6. Evolución de personas beneficiarias de PNC por jubilación. Asturias, 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

#### DATOS DE HÁBITOS DE VIDA Y PRÁCTICA DE MEDIDAS PREVENTIVAS

- ◀ Ejercicio y descanso: en su actividad principal, un 50 % se pasa la mayor parte del tiempo sentada y un 40 % nunca hace ejercicio físico en tiempo de asueto. Duermen un promedio de 7,7 horas al día. Un 20 % refieren que no descansan adecuadamente.
  - ◀ Restricción crónica de la actividad: hasta un 41 % de las personas mayores presentan limitaciones graves y un 7 % muy graves, mientras que en la población más joven solo representa un 20 % y 2 %, respectivamente. Cuatro quintas partes de esas limitaciones son de carácter físico.
  - ◀ Alimentación: las de mayor edad son las personas que más desayunan (solo un 8 % no lo hace), y suelen tomar pan, tostada o cereales (59 %), fruta o zumos (28 %), bollería o galletas (25 %). Solo un 6 % toma queso, huevos o carne en desayuno. Son el grupo de personas que más fruta fresca consumen diariamente (79 %), las que menos carne y huevos consumen al día (9 % y 3 % respectivamente), las que más pescado consumen semanalmente, así como arroz, patatas y pasta, verduras y ensaladas, legumbres y lácteos, pero las que menos embutidos consumen.
- Comen muy poca comida rápida, precocinada, comidas saladas y chucherías y beben muy pocos refrescos azucarados. Son los que menos zumo natural de frutas consumen. Sin embargo toman fruta en mayor cantidad (2,8 piezas diarias, y 1,8 raciones de verduras o ensaladas diarias) que el resto de la población. Solo un 1 % desayuna fuera de su hogar y solo un 2,4 % come fuera de casa habitualmente.

Un 16 % está a dieta o régimen (un 22 % para vivir saludablemente y un 44 % por enfermedad, intolerancia o alergia).

- ◀ Consumo de tabaco: un 12 % de las personas mayores aún sigue fumando diariamente. Un 28 % son exfumadores. Un 59 % (fundamentalmente mujeres) nunca fumó ni lo hace habitualmente. Un 85 % de los que fuman cigarrillos, un 9 % consume puros y un 4 % tabaco de pipa. Un 36 % de los de mayor edad son grandes fumadores (20 o más cigarrillos/día). En los fumadores el promedio de años consumiendo es muy elevado: 52 años. Un 62 % de los fumadores en estas edades fuma en presencia de no fumadores.
- ◀ Consumo de alcohol: el promedio de la edad de inicio de consumo de alcohol de personas mayores es a los 21 años (más tarde que las generaciones jóvenes) y el promedio de años consumiendo es de 51 años. Un 91 % de las personas que consumen alcohol en estas edades lo hace durante la semana y un 96 % en el fin de semana. El alcohol más consumido en estas edades es la sidra, seguido de vino y cerveza con alcohol. Atendiendo a la cantidad consumida durante la semana, un 4 % de la población mayor tiene un consumo de riesgo crónico (atendiendo a los estándares nacionales fijados), mientras que en fin de semana los niveles llegan al 27 %, lo que genera un riesgo total del 8 % de la población mayor.

Muy pocas personas mayores han tenido episodios de consumo intensivo de alcohol. Un 97 % refiere no haber consumido nunca cannabis.

- ◀ Prácticas preventivas: el 13 % de las personas mayores, a pesar del evidente mayor riesgo que tienen por la edad, no se ha tomado la tensión arterial en los últimos 12 meses. Un 20 % no se ha medido la glucemia en ese período de tiempo, un 18 % no se ha medido el colesterol.
- Un 15 % de las mujeres mayores nunca se ha hecho una mamografía. La mayoría de las que se la hicieron fue a través del programa de prevención del cáncer de mama. Un 22 % de las mujeres mayores nunca se ha hecho una citología vaginal. Solo un 11 % en el último año.
- Únicamente realizaron pruebas de cáncer colorrectal un 18 % de esta población. El de 65 o más años es el grupo etario en el que más se detectó sangre oculta en heces.

Solo el 55 % de las personas mayores se vacunó en la última campaña antigripal a pesar de estar muy indicado para este colectivo. Los motivos expresados fueron: debido a que tienen buena salud (35 %), no creen en la vacuna (16 %), no forman parte de ningún grupo de riesgo (15 %), aunque realmente sí pertenecen a un grupo de riesgo, el de la edad.

Cuando trabajaban solo un 27 % acudía siempre a los reconocimientos de salud laboral. Solo un 40 % se protege siempre del sol.

Un 90 % de las personas mayores se cepilla los dientes al menos una vez al día. En los últimos 12 meses, un 58 % no ha ido al dentista.

## DATOS DE SALUD AUTOPERCIBIDA

- ◀ Autovaloración de la percepción del estado de salud: con la vejez disminuye considerablemente la buena percepción del estado de salud. Un 51 % de las personas mayores de 64 años considera su salud al menos buena (excelente-muy buena-buena), frente a un 73 % del resto de la población. Un 14 % de mayores considera su salud mala o muy mala, frente a un 5 % en el resto de edades.
- ◀ Antropometría: la media de peso en personas mayores es de 73,8 kg y la talla de 163 cm. En una distribución categórica, menos del 1 % tiene peso insuficiente para su talla, un 28 % tiene un peso normal y el resto, 71 %, tiene algún grado de sobrepeso (44 %) u obesidad (25 %). Sin embargo, según su opinión, solo un 54 % de ellos y ellas tiene un peso por encima de lo normal.
- ◀ La morbilidad crónica: por supuesto es muy elevada en edades altas, las dolencias más frecuentes son el dolor de espalda, cervical o lumbar, la artrosis, la tensión alta, etc. Hay enfermedades más feminizadas (varices, artrosis, dolor de espalda, incontinencia urinaria, estreñimiento, osteoporosis, fibromialgia, etc.). Por el contrario, es más frecuente en hombres la cirrosis, úlcera gástrica, infarto de miocardio, EPOC, etc.

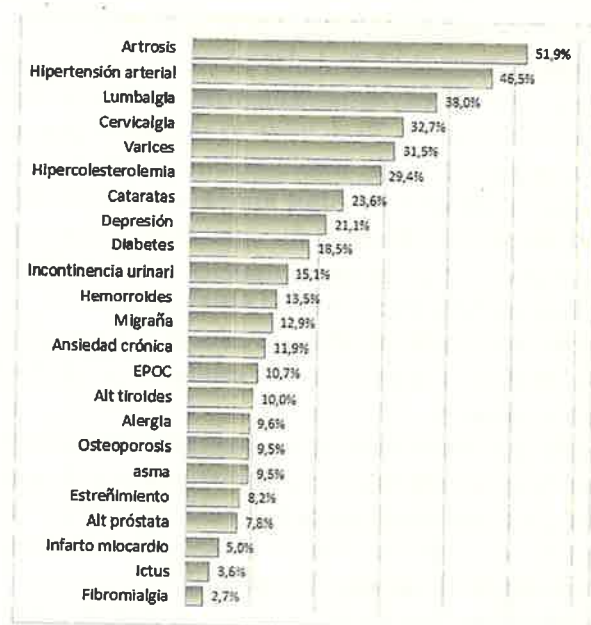


Fig. 7. Morbilidad más prevalente en personas mayores. Asturias, 2017. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias. jubilación. Asturias, 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

La ausencia de discapacidad visual solo es del 22 % en personas mayores vs. 72 % en personas jóvenes. La disminución en la audición llega al 25 % en personas mayores (4 % en jóvenes).

Un 33 % de las personas mayores tiene dificultad para la deambulación, un 44 % para subir escaleras, un 35 % para recordar o concentrarse, un 15 % para sentarse/levantarse de una silla, un 12 % para vestirse, un 6 % para ir al baño, un 11 % para ducharse o bañarse.

Un 40 % de las personas mayores no dispone habitualmente de ayuda para realizar actividades.

Un 6,6 % de personas de edad avanzada ha tenido un accidente doméstico en el último año, lo que ha generado en un 9 % de ellos un ingreso hospitalario.

- ◀ Salud mental: el valor promedio de las personas mayores según el instrumento GHQ clásico es de 1,73 (1,35 en personas entre 30-44 años), lo que indica una pérdida progresiva de la salud mental con la edad. Atendiendo a criterios de clasificación ordinal, un 31 % de la población mayor estaría en riesgo de mala salud mental con los criterios establecidos (19 % en personas jóvenes).
- ◀ Calidad de vida relacionada con la salud: utilizando el instrumento EuroQol EQ-5D-5L, el valor promedio en criterios de escala visual analógica (termómetro) en esas edades es de 68,26, mientras en jóvenes es de 87,93 con una pérdida progresiva con la edad de la calidad de vida, especialmente en las mujeres, a partir de los 45 años.

Según la escala EQ-index de este instrumento la pérdida de calidad de vida es también manifiesta (0,84 vs. 0,98 en personas jóvenes). Además, nos indica que un 37 % de las personas mayores tienen alguna dificultad para caminar, un 15 % para lavarse o vestirse, un 27,5 % para los cuidados y actividades cotidianas, un 45 % tiene algún tipo de dolor y malestar y un 23 %, algún problema de ansiedad o depresión.

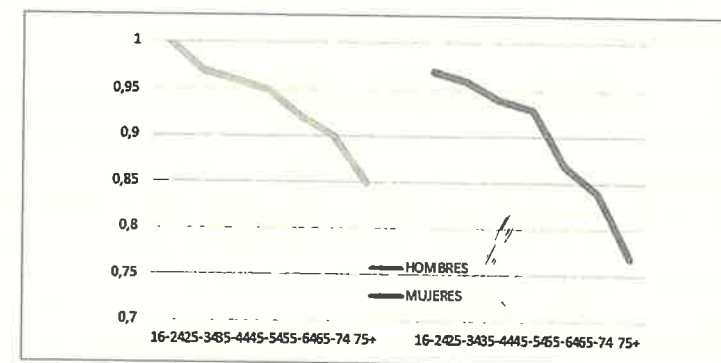


Fig. 8. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud por edad y género en Asturias, 2017. Escala EQ-index (valores 0-1) del instrumento EuroQol EQ-5D-5L. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias

## DATOS DE USO REFERIDO DE SERVICIOS SANITARIOS

Un 97 % de las personas mayores son usuarias del sistema público de salud, frente a un 2,4 % que tienen cobertura de asistencia sanitaria a través de mutualidades.

Un 54 % de ellas han consumido algún fármaco en las últimas dos semanas. Especialmente, fármacos para el dolor (48 %), para la tensión (44 %), colesterol (30 %), tranquilizantes relajantes (25 %).

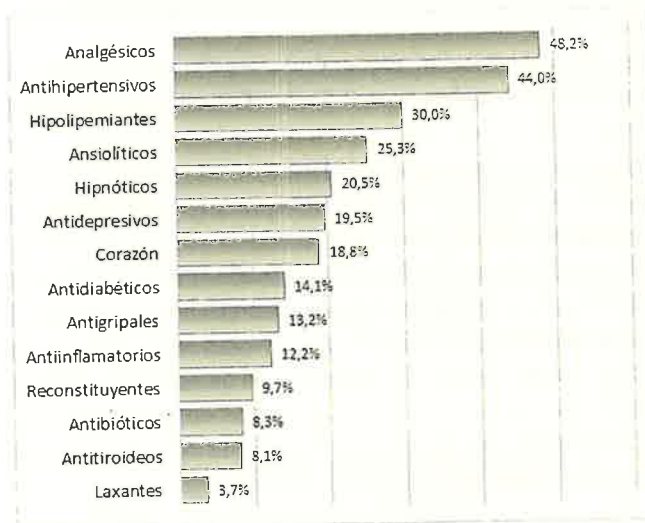


Fig. 9. Consumo de medicamentos más prevalente (%) en los últimos 15 días en personas mayores. Asturias, 2017.  
Fuente: Encuesta de Salud para Asturias.

En el último mes un 47 % de las personas mayores acudió a una consulta de medicina de familia o general, con un promedio de 1,44 veces en ese período. En los últimos seis meses fueron a una consulta de especialista un 40 % de las personas mayores, con un promedio de 1,6 veces.

En el último año las personas mayores tienen una frecuentación hospitalaria del 13,8 % (en jóvenes del 6,3 %), con un promedio de 1,2 veces al año. De los que ingresaron en hospital, un 40 % fue para una intervención quirúrgica, un 25 % para tratamiento médico sin cirugía y un 16 % para estudio médico diagnóstico.

Un 10 % ha estado en el último año en el hospital de día, con un promedio de 2,6 veces al año. Un 54 % de ellos para recibir un tratamiento, un 31 % para cirugía y un 7,2 % para la realización de pruebas.

Usaron en los últimos 12 meses un servicio de urgencias un 18 % de las personas mayores, con un promedio de 1,5 veces. Un 40 % de ellas por enfermedad aguda, un 26 % por agravamiento de enfermedad preexistente y un 26 % por accidentes.

Experiencias en relación con servicios asistenciales: cuando necesitaron atención sanitaria, el 60 % de las personas mayores en atención primaria tardaron en recibirla de 1 a 2 días, un 33 % en atención especializada esperaron entre 3-6 meses. Un 7 % de las personas mayores manifiesta haber recurrido a la medicina privada debido a la demora asistencial. Un 3 % indica que habiendo necesitado atención sanitaria no la obtuvo.

Solo un 11 % de las personas mayores manifiesta que la distancia a su consultorio (accesibilidad geográfica) está al menos un poco lejos. Un 3,3 % de las personas de esas edades indica que la accesibilidad horaria (horarios de consulta) es, al menos, poco adecuada.

Respecto a la valoración que hacen de los diferentes servicios sanitarios, un 8,7 % indica que la atención primaria (medicina y enfermería) es regular o mala, un 14,6 % tiene la misma valoración para la atención especializada, un 7 % para los ingresos hospitalarios, un 6,3 % para los servicios de urgencias de centro de salud, un 13,8 % para las urgencias hospitalarias y un 4,5 % para los hospitales de día.

## PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DE LA VEJEZ EN LAS PERSONAS MAYORES QUE RESIDEN EN ASTURIAS

Tras el impacto de la pandemia Covid-19 desde la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar se impulsó un estudio para conocer los deseos de las personas mayores residentes en Asturias en relación con los cuidados que les gustaría recibir. El estudio *Previsión de demanda de cuidados residenciales para personas mayores en Asturias*, realizado a finales de 2020, obtuvo resultados concluyentes:

Se aprecia un cambio en la percepción y en la forma de pasar la vejez, aun en dependencia, coherente con lo encontrado en otros trabajos previos:

- ◀ Alargamiento de la etapa de plenitud: buena parte de las personas entrevistadas confían en llegar con buena salud a los 80 años, esa frontera invisible entre la tercera y la cuarta edad.
- ◀ Cambio en la percepción de la vejez: además de un envejecimiento activo —y casi hiperactivo—, aparecen referencias a valores como la dignidad, la autonomía, la privacidad, la libertad, la individualidad, vivir en compañía de quien se quiere, que suelen plasmarse en envejecer en el propio hogar o en un entorno lo más similar posible a él.
- ◀ Recelo hacia los centros «geriátricos» tal y como hoy los conocemos. Deben responder a esa nueva percepción de la vejez, que debe vivirse en entornos hogareños, personalizados, respetuosos con la intimidad, unas características de las que ahora carecen o de las que disponen a precios prohibitivos para la mayoría.
- ◀ Se echa de menos una respuesta pública a este tipo de demandas, lo que impulsa a algunos grupos, en general personas perceptoras de rentas elevadas,

a buscar soluciones por su cuenta. El resultado son iniciativas que, aunque partiendo de planteamientos diferenciados, comparten otros elitistas, incompatibles con su generalización a toda la población.

- ◀ Se aprecia una actitud de conformidad e incluso reconocimiento y aprecio hacia la actual carta de prestaciones del sistema de dependencia. La actitud es más crítica hacia los pilares tradicionales del Estado del bienestar, como el sistema de pensiones o la sanidad, que hacia la atención a la dependencia, que se acepta con naturalidad.

Se detecta una preferencia clara y reiterada por las soluciones de atención domiciliaria frente a las residenciales:

- ◀ Las preferencias de las personas entre 55 y 75-años apuntan claramente a la atención domiciliaria y, a ser posible, en el propio hogar. Las soluciones residenciales registran preferencias muy bajas que, además, decrecen en función de la edad: cuanto más se acerca una posible dependencia, mayor es el grado de rechazo a la solución residencial.
- ◀ La preferencia por soluciones domiciliarias no puede atribuirse a la Covid-19. Los resultados son consistentes con respecto a estudios anteriores, si bien es posible que la pandemia haya introducido un sesgo (poco significativo).
- ◀ Las personas encuestadas que tienen o han tenido dependientes en la actualidad prefieren soluciones domiciliarias como alternativa a la que han prestado a su familia.
- ◀ La actitud general es, más que de rechazo hacia las soluciones residenciales, de cierta polarización hacia ellas: un 30 % de la población rechaza de plano la solución residencial en su vejez, frente a un 12 % que la prefiere a cualquier otra. El resto la acepta como última solución.
- ◀ Todos los actores implicados, personas usuarias y empresas del sector, son conscientes de que, por un lado, la demanda de servicios LTC está cambiando velozmente hacia nuevas fórmulas que encajen mejor con esos atributos de envejecimiento activo e independiente, que no es lo mismo que autónomo, capaz de proporcionar condiciones de vida lo más parecidas posible a las que se disfrutaban en el hogar, y de que, por otro, la oferta deberá adaptarse sin que se sepa muy bien cómo.
- ◀ Casi todas las personas mayores confían en que su vejez se ajuste a los planes que han dispuesto, mayormente en cuidados domiciliarios o en ambiente similar al del hogar, con soluciones tipo *cobousing* o *coliving*, en distintos planteamientos, formas y variantes, por más que a fecha de hoy no deje de ser una solución relativamente elitista.

## POLÍTICAS DE ABORDAJE DEL ENVEJECIMIENTO

La promoción del envejecimiento activo y saludable para dar respuesta al reto demográfico existente en nuestra comunidad se ha llevado a cabo implementando las acciones recogidas en la «Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo “ESTRENA”» (2018-2021). Este documento orientará las políticas destinadas a favorecer una longevidad saludable, autónoma y participativa, así como a promocionar el ámbito del envejecimiento como fuente de desarrollo económico sostenible y emprendimiento.

El documento se vertebra en 4 ejes estratégicos que guían los objetivos a desarrollar:



Fig. 10. Ejes estratégicos de la Estrategia ESTRENA.  
Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Entre la población destinataria de la estrategia se encuentran las personas en situación de riesgo de deterioro físico, cognitivo o fragilidad.

Las medidas a implementar en materia de envejecimiento activo recogen diversas acciones que posibilitan y apoyan la salud, la participación, el aprendizaje continuo a lo largo de la vida y la seguridad, junto con las oportunidades de participación y aportación, el protagonismo y empoderamiento de las personas mayores y de la ciudadanía.

La estrategia se enmarca en el reconocimiento concedido por la Comisión Europea a nuestra región dentro de la iniciativa estratégica «European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing “EIP on AHA”», como sitio de referencia (Reference Site) por la tarea que está realizando en el ámbito del envejecimiento activo y saludable. En esta iniciativa participan tanto la Administración autonómica y local como el ámbito académico, científico, tecnológico y las entidades sociales.

Los sitios de referencia identifican regiones que implementan desde un enfoque integral e innovador iniciativas dirigidas a facilitar recursos y herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, prevenir la dependencia y favorecer su participación y bienestar.

- ◀ Coordinación sociosanitaria: las necesidades sociosanitarias de las personas están aumentando debido a la interrelación de procesos sociodemográficos (envejecimiento poblacional y aumento de las enfermedades crónicas), con cambios sociales y culturales (modificación de las estructuras y organización de las familias, cambios en la organización social del cuidado, crisis económica y modificación de las relaciones laborales, etc.) y a importantes avances sociales y normativos (el reconocimiento de derechos a las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia).

La estructura demográfica asturiana nos muestra una población con un alto potencial de cronicidad. A partir de los 50 años aumenta la prevalencia de numerosos factores de riesgo y trastornos crónicos, y en consecuencia la multimorbilidad. La presencia de enfermedades crónicas en la población mayor condiciona, junto al proceso mismo del envejecimiento, el desarrollo de deterioro funcional progresivo, fragilidad y dependencia.

Las personas mayores en situación de fragilidad son uno de los colectivos diana de la atención sociosanitaria, entendida como un conjunto de cuidados y atenciones dirigidas a personas que por sus características o situación de vulnerabilidad pueden beneficiarse de la acción simultánea o sinérgica de ambos sistemas para paliar sus limitaciones, mejorar su calidad de vida e inclusión social.

La atención sociosanitaria en Asturias se implementa a través de la estructura de coordinación creada en virtud del Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, y se materializa en el Plan Sociosanitario del Principado de Asturias (2019-2021).

El plan sociosanitario abarca un conjunto de programas, actuaciones y procedimientos técnicos ordenados en el tiempo, dirigidos a alcanzar una atención integral, de calidad y orientados a cada persona sobre la base de procesos continuados y efectivos.

Las actuaciones dirigidas a personas mayores frágiles persiguen prestar la atención necesaria en el lugar de residencia habitual o espacio de referencia, mediante los recursos y apoyos complementarios que ofrecen los sistemas de servicios sociales y sanitario, previéndose acciones como la promoción del envejecimiento activo, potenciar la atención a personas mayores con enfermedades crónicas a través del desarrollo de sistemas de gobernanza en salud o la implantación del Plan de Atención al Paciente con Multimorbilidad y el establecimiento de unidades de convalecencia en centros públicos residenciales para personas mayores que precisan alta carga de cuidados de enfermería para recuperar o estabilizar su situación funcional o estado clínico.

- ◀ Cambio del modelo de cuidados de larga duración: desde 2020, la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar viene trabajando en el Plan de Acción para la Transformación del Actual Modelo de Cuidados de Larga Duración a Personas Adultas en el Principado de Asturias. Este plan busca redefinir el actual sistema

de cuidados, apostando por un modelo ecosistémico y comunitario, coordinando los distintos servicios, priorizando los apoyos para vivir en casa y apoyando una gradual transformación de los actuales servicios residenciales.

Se trata de un proceso de transformación integral y sistémico consensuado en torno a un marco rector, haciendo referencia a tres niveles complementarios del modelo de cuidados: valores orientadores, componentes y acciones clave en la atención, y principales elementos organizativos y de gestión en los servicios.

El plan prevé una profunda revisión de la normativa que regula el sistema de prestaciones, el acceso a los recursos y servicios, la inspección y la calidad en la atención, abarcando diferentes tipologías de servicios de prevención, apoyo en el hogar o generación de nuevos modelos residenciales bajo el prisma del modelo de atención centrado en la persona.

El proceso se está desarrollando de forma participativa, contando con diferentes actores: personas mayores y con discapacidad, familiares, profesionales, responsables de servicios, proveedores de servicios públicos y privados, organizaciones sindicales y colegios y grupos profesionales.

## RECURSOS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA

El Servicio de Salud del Principado de Asturias tiene por objeto la realización de las actividades sanitarias y la gestión de los servicios sanitarios, con la finalidad de proteger y mejorar el nivel de salud de la población. Para la consecución de sus objetivos desarrolla las siguientes funciones:

- Promoción y educación para la salud.
- Atención primaria integral y atención especializada, rehabilitación y reinserción.
- Desarrollo de los programas de atención a los grupos de población de mayor riesgo.
- Educación sexual y orientación familiar.
- Promoción, protección y mejora de la salud laboral y mental.
- Prestación de asistencia terapéutica.
- Control sanitario y prevención de los riesgos derivados de la contaminación del medioambiente: aire, agua y suelo y productos alimenticios.
- Promoción de las actividades de veterinaria de salud, sobre todo la higiene de los alimentos.
- Recogida, difusión y control de la información epidemiológica.
- Formación del personal de los servicios de salud.
- Información y estadística sanitaria.

## NIVELES ASISTENCIALES EN SALUD

La atención sanitaria se organiza y estructura en tres niveles:

- Primer nivel: atención primaria.
- Segundo nivel: atención hospitalaria.
- Tercer nivel: atención de urgencias.

La atención primaria es el primer nivel de la asistencia sanitaria y sus servicios, generalmente, se centralizan en los centros de salud. En cada centro de salud hay un equipo de atención primaria que incluye al personal médico y de enfermería. Su organización está basada en zonas geográficas y administrativas para acercar el servicio a los usuarios.

Los centros de salud son estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud de forma coordinada, global, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos desarrollan sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria.

Los centros periféricos son centros sanitarios que, sin tener la consideración de centros de salud, proporcionan atención sanitaria no especializada en el ámbito de la atención primaria. Actúan dentro de la misma zona básica de salud (ZBS) y dependen funcionalmente del centro de salud de referencia.

El consultorio local es un centro sanitario que presta atención sanitaria en una Zona Especial de Salud, suele ser de pequeñas dimensiones y para poca población, generalmente dispersa y de montaña.

El segundo nivel de asistencia sanitaria corresponde a la atención hospitalaria. Esta asiste a las personas en varios ámbitos: urgencias, consultas externas, hospitalización, hospital de día, pruebas diagnósticas y tratamientos.

La Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias es el conjunto integrado por los centros hospitalarios del sector público y los centros hospitalarios privados dependientes de instituciones o fundaciones sin ánimo de lucro que se vinculen a la misma mediante la formalización de un convenio singular. Los centros que la integran se clasifican en los siguientes tipos:

El hospital de área o distrito es un centro sanitario cuya finalidad es la prestación de atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los enfermos remitidos desde atención primaria o atendidos en los servicios de urgencias y que reúne los servicios considerados suficientes para dar respuesta a las necesidades de la población que tiene asociada.

El hospital de agudos asociado tiene como finalidad principal la atención especializada médica, quirúrgica o médico-quirúrgica, de carácter general o específico. Se caracteriza por no necesitar de equipamiento de alta tecnología para llevar a

cabo sus objetivos asistenciales, precisa, pues, estar asociado a un hospital de área o distrito para ciertos procesos diagnósticos o terapéuticos complejos.

Un centro de convalecencia tiene como actividad principal la provisión de cuidados de carácter sanitario, con frecuencia de forma prolongada y predominantemente institucionalizada, a pacientes en procesos terminales o en estado de convalecencia, que requieran cuidados complejos y con gran carga sanitaria. En este nivel se incluyen los centros y unidades para atención prolongada y para la rehabilitación psicosocial de pacientes con trastornos mentales que, en razón de las necesidades específicas de este colectivo, tengan una estructura y organización singulares.

Son centros privados concertados aquellos de titularidad no pública que, con independencia de su denominación y nivel tecnológico, prestan determinados servicios, diagnósticos o terapéuticos, por períodos concretos, con financiación pública, mediante concierto o convenio.

| Hospitales de área o distrito        | N.º de camas |
|--------------------------------------|--------------|
| Hospital de Jarrio                   | 105          |
| Hospital Carmen y Severo Ochoa       | 103          |
| Hospital San Agustín                 | 436          |
| HUCA                                 | 989          |
| Hospital de Jove                     | 233          |
| Hospital de Cabueñes                 | 457          |
| Hospital del Oriente                 | 90           |
| Hospital Alvarez Buylla              | 176          |
| Hospital Valle del Nalón             | 216          |
| Hospitales de agudos asociados       |              |
| Fundación Hospital de Avilés         | 90           |
| Hospital Monte Naranco               | 194          |
| Hospital Cruz Roja Española de Gijón | 120          |
| Centros de convalecencia             |              |
| Fundación Sanatorio Adaro            | 148          |

Tabla 2. Número de camas de la red de hospitales públicos de Asturias, 2017. Fuente: Memoria SESPA 2017.

El tercer nivel de asistencia sanitaria sería la asistencia de las urgencias atendidas en los puntos de atención continuada ubicados en los centros de salud o en los servicios de urgencias hospitalarias.

## DIVISIÓN TERRITORIAL EN SALUD

La Zona Básica de Salud es el marco territorial de la atención primaria de salud. Se corresponde con una demarcación poblacional y geográfica delimitada a una determinada población, debe ser accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines.

La población protegida a atender en cada zona de salud puede oscilar entre 5000 y 25 000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.

No obstante, y con carácter excepcional, en Asturias se delimitaron unas zonas cuya cifra de población sea inferior a 5000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Son las llamadas Zonas Especiales de Salud.

Cada zona de salud delimita una zona médica y está constituida por un solo partido médico, sin separación en distritos. Cuando la zona de salud esté constituida por varios municipios se fija un municipio-cabecera, cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el centro de salud.

Por encima de las zonas básicas y las zonas especiales de salud se sitúan las Áreas Sanitarias. Este nivel de agrupación en Asturias se estructura en 8 áreas sanitarias de diferente magnitud poblacional.

En cada área de salud hay un hospital de referencia. En función de la población y/o de las necesidades funcionales, un área sanitaria se puede dividir en distritos sanitarios. En nuestra comunidad existe solo un área sanitaria dividida en dos distritos, el área V, que se articula en distrito uno, cuyo hospital de cabecera es el hospital de Jove, y el distrito dos, con el hospital de Cabueñes como centro hospitalario de referencia.

En cada zona básica de salud, dentro de las áreas sanitarias hay centros de salud como estructura física y funcional que posibilitan el desarrollo de una atención primaria coordinada, integral, permanente y continuada, cuya base se centra en el trabajo del equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que lo integra. En él desarrolla sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria.

En el medio rural puede existir un consultorio local o periférico en cada una de las localidades restantes que constituyan la zona básica de salud. Del mismo modo, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, pueden existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del centro de salud.

Cada zona básica de salud tiene un centro de salud de cabecera y puede tener varios consultorios locales dependientes de dicho centro sanitario. Comprende una población de en torno a los 25 000 habitantes y en el área rural puede incluir varios municipios.

Las áreas sanitarias del Principado de Asturias en la que se constituye la estructura organizativa y funcional de la sanidad pública en nuestra comunidad y sus hospitales de referencia son:

- Área sanitaria I: Hospital de Jarrio.
- Área sanitaria II: Hospital Carmen y Severo Ochoa.
- Área sanitaria III: Hospital San Agustín.
- Área sanitaria IV: Hospital Central Universitario de Asturias.
- Área sanitaria V: Distrito 1: Hospital de Jove. Distrito 2: Hospital de Cabueñes.
- Área sanitaria VI: Hospital del Oriente.
- Área sanitaria VII: Hospital Álvarez Buylla.
- Área sanitaria VIII: Hospital Valle del Nalón.

En el gráfico siguiente se muestra la estructura funcional y organizativa sanitaria de Asturias, así como la población de referencia de cada una de ellas y la proporción de personas mayores de 64 años.

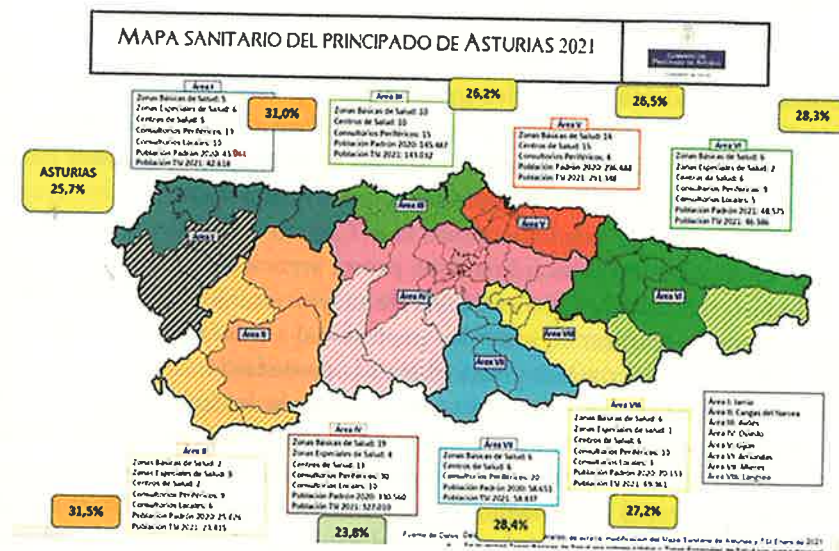


Fig. 11. Mapa sanitario de Asturias. Fuente: SESPA.

## RECURSOS PARA LA ATENCIÓN SOCIAL

El Sistema Asturiano de Servicios Sociales constituye una red pública de atención orientada a favorecer la autonomía, integración relacional y bienestar social de personas, grupos y comunidades, a través de un conjunto de prestaciones y servicios dirigidos a dar respuesta a diferentes demandas y necesidades de atención social. Entre sus funciones se encuentran:

- Desarrollar actividades preventivas para promover la autonomía y superar las causas de exclusión.
- Promover la integración social de las personas y de los grupos.
- Cubrir carencias y satisfacer necesidades de asistencia social.
- Prestar apoyos a personas o grupos en situación de dependencia.
- Favorecer la participación y el pleno y libre desarrollo de las personas y de los grupos, así como el fomento del desarrollo comunitario.

## ORDENACIÓN FUNCIONAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES

El sistema se compone de dos niveles complementarios:

- Servicios sociales generales.
- Servicios sociales especializados.

Los servicios sociales generales constituyen el punto de acceso inmediato al sistema público de servicios sociales, el primer nivel de este y el más próximo a la persona usuaria y a los ámbitos familiar y social. Su titularidad y gestión corresponde a la Administración local (ayuntamientos y mancomunidades).

Su unidad básica de funcionamiento es el Centro de Servicios Sociales, que dispone de un equipo multidisciplinar que presta atención social a toda la población de su ámbito territorial. En municipios de mayor tamaño los centros de servicios sociales pueden organizar su actividad profesional a través de Unidades de Trabajo Social, para ser más próximos y accesibles a la ciudadanía.

Entre las funciones que desempeña se encuentran la detección de necesidades sociales, la información, valoración, diagnóstico, así como la implementación y seguimiento de planes individuales de atención que permiten gestionar los apoyos necesarios.

Asimismo, y con el fin de asegurar la equidad y el carácter multidisciplinar en la atención a toda la población, el equipo del centro podrá contar con el apoyo técnico de recursos externos, de dependencia autonómica o municipal, tales como los Equipos de Servicios Sociales Territoriales de Área y los Equipos de Intervención Técnica de Apoyo a la Familia.

Por otro lado, los servicios sociales especializados, el segundo nivel del sistema, diseñan y ejecutan intervenciones de mayor complejidad técnica e intensidad de atención a través de centros, servicios y programas dirigidos a personas y colectivos que requieren de una atención específica.

Entre sus funciones se encuentran la evaluación, valoración e intervención ante situaciones de severa desprotección, dependencia o exclusión, prestando apoyos para evitar o corregir estas situaciones, así como la realización de actuaciones preventivas de las situaciones de riesgo y necesidad social y la colaboración con los servicios sociales generales.

Se caracterizan, por tanto, por una mayor especialización técnica o intensidad, que da respuesta a necesidades específicas en diferentes áreas de atención:

- Población general.
- Infancia y familia.
- Personas mayores.
- Personas con discapacidad.
- Atención a la dependencia.
- Inclusión social.

Como dispositivo de coordinación entre los servicios sociales generales y especializados se encuentran los Equipos de Servicios Sociales Territoriales de Área.

Estos equipos cuentan con una composición interdisciplinar y constituyen el elemento básico de descentralización y coordinación de los servicios sociales en el marco del territorio.

Su actuación contempla, por un lado, el apoyo técnico a la intervención de los servicios sociales municipales ante demandas de mayor complejidad y, por otro, la articulación de respuestas coordinadas con otros sistemas de protección social (educación, salud, etc.) y la dinamización de la red social (ONG, voluntariado, etc.) para generar respuestas que favorezcan la incorporación social.

## ORDENACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES

La ordenación territorial del sistema se concreta en el Mapa Asturiano de Servicios Sociales, que tiene por objetivo ser un instrumento útil para la planificación y dotación de servicios, estructurando la red de atención.

La ordenación territorial tiene muchas similitudes con la de la red sanitaria. Así, el sass dispone de 4 tipos de unidades diferenciadas: áreas, distritos, zonas básicas y zonas especiales.

Las áreas de servicios sociales son elementos de planificación que permiten establecer redes completas de servicios sociales que garantizan la compensación y equilibrio territorial. En su ámbito se establecen los centros y programas de servicios sociales especializados y de apoyo a los servicios sociales generales. Actualmente existen 8 áreas de servicios sociales que coinciden con las áreas sanitarias.

Los distritos son concejos de más de 20 000 habitantes, que pueden estar compuestos por una o varias zonas básicas.

Por su parte, las zonas básicas son demarcaciones territoriales entre 3000 y 20 000 habitantes, que pueden corresponder a uno o varios concejos agrupados.

Las zonas especiales son territorios con características propias de población dispersa, con elevado índice de envejecimiento, con dificultades de comunicación y

oroográficas; su calificación como zona especial tiene por objeto prestar soluciones adaptadas a su situación.

Además, el Mapa Asturiano de Servicios Sociales ordena la distribución de los servicios especializados en todo el territorio estableciendo los recursos y servicios mínimos con que debe contar cada unidad territorial, lo que permite crear en cada área una red completa de atención.



Fig. 12. Mapa Asturiano de Servicios Sociales.  
Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

| MUNICIPIOS |                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Área I     | San Tirso de Abres, Vegadeo, Castropol, Taramundi, Villanueva de Oscos, S. Martín de Oscos, Sta. Eulalia de Oscos, Tapia de Casariego, El Franco, Coaña, Navia, Villayón, Valdés, Boal, Illano, Pesoz y Grandas de Salime.        |
| Área II    | Cangas de Narcea, Tineo, Allande, Ibias y Degaña.                                                                                                                                                                                 |
| Área III   | Avilés, Castrillón, Cudillero, Muros del Nalón, Soto del Barco, Pravia, Gozón, Corvera.                                                                                                                                           |
| Área IV    | Oviedo, Siero, Noreña, Salas, Candaino, Las Regueras, Grado, Yermes y Tatneza, Llanera, Sariego, Cabranes, Nava, Bimenes, Santo Adriano, Proaza, Teverga, Quirós, Ribera de Arriba, Morcín, Riosa, Belmonte de Miranda y Somiedo. |
| Área V     | Gijón, Carreño y Villaviciosa.                                                                                                                                                                                                    |
| Área VI    | Colunga, Caravia, Ribadesella, Llanes, Ribadedeva, Piloña, Parres, Ponga, Amieva, Cangas de Onís, Onís, Cabrales, Peñamellera Alta y Peñamellera Baja.                                                                            |
| Área VII   | Mieres, Lena y Aller.                                                                                                                                                                                                             |
| Área VIII  | Langreo, San Martín del Rey Aurelio, Laviana, Sobrescobio y Caso.                                                                                                                                                                 |

Tabla 3. Distribución de municipios por áreas.  
Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Por último, si ponemos en relación la ordenación funcional y territorial descrita, los servicios sociales generales se organizarán en las unidades de distrito, zona básica y zona especial, tanto en su ámbito de cobertura como competencial, y los servicios sociales especializados se organizarán y distribuirán en las áreas.

El Sistema Asturiano de Servicios Sociales dispone de una red de atención dirigida a promover la autonomía y participación de las personas mayores, preservar sus derechos, así como prestar los apoyos para atender situaciones de dependencia. Actualmente, el Principado de Asturias cuenta con diferentes tipologías de servicios que proporcionan cuidados de larga duración:

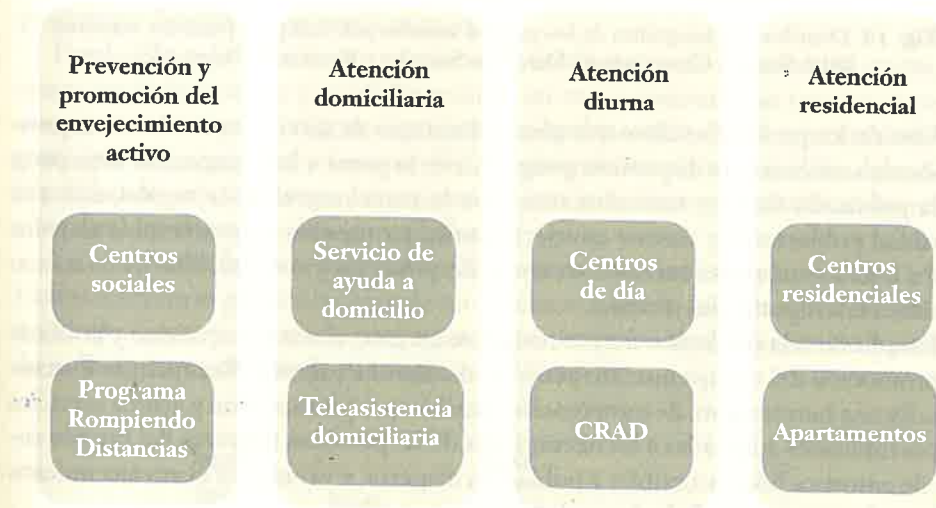


Fig. 13. Red de atención sociosanitaria a personas mayores.  
Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Además, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) facilita a las personas mayores que tengan reconocida su situación de dependencia el acceso a diferentes servicios de atención domiciliaria, diurna y residencial, integrados en la red de servicios sociales autonómica, así como a prestaciones económicas específicas. Además existe toda una serie de prestaciones y servicios destinados a apoyar a las personas mayores que por diferentes razones se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Los centros sociales son el principal recurso de participación de mayores. Son centros polivalentes y abiertos a la comunidad, para la promoción de la convivencia, participación, solidaridad e integración social, así como para la promoción del envejecimiento activo, autonomía personal y prevención de situaciones de dependencia de las personas mayores. La titularidad de los mismos es variada, autonómica, local y de entidades sin ánimo de lucro. El Principado de Asturias cuenta con 39 centros sociales en todo el territorio asturiano.

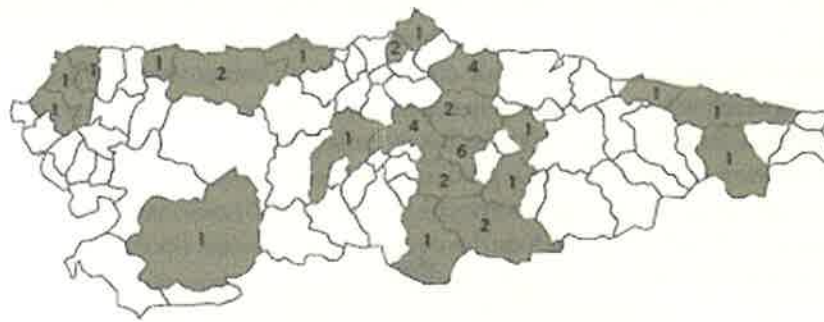


Fig. 14. Distribución geográfica de los centros sociales públicos para personas mayores, 2019. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

Uno de los problemas clave que afecta al sistema de servicios sociales en la prestación de servicios es la dispersión geográfica de la gente a la que atiende. Una parte de la población de 65 y más años reside en la zona central de la región, con alta densidad poblacional y menor envejecimiento, y otra vive en municipios alejados de los núcleos urbanos centrales, en zonas despobladas y con dificultades de acceso debido a la orografía del terreno.

Para llevar a la población mayor residente en estas zonas los servicios y políticas de promoción del envejecimiento activo se diseñó el Programa Rompiendo Distancias. Es una herramienta de intervención flexible que proporciona y acerca servicios y oportunidades adaptadas a las necesidades de las personas mayores del mundo rural, de entornos poco accesibles y población dispersa, y promueve el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia.

Se concreta en 15 programas que cubren 39 municipios, con una población diana de 29 936 habitantes de 65 y más años. En 2020 participaron 5228 personas, que representan un nivel de cobertura del programa del 17,8 %. El 67,5 % de las personas participantes en el programa eran mujeres.

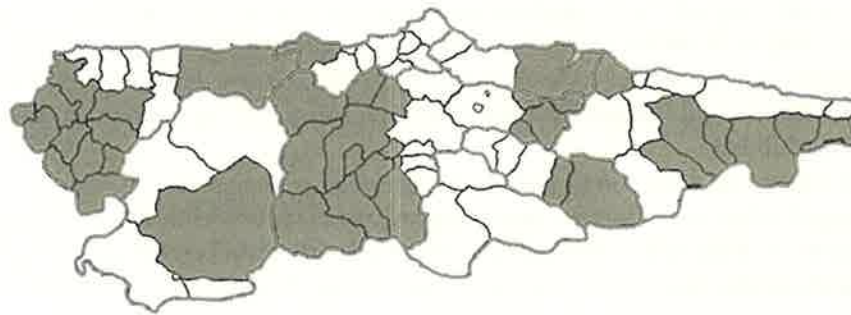


Fig. 15. Municipios en los que está desplegado el Programa Rompiendo Distancias, 2019. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

El contenido del programa Rompiendo Distancias varía en función de las necesidades de los territorios, algunos de los más populares son la biblioteca móvil, transporte, podología o el préstamo de productos de apoyo. En aquellos municipios donde no se despliega dicho programa, por no reunir las condiciones orográficas y de dispersión de la población requeridas, están implantados otros programas de envejecimiento activo que desarrollan medidas similares, adaptadas a las necesidades propias de las zonas donde se implantan; en 2019 (último dato disponible) atendieron otros 7636 usuarios (el 90,9 % de los cuales eran mujeres).

Por otro lado, las entidades sin ánimo de lucro participan en la provisión de servicios de envejecimiento activo a través de las subvenciones para el desarrollo de programas dirigidos a personas mayores.

Pueden beneficiarse las asociaciones y fundaciones de personas mayores, así como sus federaciones y confederaciones en cuyos estatutos se recojan expresamente objetivos que persigan el proceso de optimización de las oportunidades en participación, seguridad y fomento del envejecimiento activo con el fin de mejorar la calidad de vida a lo largo del proceso de envejecimiento y que reúnan los requisitos establecidos en las bases reguladoras.

En el año 2020 se subvencionaron 20 proyectos con un importe total de 15 96 €. Como muestra el gráfico, se aprecia un descenso acusado respecto de años anteriores en el número y cuantía de proyectos subvencionados motivado por la suspensión de actividades a causa de la pandemia por Covid-19.

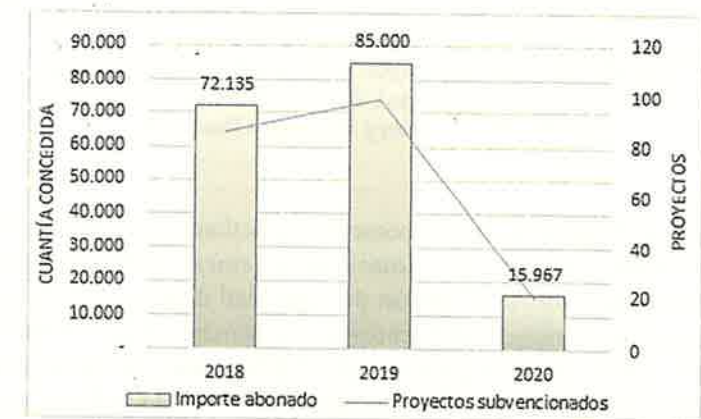


Fig. 16. Evolución de las subvenciones para el desarrollo de programas de envejecimiento activo: proyectos y cuantía, 2018-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

Atención domiciliaria está formada por los servicios y programas que facilitan un conjunto de atenciones y apoyos flexibles que propician la autonomía, participación y permanencia en el entorno de las personas mayores.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es un programa de atención individualizado dirigido a personas o grupos familiares, dependientes o en riesgo de dependencia. Contribuye al mantenimiento en su medio habitual, facilitando su autonomía funcional mediante apoyos de carácter personal, doméstico o social, prestados preferentemente en su domicilio o entorno más próximo. Es un servicio polivalente, preventivo, que atiende sobre todo a personas mayores con dificultades en su autonomía personal.

El 4,1 % de personas mayores en nuestra región reciben el servicio de ayuda a domicilio, 10 854 usuarios en 2020. El nivel de cobertura del servicio asciende al 12,4 % si se considera a la población de 80 y más años, el 76,07 % de las usuarias de este servicio son mujeres.

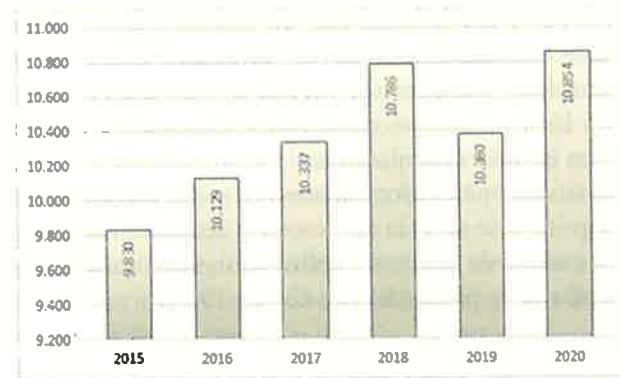


Fig. 17. Evolución de personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio de 65 o más años, 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

Por su parte, el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria (TAD) es un servicio telemático de respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o inseguridad, soledad y aislamiento, aumenta la sensación de seguridad de las personas usuarias, por lo que favorece la permanencia en su entorno con la mayor independencia y calidad de vida posible. En 2020, 8181 personas de 65 y más años residentes en la región fueron usuarias del servicio de teleasistencia (3,07 % de la población mayor). El 72 % de las personas usuarias son mujeres (véase fig. 18).

La atención diurna a personas mayores se presta a través de dos tipos de centros.

Los Centros de Día ofrecen durante el día atención integral e individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor en situación de dependencia, con el fin de promover su bienestar, su autonomía funcional y personal. Este servicio pretende facilitar el respiro familiar y favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual de vida.

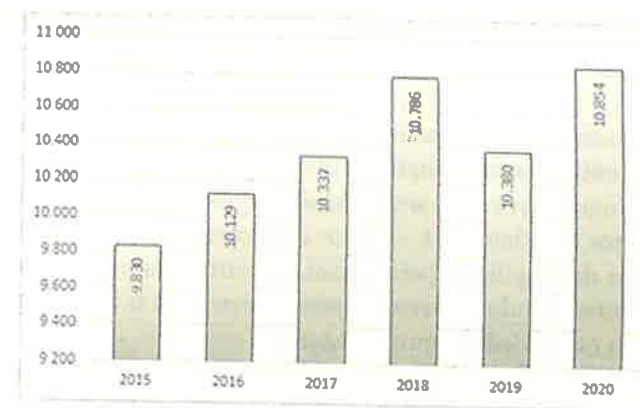


Fig. 18. Evolución de los usuarios del Servicio de Teleasistencia de 65 y más años, 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

Los Centros Rurales de Apoyo Diurno (CRAD) son similares a los centros de día. Prestan atención a mayores que viven en zonas rurales dispersas, en situación de fragilidad psicosocial o dependencia.

En ambos tipos de centros se llevan a cabo actuaciones de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, terapias funcionales, cognitivas, psicoafectivas y/o socializadoras y actuaciones de apoyo familiar. En los últimos años se han incrementado las plazas públicas de atención diurna a personas mayores; en 2020 se atendieron a 1667 personas. A lo largo ese año han tenido 1544 personas usuarias (1140 mujeres).

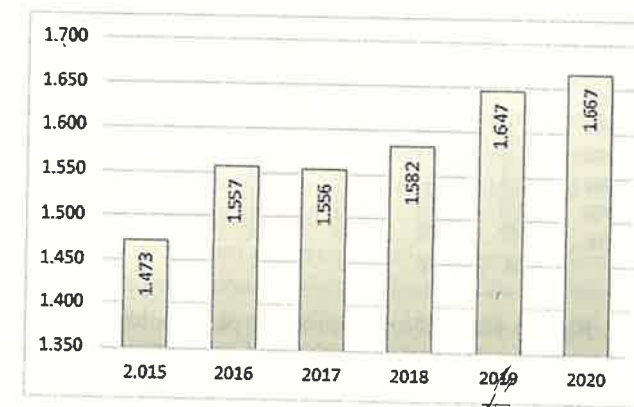


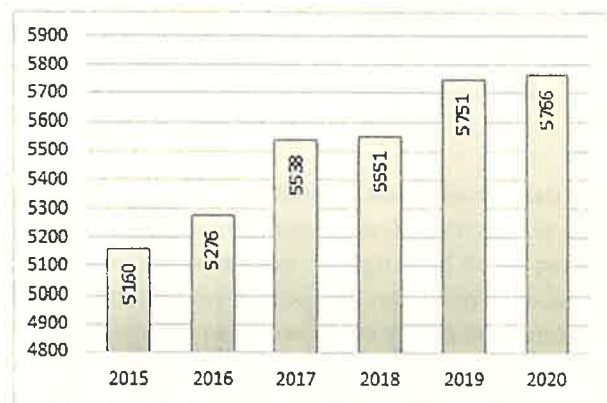
Fig. 19. Evolución del número de plazas autonómicas de atención diurna a personas mayores. Asturias, 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

La atención residencial a personas mayores se presta a través de tres tipos de recursos, en modalidad de estancia permanente o temporal:

- ◀ Residencias: centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interdisciplinar, en los que viven temporal o permanentemente personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia.
- ◀ Apartamentos Residenciales: centros de alojamiento para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial, constituidos por pequeñas viviendas independientes donde la persona puede vivir sola o con un grupo familiar reducido sin necesidad de apoyos intensos.
- ◀ Centros Polivalentes de Recursos: de carácter mixto, en los que podrán integrarse dependencias propias de los centros de alojamiento, apartamentos, pequeñas unidades de convivencia y/o centro de día para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia y que prestan atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales.

El ERA, responsable de la gestión de los recursos residenciales para personas mayores en nuestra comunidad autónoma, dispone en 2020 de un total de 5766 plazas públicas y concertadas, que suponen un nivel de cobertura del 2,16 % de la población de 65 y más años residentes en la región.

En 2020, 5691 mayores ocuparon las plazas de financiación autonómica, de las que 3987 eran mujeres.

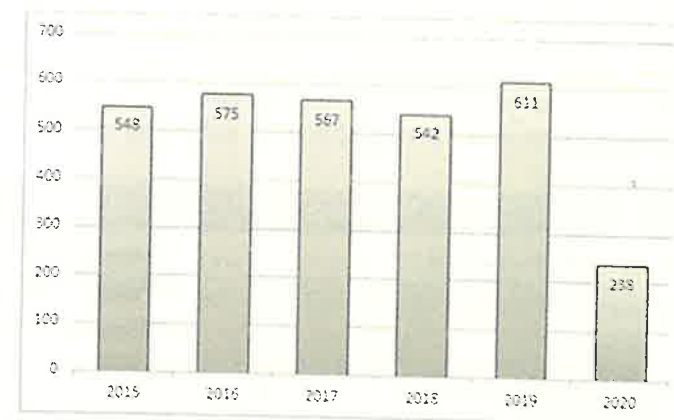


**Fig. 20.** Evolución del número de plazas públicas y concertadas de atención residencial a personas mayores, Asturias. 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

Las estancias temporales facilitan atención residencial durante cortos periodos de tiempo a personas mayores que precisan apoyos para dar respuesta a situaciones

coyunturales como la ausencia, enfermedad u hospitalización de la persona cuidadora principal, periodos de respiro familiar u otras situaciones análogas.

Durante 2020 el servicio de estancias temporales atendió a 238 personas (151 mujeres). Un valor reducido debido a los efectos que la pandemia tuvo en el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas mayores. En 2019 este servicio llegó a alcanzar los 611 usuarios.



**Fig. 21.** Evolución de las personas usuarias de estancias temporales en atención residencial para personas mayores en Asturias, 2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

**Unidades de convalecencia:** como ya se ha señalado, el Plan Sociosanitario del Principado de Asturias (2019-2021) recoge como una acción a implementar dentro de la atención a personas mayores frágiles la creación de unidades sociosanitarias de convalecencia en centros residenciales dependientes del ERA.

Este dispositivo se destina a la atención temporal de personas mayores que precisen, tras un ingreso hospitalario, un periodo de convalecencia con alta carga de cuidados de enfermería, así como cuidados personales, cuando no sea posible la atención en el domicilio por ausencia o inadecuación de la red informal o en el caso de que existan barreras de accesibilidad.

Su misión será llevar a cabo un programa socioterapéutico limitado en el tiempo, con objeto de facilitar la recuperación o estabilización de una situación de deterioro funcional o estado clínico, lo que posibilitaría el retorno al domicilio habitual en las mejores condiciones posibles. Si la recuperación no progresara y quedara establecida una situación de dependencia se emprendería la búsqueda de un recurso adecuado a las necesidades de la persona, garantizando la continuidad de los cuidados.

Se prevé poner en marcha próximamente un proyecto piloto en el área sociosanitaria V, dentro del centro polivalente de recursos para personas mayores La Mixta de Gijón y en coordinación con el hospital universitario de Cabueñes.

## ACTIVIDADES Y RECURSOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DISPONIBLES EN ASTURIAS

De entre los apartados en los que se articula la web del Observatorio de Salud de Asturias, tiene un espacio destacado de consulta la relación de actividades y recursos que se pueden llevar a cabo y de los que se puede disponer, respectivamente, en la comunidad autónoma dentro del marco del desarrollo de la promoción de la salud entre la población.

A continuación se enumeran una serie de actividades promovidas por distintas Administraciones, tanto autonómicas como locales, con las que se intenta contribuir a lograr un envejecimiento activo y saludable de la población mayor.

| NOMBRE                                                       | DETERMINANTES                                    |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Acompañamiento de personas mayores                           | Recursos sanitarios                              |
| Activate                                                     | Hábitos saludables                               |
| Baile para mayores                                           | Hábitos saludables                               |
| Bailoterapia                                                 | Hábitos saludables                               |
| Charla: Envejecimiento activo                                | Hábitos saludables                               |
| Conferencia: Atrévete a vivir: felicidad, salud y longevidad | Hábitos saludables                               |
| Encuentro de personas mayores                                | Hábitos saludables                               |
| Gerontogimnasia y psicomotricidad                            | Hábitos saludables                               |
| Gimnasia en el agua para mayores                             | Hábitos saludables                               |
| Hábitos de vida saludables                                   | Hábitos saludables                               |
| Jornadas de Martes Saludables                                | Hábitos saludables                               |
| Juego de la petanca                                          | Hábitos saludables                               |
| La Carambola, red de apoyo vecinal                           | Hábitos saludables l<br>Factores socioeconómicos |
| Mapeo de activos saludables                                  | Hábitos saludables                               |
| Mayores con marcha                                           | Hábitos saludables                               |
| Natación para mayores                                        | Hábitos saludables                               |
| Navia en movimiento                                          | Hábitos saludables                               |
| Nuerobic                                                     | Hábitos saludables                               |
| Otoño saludable                                              | Hábitos saludables                               |
| Paseos Saludables                                            | Hábitos saludables l                             |
| Polavila Allande                                             | Factores socioeconómicos                         |
| Prevención de accidentes en personas mayores                 | Hábitos saludables                               |
| Programa de termalismo social del IMSERSO                    | Recursos sanitarios                              |

| NOMBRE                                                           | DETERMINANTES                                    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Programa de turismo para mayores del IMSERSO                     | Hábitos saludables                               |
| Rutas para la convivencia                                        | Hábitos saludables                               |
| Senderismo                                                       | Hábitos saludables                               |
| Servicio de podología                                            | Recursos sanitarios                              |
| Taller de manualidades                                           | Hábitos saludables                               |
| Taller amigos lectores                                           | Hábitos saludables                               |
| Taller: «Cómo vivir 100 años... saludable y positivamente»       | Hábitos saludables                               |
| Taller de activación de la memoria                               | Hábitos saludables                               |
| Taller de fitness saludables                                     | Hábitos saludables                               |
| Taller de formación en informática                               | Hábitos saludables                               |
| Taller de gerontogimnasia                                        | Hábitos saludables                               |
| Taller de informática para mayores                               | Hábitos saludables                               |
| Taller de manejo del móvil y tablets                             | Factores socioeconómicos                         |
| Taller de memoria                                                | Hábitos saludables                               |
| Taller de memoria y risoterapia                                  | Hábitos saludables                               |
| Taller de musicoterapia                                          | Hábitos saludables                               |
| Taller de recuerdos del ayer                                     | Hábitos saludables                               |
| Taller de risa, salud y bienestar r                              | Hábitos saludables                               |
| Taller de teatro                                                 | Hábitos saludables                               |
| Taller de nuestros recuerdos                                     | Hábitos saludables                               |
| Taller sobre enfermedades reumáticas: artrosis y artritis        | Hábitos saludables                               |
| Talleres de informática «Comunícate por la red»                  | Factores socioeconómicos                         |
| Talleres de salud y bienestar: «Menos dolor, más vida»           | Hábitos saludables                               |
| Termalismo saludable                                             | Hábitos saludables                               |
| Vida saludable de las personas mayores y sus familias cuidadoras | Hábitos saludables                               |
| Videollamadas a familiares                                       | Hábitos saludables l<br>Factores socioeconómicos |
| Vivir como yo quiero                                             | Hábitos saludables                               |

**Tabla 4.** Actividades de promoción de la salud para personas mayores. OBSA, 2021.  
Fuente: OBSA.

Asimismo, se facilita una relación de distintos recursos que están a disposición de la población general, y específicamente de la población de mayor edad, que incluye la realización de las distintas actividades propuestas para mejorar la salud de las personas mayores atendiendo a las necesidades de todos los ámbitos recogidos en el amplio concepto de salud definido por la oms, físico, psíquico y social.

| NOMBRE                                                                       | DETERMINANTES                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Acompañamientos y préstamo de productos de apoyo                             | Recursos sanitarios                                                 |
| Área recreativa de San Roque                                                 | Hábitos saludables                                                  |
| Asociación cultural «La Puente Arriba»                                       | Hábitos saludables                                                  |
| Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Asturias        | Recursos sanitarios   Hábitos saludables   Factores socioeconómicos |
| Asociaciones de pensionistas                                                 | Factores socioeconómicos   Hábitos saludables                       |
| Asociación de personas mayores                                               | Hábitos saludables                                                  |
| Asociación de vecinos                                                        | Entorno físico   Hábitos saludables                                 |
| Ayudas individuales a personas mayores y personas con discapacidad           | Factores socioeconómicos                                            |
| Centro de Día                                                                | Recursos sanitarios   Hábitos saludables                            |
| Centro de Salud                                                              | Hábitos saludables                                                  |
| Centro municipal de mayores «Alto Arenal»                                    | Factores socioeconómicos                                            |
| Centro para la Prevención de la Dependencia                                  | Recursos sanitarios                                                 |
| Complejo deportivo Anleo                                                     | Hábitos saludables                                                  |
| Consejo municipal de personas mayores de Castropol                           | Hábitos saludables                                                  |
| Grupo pastoral de salud                                                      | Hábitos saludables                                                  |
| Hogar del pensionista Bella Vista                                            | Entorno físico                                                      |
| La Peñona Asociación de Jubilados de Salinas                                 | Hábitos saludables                                                  |
| Parque biosaludable                                                          | Hábitos saludables                                                  |
| Promoción del envejecimiento saludables: salud constante                     | Hábitos saludables                                                  |
| Residencia de mayores y centro de apoyo diurno                               | Hábitos saludables                                                  |
| Rompiendo Distancias de Taramundi, San Tirso y Parroquias Altas de Castropol | Hábitos saludables                                                  |
| SADUR: atención domiciliaria en situaciones de urgencia de Navia             | Hábitos saludables                                                  |
| Servicio de ayuda a domicilio                                                | Factores socioeconómicos   Hábitos saludables                       |
| Telasistencia domiciliaria                                                   | Factores socioeconómicos   Hábitos saludables                       |

**Tabla 5.** Recursos para personas mayores. OBSA, 2021. Fuente: OBSA.

Además de las actividades de promoción de la salud que se promueven desde la Dirección General de Salud Pública, existe un programa de salud en el que las personas mayores son la población diana y para el que anualmente se pone en marcha una importante campaña para favorecer la captación de la mayor parte posible de este colectivo, se trata del programa de vacunación contra la gripe. Este incluye la

vacunación directa de todas las personas de 65 y más años, actividades específicas para personas mayores institucionalizadas y complementa esa vacuna antigripal con otras específicas como la vacunación antineumocócica.

Durante la pandemia de Covid-19 también se priorizó la vacunación de las personas mayores (y entre ellas, las institucionalizadas) debido al indudable impacto de la edad en la morbilidad y mortalidad en este colectivo, que fue especialmente vulnerable. De hecho, la vacunación de la población de edad avanzada tuvo un fuerte impacto en el descenso de la mortalidad, que se hizo patente desde las primeras semanas del 2021 y fue determinante para el control total de la pandemia.

También se ha llevado a cabo una evaluación y seguimiento del impacto en nuestra comunidad de algunas enfermedades crónicas especialmente prevalentes en personas mayores a través del análisis de situación planteado en varias de las estrategias elaboradas por el total de los sistemas de salud de las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad. Se trata de un conjunto de estrategias del sistema nacional de salud como son la Estrategia de la Diabetes, la Estrategia de Enfermedades Cardiovasculares, la Estrategia de la Cronicidad, la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas, el Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias, la Estrategia de Promoción de la Salud, la Estrategia de Atención a la Salud y a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias y la Estrategia de Enfermedades Raras.

A su vez, existe el Programa Paciente Activo Asturias, PACAS, que forma parte de la Escuela de Pacientes de Asturias, junto con las Escuelas Municipales de Salud. La mayor parte de sus participantes son personas mayores, ya que es en edades avanzadas cuando se focaliza más la cronicidad. Se pretende abordar la prevención, la promoción y la gestión de las situaciones de salud crónicas con un modelo que sitúa a las personas con enfermedad en el centro y lo articula con su contexto sociocultural, dotándolo de una mayor autonomía y responsabilidad y abandonando el rol pasivo del paciente.

## ACTUACIONES SOCIALES INNOVADORAS EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO

Desde la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar se han venido impulsando diversas iniciativas innovadoras con objeto de dar respuesta a las nuevas necesidades de la población mayor, entre las que destacan la lucha contra la soledad no deseada, el desarrollo de soluciones tecnológicas que faciliten la permanencia en el entorno habitual o la mejora de la accesibilidad y amigabilidad de los territorios para con las personas mayores.

La soledad de las personas mayores surge como un fenómeno asociado al cambio de la estructura de los hogares, del mercado de trabajo y el aumento de la movilidad geográfica o la incorporación generalizada al mismo de las mujeres; también de factores como el despoblamiento de las zonas rurales y de la individualización de las sociedades urbanas.

Todo ello contribuye a un incremento del aislamiento social que puede desencadenar situaciones de soledad no deseada. Este no es un problema exclusivo de la población mayor, pero les afecta de forma particular, puesto que deben acomodarse a un notable volumen de cambios psicofísicos propios de su ciclo vital, de cambios en el entorno, en su condición sociolaboral, etc.

El Proyecto SENDA surge con la idea de dar respuesta a esta problemática. El objetivo es desarrollar una herramienta que permita a los/as profesionales del sistema asturiano de servicios sociales (sass) la identificación automática, a partir de los datos del padrón de habitantes, de aquellas personas que pudieran residir en su ámbito de intervención y que presenten riesgo de padecer situaciones de aislamiento social. Para ello se realiza el cribado sistemático de la población atendiendo a sus niveles de riesgo de soledad no deseada. Estos se calcularán en función de cuatro variables: edad, estructura del hogar, participación social y hábitat.

Esta herramienta ha tenido un despliegue extraordinario durante la primera ola de la Covid-19. Gracias a su diseño flexible permitía a los profesionales de servicios sociales municipales identificar en un primer cribado todas las personas mayores de 64 años que residían en su municipio solos o con un conviviente en esta misma franja de edad. Por ello, esta herramienta fue puesta a disposición de los servicios sociales municipales, para que sirviera de apoyo para hacer seguimiento telefónico sistemático y exhaustivo de las personas mayores que residían solas en el municipio durante las semanas que duró el estado de alarma y estuvo restringida la movilidad.

Por otro lado, el Proyecto CUÍDATE+ tiene por objetivo fomentar el autocuidado gracias al seguimiento proactivo de la salud para prevenir enfermedades, vigilar dolencias leves cotidianas o controlar enfermedades crónicas. Incluye un sistema que analiza el modo de vida de la persona usuaria en su domicilio en función de sus hábitos, detectando de forma proactiva situaciones de peligro que puedan producirse, en cuyo caso, el sistema, sin necesidad de pulsación, avisa al centro de atención para que verifique lo ocurrido y movilice, en caso necesario, a los servicios de emergencia y/o personas del entorno.

Este sistema de teleasistencia apoya el cuidado integral de personas mayores o con enfermedades crónicas y personas con cierto grado de dependencia a través de la integración de las técnicas de telemonitorización de salud y seguridad, con la utilización de tecnologías habilitadoras, como el análisis de datos (*Big Data*), la sensorización avanzada (IoT) o la inteligencia en el extremo de la red (*edge computing*).

Por último, en los últimos años se ha venido trabajando en la ampliación de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. Se trata de un proyecto promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) destinado a crear entornos y servicios que promuevan y faciliten un envejecimiento activo y saludable. La iniciativa surge con la intención de dar una respuesta al envejecimiento global de la población y, por ello, aborda de manera integral los aspectos

que afectan al día a día de nuestros pueblos y ciudades y promueve la participación de las personas mayores a lo largo del proceso de análisis y mejora del municipio, adaptando con ello los entornos a sus necesidades.

Actualmente Asturias cuenta con 21 municipios adheridos, distribuidos por toda la región.

|                    |                        |                     |
|--------------------|------------------------|---------------------|
| Boal               | Cangas del Narcea      | Castropol           |
| Coaña              | Degaña                 | El Franco           |
| Gijón              | Grandas de Salime      | Illano              |
| Oviedo             | Pesoz                  | San Martín de Oscos |
| San Tirso de Abres | Santa Eulalia de Oscos | Tapia de Casariego  |
| Taramundi          | Tineo                  | Valdés              |
| Vegadeo            | Villanueva de Oscos    | Villayón            |

**Tabla 6.** Municipios adheridos a la red mundial de ciudades y comunidades amigables con la personas mayores. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

#### USO DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CON RESULTADOS DE INGRESO O PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD

Los diferentes problemas de salud en la población mayor se expresan de diferentes maneras. Una de ellas es la necesidad de ingreso hospitalario para proceder a un diagnóstico o bien tratamientos médicos o quirúrgicos. En la población joven, también existen riesgos de este tipo, por ejemplo, los ligados al embarazo.

La puesta a disposición de este tipo de servicios según las necesidades poblacionales es esencial en nuestro contexto. El uso que hace la población de los mismos refleja la necesidad de dicho tipo de servicios, que puede ser valorada en términos descriptivos o en términos de riesgo de necesitar los mismos, en función de determinadas variables.

Para aumentar el conocimiento acerca del uso de la hospitalización como un recurso esencial en las personas mayores, se analiza el CMBD (Registro de Actividad especializada, Conjunto Mínimo Básico de Datos) para determinar cuáles son los motivos de alta hospitalaria y posteriormente analizar las 10 causas principales por las que acuden al hospital.

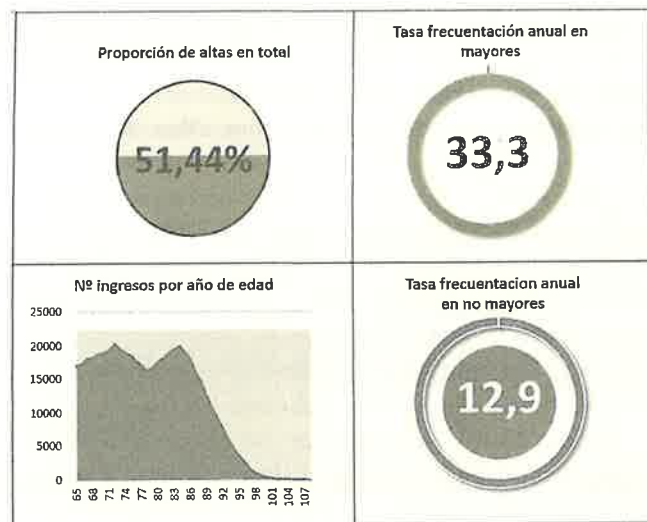


Fig. 22. Resumen.

### Motivos o causas principales de alta en personas mayores

En el período de tiempo de 2016 a 2020 ha habido en Asturias un total de 961 939 procesos que generaron un registro en el Sistema de Información Registro de Atención Especializada (Conjunto Mínimo Básico de Datos). De ellas, 494 776 correspondían a personas mayores (51,4 %). Es decir, el riesgo de ingresar en un hospital en Asturias en ese período es dos veces superior al conjunto de la población.

Eso significa que de promedio en este período hay unos 192 387 ingresos al año en población general, lo que significa una tasa de frecuentación anual del 18,9 %. En el caso de las personas mayores, el promedio en este período es de unos 98 955 ingresos al año, lo que significa una tasa de frecuentación anual del 33,3 %, 2,5 veces superior a la de la población general.

Los motivos principales de ingreso en población mayor son las cataratas (3,7 % del total de altas), el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, casi la misma proporción), ITU (Infecciones del Tracto Urinario, 2,1 %), etc. (véanse figs. 23 y 24).

Cuando se analizan las causas más frecuentes de alta hospitalaria en la población general, la que se encuentra en mayor medida es, igual que en el grupo de personas mayores, las cataratas, seguido de las infecciones del tracto urinario y el EPOC en tercer lugar (véase fig. 25).

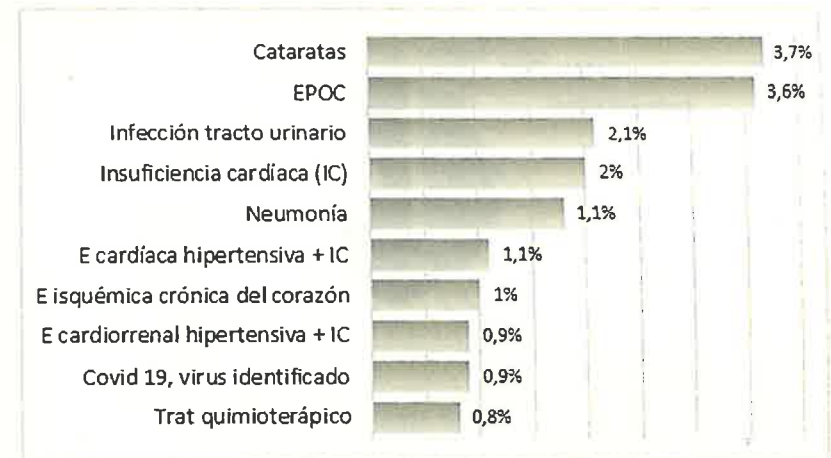


Fig. 23. Causas principales de alta en personas mayores. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

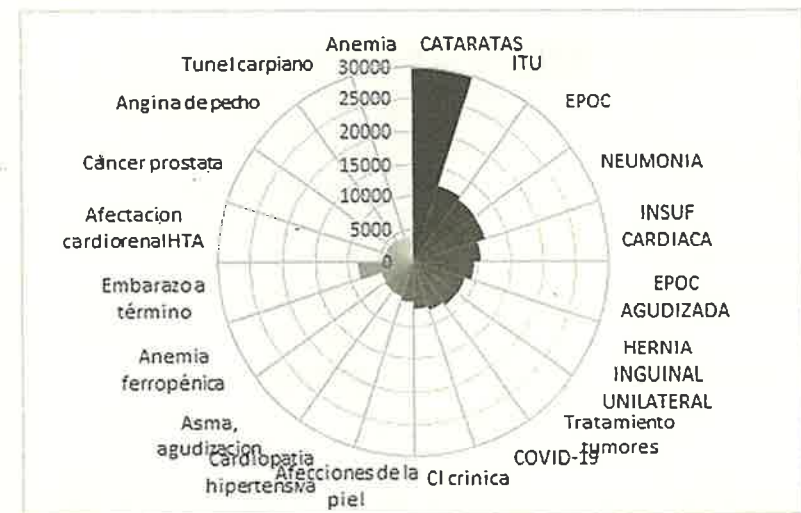


Fig. 24. Tanto por ciento de causas principales de alta hospitalaria en personas mayores. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

Analizando las principales causas y género se observa que las cataratas, las infecciones de tracto urinario, la insuficiencia cardíaca (ic), la enfermedad cardíaca hipertensiva con ic, la enfermedad cardiorenal con ic y los tratamientos antineoplásicos son más frecuentes en mujeres, mientras que la Covid, el EPOC y las neumonías lo son en hombres (véase fig. 26).

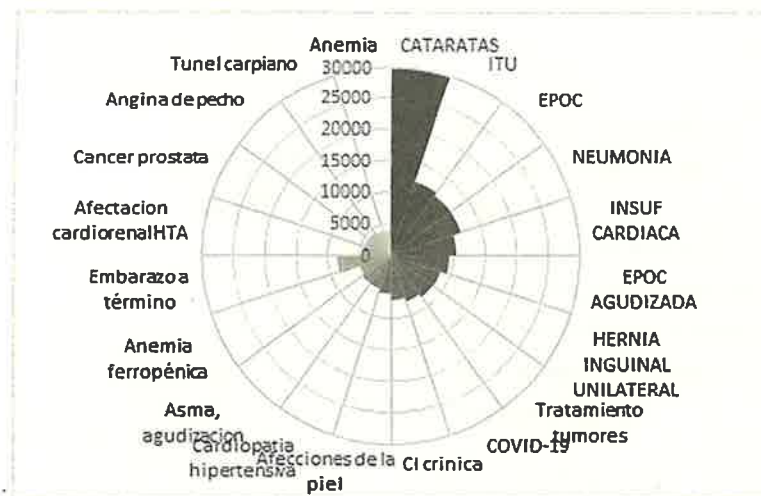


Fig. 25. Causas principales de alta en la totalidad de población. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

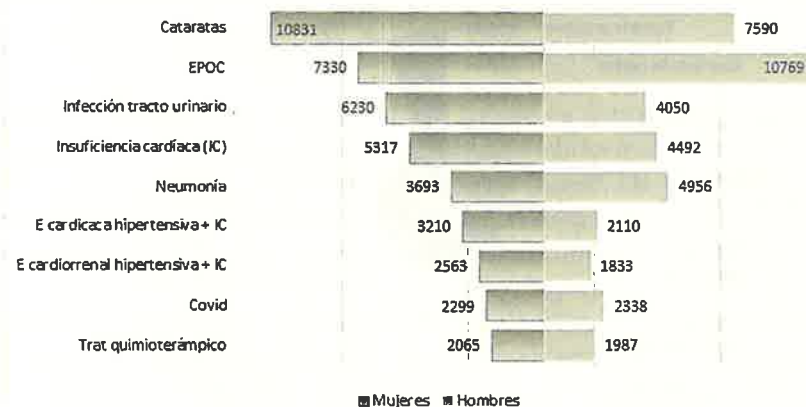


Fig. 26. Motivos o causas principales de alta en personas mayores por género. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

### Motivos o causas principales de alta en personas mayores según los grandes grupos de la OMS

Los motivos principales de ingreso atendiendo a los grandes grupos de la OMS (aparatos afectados o causas) son en población mayor los correspondientes al aparato circulatorio (17 % del total de altas), las neumológicas (13 %), los aparatos de sentidos (12 %), los tumores (9,5 %), etc.

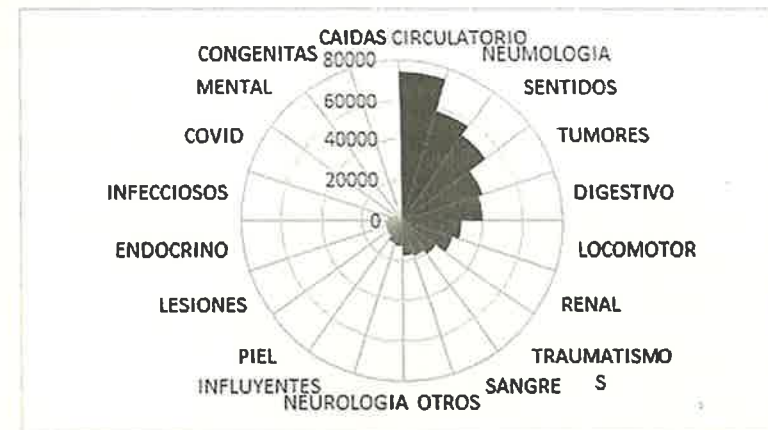


Fig. 27. Causas de alta en personas mayores por grandes grupos de la OMS. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

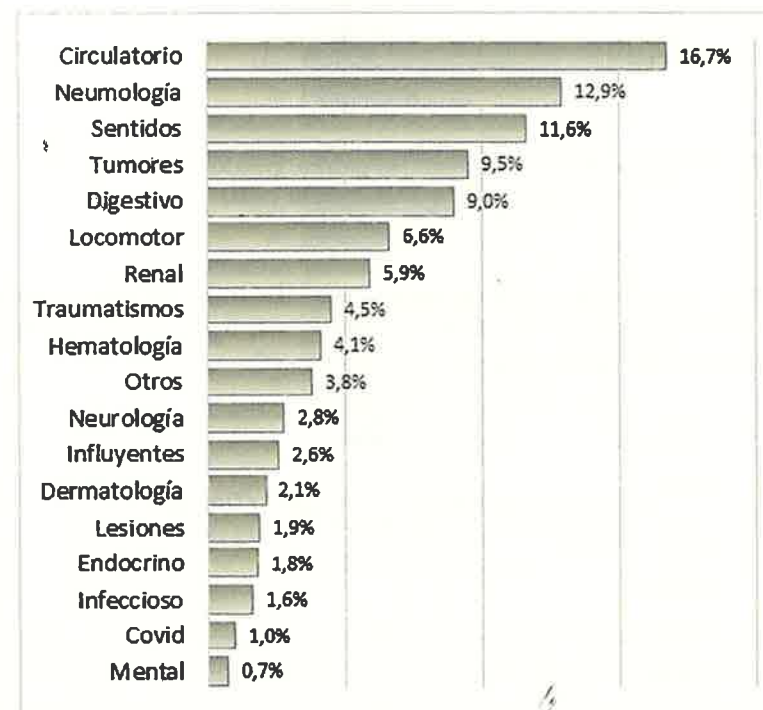


Fig. 28. Causas principales de alta en personas mayores en Asturias por grandes grupos de la OMS. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

Por grandes grupos de la oms, en su distribución por género, la mayor frecuencia de altas hospitalarias en hombres se relaciona con enfermedades tumorales, renales, del aparato digestivo y enfermedades respiratorias.

En mujeres la frecuencia es marcadamente mayor que en hombres en procesos que afectan a los órganos de los sentidos, aparato nervioso y aparato locomotor.

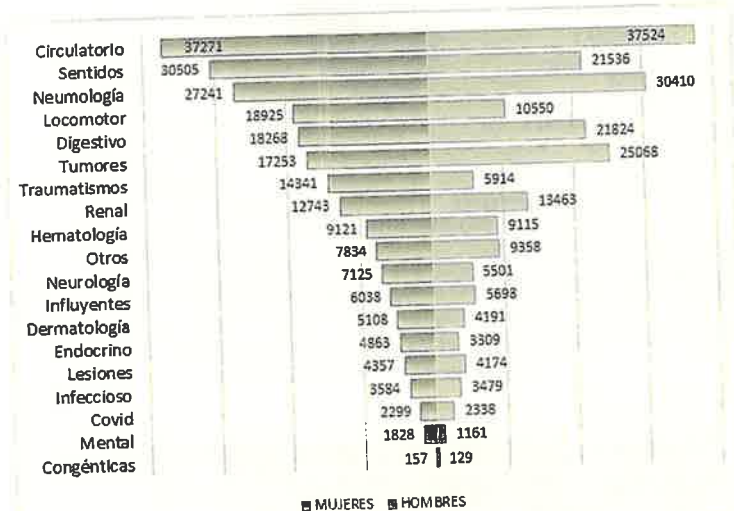


Fig. 29. Causas de alta en mayores por género, grandes grupos de la oms. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

Respecto a la evolución temporal en este período no se observan grandes cambios en su magnitud, incluso en 2020, si bien hay una ligera tendencia ascendente de los ingresos en población mayor.

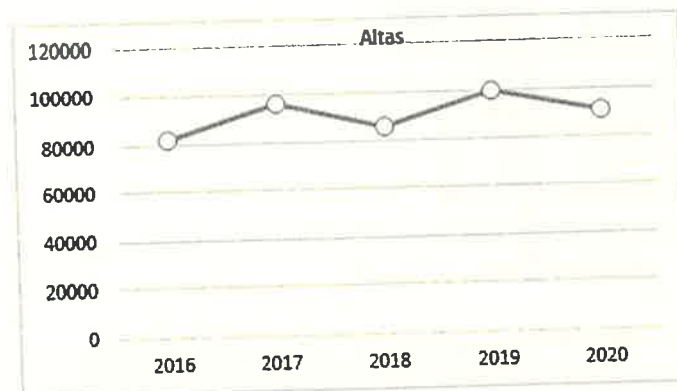


Fig. 30. Causas principales de alta en personas mayores, secuencia temporal. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

Sin embargo, cuando se analiza cada causa principal sí se aprecian cambios en los últimos años. Descienden las altas por EPOC en 2018 y 2019, mientras que aumentan las altas por cataratas en 2019.

En 2020 debido a la pandemia se produce un cambio brusco y emerge la Covid como segunda causa de alta en ese año, disminuyen sustancialmente las altas por cataratas (se suspenden operaciones programadas) y aumentan los tratamientos antitumorales, así como ligeramente las infecciones del tracto urinario.

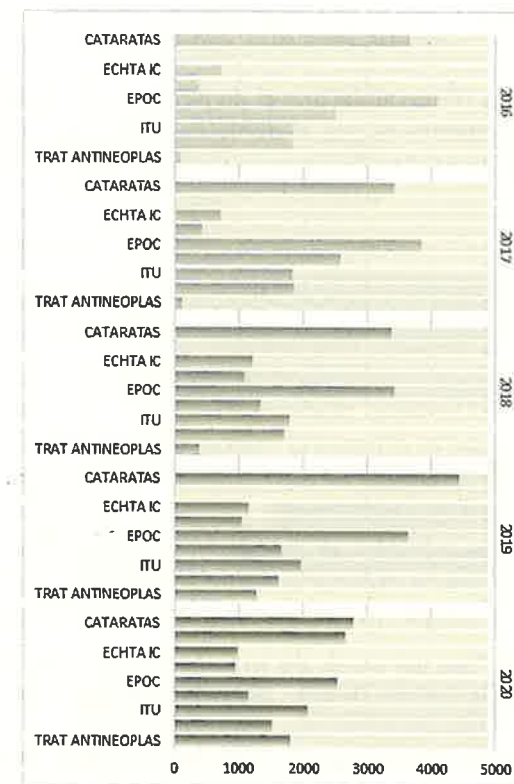


Fig. 31. Causas principales de alta en población mayor por año en frecuencia absoluta. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

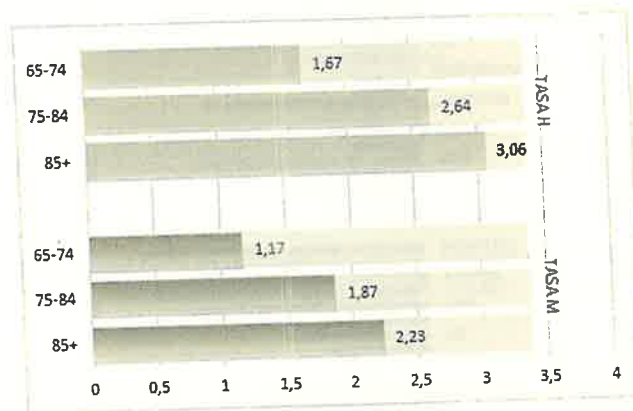
Por grupo etario, observamos que son más frecuentes las altas en personas de 65-74 años, y menos en población de 85 y más. Sin embargo, si lo expresamos en forma de tasas específicas (riesgo) son mucho más elevadas en las edades de 85 y más, ya que supone casi el doble de riesgo en el tramo de 85 o más años que en el de 65-74 años.

Como promedio, una persona de 65-74 años tiene una probabilidad anual de tener un alta hospitalaria del 28 % mientras que para una de 85 o más años de edad es del 50 %.

| Grupo         | Frecuencia | Porcentaje | Tasa por 1 | Tasa promedio anual |
|---------------|------------|------------|------------|---------------------|
| 65-74 años    | 186.724    | 37,7       | 1,4        | 0,28                |
| 75-84 años    | 180.484    | 36,5       | 2,2        | 0,44                |
| 85 o más años | 127.568    | 25,8       | 2,5        | 0,50                |
| Total         | 494.776    | 100,0      | 1,9        | 0,37                |

**Tabla 7.** Frecuencia y tasas de altas hospitalarias en personas mayores por edad. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

Si valoramos riesgos observamos que el de tener un alta hospitalaria por una de las patologías más frecuentes es casi el doble en hombres y mujeres de 85 y más años que en el tramo de 65-74 años, con una tasa de 3,06 vs. 1,67 y 2,23 vs. 1,17, respectivamente.



**Fig. 32.** Tasas por uno de alta en población mayor por grupo etario y género. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

Por edad y género observamos que es más alta la frecuencia absoluta de las diez causas principales en hombres en edades más precoces, en el grupo de edad entre 65 a 74 años; en mujeres en edades más tardías, en el segundo tramo etario, de 75 a 84 años.



**Fig. 33.** Número de altas hospitalarias en población mayor en Asturias por grupo etario y género. Asturias. 2016-2020. Fuente: CMBD.

En las personas mayores existe una mayor probabilidad de que se produzca un alta hospitalaria a su domicilio (85 %), seguida a gran distancia de fallecimiento durante el ingreso como segundo tipo de causa de alta, con un 7,3 %, casi un 4 % se derivan a otro hospital y un 2,3 % a un centro sociosanitario.

| TIPO ALTA               | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------|------------|------------|
| A domicilio             | 420114     | 84,9 %     |
| Exitus                  | 35876      | 7,3 %      |
| A otro hospital         | 19037      | 3,8 %      |
| A centro sociosanitario | 11503      | 2,3 %      |
| Otros                   | 7350       | 1,5 %      |
| Alta voluntaria         | 898        | 0,2 %      |

**Tabla 8.** Frecuencia y proporción de altas hospitalarias en población mayor por tipo de alta. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

El tiempo promedio de estancia en personas mayores cuando han ingresado es de 6,4 días (ic 95 % 6,3-6,5). Por género la estancia es superior en hombres, 6,54 (ic 95 % 6,47-6,62) que en mujeres, 6,29 (ic 95 % 6,11-6,47). Diferencias estadísticamente significativas.

Por grupo etarios, en el de 65-74 años es de 5,46 días (ic 95 % 5,35-5,57), en el grupo de 75 a 84 años de 6,58 días (ic 95 % 6,5-6,6) y en el de 85 o más años, 7,77 días (ic 95 % 7,3-8,0). Diferencias estadísticamente significativas.

|               | PROMEDIO  | PROMEDIO  | PROMEDIO |
|---------------|-----------|-----------|----------|
|               | Edad      | Hombres   | Total    |
| 65-74 años    | 5,46 días | 6,54 días |          |
| 75-84 años    | 6,58 días | Mujeres   | 6,4 días |
| 85 o más años | 7,77 días | 6,29 días |          |

**Tabla 9.** Promedio de estancia hospitalaria en días de personas mayores. Asturias, 2016-2020. Fuente: CMBD.

## DATOS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN MAYOR

Según los datos publicados por la Sección de Información Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública en 2019 las personas de mayor edad, teniendo en cuenta la clasificación por grandes grupos de enfermedades, fallecieron sobre todo por enfermedades del sistema circulatorio, seguido de tumores y de enfermedades del sistema respiratorio, en tercer lugar.

De las 12 893 personas que fallecieron en nuestra comunidad autónoma en 2019, 11 319 tenían más de 64 años, lo que corresponde a un 88 % del total. Entre las personas mayores fallecidas ese año, el 46,5 % eran hombres y el 53,5 % mujeres.

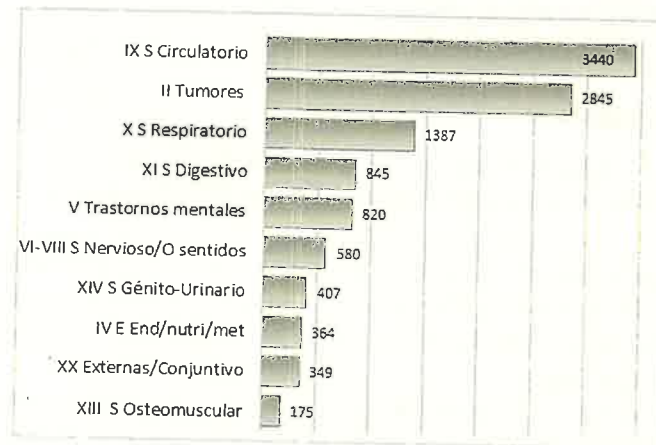


Fig. 34. Número de fallecidos en población mayor por grandes grupos de enfermedades. Asturias, 2019. Fuente: INFORSAN. OBSA.

Cuando se analizan las causas de mortalidad de la población general, encontramos que los fallecimientos por los grandes grupos de enfermedades coinciden con los de la población general en los tres primeros puestos, lo que es lógico, dado que la de la población de edad avanzada abarca la mayor parte de la mortalidad global.

Sin embargo, hay diferencia en el orden en los siguientes grupos de enfermedades que son causas de muerte: en la población de mayor edad son las enfermedades del sistema digestivo, seguido de los trastornos mentales, mientras que en la población general son los trastornos mentales seguidos de las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (véase fig. 35).

Cuando se observa la mortalidad de la población mayor desagregada por grupos etarios y género, encontramos en general, como es de esperar, que tanto la frecuencia absoluta como el riesgo expresado a través de la tasa de mortalidad es mayor en el último grupo de edad, es decir, la probabilidad de fallecer aumenta a medida que lo hace la edad.

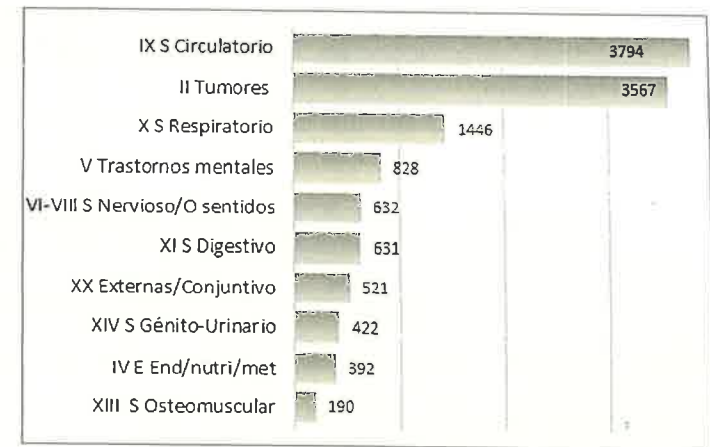


Fig. 35. Número de fallecidos en población general por grandes grupos de enfermedades. Asturias, 2019. Fuente: INFORSAN. OBSA.

Si analizamos las 10 causas de muerte más frecuentes en hombres mayores, se observa sin embargo que en primer lugar están las producidas por tumores, a diferencia del total de personas mayores y población general. En este caso la tasa se va incrementando según lo hace la edad de manera evidente, pero la frecuencia absoluta disminuye según aumentan los tramos etarios.

| HOMBRES                                      | 65-74 |        | 75-84 |         | 85+ |         |
|----------------------------------------------|-------|--------|-------|---------|-----|---------|
|                                              | n     | %      | n     | %       | n   | %       |
| II Tumores                                   | 604   | 9,85 ‰ | 603   | 17,74 ‰ | 475 | 29,42 ‰ |
| IX S circulatorio                            | 277   | 4,52 ‰ | 418   | 12,30 ‰ | 751 | 46,51 ‰ |
| X S respiratorio                             | 89    | 1,45 ‰ | 190   | 5,59 ‰  | 462 | 28,61 ‰ |
| V Trastornos mentales                        | 25    | 0,41 ‰ | 69    | 2,03 ‰  | 177 | 10,96 ‰ |
| XI S digestivo                               | 67    | 1,09 ‰ | 88    | 2,59 ‰  | 96  | 5,95 ‰  |
| VI-VIII S nervioso/org sentidos              | 33    | 0,54 ‰ | 78    | 2,29 ‰  | 88  | 5,45 ‰  |
| XX Causas externas/conjuntivo                | 34    | 0,55 ‰ | 54    | 1,59 ‰  | 91  | 5,64 ‰  |
| XIV S génito-urinario                        | 14    | 0,23 ‰ | 48    | 1,41 ‰  | 109 | 6,75 ‰  |
| IV E endocrinas, nutricionales y metabólicas | 35    | 0,57 ‰ | 46    | 1,35 ‰  | 65  | 4,03 ‰  |
| XIII E infecciosas y parasitarias            | 13    | 0,21 ‰ | 14    | 0,41 ‰  | 29  | 1,80 ‰  |

Tabla 10. Mortalidad en hombres mayores por grupos etarios. Frecuencia absoluta y tasa por mil. Asturias, 2019. Fuente: INFORSAN. OBSA.

Entre las 10 primeras causas de muerte por grandes grupos en mujeres mayores, los grupos más frecuentes coinciden con los de la población general: circulatorio, tumores y sistema respiratorio.

En este caso, tanto la frecuencia absoluta como la tasa aumentan a medida que lo hace la edad en todas las causas analizadas.

| MUJERES                                      | 65-74 |              | 75-84 |              | 85+  |              |
|----------------------------------------------|-------|--------------|-------|--------------|------|--------------|
|                                              | n     | Tasa por mil | n     | Tasa por mil | n    | Tasa por mil |
| IX S circulatorio                            | 106   | 1,48 ‰       | 389   | 8,04 ‰       | 1499 | 42,81 ‰      |
| II Tumores                                   | 299   | 4,17 ‰       | 372   | 7,69 ‰       | 492  | 14,05 ‰      |
| X S respiratorio                             | 38    | 0,53 ‰       | 94    | 1,94 ‰       | 514  | 14,68 ‰      |
| V Trastornos mentales                        | 11    | 0,15 ‰       | 96    | 1,98 ‰       | 442  | 12,62 ‰      |
| VI-VIII S nervioso/org sentidos              | 42    | 0,59 ‰       | 85    | 1,76 ‰       | 254  | 7,25 ‰       |
| XI S digestivo                               | 27    | 0,38 ‰       | 67    | 1,38 ‰       | 200  | 5,71 ‰       |
| XIV S génito-urinario                        | 6     | 0,08 ‰       | 40    | 0,83 ‰       | 190  | 5,43 ‰       |
| IV E endocrinas, nutricionales y metabólicas | 22    | 0,31 ‰       | 52    | 1,07 ‰       | 144  | 4,11 ‰       |
| XX Causas externas/conjuntivo                | 13    | 0,18 ‰       | 31    | 0,64 ‰       | 126  | 3,60 ‰       |
| XIII S osteomuscular                         | 1     | 0,01 ‰       | 27    | 0,56 ‰       | 98   | 2,80 ‰       |

**Tabla 11.** Mortalidad en mujeres mayores por grupos etarios. Frecuencia absoluta y tasa por mil. Asturias, 2019. Fuente: INFORSAN. OBSA.

#### DATOS DE DEPRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA EN POBLACIÓN MAYOR

Analizando los procesos de deprivación, el Instituto Nacional de Seguridad Social tiene unos umbrales de rendimientos económicos personales y familiares que categorizan el copago farmacéutico y que han sido utilizados corrientemente para hallar una aproximación individual de la deprivación.

Se consideran rendimientos inferiores a 18 000 euros anuales de promedio individual (para grupos familiares) como umbral definitorio. En él se categorizarían los grupos TSI 001, TSI 003 y TSI002.1 de copago farmacéutico.

Analizando la población asturiana atendiendo a dicha categorización binaria (deprivación/no deprivación) y los grupos etarios y de género correspondientes se obtienen los siguientes resultados:

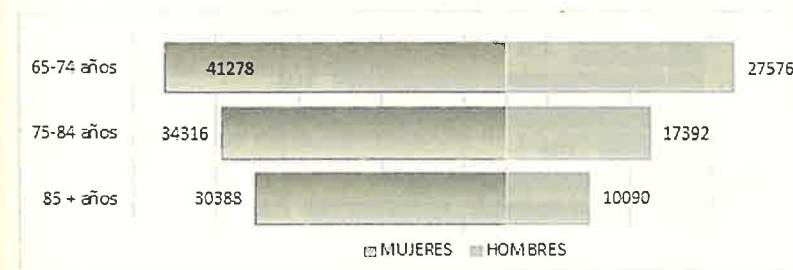
| Edad            | HOMBRES |        | MUJERES |        | TOTAL  |        |
|-----------------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|
|                 | n       | %      | n       | %      | n      | %      |
| 65-74 años      | 27576   | 44,7 % | 41278   | 60 %   | 68854  | 51,6 % |
| 75-84 años      | 17392   | 49 %   | 34316   | 66,3 % | 51708  | 60,9 % |
| 85 o más años   | 10090   | 58 %   | 30388   | 75,1 % | 40478  | 74,4 % |
| Total mayores   | 55058   | 48 %   | 105982  | 67 %   | 161040 | 59 %   |
| Resto población | 214884  | 59 %   | 205677  | 55,9 % | 460241 | 62,9 % |

**Tabla 12.** Frecuencia absoluta y relativa (en tanto por ciento) de deprivación por grupos etarios. Asturias, 2021. Fuente: Análisis de la deprivación (OBSA), a partir de datos de tarjeta sanitaria.

Es decir, la deprivación en personas mayores alcanza un 59 %, mientras que en el resto de la población es del 62 %. La deprivación aumenta un 50 % entre los grupos menos mayores (65-74 años) y los más altos de las personas mayores.

En hombres, la deprivación no es tan alta, es mucho menor entre hombres mayores que entre hombres más jóvenes (48 % vs. 59 %). En hombres también aumenta la proporción de deprivación con la edad, si bien se incrementa solo un 30 % entre los grupos extremos de personas mayores.

No sucede lo mismo en mujeres, la deprivación es muchísimo más alta entre mujeres que en hombres (y a esas edades hay muchas más mujeres que hombres), un 40 % más alta.



**Fig. 36.** Número de personas mayores deprimadas por grupo etario y género. Asturias, 2021. Fuente: Análisis de la deprivación (OBSA), a partir de datos de tarjeta sanitaria (Sistema SIPRES).

Por otra parte, hay mucha mayor deprivación entre mujeres mayores que en el resto de mujeres (un 20 % superior, al contrario que en hombres). Como en los hombres, en las mujeres se va incrementando la deprivación con la edad (incremento del 25 % entre grupos extremos de edad).

La deprivación llega a ser del 75 % en mujeres mayores.

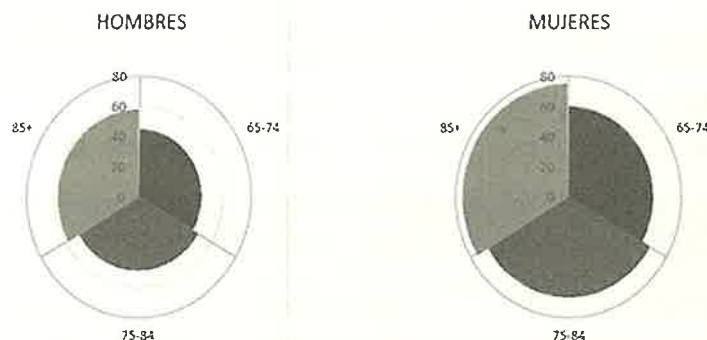


Fig. 37. Proporción de personas mayores deprivadas por grupo etario y género. Asturias, 2020. Fuente: Análisis de la deprivación (OBSA), a partir de datos de tarjeta sanitaria (Sistema SIPRES).

## GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### Reconocimiento de la situación de dependencia o discapacidad

Para beneficiarse de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia SAAD es necesario contar con una valoración y reconocimiento de la situación de dependencia. El número de personas mayores de 65 años con grado de dependencia reconocido es de 20 306, situándose la prevalencia de dependencia en mayores de 65 en el 7,62 %.

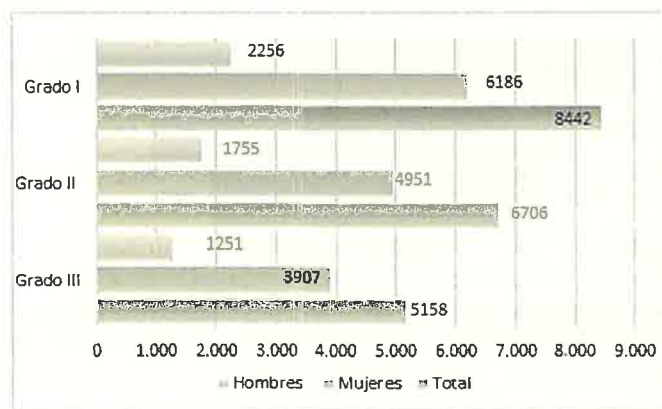


Fig. 38. Distribución grados de dependencia en personas mayores de 65 años. Asturias, 2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

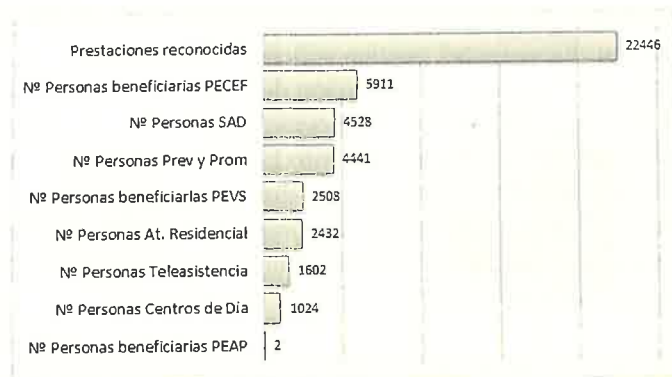
Por otro lado las personas mayores que presenten limitaciones susceptibles de ser calificadas con discapacidad pueden solicitar su valoración y reconocimiento. Según los datos de los centros de valoración de la discapacidad, en Asturias 69 382 personas con 65 o más años tienen reconocido un grado de discapacidad del 33 % o más. La obtención de este reconocimiento facilita el acceso a prestaciones y servicios específicos destinados a personas con discapacidad.

En el marco del SAAD, las personas mayores con dependencia reconocida pueden acceder a los recursos de atención domiciliaria, diurna y residencial descritos y además a los siguientes servicios:

- ◀ Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal: para prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación, dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se vean afectados por procesos de hospitalización complejos. Se prestan asociados al SAD, TAD, centros de día y de atención residencial. En 2020, 6582 personas mayores en Asturias eran beneficiarias de los servicios de prevención y promoción.
- ◀ Prestación económica vinculada al servicio: es una prestación que contribuye a la financiación del coste de los servicios que se determinen en el Programa Individual de Atención, cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado que se adapte a sus necesidades.
- ◀ Prestación económica de cuidados en el entorno familiar: tiene carácter excepcional y está destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona dependiente, que facilite el mantenimiento de esta en su entorno habitual.
- ◀ Prestación económica de asistencia personal: contribuye a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de un asistente personal, que facilite el acceso a la educación, al trabajo, así como la participación en asociaciones y posibilite una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria de las personas dependientes.

El número total de prestaciones reconocidas a personas mayores de 65 años es de 22 446, teniendo un mayor volumen aquellas que facilitan apoyos en el entorno habitual: prestación para cuidados en el entorno familiar, servicio de ayuda a domicilio y los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal.

Gestión tutelar: en ocasiones, el ejercicio de cargos tutelares es atribuido por la autoridad judicial a la comunidad autónoma del Principado de Asturias con el objeto de garantizar la protección jurídica de las personas que tienen alterada su capacidad de obrar.

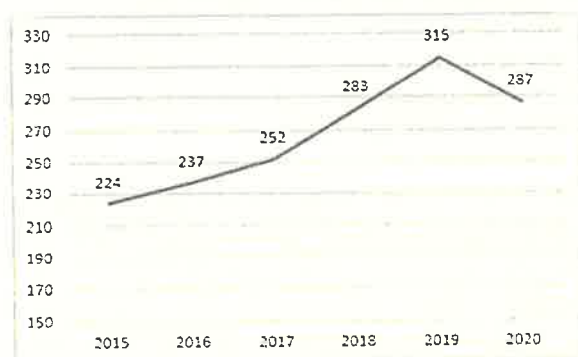


**Fig. 39.** Distribución de prestaciones del SAAD en personas beneficiarias mayores de 65 años. Asturias, 2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

El órgano administrativo Letrado del Anciano se encarga de ejercer la acción pública en defensa de las personas mayores cuando la legislación penal y procesal lo permita, así como de ejercer la tutoría de las personas mayores incapacitadas judicialmente cuando sea atribuida al Principado de Asturias.

La gestión ordinaria del cargo tutelar, así como otras labores de información, orientación y atención sociojurídica, la realizan el ERA y la Fundación FASAD (Fundación Asturiana para la Atención y Protección de Personas con Discapacidad y/o Dependencias).

La población mayor tutelada ha ido aumentando significativamente en los últimos años, hasta llegar a 287 personas mayores en 2020 (en 2019 se registró el valor más elevado de la serie, 315 personas tuteladas). Ello supone una tasa de cobertura de este servicio de 1,08 % de la población mayor. Algo más de la mitad de las personas tuteladas eran mujeres (60,3 %).



**Fig. 40.** Personas de 65 o más años tuteladas por la Administración del Principado de Asturias, 2015-2020. Fuente: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar-ObservASS.

## Datos de gran dependencia en personas mayores no institucionalizadas

En 1998, el Consejo de Europa define dependencia como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal».

En España, este concepto se recogió en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006, a partir de la que se desarrolló el Baremo de Valoración de Dependencia, en el que se categoriza en 3 grados. El grado 3 o gran dependencia supone a quien lo padece la imposibilidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria con completa autonomía o requerir de ayuda para llevarlas a cabo con mayor asiduidad.

La dependencia es un factor enormemente importante tanto como resultado de la desigualdad en salud como en relación con la restricción de actividades, con la consiguiente disminución de acceso a los recursos del mercado de trabajo, educación, peor calidad de vida, en muchos casos acortamiento del período vital y una disminución, frecuentemente, de las expectativas y disfrute vital. Es habitual que esté ligado a la edad, a mayor edad mayor patrón de dependencia, aunque en algunos casos aparece ya en la infancia o juventud.

En este análisis se observa que del total de personas con gran dependencia no institucionalizadas en Asturias (grado 3), un 73,4 % de ellas son personas mayores de 64 años; aumenta su frecuencia dentro de los diferentes estratos etarios a medida que aumentamos de edad.

La dependencia grado 3 en personas mayores es más frecuente en mujeres, 70,5 % que en hombres, lo que supone una frecuencia 2,4 veces mayor en términos absolutos. En términos relativos, un 7,5 % de las mujeres mayores tienen gran dependencia, frente a solo un 6 % en hombres (un 25 % de riesgo mayor).

La mayoría de las personas mayores con gran dependencia no institucionalizadas tiene privación socioeconómica (76 %), y esta es muy superior en el caso de las mujeres mayores con gran dependencia (82 %, un 32 % superior en mujeres que en hombres).

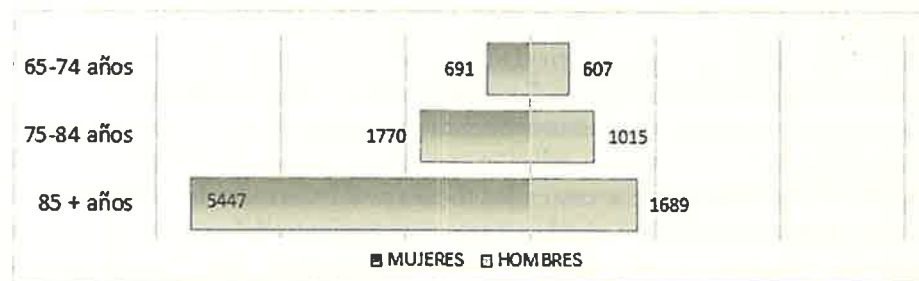
|         | n     | % del total | % por género | n    | % privación mayores |
|---------|-------|-------------|--------------|------|---------------------|
| TOTAL   | 11219 | 7 %         | 100 %        | 8536 | 76,1 %              |
| HOMBRES | 3311  | 6 %         | 29,5 %       | 2059 | 62,2 %              |
| MUJERES | 7908  | 7,5 %       | 70,5 %       | 6477 | 81,9 %              |

**Tabla 13.** Personas mayores con gran dependencia no institucionalizadas. Frecuencia absoluta y relativa por género. Asturias, 2021. Fuente: Estrategia de vacunación nacional de Covid-19, España.

Por tramos etarios dentro de las personas mayores, se observa que la gran dependencia es más frecuente a medida que aumenta la edad, existen 7136 personas gran dependientes de 85 o más años.

Es más grave en mujeres que en hombres en todos los grupos etarios. En términos relativos es muy escasa la dependencia grave en personas de 65-74 años (1 %), pero se incrementa y llega a ser muy elevada en el grupo de 85 o más años (14 %).

Entre 65-74% el riesgo de gran dependencia es similar entre hombres y mujeres, pero a partir de ahí se eleva considerablemente, hasta un riesgo un 50 % superior en mujeres de 85 o más respecto a los hombres de la misma edad.



**Fig. 41.** Número de personas mayores grandes dependientes no institucionalizadas por grupo etario y género. Asturias, 2021. Fuente: Estrategia de vacunación nacional de Covid-19, España.

## Cómo encuestar a personas mayores de 65 años. Algunas reflexiones sobre el trabajo de campo

SONIA OTERO ESTÉVEZ<sup>1</sup> | VANESA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ<sup>2</sup>  
CECILIA DÍAZ MÉNDEZ<sup>3</sup>

### RESUMEN

Las investigaciones con encuestas requieren un buen diseño en el que se medite sobre la formulación de las preguntas, la organización de las temáticas, la extensión o el lenguaje empleado. Todos estos aspectos han sido ampliamente abordados en la literatura sobre metodología de investigación social, sin embargo, se ha prestado menos atención a las cuestiones prácticas del trabajo de campo. ¿Qué ocurre cuando el cuestionario se lleva a la práctica? El Consorcio ELDER ha proporcionado una excelente oportunidad para indagar sobre cómo encuestar a personas mayores de 65 años. En este capítulo se abordan los aspectos más prácticos de la aplicación del cuestionario piloto analizando las limitaciones y oportunidades de su utilización en un grupo heterogéneo y caracterizado por sus particulares condiciones de salud y/o autonomía personal.

### PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, metodología, encuesta piloto, trabajo de campo, mayores de 65 años.

<sup>1</sup> Departamento de Sociología, Universidad de Oviedo.

<sup>2</sup> Departamento de Sociología, Universidad de Oviedo.

<sup>3</sup> Departamento de Sociología, Universidad de Oviedo.