



*una sociedad para todas las edades*  
**Año Internacional de las Personas Mayores 1999**

***Programa de  
atención a las  
personas  
mayores***



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA  
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA

***Programa de  
atención a las  
personas mayores***

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA  
MADRID, 1999

**GRUPO DE TRABAJO:**

***Tomás Tenza Pérez***

DIRECTOR GENERAL DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA

***María Luisa Pulido Puente***

SUBDIRECTORA GENERAL DE PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA

***Ignacio de Diego García***

JEFE DE ÁREA DE PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN SANITARIA

***Rafael Peñalver Castellano***

VOCAL ASESOR DE LA SUBSECRETARÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

***Pilar Bello Rocha***

SECRETARÍA

***Francisco Martiñán Márquez***

DISEÑO Y GRÁFICOS

## PRESENTACIÓN

*La edición del “Programa de Atención a las Personas Mayores del INSALUD” es, en primer lugar, un exponente del agradecimiento que se hace desde la sanidad pública hacia nuestros mayores, hacia aquellos a quien debemos tener en consideración por sus aportaciones al bienestar actual de la sociedad española.*

*Su trabajo y su experiencia es imprescindible para todos y queremos reconocerlo, precisamente en 1999, el “Año internacional de las Personas Mayores”, que las Naciones Unidas celebra bajo un lema comprometido: “una sociedad para todas las edades”*

*También de esta manera el INSALUD da respuesta a las indicaciones del Parlamento, que a lo largo de esta década, desde el Informe de la “Comisión Abril Martorell”, en 1991, al más reciente de la Subcomisión para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en diciembre de 1997, ha realizado diferentes recomendaciones al Ejecutivo en relación con las necesidades derivadas del envejecimiento de la sociedad y la necesidad de adaptar los servicios asistenciales a las nuevas demandas de asistencia y cuidados. Y haciendo especial hincapié en la coordinación de las distintas administraciones implicadas para lograr la adecuada integración de todos los esfuerzos públicos y garantizar la calidad de estas prestaciones.*

*El Ministerio de Sanidad y Consumo ha trabajado en esta dirección tomando como referencia el Plan Gerontológico Nacional, y en particular el INSALUD ha desarrollado en la red de servicios en atención primaria y atención especializada, a través de los Programas de Atención al Anciano. Al mismo tiempo participó en las primeras experiencias de coordinación sociosanitaria con el INSERSO y las Comunidades Autónomas.*

*Más recientemente, el Plan Estratégico del INSALUD desarrolla nuevas líneas de actuación orientadas a mejorar los cuidados domiciliarios de las personas mayores dependientes e insiste en la coordinación sociosanitaria con los servicios sociales una vez transferido el INSERSO a las Comunidades Autónomas.*

*Como expresión de esta voluntad de mejora de la atención a las personas mayores, durante 1999 se han realizado dos actuaciones de especial relevancia:*

- *La creación de los **Equipos de Soporte Domiciliario** como apoyo directo a los equipos de atención primaria, con el fin de mejorar la asistencia y la continuidad de los cuidados, particularmente a las personas con diferentes grados de dependencia*

*De esta manera, se espera mejorar el acceso de los usuarios a los servicios y una mejor utilización de los recursos disponibles en el entorno local, posibilitando de forma efectiva la participación creciente del voluntariado y de las organizaciones de autoayuda nacidas de la sociedad civil*

- *La edición del **Programa de Atención del INSALUD a las Personas Mayores**, que actualmente se edita, y donde se recoge, de una parte los objetivos institucionales relacionados con el acceso a los servicios y el cumplimiento de sus derechos, y de otra, siguiendo las indicaciones actuales del Plan Gerontológico Nacional, las orientaciones para la organización de la asistencia y la elaboración de programas específicos por parte de los centros*

*Su publicación sitúa al INSALUD en el eje de las políticas sanitarias de los países de nuestro entorno. Existe un mismo interés y un compromiso social común con las personas mayores y así lo ha expresado el Consejo de Europa y la 6ª Conferencia de Ministros de Salud de Europa, reunida este mismo año, para abordar un único punto en su orden del día: “El envejecimiento en el siglo XXI”.*

*En definitiva, el INSALUD pretende dar un paso más en su quehacer, dentro de un espíritu de mejora continua y buscando alcanzar el paradigma de la excelencia, donde las cosas que hacemos hoy, -la promoción de la salud y la asistencia para el logro de un envejecimiento saludable-, puedan ser válidas desde el primer momento de la existencia y a lo largo de una vida fecunda y feliz, hasta dentro de cien años.*

**Alberto Núñez Feijóo**  
**Presidente Ejecutivo**

## PRÓLOGO

*La presentación del “Programa de Atención a las Personas Mayores” es una contribución del INSALUD al “Año Internacional de las Personas Mayores, 1999”. La celebración de esta especial circunstancia es un buen referente para desarrollar determinadas acciones previstas en el Plan Estratégico.*

*El documento presente aborda uno de los hechos más significativos de la sociedad actual, y que seguramente adquirirá mayores dimensiones a lo largo de los próximos años: el problema del envejecimiento y, en particular, los problemas de atención de las personas mayores cuando existe una pérdida importante de su autonomía.*

*Esta situación de dependencia ha sido definida de forma precisa por el Consejo de Europa (1997) desde la perspectiva de la globalidad del alcance de sus manifestaciones.*

***“ Estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de la vida cotidiana “***

*Los éxitos derivados del avance de la medicina y de las tecnologías sanitarias han logrado “añadir más años a la vida”; sin embargo el reto es cómo lograr disfrutarlos,*

*teniendo en cuenta que la salud es sinónimo de realización personal y bienestar. Afortunadamente hoy la salud pública también señala como las medidas de promoción y protección de la salud pueden representar el mejor recurso para lograr un envejecimiento saludable.*

*Una vez más los éxitos logrados desencadenan nuevas perspectivas asistenciales y el sistema sanitario público debe prever los ajustes precisos para garantizar la calidad de todas sus actuaciones. Desde este punto de vista, el “Programa de atención a las Personas Mayores” del INSALUD aporta un enfoque integrado de la asistencia para posibilitar esta transición.*

*Una de las características del Programa es la horizontalidad de sus planteamientos, tomando como eje asistencial la continuidad de la atención en dos dimensiones: mediante acciones preventivas a lo largo de la vida cuando prima la salud, y a lo largo del enfermar cuando el proceso se cronifica y requiere cuidados de diferente naturaleza.*

*Otro de sus ejes es el reconocimiento de los derechos de las personas mayores. Mejorar la calidad asistencial incluye tener en consideración sus derechos en una doble consideración, como enfermos y como personas mayores. Ello lleva implícito una atención particular hacia ellos y con sus familiares, para tratar de hacerles las cosas más fáciles dentro y fuera del sistema.*

*En este sentido toma carta de naturaleza la coordinación del sistema sanitario con los servicios sociales y la*



*apertura de ambos servicios públicos hacia la sociedad civil.*

*Todos estos planteamientos son acordes con las Metas de salud que la Oficina Europea de la OMS propone para el siglo XXI, cuando propone “Envejecer de forma saludable” y lanza el siguiente reto:*

***“ De ahora al año 2020 las personas mayores de 65 años de edad deberá tener la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad ”***

*Sin rechazar la bondad de la utopía que encierra este enunciado, y sumándose a los esfuerzos por lograrlo, el “Programa de Atención a las Personas Mayores” del INSALUD quiere contribuir a su logro mediante la consecución de los siguientes objetivos:*

- 1. Garantizar los derechos ciudadanos de las personas mayores en la asistencia sanitaria y la mejora de su salud***
- 2. Contribuir a la mejora de la atención de las personas mayores mediante medidas dirigidas al logro de una mayor efectividad y eficiencia de la provisión de asistencia y cuidados en todos los niveles del sistema y en coordinación con los servicios sociales***
- 3. Promover la implicación y la participación del personal sanitario en el establecimiento de prioridades para la atención de las personas mayores y en la coordinación con los servicios sociales***
- 4. Promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas con las personas mayores***

*Se debe señalar que la realización de este Programa sólo ha sido posible teniendo como referencia la experiencia acumulada en la práctica asistencial por parte del conjunto de la Institución, siendo consciente de las iniciativas que han surgido y la importancia de las medidas adoptadas, particularmente en el ámbito de atención primaria y los cuidados domiciliarios.*

*Por ello es necesario estudiar este Programa como un documento de carácter estratégico y global, que representa una guía para introducir en el sistema de forma flexible los cambios que la sociedad nos esta demandando y que nos demandará en un futuro. El desarrollo de sus objetivos afecta a los distintos niveles de la organización de forma que su puesta en práctica se lleve a efecto en función de su experiencia, valorando sus necesidades y adoptando las medidas que corresponde a cada nivel de responsabilidad.*

*Finalmente, si se quisiera resumir de forma sencilla el alcance del propósito de este Programa, cabría decir en términos de calidad, que deberá servir para mejorar de forma continua “haciendo correctamente las cosas correctas”. Este enunciado es indicativo del compromiso que adquieren con la sociedad las organizaciones que tienen voluntad de permanencia, tal como sucede y se espera del Sistema Nacional de Salud.*

**Tomás Tenza Pérez**

**Director General de Organización y Planificación  
Sanitaria**

**Programa de Atención a las Personas Mayores**

<i>Introducción</i> .....	<b>1</b>
<i>Propósito general</i> .....	<b>11</b>
<i>Principios y valores</i> .....	<b>16</b>
<i>Nivel de Salud y utilización de los recursos</i> .....	<b>25</b>
<i>Marco de Intervención y Objetivos</i> .....	<b>49</b>
<i>Resumen</i> .....	<b>67</b>

**Anexos**

- <i>Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas</i> .....	<b>86</b>
- <i>Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas Mayores. Año Internacional de las Personas Mayores, 1999</i> .....	<b>102</b>
- <i>Conferencia de Ministros de Salud de Europa, Atenas 1999. Resolución final</i> .....	<b>105</b>
- <i>Hacia una Europa para todas las edades. Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas 1999</i> .....	<b>115</b>
- <i>Antecedentes en el abordaje de la atención a las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud</i> .....	<b>118</b>
- <i>Informe sobre la salud de los españoles, 1998: Envejecimiento</i> .....	<b>125</b>
- <i>Atención al Anciano: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria:</i>	
- <i>Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de los Ancianos</i> .....	<b>128</b>
- <i>Atención Domiciliaria</i> .....	<b>152</b>
- <i>Resolución de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD sobre creación de Equipos de Soporte de Atención a Domicilio</i> .....	<b>179</b>
- <i>Congreso estatal de las Personas Mayores. Resolución 5ª: Aspectos Sociosanitarios de la atención a las personas mayores dependientes</i> .....	<b>184</b>
<b>Glosario</b> .....	<b>190</b>

## 1.INTRODUCCIÓN

Uno de los determinantes de la modernización del INSALUD es la orientación de sus servicios asistenciales a los ciudadanos. Ello representa uno de los pilares de su Plan Estratégico y es acorde con la necesidad de introducir y desarrollar, en la organización asistencial, medidas de mejora continua de los servicios. Este eje, que es de validez general para el conjunto de la población, tiene una relevancia particular en lo que afecta a las personas mayores, en una doble consideración:

### **Orientar los servicios a las personas mayores**

- Como personas mayores cuya riqueza y experiencia les permite desarrollar plenamente la potencialidad de su vida. Estas personas representan un recurso de indudable valor para la sociedad, que no siempre es reconocido. Las intervenciones sanitarias de promoción de la salud sobre este grupo de personas son ampliamente aceptadas y se reconoce su eficacia en relación con la prevención de situaciones de dependencia. Sin embargo, el acceso a estos programas no está suficientemente generalizado en su entorno de convivencia.
- Como personas mayores que padecen enfermedades crónicas, asociadas o no a otras situaciones contingentes, que determinan una situación de limitación de su autonomía personal y

les hace dependientes de la atención de la familia y otros cuidadores y de la sociedad.

Estas circunstancias requieren una atención particular por el hecho de poner de manifiesto la diversidad actual de prestadores de servicios y las dificultades operativas de coordinación para resolver los problemas de las personas afectadas.

El presente documento tiene como objeto poner énfasis en este punto de vista, que representa un reto para los sistemas de salud, para los sistemas de previsión social y para los gobiernos de los países de nuestro entorno.

De ahí nace la justificación y necesidad de incorporar a la organización y gestión de los servicios un nuevo enfoque estratégico, técnico y multidisciplinar que posibilite:

- Una eficiente utilización de todos los recursos disponibles, con independencia de la responsabilidad administrativa de los servicios implicados.
- La continuidad del proceso de asistencia y cuidados en su entorno natural de convivencia.
- Una orientación particular de los servicios hacia la satisfacción y el reconocimiento de la calidad y el trato personal por parte de las personas mayores que reciben cuidados integrados de esta naturaleza.

Estas consideraciones nacen como respuesta a los cambios sociales derivados de la influencia de diferentes variables a tener en cuenta:

- En el ámbito del desarrollo social:
  - ◇ Cambios demográficos: mayor esperanza de vida de la población general y, en particular, de los mayores de 65 años; baja tasa de natalidad.
  - ◇ Desarrollo económico y mejora de las condiciones generales de vida y recursos.
  - ◇ Desarrollo social, mayor acceso a la información y formulación de nuevas demandas de calidad de los servicios públicos. Cambios en la estructura familiar.
  - ◇ Desarrollo democrático de la sociedad, mayor conciencia de los derechos ciudadanos y nuevas formas de organización social y participación de la sociedad civil: asociacionismo y voluntariado.
  
- En el ámbito de la atención sanitaria y social:
  - ◇ Cambios en el patrón de la morbilidad.
  - ◇ Avances de los conocimientos médicos y el desarrollo de la tecnología en este campo con mayor disponibilidad de tecnologías móviles o fácilmente transportables e implantación de nuevos sistemas de intercomunicación: telemedicina y teleasistencia.
  - ◇ Desarrollo de nuevas tecnologías en el campo de la organización y gestión de los

servicios aplicables a la mejora de los procesos administrativos y la atención personal de los usuarios.

- ◇ Desarrollo de programas de promoción y educación de la salud orientadas al mantenimiento de la autonomía personal, el autocuidado y el apoyo a la familia.
- ◇ Definición de nuevas formas de cuidados y apoyo social orientados a la atención domiciliaria de las personas mayores dependientes.
- ◇ Actitud de gran número de profesionales, - enfermería, trabajadores sociales-, hacia los problemas de los pacientes, con un enfoque integral de los cuidados sin ceñirse a un entorno asistencial específico.

**Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria de Consolidación y Modernización del SNS (1997)**

El análisis de estas variables y la importancia de sus consecuencias ha sido recogido en el “Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud”, aprobado en diciembre de 1997, que en su Apartado I. Aseguramiento y Prestaciones, Punto 3. “Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria”, hace referencia a la necesidad de abordar diferentes iniciativas, que concreta en los siguientes puntos:

- Diferenciar las prestaciones sanitarias de las actividades asistenciales de carácter estrictamente social, recomendando fijar por ley los criterios de diferenciación.

- Promover el desarrollo de la red de asistencia sociosanitaria.
- Coordinar a las autoridades sanitarias y sociales en la organización y mantenimiento de la red citada.

Al mismo tiempo, la Subcomisión consideró necesario involucrar a la sociedad en su conjunto, y a las familias en particular, en la atención sociosanitaria. Con este fin, de forma complementaria, instaba al Gobierno a:

- Promover incentivos para las asociaciones de pacientes y las organizaciones de voluntariado social.
- Fomentar la iniciativa social en el sector.
- Reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan a los enfermos crónicos y a las personas mayores.

**Recomendaciones del Debate del Estado de la Nación (1998).**

En esta misma dirección, la recomendación número 16 del Debate del Estado de la Nación de 1998, hizo referencia a las necesidades de coordinación sociosanitaria vinculada a las personas mayores, especialmente a aquellas que padecen la enfermedad de Alzheimer u otras demencias relacionadas.

**6ª Conferencia de Ministros de Salud de Europa: “El envejecimiento en el Siglo XXI” (1999)**

Los referentes internacionales en el entorno europeo son acordes con estas mismas preocupaciones y así se han visto reflejadas en la 6ª Conferencia de Ministros de Salud de Europa, celebrada en Atenas en mayo de 1999, que abordó de forma monográfica “El envejecimiento en el Siglo XXI: una aproximación



equilibrada para un envejecimiento saludable”, abordando los siguientes apartados:

- El entorno económico y social necesario para preservar la dignidad humana y la independencia.
- Las políticas dirigidas a reducir la necesidad de asistencia en los hospitales y otras instituciones.
- La optimización de la eficacia de los cuidados.
- El establecimiento de un Plan de Acción coherente y global.

Como conclusión de sus trabajos se aprobó una declaración política que hace referencia a los siguientes temas:

- La necesidad de realizar por parte de los Estados un ajuste en las prioridades en los servicios sanitarios y sociales.
- Tener en consideración la autonomía como un factor esencial de la dignidad de la persona.
- Considerar los cuidados de salud como un derecho social fundamental y en consecuencia, garantizar la igualdad de acceso a la asistencia y cuidados.
- Orientar la atención a las personas mayores hacia su domicilio, ayudándoles en las tareas cotidianas mediante una adecuada organización de cuidados comunitarios que garantice la atención social necesaria.
- Estudiar con detenimiento los problemas éticos, sociales, sanitarios y económicos que afectan a un número creciente de personas mayores.

- Desarrollar políticas coherentes para las personas mayores en estrecha colaboración con los organismos internacionales que se interesan por la salud y el envejecimiento saludable.
- Establecer un intercambio de información sobre los aspectos científicos y sociales creando un espacio propio en las redes web.

**Plan Gerontológico Estatal:  
Plan de Acción 2000-2005**

De forma particular, el INSALUD también debe tomar en consideración la colaboración interinstitucional del Ministerio de Sanidad y Consumo con otros Departamentos para la atención a las personas mayores. De ello se ha derivado su participación en el “Plan Gerontológico Estatal”, -aprobado en 1992 y recientemente evaluado en sus realizaciones durante el periodo 1992-1997- y en cuyo desarrollo actual ha estado prevista su participación específica para definir el “Plan de Acción 2000-2005”.

**Plan de Atención a Enfermos de Alzheimer y otras Demencias**

Asimismo, el INSALUD se encuentra implicado en la elaboración del “Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005)” participando en el grupo de trabajo creado en el seno del Consejo Interterritorial del SNS y en el grupo de expertos formado para la elaboración de sus objetivos y propuestas.

**Plan Estratégico del INSALUD**

De acuerdo con los referentes citados, en el entorno de la organización de los servicios sanitarios y las relaciones naturales que se establecen con los

servicios sociales, el INSALUD ha asumido la necesidad de abordar globalmente las dimensiones de los cambios señalados anteriormente. Con este fin, el Plan Estratégico del INSALUD definió una Línea Estratégica específica en su Capítulo V, Apartado 2 E.: "La atención sociosanitaria", para de esta manera sentar las bases para la reorientación de determinados servicios y el reconocimiento de la necesidad de nuevas formas de colaboración intersectorial de todas las Administraciones implicadas.

Las premisas de partida que contempla el Plan Estratégico son las siguientes:

- La búsqueda de la coordinación asistencial situando al paciente en el lugar de atención necesario.
- Intensificar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios de las diferentes Administraciones.
- Profundizar el estudio de las consideraciones reales del problema separando lo sanitario de lo social.

Las líneas de actuación previstas son las siguientes:

- Coordinación de los servicios sanitarios y sociales para adecuar los recursos utilizados.

Se entiende que la coordinación debe ser:

- ◊ Interdisciplinar: implicando a todos los profesionales sanitarios y sociales

- ◇ Integrada: Integrando todos los recursos sanitarios disponibles con los servicios sociales de base.
  - ◇ Con garantía en la continuidad de la asistencia entre atención primaria y atención especializada.
- La Atención Primaria de salud como responsable de la coordinación sociosanitaria.

Se entiende que:

- ◇ Debe ser el eje central de la coordinación
- ◇ La mayoría de las demandas han de resolverse a su nivel, de forma que sean dirigidas hacia la reinserción social y al mantenimiento del paciente en su propio medio
- ◇ Debe establecer una conexión permanente y operativa con los servicios sociales y los servicios sanitarios de atención especializada
- ◇ Debe priorizar la atención domiciliaria a enfermos geriátricos, crónicos avanzados y paliativos
- ◇ La enfermería desempeñará un papel importante en la atención domiciliaria a estos pacientes.

**La calidad de los servicios públicos como referente**

Finalmente, el INSALUD considera que el enfoque de la calidad también debe ser concurrente con otras medidas de mejora que están adoptándose en el conjunto de la Administración y los servicios públicos.

Como exponente de este criterio es necesario tener en consideración el Plan de Calidad del INSALUD, 1999

elaborado de acuerdo con las indicaciones del Plan Estratégico, y como referente general en el entorno del conjunto de las administraciones públicas, la regulación de las “ Cartas de Servicios” (R.D. 1259/1999, BOE nº 190, de 10 de agosto), donde se hace una referencia particular a la necesidad de evaluación de la calidad de los servicios de atención a los ciudadanos y la participación en ello de todos los funcionarios y profesionales implicados.

## 2.PROPÓSITO GENERAL

El propósito del Programa del INSALUD para la Atención a las Personas Mayores tiene como referencia las medidas adoptadas para la modernización y mejora de la organización del sistema, tomando en consideración las actuaciones previstas en los Objetivos del Departamento, que incluyen:

### **Acciones generales del Ministerio de Sanidad y Consumo**

- Elaboración de la propuesta de objetivos de salud y asistencia sanitaria del “Plan Gerontológico Estatal: Plan de Acción 2000-2005”.
- Desarrollo del “Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005)”

No cabe duda de que el envejecimiento de la población es uno de factores externos que más incide en la organización del conjunto de los sistemas asistenciales. Ello ha condicionado la necesidad de adecuar su estructura a una nueva realidad social. De hecho, en el campo de la sanidad en los países desarrollados no se cuestiona como ha influido los logros de la medicina y la eficacia de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, que contribuyen a mejorar la esperanza de vivir más años con mayor bienestar.

En consecuencia con lo anterior, la mayor utilización de recursos por parte de las personas mayores es una evidencia contrastada. La frecuentación hospitalaria es significativamente superior a la de la población general: 80,1 por 1000 hb. para la población en general, respecto a 151,1 por 1000 hb. para los mayores de 65 años, durante 1998, el número de ingresos hospitalarios de personas mayores de 65 años representa el 35.5 % de los mismos; de ellos, el 50,5% son mayores de 75 años .

### **Los Objetivos estratégicos del INSALUD**

La particularidad de las actuaciones señaladas deben tener en consideración los objetivos estratégicos aprobados por parte del INSALUD:

➤ El horizonte trasferencial:

Enmarcar las actuaciones previstas dentro de la coordinación territorial con las instituciones sanitarias públicas implicadas, de forma que las orientaciones que afecten a la gestión actual de los recursos tengan como referente el marco futuro de ordenación sanitaria. Este apartado tiene un interés particular en el caso de la ordenación de la asistencia a las personas mayores por la existencia de recursos complementarios en el ámbito de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, y el hecho de haber sido transferidos los recursos del IMSERSO.

- Una nueva orientación en el desarrollo de sus funciones:

La orientación de los servicios a los ciudadanos en el caso de la atención a las personas mayores adquiere una dimensión estratégica en relación con la calidad de la atención recibida y esperada. Su situación ofrece una heterogeneidad y diversidad de situaciones superior a la de otros grupos de la población. Y requiere una mayor intensidad en la atención, no sólo en los aspectos asistenciales, sino también en la gestión de aspectos complementarios de carácter administrativo, de forma que una mayor personalización puede ser determinante para garantizar unos cuidados comprensivos y la continuidad de su asistencia.

Esta orientación afecta de forma diferenciada a las funciones corporativas asignadas a los servicios centrales y las direcciones territoriales, y a las que corresponde a los centros específicos de provisión de servicios.

- Optimizar la disponibilidad de recursos existentes:

La asignación de recursos y la organización de actividades, debe ser programada de acuerdo con los criterios de equidad, eficacia, eficiencia y calidad, en los mismos términos que se establece para la atención del conjunto de la población. Pero en el caso de las personas mayores debe tenerse en consideración la importancia de las medidas de prevención en relación



con la pérdida de su autonomía o su posible recuperación. Ello puede suponer, en ocasiones un cambio en el orden de prioridades en la asignación de los recursos disponibles.

## **Áreas de intervención**

Las áreas sobre las que el INSALUD va a desarrollar sus intervenciones, consideran los siguientes hechos:

- En el marco de las funciones corporativas del INSALUD:
  - ◇ Garantizar la accesibilidad a las prestaciones sanitarias.
  - ◇ Mejorar los sistemas de información de los ciudadanos.
  - ◇ Garantizar la calidad en los centros de asistencia.
  
- En el marco de actuación de los centros asistenciales:
  - ◇ Adecuar la organización y gestión de las prestaciones sanitarias que las personas mayores reciben en los diferentes niveles de asistencia.
  - ◇ Incluir, en los casos necesarios, opciones integradas que impliquen a los servicios sociales.

- En el marco de actuaciones con la sociedad civil:
  - ◇ Promover la participación de los ciudadanos en las instituciones sanitarias como interesados.
  
- En el marco de la coordinación con otros servicios asistenciales:
  - ◇ Promover un marco adecuado de coordinación intersectorial con otras administraciones e instituciones implicadas, -particularmente con los servicios sociales-, en los aspectos de la organización y gestión de la asistencia y cuidados integrados para las personas mayores con enfermedades crónicas que han perdido su autonomía funcional y se encuentran en situación de dependencia funcional de naturaleza física, mental o sensorial.

El enfoque propuesto para la atención de estas necesidades debe definir la participación del INSALUD en el desarrollo de nuevas formas de coordinación sociosanitaria, de manera acorde con los recientes mandatos parlamentarios, citados anteriormente, y las experiencias existentes.

### 3.PRINCIPIOS Y VALORES

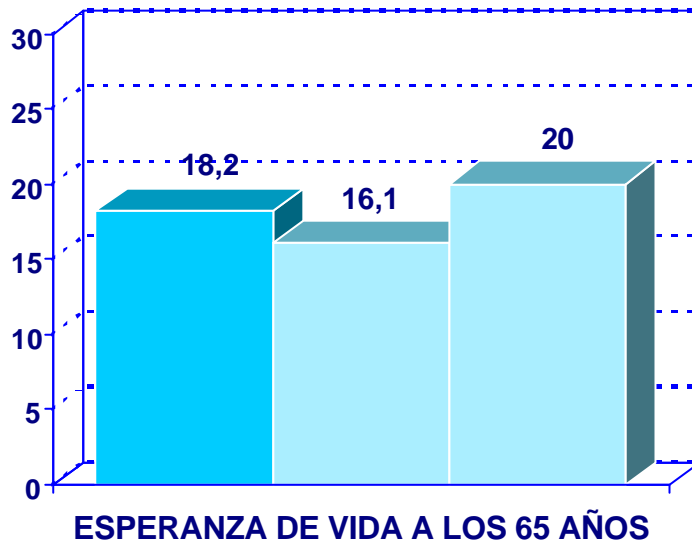
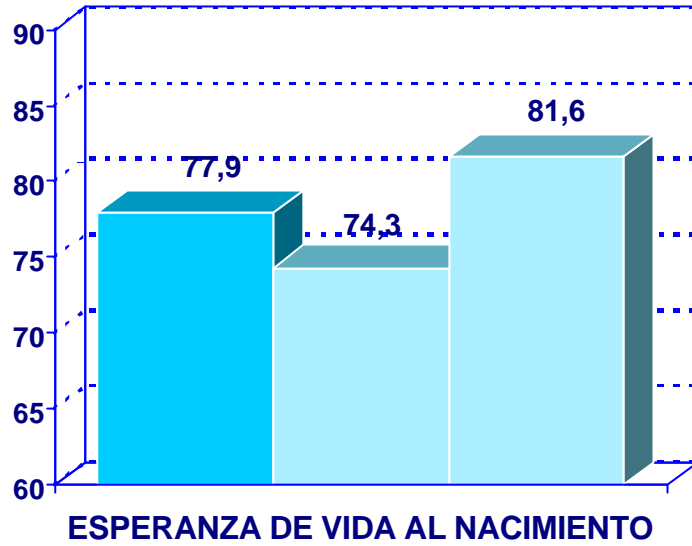
La consideración básica de que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural y no una enfermedad, es un determinante para mantener una actitud orientada al mantenimiento de una vida activa y satisfactoria. Gran número de personas mayores realizan su vida cotidiana de forma autónoma, aunque se reconoce que existen diferencias notables dentro en este colectivo y es mayor su vulnerabilidad.

#### **Mayor esperanza de vida**

Los datos sobre la esperanza de vida al nacimiento representan el mejor indicador sobre el desarrollo económico, social y sanitario de un país. En el caso de España la esperanza de vida alcanza los 77.9 años. Después de Suecia, Francia y Grecia, es el país con mejores perspectivas dentro de nuestro entorno, situándose por encima de la media de la UE ( 77,4 años).

También es significativo que la esperanza de vida actual, a partir de los 65 años es de 18,2 años.

## ESPERANZA DE VIDA

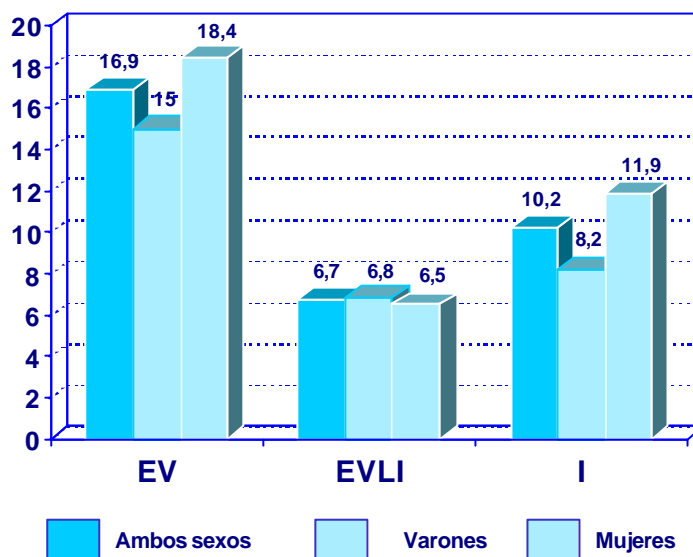


Fuente: M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo: Encuesta Nacional de Salud, 1997

## Esperanza de vida y discapacidad

Datos complementarios nos indican la relación entre la esperanza de vida y la existencia de incapacidad. Ello es indicativo de su capacidad de autonomía, y en consecuencia del incremento progresivo de necesidades de asistencia y cuidados.

### ESPERANZA de VIDA (EV); ESPERANZA de VIDA LIBRE de INCAPACIDAD (EVLI) Y EXPECTATIVA de INCAPACIDAD (I) en PERSONAS MAYORES DE 65 años



Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencia y Minusvalía, 1986; M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo: ENS, 1997

De acuerdo con la información facilitada por las mismas fuentes, se observa que la incapacidad de las personas mayores, puede implicar diferente forma de dependencia según afecte a diferentes actividades: las relacionadas con los órganos de los sentidos, las que afectan a su capacidad de desplazamiento, al aseo personal, a las actividades de la vida cotidiana o a su conducta. Cuantitativamente se conocen los siguientes datos:

**CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 a.**

EDAD	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA									ACTIVIDADES INSTRUMENTALES								
	INDEPENDENCIA			INDEPENDENCIA CON AYUDA			DEPENDENCIA EN ALGUNA ACT.			INDEPENDENCIA			INDEPENDENCIA CON AYUDA			DEPENDENCIA EN ALGUNA ACT.		
	Amb Sex	V	H	Amb Sex	V	H	Amb Sex	V	H	Amb Sex	V	H	Amb Sex	V	H	Amb Sex	V	H
<b>Total</b>	75.3	84.0	69.0	11.5	8.0	14.0	13.3	8.0	17.0	86.3	9.05	83.4	8.5	8.4	10.0	8.2	3.1	6.6
<b>65 – 74 a.</b>	82.0	91.1	75.1	8.4	3.9	11.5	9.7	4.2	13.4	92.4	95.4	90.3	5.3	3.5	6.6	2.3	1.1	3.2
<b>&gt; 75 a.</b>	63.1	70.3	57.7	17.1	15.2	18.6	19.7	14.5	23.6	75.5	82.0	70.5	14.2	11.4	16.4	10.3	6.6	13.2

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo, ENS. 1997

**DIFERENTES TIPOS DE LIMITACIONES Y DISCAPACIDAD  
(TASAS / 1000 hb.)**

<b>EDAD</b>	<b>ALGUNA DISCAPAC.</b>	<b>VER</b>	<b>OIR</b>	<b>CUIDADO PERSONAL</b>	<b>ANDAR</b>	<b>ACT. VIDA DIARIA</b>	<b>CONDUCTA</b>
<b>AMBOS SEXOS</b>							
<b>65-74 a.</b>	461.0	70.4	70.5	26.4	64.9	68.1	26.3
<b>&gt; 75 a.</b>	709.9	132.2	140.1	101.3	196.0	133.7	54.4
<b>VARONES</b>							
<b>65-74 a.</b>	421.3	60.2	78.1	31.0	73.8	57.2	24.0
<b>&gt; 75 a.</b>	655.7	121.5	136.2	86.4	204.8	104.9	42.3
<b>MUJERES</b>							
<b>65-74 a.</b>	492.2	78.4	64.6	22.7	57.9	76.7	28.1
<b>&gt; 75 a.</b>	744.0	140.6	142.6	110.6	190.4	151.8	62.0

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencia y Minusvalía, 1986 . Mº de Sanidad y Consumo. D.G. de Salud Pública

Los datos anteriores señalan dos hechos significativos:

### **Personas mayores frágiles**

➤ El incremento de las tasas de discapacidad en los mayores de 75 años, en algunas es una variable superior al 200 % (cuidados personales, capacidad locomotriz y conducta). De ello se ha derivado el concepto de “personas mayores frágiles” y las recomendaciones de priorizar actividades sanitarias dirigidas a ellos.

Esta situación puede agravarse en aquellas circunstancias en que viven solos. Según datos del INSERSO (1995), esta situación afecta al 16 % de las personas mayores, y a medida que avanza la edad esta situación se incrementa hasta casi un 20 % entre los 70-75 años.

### **Feminización de los problemas**

➤ La mayor incidencia de limitaciones en las mujeres en todas las áreas y grupos de edad. También el porcentaje de mujeres mayores que viven solas es superior (23 % v.s. 7 %), de forma que 8 de cada 10 personas mayores que viven solas son mujeres.

Ello también ha determinado la adopción de medidas, sobre todo por otros hechos concomitantes como son las expectativas de una mayor esperanza de vida, un menor nivel de instrucción, un mayor número de personas que viven solas y la disponibilidad de menores recursos económicos, que determinan tan sólo un mayor nivel de supervivencia.



## **Concepto de dependencia**

➤ El conjunto de estas situaciones ha determinado la definición de “dependencia” para expresar una situación que se asume como referente en la orientación actual de las intervenciones sanitarias y sociales en las personas mayores frágiles. La 6ª Conferencia de Ministros de Salud sobre “El envejecimiento en el Siglo XXI” tomó como referente la definición del Consejo de Europa (diciembre, 1997), que la definía de la siguiente forma:

*“Estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de la vida cotidiana”*

Tener en consideración estas situaciones implica el compromiso del INSALUD por trabajar conjuntamente con otras instituciones para mejorar la situación de estas personas que, en ocasiones, son reos del binomio envejecimiento-pobreza y marginalidad. El reconocimiento de sus derechos, se basa en el compromiso con la equidad del conjunto del sistema asistencial y una vez más debe ponerse de manifiesto cómo la equidad y la eficiencia tienen como objeto contribuir a la cohesión social y al desarrollo del bienestar.

## **Un enfoque equilibrado**

**“añadir años a la vida”  
“añadir calidad de vida a los años”**

El Programa del INSALUD para la Atención de las Personas Mayores, desde la experiencia de la labor asistencial de sus profesionales y la realidad actual de los servicios sanitarios, pretende aportar un proyecto

equilibrado cuyos objetivos contribuyan al reconocimiento y el ejercicio de sus derechos en una sociedad donde las personas viven más años.

Formular este enfoque, como valor que reconoce toda la organización, representa un éxito y un desafío. Para su desarrollo se parte de las siguientes premisas:

**Reconocimiento de sus derechos**

- La orientación de los servicios de salud a la atención de las personas mayores debe realizarse a lo largo de toda la vida: Se vivirá más años si se fomenta la salud incluso antes del nacimiento. No cabe duda que la disminución de la prematuridad o el bajo peso al nacimiento contribuye a una mayor esperanza de vida libre de incapacidad.

**Promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

- Los servicios sanitarios, desde su contribución general a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, deben realizar programas de fomento de la salud entre las personas mayores, con el fin de mejorar sus oportunidades de vivir una vida más larga y satisfactoria.

Esta afirmación es acorde con el reconocimiento de que si las personas jóvenes necesitan lo mejor para prepararse para el futuro, las personas mayores merecen igual atención por su contribución en el pasado. En consecuencia, es necesario desarrollar una imagen positiva del envejecimiento para fomentar el espíritu de solidaridad entre generaciones y contribuir a la cohesión social

mediante el efectivo reconocimiento de sus derechos.

**Mantenimiento de la autonomía**

- Contribuir a la conservación de la autonomía de las personas mediante la preparación de una vejez saludable. Es necesario prever intervenciones precoces y mantener un equilibrio entre la tendencia a concentrar la atención en las personas muy mayores que necesitan cuidados especiales y prestar atención a la pérdida temprana de la autonomía personal. En otros términos, lo que pudiera ahorrarse por no intervenir se pierde al reducir la autonomía.

La programación de medidas preventivas sanitarias y cuidados sociales integrados y el mantenimiento de hábitos de vida saludables, ha demostrado su eficacia para prevenir el deterioro de la salud, permitiendo la permanencia en el hogar y la conservación de su autonomía. Para ello es necesario identificar las diferentes posibilidades de asistencia desde una amplia gama de servicios e instalaciones de apoyo.

**Sentirse personas activas socialmente integradas**

- Considerar los factores psicoafectivos relacionados con la pérdida de identidad y la falta de motivaciones. La mayoría de las personas que se jubilan gozan de buena salud, pero es necesario prever situaciones de desarraigo, soledad y marginación, y superar el mito de que jubilarse es envejecer.

### **Generar redes de apoyo**

- Frente a esta posible situación de anomia, se ha demostrado que las personas mayores pueden ser un recurso importante en la sociedad por su experiencia y su contribución al desarrollo social de su comunidad, con posibilidades de participar en redes de apoyo familiar y de vecindad y organizaciones de voluntariado, respaldados por las instituciones.

### **Acceso a la información**

- La identificación de los recursos y la generación de redes de apoyo debe posibilitar la información necesaria para mejorar el acceso a los mismos ya que para ellos la búsqueda de información requiere mayores esfuerzos.

### **Capacidad de elección y participación**

- Al mismo tiempo, poder acceder con facilidad a la información posibilita el ejercicio de los derechos reconocidos a todos los ciudadanos, en particular sus posibilidades de participación o de elegir el tipo de apoyo más necesario según sus circunstancias.

## **4.NIVEL DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS**

Conocer la opinión de las personas mayores sobre su salud y disponer de información objetiva del nivel de salud son elementos necesarios para planificar y orientar las medidas de promoción de la salud y prevención y planificar la asignación de los recursos sanitarios.

La información que aportan las proyecciones demográficas y el estudio de los datos sobre esperanza de vida, morbi-mortalidad, hábitos de salud y utilización de los servicios en un marco territorial definido, debe ser tomada en consideración para orientar los recursos a la mejora de la salud.

Con este mismo criterio, debe enjuiciarse la incorporación de nuevas tecnologías y nuevas formas de práctica clínica y organización de la asistencia que, en relación con la atención a los ancianos en aspectos que afectan de forma determinante a su calidad de vida han demostrado su eficacia: disponibilidad de nuevos fármacos, cirugía sin internamiento, sistemas de diagnóstico ambulatorio, implantación de prótesis articulares, cataratas, telemedicina y su coordinación con las redes de teleasistencia, etc.

La importancia de estos éxitos también representa un reto en relación el gasto sanitario. Sin embargo, es necesario superar éste a priori si se tiene en

consideración la evidencia de que no todas las personas mayores son enfermos y que las medidas de promoción, prevención e intervención precoz a lo largo de la vida pueden mejorar su nivel de salud y lograr un envejecimiento más saludable, con menor necesidad de recursos médicos especializados, y una mayor orientación de las intervenciones hacia el entorno de los cuidados domiciliarios.

Este punto de vista, reconocido como un objetivo actual en la reorientación de los sistemas de salud de los países desarrollados representa un punto de inflexión respecto al determinismo económico con que se enfocaban estos problemas en la pasada década.

## La salud de las personas mayores

### La opinión de las personas mayores sobre su salud

La valoración subjetiva de cada persona sobre su situación de salud es un determinante de su actitud hacia la adopción de medidas de autocuidado, su participación en programas de prevención y la utilización de recursos médicos.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, indican que un 42,1 % de las personas mayores disfrutaban de buen estado de salud, y sólo lo reconocen como malo en un 18 % de los casos (68,4% y 8%, respectivamente, en el caso de la población general). Estos datos son concordantes con el reconocimiento de su capacidad para realizar las tareas de la vida doméstica de forma independiente en el 75,3 % de los casos para el conjunto de los mayores de 65 años, si

bien entre los 65 y 75 es del 82 % y decae en los más mayores al 63 %.

**ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 a.**

<b>SEXO</b>	<b>MUY BUENO</b>	<b>BUENO</b>	<b>REGUL.</b>	<b>MALO</b>	<b>MUY MALO</b>
<b>AMBOS SEXOS</b>	5.8	36.3	39.8	14.8	3.3
<b>VARONES</b>	5.8	41.2	37.6	12.9	2.6
<b>MUJERES</b>	5.8	32.8	41.4	16.2	3.9

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo. ENS, 1997

**Demografía y envejecimiento**

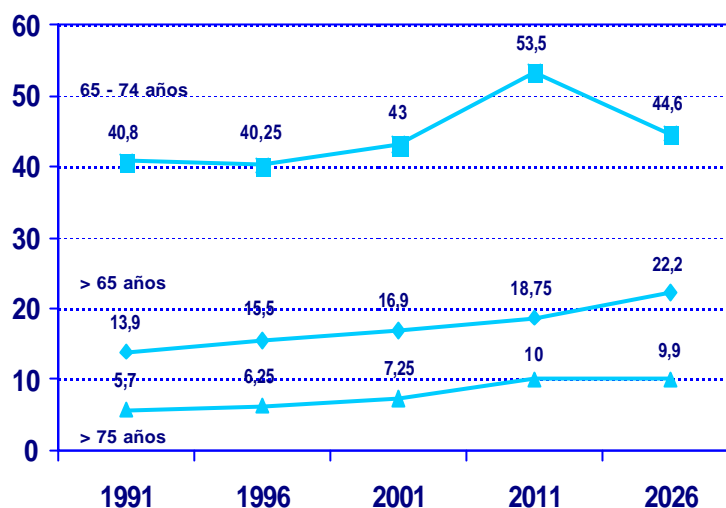
**Proyecciones demográficas del envejecimiento**

El incremento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad se reconocen como las causas del envejecimiento progresivo de la población en los países desarrollados.

**Proyecciones de población**

El análisis de la evolución demográfica indica el crecimiento progresivo de personas mayores de 65 años. La tendencia para los próximos años señala, que si en 1998 representan el 16.42 % del conjunto de la población española, para el año 2001 llegará al 16.9 %, y en el año 2025 alcanzarán el 22.22 %. Más en detalle, las personas mayores de 75 años representarán en el año 2001 el 7.26 % , en el 2011 el 10.04 %, decreciendo en el 2026 al 9.9 %.

**PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR EDAD  
(% DE > 65 AÑOS Y >75 AÑOS RESPECTO A LA  
POBLACIÓN TOTAL)**



Fuente: M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo. Proyecciones de la población española, 1996. (Hipótesis media) D.G. de Salud Pública.

**Proyecciones  
de la esperanza  
de vida**

Las proyecciones de la esperanza de vida en nuestro país también demuestran una tendencia incrementalista. Actualmente alcanza los 77.9 años, (varones: 74.3 a, mujeres: 81.6 a.) por encima de la media de la UE (77.4 a.).

La evolución de estos datos y su proyección a los años venideros, según se observa en el siguiente cuadro, es indicativa de su contribución al envejecimiento de la población española.



**ESPAÑA: PROYECCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA  
(1991 – 2025)**

<b>AÑO</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>DIFERENCIA V / M</b>
<b>1991</b>	<b>74.41</b>	<b>80.76</b>	<b>6.35</b>
<b>1995</b>	<b>75.07</b>	<b>81.40</b>	<b>6.33</b>
<b>2000</b>	<b>75.77</b>	<b>82.08</b>	<b>6.31</b>
<b>2005</b>	<b>76.34</b>	<b>82.63</b>	<b>6.29</b>
<b>2006 - 2010</b>	<b>76.71</b>	<b>82.92</b>	<b>6.21</b>
<b>2021 – 2025</b>	<b>77.82</b>	<b>83.91</b>	<b>6.09</b>

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo. Proyecciones de la población española, 1996. D.G. de Salud Pública. Serie Informes Técnicos, nº 7.

**PROYECCIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA EN  
DIFERENTES PAÍSES DE LA UE. (1900 – 2025)**

<b>AÑOS</b>	<b>ESPAÑA</b>		<b>SUECIA</b>		<b>INGLATERRA GALES</b>		<b>FRANCIA</b>	
	<b>V</b>	<b>M</b>	<b>V</b>	<b>M</b>	<b>V</b>	<b>M</b>	<b>V</b>	<b>M</b>
<b>1900</b>	<b>33.8</b>	<b>35.1</b>	<b>52.7</b>	<b>55.2</b>	<b>45.0</b>	<b>49.4</b>	<b>43.4</b>	<b>47.0</b>
<b>1950</b>	<b>59.5</b>	<b>64.0</b>	<b>69.1</b>	<b>72.3</b>	<b>66.5</b>	<b>71.2</b>	<b>62.8</b>	<b>68.6</b>
<b>1975</b>	<b>70.3</b>	<b>76.2</b>	<b>72.9</b>	<b>78.4</b>	<b>70.1</b>	<b>76.2</b>	<b>69.3</b>	<b>77.1</b>
<b>1985</b>	<b>73.3</b>	<b>79.7</b>	<b>73.8</b>	<b>79.7</b>	<b>71.9</b>	<b>77.5</b>	<b>71.3</b>	<b>79.4</b>
<b>2001 2005</b>	<b>76.2</b>	<b>82.4</b>	<b>76.0</b>	<b>81.7</b>	<b>74.8</b>	<b>80.4</b>	<b>74.3</b>	<b>81.6</b>
<b>2021 2025</b>	<b>77.8</b>	<b>83.9</b>	<b>79.0</b>	<b>83.5</b>	<b>76.9</b>	<b>82.3</b>	<b>76.6</b>	<b>83.4</b>

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo. Proyecciones de la población española, 1996. D.G. de Salud Pública.

## Indicadores de mortalidad de las personas mayores

### Mortalidad

El análisis de las causas de fallecimiento de las personas mayores son indicativas de las principales amenazas que les acontecen al final de la vida. La información disponible señala que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias, cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, traumatismos y el suicidio, son las causas más frecuentes.

Como se observa en los cuadros siguientes, existen diferencias notables entre los hombres y las mujeres, fundamentalmente entre los 65 y 75 años, tendiendo a igualarse a partir de esa edad, en algunos casos. Estas diferencias se corresponden con las diferencias de esperanza de vida existentes entre ambos sexos.

**MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES y TUMORES MALIGNOS ( 65 - 74 a. / > 75 a.)**  
(Tasa por 100.000 hb.)

PATOLOGÍA	AMBOS SEXOS			VARONES			MUJERES		
	Todas Edades	65-74a.	> 75 a.	Todas Edades	65-74a.	> 75 a.	Todas Edades	65-74a.	> 75 a.
<b>ENF. CARD-VASCULARES (Todas las causas)</b>	335.9	661.3	3853.3	311.7	914.7	3873.9	359.1	453.3	3849.4
<b>ENF. ISQUEMIC. MIOCARDICA</b>	96.1	265.6	908.9	112.2	406.8	1115.5	80.7	149.6	790.9
<b>ENF. CER-VASCULAR</b>	101.9	177.8	1256.9	86.7	226.8	1232.7	116.5	137.5	1270.8
<b>TUMORES MALIGNOS (Todas las causas)</b>	221.6	731.3	1420.0	282.2	1095.5	2187.4	136.6	432.5	981.5

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo: D.G. de Salud Pública. CIE-9ª-Rev. Cod 390-459: Cardio-Vasculares; 140-208: Tumores

**MORTALIDAD POR DIABETES, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CIRROSIS  
Y ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO ( 65 - 74 a. / > 75 a.) (Tasa por 100.000 hb.)**

PATOLOGÍA	AMBOS SEXOS			VARONES			MUJERES		
	Todas Edades	65-74a.	> 75 a.	Todas Edades	65-74a.	> 75 a.	Todas Edades	65-74a.	> 75 a.
<b>DIABETES</b>	23.3	58.8	256.3	17.3	59.2	207.8	29.1	58.5	284.0
<b>BRONQUITIS CRÓNICA- ENFISEMA Y ASMA</b>	9.1	22.2	96.2	12.0	35.8	162.6	6.3	11.0	58.3
<b>CIRROSIS-ENFERMEDAD CRÓNICA DE HÍGADO</b>	17.6	60.5	66.0	25.0	90.5	99.9	10.5	35.9	46.6

Fuente: M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo: D.G. de Salud Pública. CIE-9<sup>a</sup>-Rev, Cod. 250 / 490 – 493 / 571

**MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS: TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS Y  
ACCIDENTES DE TRÁFICO ( 65 - 74 a. / > 75 a.) (Tasa por 100.000 hb.)**

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>AMBOS SEXOS</b>			<b>VARONES</b>			<b>MUJERES</b>		
	<i>Todas Edades</i>	<i>65-74a.</i>	<i>&gt; 75 a.</i>	<i>Todas Edades</i>	<i>65-74a.</i>	<i>&gt; 75 a.</i>	<i>Todas Edades</i>	<i>65-74a.</i>	<i>&gt; 75 a.</i>
<b>TRAUMATISMOS Y ENVEN. (Todas las causas)</b>	<b>44.2</b>	<b>56.0</b>	<b>122.9</b>	<b>22.8</b>	<b>82.8</b>	<b>185.5</b>	<b>6.8</b>	<b>34.4</b>	<b>86.9</b>
<b>ACCIDENTES DE TRÁFICO</b>	<b>14.7</b>	<b>17.0</b>	<b>22.3</b>	<b>12.5</b>	<b>26.1</b>	<b>37.0</b>	<b>3.7</b>	<b>9.5</b>	<b>13.8</b>

*Fuente: M° de Sanidad y Consumo: D.G. de Salud Pública. CIE-9ª-Rev, Cod. E800 - E999; E810 -E819*

**MORTALIDAD POR SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS ( 65 - 74 a. / > 75 a.)**  
(Tasa por 100.000 hb.)

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>AMBOS SEXOS</b>			<b>VARONES</b>			<b>MUJERES</b>		
	<i>Todas Edades</i>	<i>65-74a.</i>	<i>&gt; 75 a.</i>	<i>Todas Edades</i>	<i>65-74a.</i>	<i>&gt; 75 a.</i>	<i>Todas Edades</i>	<i>65-74a.</i>	<i>&gt; 75 a.</i>
<b>SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS</b>	8.1	15.3	22.9	12.5	25.3	45.1	3.7	7.0	10.3

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo: D.G. de Salud Pública. CIE-9ª-Rev, Cod. 140 - 208

## **Aproximaciones al estudio de la morbilidad de las personas mayores**

Se considera de forma diferenciada la morbilidad en Atención Primaria y en Atención Especializada.

### **Morbilidad en Atención Primaria**

Existen dificultades para establecer indicadores de morbilidad en atención primaria en función de la pluripatología y el carácter sindrómico de sus problemas. A ello se suma la incipiente implantación de sistemas específicos de clasificación de pacientes ambulatorios en esta área.

### **Encamamiento domiciliario**

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud, 1997, aportan una primera valoración de la incidencia del enfermar de forma aguda en el domicilio. La encuesta indica que las personas mayores de 65 años pasan 9.6 días al año encamadas, en comparación con el resto de la población que pasa 6.5 días. Los varones mayores de 65 años pasan 7.4 días y las mujeres 11.3 días; en la población general, también las mujeres están más días encamadas (7.1 días) que los varones (5.8 días).

### **Causas de enfermar**

Desde el punto de vista de las causas de atención médica, se tiene en consideración:

SÍNTOMAS	PATOLOGÍAS PREVALENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ <i>Problemas de memoria</i> ( 33 %)</li> <li>◇ <i>Dificultades para dormir</i> ( 31 %)</li> <li>◇ <i>Edemas de ext. Inferiores</i> ( 29 %)</li> <li>◇ <i>Dificultad respiratoria</i> ( 28 %)</li> <li>◇ <i>Estreñimiento / Hemorroides</i> ( 26 %)</li> <li>◇ <i>Incapacidad moderada / grave</i> ( 7.6%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ <i>Enf. Reumáticas / osteo-art</i> ( 55 %)</li> <li>◇ <i>Enf. Cardio-Vasculares</i> ( 49 %)</li> <li>◇ <i>Problemas odontológicos</i> ( 34 %)</li> <li>◇ <i>Cataratas /alt. visión</i> ( 18 %)</li> <li>◇ <i>EPOC</i> ( 14 %)</li> <li>◇ <i>Accidentes domésticos</i> ( 4.1 %)</li> </ul>

### Utilización de los servicios de Atención Primaria

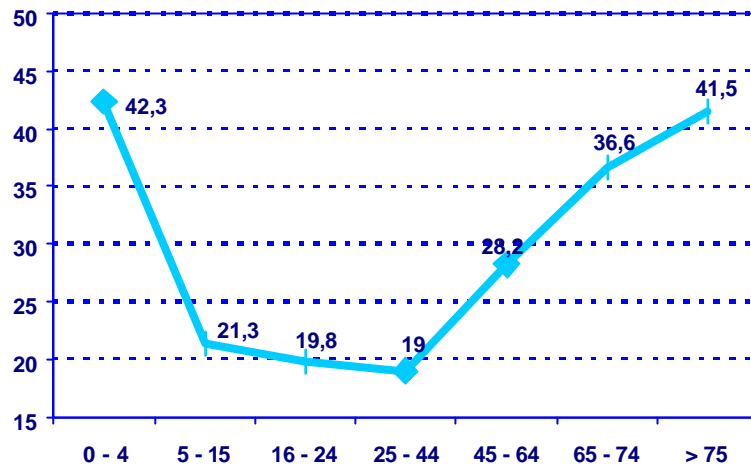
### Frecuentación de las consultas

### Utilización de los recursos de Atención Primaria

La frecuentación de las consultas de Atención Primaria es indicativa de la utilización de los recursos sanitarios a ese nivel. Los últimos datos desagregados de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, indican que el porcentaje de la población mayor de 65 años que acudió a los servicios médicos de Atención Primaria fue entre el 36.5 %– 41.5 %. El conjunto de la población acudió en un 25 %. ( Varones: 22.6 %, Mujeres: 28.1%).



## POBLACIÓN QUE CONSULTÓ UN MÉDICO DE A.P. (% POR GRUPOS DE EDAD)



Fuente: M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo, ENS, 1997

El número de veces que acudieron estos pacientes también es diferente, según la edad y el sexo, y señala una mayor frecuentación de aquellos que han acudido a consulta.

**Nº DE VECES QUE ACUDIÓ AL MÉDICO DE A.P. EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS  
( % POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO: V/ M)**

<b>0-4</b>	<b>5-9</b>	<b>10-14</b>	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>	<b>50-54</b>	<b>55-59</b>	<b>60-64</b>	<b>65-69</b>	<b>70-74</b>	<b>&gt; 75</b>
<b>1.23</b>	<b>1.37</b>	<b>1.12</b>	<b>1.35</b>	<b>1.49</b>	<b>1.44</b>	<b>1.86</b>	<b>1.43</b>	<b>1.60</b>	<b>1.66</b>	<b>1.58</b>	<b>1.60</b>	<b>1.62</b>	<b>1.85</b>	<b>2.03</b>	<b>1.99</b>
<b>1.29</b>	<b>1.20</b>	<b>1.07</b>	<b>1.55</b>	<b>1.63</b>	<b>1.58</b>	<b>1.75</b>	<b>1.73</b>	<b>1.75</b>	<b>1.85</b>	<b>1.57</b>	<b>2.01</b>	<b>1.83</b>	<b>1.70</b>	<b>1.86</b>	<b>1.88</b>

Fuente: Mº de Sanidad y Consumo, ENS, 1993

### **Morbilidad en Atención Especializada**

El análisis de las causas de ingreso y la frecuentación de las personas mayores internadas en los hospitales de agudos son indicativos de las necesidades de asistencia sanitaria de este colectivo. La disponibilidad de sistemas de clasificación de los pacientes ingresados representa una primera aproximación sobre las características de sus patologías y las causas de frecuentación de los servicios especializados.

Sin embargo, la evolución actual de las técnicas médicas posibilita la resolución progresiva de un mayor número de problemas sin necesidad de ingreso. Por los datos disponibles son tan solo indicativos de la atención prestada. El desarrollo de los nuevos sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios que acuden a los centros de Atención Especializada posibilitará en los próximos años una información con menores sesgos.

### **Ingresos hospitalarios: Diagnósticos al alta**

Los datos que aporta el Sistema de Información del CMBD sobre las causas de alta de las personas mayores de 65 años, en los hospitales gestionados por el INSALUD, indican que las patologías con mayor incidencia son las enfermedades cardiovasculares (28.2 %), respiratorias (21.9 %) y del aparato digestivo (11.3 %). En los mayores de 75 años se mantienen las mismas causas con un incremento de las primeras (32.2 %).

<b>&gt; 65 AÑOS 25 PRIMERAS CAUSAS DE INGRESO</b>			<b>&gt; 75 AÑOS 25 PRIMERAS CAUSAS DE INGRESO</b>		
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Nº INGRESOS</b>	<b>(%) TOTAL</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Nº INGRESOS</b>	<b>(%) TOTAL</b>
<i>Cardio-Vasculares</i>	55.839	13.6	<i>Cardio-Vasculares</i>	34.550	32.2
<i>Respiratorias</i>	43.436	10.6	<i>Respiratorias</i>	23.522	21.9
<i>Digestivo</i>	22.494	5.5	<i>Digestivo</i>	12.611	11.8
<i>Oftalmología</i>	20.746	5.0	<i>Aparato Locomotor</i>	12.282	11.5
<i>Aparato Locomotor</i>	20.350	4.9	<i>Oftalmología</i>	11.449	10.7
<i>Cáncer</i>	14.324	3.5	<i>Cáncer</i>	2.556	2.4
<i>Otros</i>	21.056	5.1	<i>Otros</i>	10.260	9.6
<b>Subtotal</b>	<b>198.265</b>	<b>48.2</b>	<b>Subtotal</b>	<b>107.230</b>	<b>50.4</b>
<b>Nº TOTAL INGRESOS</b>	<b>411.489</b>	<b>100</b>	<b>Nº TOTAL INGRESOS</b>	<b>207.407</b>	<b>100</b>

Fuente: INSALUD.Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria. Sistema de Información del CMBD, Dic. 1998

## **Frecuentación hospitalaria**

Los datos facilitados por el Sistema de Información de Atención Especializada del INSALUD (diciembre, 1998), indican que la frecuentación de las personas mayores de 65 años para ingreso hospitalario, es de un 151.1 ‰, 1.9 veces superior a la frecuentación de la población general (80.1 ‰). En el caso de los mayores de 75 años es de 175.2 ‰, 2.2 veces superior a la misma.

## **Ingresos y estancias**

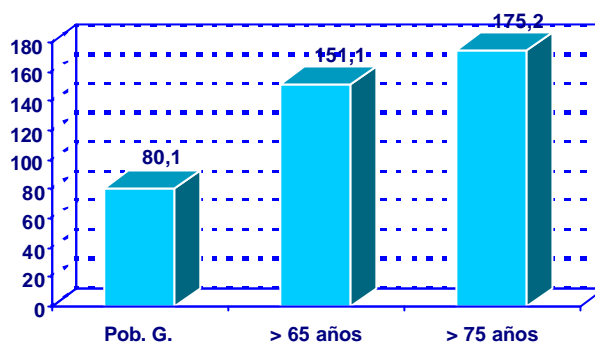
En relación con el número de ingresos, las personas mayores de 65 años que son ingresadas representan el 35.5 % del total de los ingresos en los hospitales de agudos del INSALUD. Los mayores de 75 años representan el 14.3 %.

La estancia media de estos pacientes es de 10.6 días, un 32 % superior a la estancia media general ( 8.03 días). En el caso de los mayores de 75 años, es de 10.8 días, prácticamente semejante.

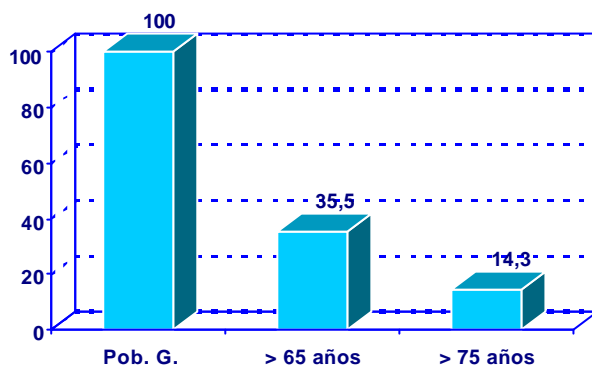
En consecuencia con estos datos, el número de estancias que generan los ingresos de los mayores de 65 años, ( 19 % de la población INSALUD) representa el 47 % del total. En el caso de los mayores de 75 años, ( 8.25 % de la población), representa el 24 %.

**INDICADORES DE FRECUENTACIÓN  
HOSPITALARIA (> 65 a. / > 75 a.)  
INSALUD. Dic: 1998**

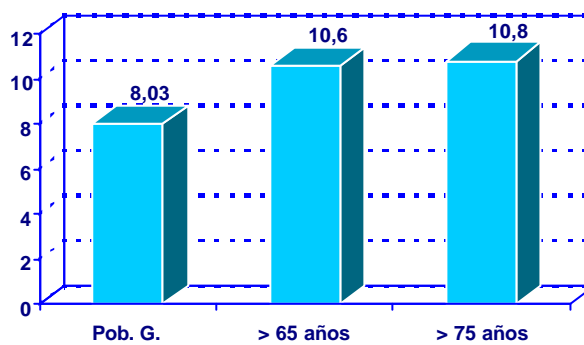
**FRECUENTACIÓN/1.000 h.**



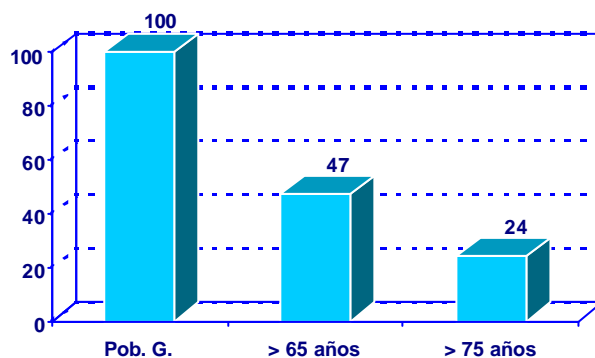
**(%) INGRESOS**



**ESTANCIA MEDIA (días)**



**(%) Nº. DE ESTANCIAS**



Fuente: INSALUD.S.G. de Planificación e Información Sanitaria.SIAE, CMBD, Diciembre 1998

No obstante y dado el peso de la utilización de los recursos hospitalarios por parte de las personas mayores de 65 años en relación con el conjunto del sistema, cabe considerar la existencia de una marcada variabilidad en la práctica clínica entre las diferentes Comunidades Autónomas. Como expresión de ello en 1994 el IVESP publicó datos sobre los ingresos por causa quirúrgica.

<b>INGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSA QUIRÚRGICA EN &gt; 65 AÑOS ( Tasa / 1000 hb.en CC.AA. )</b>		
<b>PATOLOGÍA</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
- Prótesis de cadera	2.1 ( 0.6 – 2.7 )	3.3 ( 1.8 – 5.4 )
- Hernias	8.0 ( 5.6 – 11.6 )	2.6 ( 1.4 – 3.9 )
- Apendicitis	6.7 ( 0.6 – 1.2 )	0.5 ( 0.3 – 0.8 )
- Cataratas	7.2 ( 4.3 – 9.8 )	5.6 ( 4.2 – 9.6 )
- Enfermedades de la próstata	7.1 ( 5.6 – 11.2 )	( - )
- Intervenciones Proctológicas	0.7 ( 0.3 – 1.1 )	0.25 ( 0.0 – 0.5 )

Fuente: Comaño, L; Peiró, S.; Meneu, R.; IVESP, 1994

El rango existente, para cada patología seleccionada, indica una variabilidad superior al 50 % en la mayoría de los casos, entre las diferentes Comunidades Autónomas. Estos datos son indicativos del amplio margen de mejora de la equidad y la eficiencia dentro del sistema asistencial.

## Promoción de salud y protección de la salud

### Hábitos saludables

La adopción de hábitos saludables es un determinante del nivel de salud de las personas mayores. A diferencia de otros grupos de población, se reconoce una actitud positiva para participar en los programas de promoción y protección de su salud. El enfoque actual de las intervenciones desde Atención Primaria hacia las personas mayores posibilita mejoras sensibles en relación con la alimentación adecuada, ejercicio físico, prevención de accidentes domésticos, vacunaciones, abuso de medicamentos, abandono de hábitos nocivos para la salud, etc., complementarios de una vida social más activa e integrada en su entorno natural de convivencia.

Los datos que facilita la Encuesta Nacional de Salud de 1997, son indicativos del potencial y el posible alcance de los programas de esta naturaleza: Promoción del ejercicio físico, abandono del consumo excesivo de alcohol y del consumo de tabaco.



**HÁBITOS DE SALUD EN PERSONAS MAYORES DE 65 a. (Tasa por 100 hb.)**

<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>				
<b>SEXO</b>	<b>INACTIVO</b>	<b>EJERC. MODER.</b>	<b>EJERCIC. REGULAR</b>	<b>EJERCIC. INTENSO</b>
<b>A. SEXOS</b>	56.5	41.6	2.2	1.1
<b>VARONES</b>	42.8	53.1	2.6	1.5
<b>MUJERES</b>	64.0	33.3	1.9	0.8

<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>			
<b>CONDICIÓN</b>	<b>AMBOS SEXOS</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>NO CONSUMID.</b>	59.6	38.7	75.2
<b>CONSUMID. EXCESIVOS</b>	1.2	2.5	0.2

<b>CONSUMO DE TABACO</b>			
<b>CONDICIÓN</b>	<b>AMBOS SEXOS</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
<b>NO FUMADOR</b>	89.7	0.3	7.3
<b>GRAN FUMADOR</b>	77.5	67.3	0.6
<b>NUNCA HA FUMADO</b>	96.6	27.8	4.3
<b>HA DEJADO (+ 2 a)</b>	3.0	95.9	9.8
<b>HAN REDUCIDO CONSUMO</b>	4.9	3.4	0.3

Fuente: M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo: ENS, 1997

## **Gasto sanitario de las personas mayores de 65 años**

### **Gasto sanitario**

Las personas mayores son el colectivo que realiza una mayor utilización de los servicios sanitarios. Como consecuencia, todos los proyectos de reforma de los sistemas de salud de los países de nuestro entorno tienen en consideración su participación progresiva en el gasto sanitario. La información recogida en el punto anterior sobre frecuentación, número de ingresos en centros especializados y consumo farmacéutico son indicativo de ello.

Estudios realizados en el ámbito del conjunto del Sistema Nacional de Salud (Ana Rico, 1997) indican que en 1993, el gasto sanitario de los mayores de 65 años representa el 35 % del gasto total.

Los datos disponibles del INSALUD, señalan que en 1998 el gasto sanitario atribuible a este colectivo es del 44 %. En este estudio se atribuye a las personas mayores el 30 % del gasto en Atención Primaria, el 48.5 % del gasto farmacéutico y el 47 % del gasto en Atención Especializada, participando en el 17,5 % del resto de los conceptos.

### **Reorientar los servicios sanitarios**

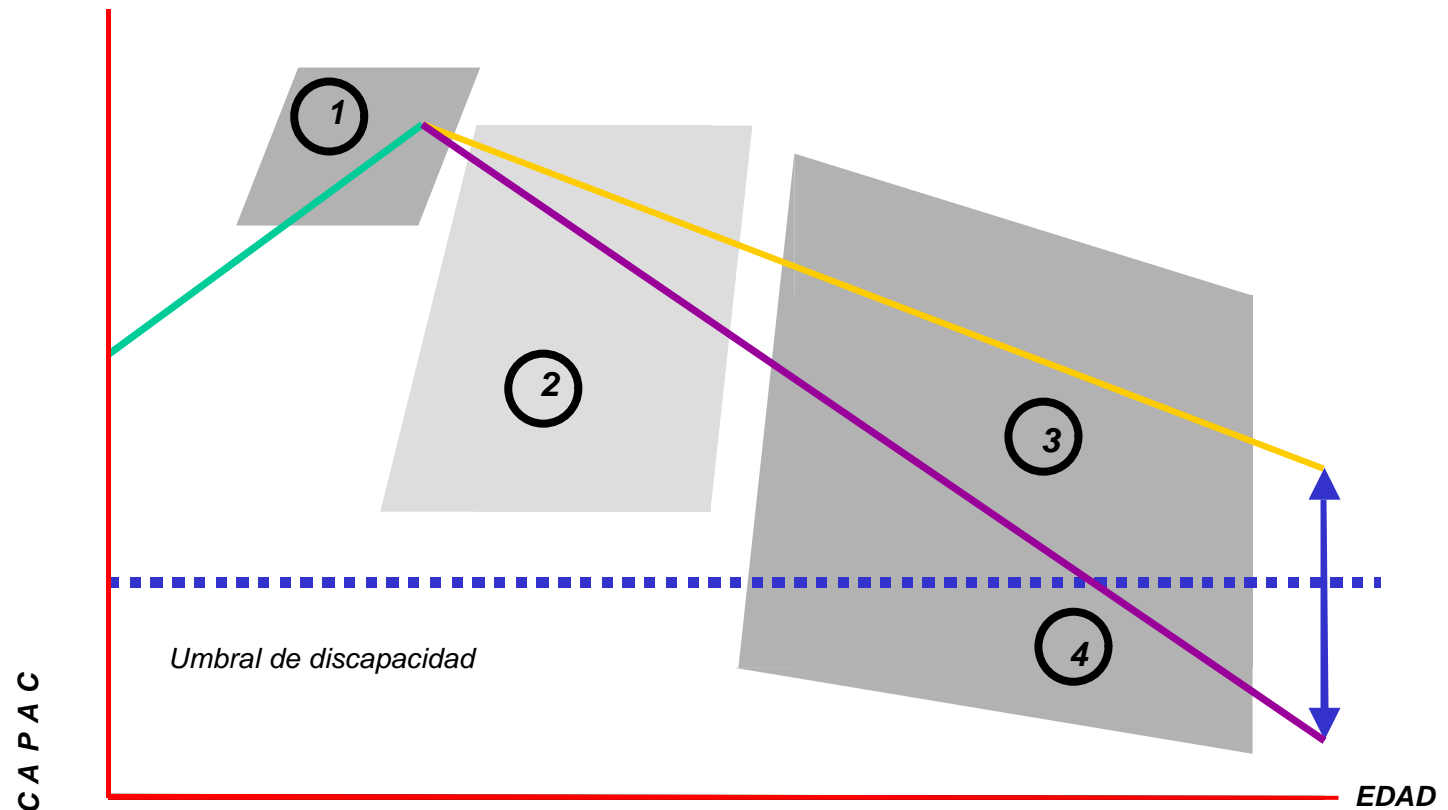
El conjunto de los datos, aportados en este capítulo, es indicativo de la trascendencia de la atención sanitaria a las personas mayores. Pero el reconocimiento del impacto de su participación en el consumo actual de los recursos es tan importante como la evidencia de las nuevas necesidades que generará en el futuro.

Desde esta óptica deben ser tenidas en consideración determinadas evidencias en relación con la mejoría del nivel de salud y el bienestar de los mayores:

- La importancia de orientar las intervenciones sanitarias desde el presente, actuando en el conjunto del ciclo vital de las personas para lograr un envejecimiento más saludable en el futuro.
  
- La importancia de promover medidas de promoción y protección de la salud y una intervención precoz sobre el enfermar para promover una calidad de vida satisfactoria, con la mayor autonomía posible y una adecuada integración social. Ello promoverá una reorientación del consumo de servicios médicos y la adecuada utilización de la tecnología y los recursos disponibles.

La evidencia de estos hechos puede hacer posible un envejecimiento natural por encima de los umbrales de dependencia, según señala la OMS en el siguiente gráfico (“Envejecer: Trascender a los mitos”; WHO/HSC/AHE/99.1)

## ENVEJECIMIENTO y SALUD



- 1.- Intervenciones al comienzo de la vida  
2.- Intervenciones en la edad adulta

- 3.- Vejez por encima del umbral de discapacidad  
4.- Vejez por debajo del umbral de discapacidad en que las intervenciones mejoran la calidad de vida

## 5.MARCO DE INTERVENCIÓN Y OBJETIVOS

El INSALUD como institución pública al servicio de los ciudadanos, tiene como fin garantizar sus derechos de protección a la salud y el acceso a todas las prestaciones sanitarias para las personas mayores, en el ámbito de sus competencias.

Esta responsabilidad lleva implícito el compromiso con la mejora continua de la atención que reciben en el conjunto de sus servicios y, en particular, en los centros sanitarios, garantizar la eficacia de la asistencia médica y los cuidados de acuerdo con las características de forma de enfermar y el desarrollo de las ciencias de la salud.

Ello también incluye el desarrollo de su capacidad de innovación en la organización y gestión de los servicios para mejorar la calidad asistencial y el confort de acuerdo con las nuevas necesidades sociales y de asistencia. Estas premisas han sido recogidas en el Plan Estratégico de 1998 y en el Plan de Calidad de 1999.

Estos criterios se encuentran ampliamente reflejados en las recomendaciones de los países del entorno europeo. Como exponente general, las Metas de Salud para el Siglo XXI de la Oficina Europea de la OMS, recoge en la Meta nº 5, “ Envejecer de forma saludable” el siguiente enunciado:

**Metas de la OMS  
para el Siglo XXI**

*“ De ahora al año 2020 las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad”*

Esta Meta se concreta en los siguientes objetivos

- Se debiera producir un incremento de como mínimo el 20 % de la esperanza de vida y de la esperanza de vida libre de discapacidades a los 65 años.
- Se debiera producir un incremento de como mínimo un 50 % de la proporción de población de 80 años que disfruta de un nivel sanitario en un entorno familiar que le permita mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad.

**La salud de las  
personas mayores:  
Un compromiso  
social multisectorial**

Para determinar la contribución de los servicios sanitarios al logro de estos objetivos es necesario un enfoque estratégico que contemple diferentes líneas de intervención desde el conjunto del Estado y de la sociedad. Las apreciaciones de Euro-OMS no son ajenas a este punto de vista y, por ello, señalan que estos objetivos se podrán alcanzar si se actúa de forma integrada desde diferentes instancias:

- ◇ Si las políticas públicas - incluidas las que se relacionan con la vivienda y los ingresos- y otras medidas, permiten mejorar la autonomía de las personas y su productividad social teniendo en

cuenta las necesidades y las opiniones de las personas mayores.

- ◇ Si las políticas sanitarias promueven un envejecimiento saludable mediante medidas de promoción y protección de la salud en edades previas.
- ◇ Si los servicios sanitarios y sociales ayudan en el ámbito local a las personas mayores en las tareas de la vida cotidiana, en función de sus necesidades y deseos, ayudándolas a ser más autónomas y activas.
- ◇ Si en cada ámbito territorial se elaboran programas orientados a la coordinación, la vigilancia y la evaluación de los servicios que ofrecen a las personas mayores, con el fin de que los recursos asignados sean suficientes para el cumplimiento de sus objetivos.
- ◇ Si las medidas previstas posibilitan desarrollar su autonomía, disponer de cuidados apropiados, de servicios de acogida para las personas marginadas y posibilidad de acceso a diferentes servicios de ayuda social.

Estos planteamientos no son ajenos a las políticas desarrolladas en España, dentro del marco de actuaciones previstas en el Plan Gerontológico Estatal.

## FINES Y OBJETIVOS DEL INSALUD

El INSALUD toma como referencia las metas anteriores y las concreta en el conjunto de actuaciones dirigidas a la atención a las personas mayores de acuerdo con los siguientes **Fines**,

### **Fines**

1. Garantizar los derechos de las personas mayores en el ámbito de actuación de sus funciones.
2. Contribuir a elevar su nivel de salud mediante el desarrollo de acciones de promoción y protección de la salud dirigidas al logro de un envejecimiento saludable.
3. Garantizar el acceso a los servicios y la continuidad de la asistencia en condiciones de igualdad a todas las prestaciones que oferta el Sistema Nacional de Salud, y su coordinación con los servicios sociales.
4. Promover la implicación y la formación continuada de los profesionales en los aspectos relacionados con la evaluación y la atención a los ancianos frágiles, afectados de enfermedades crónicas y situación de dependencia.
5. Desarrollar proyectos de investigación básica y aplicada en los campos de las ciencias de la salud y las ciencias sociales relacionadas.



6. Promover la participación de las organizaciones que representan a las personas mayores como interesados y de otras entidades de la sociedad civil vinculados a ellos.

Los fines anteriores se concretan en los siguientes

**Objetivos,**

**Objetivos**

**1.- Garantizar los derechos ciudadanos de las personas mayores en la asistencia sanitaria y la mejora de su salud**

1.1 Hacer referencia explícita de los derechos de las personas mayores en la Carta de Derechos de los Pacientes.

1.2 Establecer en las unidades administrativas del INSALUD ( Oficinas de Atención a los Usuarios) y los centros sanitarios cauces de información y documentación dirigida a las personas mayores sobre el acceso, funcionamiento, gestión de trámites y oferta de servicios.

**2.-Contribuir a la mejora de la atención de las Personas Mayores mediante medidas dirigidas al logro de una mayor efectividad y eficiencia en la provisión de asistencia y cuidados en todos los niveles del sistema y en coordinación con los servicios sociales.**

2.1 Establecer las medidas organizativas necesarias para incorporar los objetivos asistenciales previstos en el Plan Gerontológico Nacional, Plan de Acción para las Personas Mayores 2000 - 2005 y el Plan de Atención a Enfermos de Alzheimer y otras Demencias

2.2 Promover el desarrollo de Planes de Atención a las Personas Mayores desde Atención Primaria priorizando las medidas de prevención y la atención domiciliaria con el apoyo de los Equipos de Soporte.

2.3 Garantizar la continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada y desarrollar en estos niveles de asistencia la evaluación geriátrica de los pacientes y la orientación de los cuidados hacia su domicilio.

2.4 Hacer extensivas las medidas de integración y continuidad de los cuidados de las personas mayores a los servicios sociales mediante medidas de coordinación administrativa y funcional.

2.5 Considerar a los familiares y a los cuidadores informales de las personas mayores dependientes como un recurso valioso que requiere una atención específica.

2.6 Promover la adecuada utilización de los recursos y el uso racional de los medicamentos dentro de las medidas de seguridad y protección de la salud de las personas mayores.

2.7 Desarrollar la capacidad de aprendizaje y mejora de la organización promoviendo medidas de mejora de la calidad y confort de los servicios.

### **3.-Promover la implicación y la participación del personal sanitario en el establecimiento de prioridades para la atención de las personas mayores y en la coordinación con los servicios sociales**

3.1 Desarrollar programas de formación continuada orientados al desarrollo de los Programas de Atención a las Personas Mayores en los diferentes niveles del sistema asistencial.

3.2 Promover la creación y el fomento del trabajo en equipos interdisciplinarios como base para el acercamiento de diferentes prácticas y culturas asistenciales.

3.3 Priorizar la formación en las técnicas de comunicación orientadas a favorecer la implicación de las personas mayores y las familias en los cuidados domiciliarios y la conservación de su autonomía .

3.4 Promover la participación de los profesionales en la determinación de objetivos operativos y la elaboración de programas de atención sanitaria y de coordinación sociosanitaria.

3.5 Establecer sistemas de incentivación basados en el cumplimiento de estos objetivos.

#### **4. - Promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas con las personas mayores**

4.1 Promover la participación de los representantes de las organizaciones de las personas mayores en los órganos de participación previstos en las instituciones y los centros sanitarios.

4.2. Disponer de un sistema de evaluación de la satisfacción de las personas mayores y sus familias que oriente la mejora continua de los servicios sanitarios.

4.3 Promover la colaboración de las instituciones locales en los programas de promoción de la salud y de atención sanitaria y social.

4.4. Promover la participación de la Universidad y los centros educativos en el ámbito local.

4.5. Promover la participación de las organizaciones de voluntariado y otras instituciones sin ánimo de lucro de la sociedad civil.

## **ACTUACIONES ESPECÍFICAS**

Las actuaciones específicas del INSALUD se definen teniendo en consideración las indicaciones del Plan Gerontológico Nacional y el Plan de Atención a Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.

## **LÍNEAS GENERALES DEL PLAN GERONTOLÓGICO**

### **Plan Gerontológico Nacional Actuaciones**

El Plan Gerontológico Nacional en su área dedicada a la salud de las personas mayores y las tareas asistenciales que se han de desarrollar plantea como líneas genéricas claves:

- Promover la salud y la prevención de la enfermedad.
- Promocionar el ejercicio físico entre las personas mayores.
- Propiciar la prevención secundaria asistencial y rehabilitadora de la enfermedad.
- Garantizar la prevención y asistencia a las personas mayores, mediante una adecuada atención primaria dentro del área o sector.
- Favorecer la permanencia de las personas mayores enfermas en su domicilio, mediante programas que proporcionen en el mismo la adecuada atención y

cuidados, lo cual, paralelamente, reducirá las estancias hospitalarias innecesarias.

- Garantizar la adecuada atención especializada a las personas mayores ingresadas en el hospital o en residencias asistidas.
- Conseguir la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales dentro del marco sectorial.

### **LÍNEAS GENERALES DEL PLAN DE ATENCIÓN A LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

#### **Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras demencias**

- Mejorar en la detección precoz de la enfermedad.
- Consolidar el diagnóstico de la enfermedad.
- Plan de cuidados asistenciales en relación con el grado evolutivo del proceso.
- Atención integral y multidisciplinar.
- Coordinación con los recursos e instituciones sociales.
- Programas de apoyo y formación a los familiares.

- Participación activa en la coordinación sanitaria y social.
- Desarrollo de tareas de apoyo y soporte en el que se tenga en cuenta el asesoramiento y la valoración domiciliaria.

### **PROPUESTA DE ACTUACIÓN DEL INSALUD**

De los dos Planes de actuación en personas mayores cuyas líneas generales y objetivos han sido definidos anteriormente, corresponde al Instituto Nacional de la Salud desarrollar las siguientes actuaciones:

1. Potenciación de los cuidados domiciliarios desde los servicios de Atención Primaria, mediante el desarrollo de programas y protocolos de visita domiciliaria orientados al mantenimiento de la persona mayor en su entorno.
2. Establecimiento de protocolos de derivación entre los servicios de Atención Primaria y Especializada para conseguir una mejor atención a estas personas.
3. Impulsar una adecuada cooperación social y sanitaria desarrollando de forma efectiva la red de asistencia sociosanitaria, en la que todos los recursos disponibles ofrezcan igualdad en la accesibilidad a los mismos de las personas mayores.



## **ACCIONES ESPECÍFICAS:**

### **Acciones de protección de la enfermedad y promoción de la salud**

1. Desde los equipos de Atención Primaria se cumplimentarán y desarrollarán campañas divulgativas de prevención de problemas de salud, dirigidas a las personas mayores y sus familias, en las que se incidirá, fundamentalmente, a las siguientes áreas:
  - ✓ Promoción de hábitos saludables: Nutrición, actividad física, consumo de tabaco, alcohol, obesidad
  - ✓ Vacunaciones
  - ✓ Prevención de accidentes, sobre todo urbanos y de circulación
  - ✓ Prevención del uso y abuso de los medicamentos

### **Detección precoz de enfermedades**

2. Desde los equipos de Atención Primaria se impulsarán las acciones dirigidas a la detección precoz y tratamiento en la población mayor de 65 años de su estado funcional (malnutrición, diabetes, metabopatías, hipertensión, hipercolesterolemia,..).

Igual importancia tiene la detección precoz del deterioro cognitivo y trastornos de la conducta en personas mayores de 65 años.

**Actividades asistenciales**

**Atención domiciliaria**

3. Con el objetivo de proporcionar a los mayores la posibilidad de un mantenimiento en su entorno habitual, evitando el desarraigo, en muchos casos inevitable, que supone la institucionalización, se potenciarán los cuidados domiciliarios mediante programas de visitas que se llevarán a cabo, de forma progresiva, en todos los equipos de Atención Primaria y que tendrán como “persona diana” aquellos mayores de 80 años que vivan solos y aquellos enfermos que no puedan desplazarse al consultorio más cercano para su atención.

**Equipos de soporte**

4. Como apoyo a las tareas de los equipos de Atención Primaria en los cuidados domiciliarios se crean y potencian los Equipos de Soporte Domiciliarios, que en su fase final de consolidación darán cobertura en el 100% de las áreas de salud en el ámbito territorial del INSALUD.

**Protocolos Asistenciales**

5. Con el fin de facilitar las tareas asistenciales y propiciar la prevención secundaria y rehabilitadora de los procesos más frecuentes en las personas mayores, se protocolizará la atención de estos procesos más frecuentes y se desarrollarán programas dirigidos a prevenir complicaciones que generan la pérdida de autonomía (prevención de caídas y accidentes, control de la automedicación, etc.).

- Valoración geriátrica**
6. Mejorar la asistencia geriátrica desde la atención especializada, mediante el desarrollo de unidades de valoración geriátrica con el fin de orientar la asistencia y los cuidados de los ancianos frágiles.
- Hospitales de día**
7. Desarrollo de unidades de hospitalización de día, de acuerdo con las características y necesidades de los centros en colaboración con los equipos de soporte de atención domiciliaria.
- Continuidad de cuidados**
8. Desarrollar los adecuados canales de derivación mediante la protocolización que garantice la continuidad del tratamiento, tanto en el nivel primario como en el especializado.
- Formación**
9. Potenciar la formación de los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada en estrategias y metodología en la gestión clínica y las medidas de mejora de la calidad de vida de los pacientes, y las que faciliten la integración de cuidados en el marco de la coordinación sociosanitaria.
10. Formación y desarrollo de medidas de apoyo a los cuidadores informales y las familias

## **ACCIONES INTERSECTORIALES Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

### **Colaboración Interinstitucional**

1. Se impulsarán las líneas de cooperación entre servicios sociales y sanitarios, mediante la creación y potenciación de comisiones mixtas sociosanitarias, en las que formarán parte activa Atención Primaria y Atención Especializada y los servicios sociales de las instituciones sanitarias y sociales implicadas (servicios sociales de base y centros residenciales).

### **Coordinación sociosanitaria**

2. De acuerdo con lo establecido en el Plan Gerontológico y el Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias, se instrumentalizarán medidas de atención sociosanitaria que incluirán acciones tan diversas como la formación, docencia, investigación y financiación desde los sistemas social y sanitario, con el objetivo común de dar respuesta a las necesidades de las personas mayores.
  - ✓ Planificación de áreas o sectores sociosanitarios. Habrán de ser coincidentes las áreas sociosanitarias para que todos los ciudadanos puedan acercarse a estos servicios de una forma homogénea.

- ✓ Desarrollo de concertación de servicios sociales y sanitarios para completar la red sociosanitaria.
- ✓ Formación sanitaria en los profesionales de ayuda a domicilio.
- ✓ Coordinación entre la ayuda social y sanitaria en la atención a domicilio.
- ✓ Criterios de valoración uniformes entre el sistema social y sanitario.
- ✓ Desarrollo de centros de día, con acceso fácil a los usuarios.
- ✓ Coordinación en la eliminación de barreras arquitectónicas y ayudas técnicas a las personas mayores dependientes.

# RESUMEN

***El envejecimiento de la sociedad es un reto para los sistemas de salud y los sistemas de provisión social en los países de nuestro entorno***

**RELEVANCIA DE ORIENTAR LOS SERVICIOS A LAS PERSONAS MAYORES**

- \* Las personas mayores son uno de los recursos más valiosos de la sociedad***
- \* Existe un compromiso social con el desarrollo de toda la potencialidad de su vida.***
- \* La evidencia de que intervenciones sanitarias de promoción de la salud pueden prevenir situaciones de dependencia***
- \* El acceso a estos programas no está suficientemente generalizado en el entorno domiciliario***
- \* Las personas mayores con enfermedades crónicas requieren una atención particular que implica a diversos prestadores de servicios, difíciles de coordinar***

## **CAMBIOS OPERADOS EN EL ENTORNO DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

### **DESARROLLO SOCIAL**

- \* Cambios demográficos**
  - > Esperanza de vida**
  - < Tasa de Fecundidad**
- \* Desarrollo económico y social**
- \* Nuevas demandas de calidad de los servicios públicos**
- \* Mayor información y formación**
- \* Cambios en la estructura familiar**
- \* Desarrollo democrático y mayor participación de la sociedad civil**

### **DESARROLLO ASISTENCIAL**

- \* Cambios en el perfil de enfermar**
- \* Avance de los conocimientos médicos**
- \* Disponibilidad de tecnologías móviles**
- \* Nuevos sistemas de intercomunicación: Telemedicina y Teleasistencia**
- \* Nuevas formas de cuidado social en la atención domiciliaria**
- \* Promoción de la salud orientada a la autonomía personal y el apoyo a la familia**



**NECESIDAD DE INCORPORAR UN NUEVO ENFOQUE  
ESTRATÉGICO DE CARÁCTER TÉCNICO Y  
MULTIDISCIPLINAR**

- \* Para lograr una eficiente utilización de los recursos disponibles**
- \* Para mejorar la continuidad de los cuidados integrados**
- \* Para orientar la calidad de los servicios hacia sus necesidades particulares**
- \* Para lograr la mayor satisfacción en el trato personal que les corresponde**

## **6ª CONFERENCIA DE MINISTROS DE SALUD DE EUROPA**

### ***“El envejecimiento en el Siglo XXI” (1999)***

- \* Es necesario ajustar las prioridades en los servicios sanitarios y sociales***
- \* Considerar la autonomía como un factor esencial de dignidad de la persona***
- \* Considerar los cuidados de salud como un derecho fundamental: Garantizar la igualdad de asistencia y cuidados***
- \* Orientar la atención hacia el domicilio y al apoyo en las tareas cotidianas***
- \* Estudiar los problemas éticos, sociales, sanitarios y económicos que afectan a un número creciente de personas mayores***
- \* Desarrollar políticas coherentes para las personas mayores en colaboración con los organismos internacionales***
- \* Establecer un intercambio de información sobre los aspectos científicos y sociales***

**ACUERDO DE LA SUBCOMISIÓN PARLAMENTARIA  
DE CONSOLIDACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SNS. (1997)**

***Instrumentar alternativas para la asistencia socio sanitaria  
(Aptº 1.3)***

- \* Diferenciar las prestaciones sanitarias de las actividades asistenciales de carácter social***
- \* Promover el desarrollo de una red de asistencia socio sanitaria***
- \* Coordinar a las autoridades sanitarias y sociales en su organización y mantenimiento***
- \* Involucrar a la sociedad en su conjunto y a las familias en particular***
  - \* Promover incentivos a las asociaciones de pacientes y organizaciones de voluntariado social***
  - \* Fomentar la iniciativa social en el sector***
  - \* Reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la atención a enfermos crónicos y mayores***

## **PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD (1997)**

### ***Línea Estratégica: Atención sociosanitaria” (Cap.. V, Aptº 2.E)***

**\* Sentar las bases para la reorientación de determinados servicios y reconocer la necesidad de nuevas formas de colaboración intersectorial**

**Premisas: I. Buscar la coordinación asistencial situando al paciente en el lugar de atención adecuado**

**II. Intensificar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales de las diferentes Administraciones**

**III. Profundizar las consideraciones reales del problema separando lo sanitario de lo social**

## **PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD (1997)**

### ***Línea Estratégica: Atención sociosanitaria” (Cap.. V, Aptº 2.E)***

***Líneas de actuación: I. Coordinación interdisciplinar:  
Implica a todos los  
profesionales sanitarios y sociales***

***II. Coordinación integrada: Integra  
todos los recursos sanitarios  
disponibles con los servicios  
sociales de base***

***III. Con garantías de continuidad  
de la asistencia entre Atención  
Primaria y Atención Especializada***

***IV. La Atención Primaria como  
responsable de la coordinación  
sociosanitaria***

**LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS COMO  
REFERENTE**

***I. El Plan de Calidad del INSALUD***

***II. Las “Cartas de Servicios” de las Administraciones  
Públicas(R.D. 1259/1999)***

## **PRINCIPIOS Y VALORES**

**\* El envejecimiento es un proceso fisiológico natural; no es una enfermedad**

**\* Gran número de personas realizan su vida de forma autónoma**

**\* Existe diferencias notables dentro de este colectivo y es mayor su vulnerabilidad**

**\* La esperanza de vida a los 65 años es de 16.9 años ( 6.7 años libre de incapacidad)**

**\* El incremento de la tasa de discapacidad en los mayores de 75 años es superior al 200 %**

**“Personas mayores frágiles” > 75 años: con problemas en relación con los cuidados personales, capacidad locomotriz y conducta**

**\* Existe mayor incidencia de las limitaciones en las mujeres, en todas las áreas y grupos de edad**

**\* La atención a la dependencia como eje estratégico en la atención sanitaria y social de las personas mayores frágiles**

## **UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS**

**\* El 42 % de las personas mayores disfruta de “buena salud” (68.5 % pob gen) (ENS, 1997)**

- **Reconocen “mala salud” el 18 % (8 % pob gen) (ENS, 1997)**

- **Encamamiento por enfermedad: 9.6 días / año (6.5 días / año pob. gen) (ENS, 1997)**

**\* Frecuentación en Atención Primaria (ENS, 1997)**

**El 36.5 % de los mayores entre 65-74 años y el 41.5 % de los mayores de 75 años acude al médico de Atención Primaria (25 % pob.gen.) - Rfª a las 2 últimas semanas**

**\* Frecuentación hospitalaria ( SIAE: Dic. 1998)**

**El 151 %o de las personas mayores ingresa en los hospitales del INSALUD ( 80 % pob. gen)**

**La estancia media es el 32 % superior a la media general (10.6 d. / 8.03 d-1998)**

**Las estancias de las personas mayores (19 % de la pob.) representa el 47 % del total**



## **UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS**

### **Gasto sanitario de las personas mayores (19 % pob.gen) (INSALUD, dic. 1998)**

- \* Se atribuye a las personas mayores el 44 % del gasto sanitario total**
- \* 30 % del gasto de atención primaria**
- \* 48.5 % del gasto farmacéutico**
- \* 47 % del gasto de atención especializada**

## **FINES DEL INSALUD**

**A. Garantizar los derechos de las personas mayores en el ámbito de sus funciones**

**B. Garantizar el acceso a los servicios y la continuidad de la asistencia**

- en condiciones de igualdad para todas las prestaciones del SNS
- en coordinación con los servicios sociales

**C. Contribuir a elevar su nivel de salud mediante acciones de promoción y protección de la salud**

**D. Promover la implicación y la formación de los profesionales en la evaluación y atención de los ancianos frágiles afectados de enfermedades crónicas en situación de dependencia**

**E. Promover la participación de las organizaciones que representan a las personas mayores como interesados y otras organizaciones de la sociedad civil**

## **OBJETIVOS DEL INSALUD (I)**

***Garantizar los derechos ciudadanos de las personas mayores en la asistencia sanitaria y la mejora de su salud***

- Incluir una referencia explícita en la Carta de Derechos de los Pacientes***
- Establecer en las Oficinas de Atención a los Usuarios cauces de información y de gestión administrativa para las personas mayores***

## **OBJETIVOS DEL INSALUD (II)**

**Contribuir a la mejora de la atención de las personas mayores mediante medidas dirigidas al logro de una mayor efectividad y eficiencia en la provisión de asistencia y cuidados en todos los niveles del sistema y en coordinación con los servicios sociales**

- Incorporar al INSALUD los objetivos asistenciales del Plan Gerontológico Nacional: Plan de acción para las personas Mayores 2000-2005 y el Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras demencias**
- Promover la implantación de Planes de Atención a las Personas Mayores en atención primaria priorizando las medidas de prevención y el apoyo de los Equipos de Soporte Domiciliario**
- Garantizar la continuidad de cuidados entre atención primaria y especializada y desarrollar la evaluación geriátrica de los pacientes y la orientación de los cuidados hacia su domicilio**
- Hacer extensivas las medidas de integración y continuidad de cuidados a los servicios sociales**
- Considerar a los cuidadores que atienden a personas dependientes como un recurso valioso que requiere atención específica**
- Promover la adecuada utilización de los recursos y el uso racional de los medicamentos**
- Promover la mejora de la calidad y confort de los servicios**

### **OBJETIVOS DEL INSALUD (III)**

***Promover la implicación y la participación del personal sanitario en el establecimiento de prioridades para la atención de las personas mayores y la coordinación con los servicios sociales***

- Desarrollar programas de formación continuada orientados a la implantación de los Programas de Atención a las Personas Mayores***
- Promover el acercamiento de diferentes culturas y prácticas asistenciales mediante la creación de equipos multidisciplinares***
- Priorizar la formación en técnicas de comunicación con las personas mayores y sus familias***
- Promover la participación de los profesionales en la determinación de objetivos operativos de asistencia en los centros y de coordinación sociosanitaria.***
- Incentivar el cumplimiento de los objetivos***

## **OBJETIVOS DEL INSALUD (IV)**

***Promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas con las personas mayores***

- Promover la incorporación de los representantes de las organizaciones de las personas mayores en los órganos de participación previstos en las instituciones y centros sanitarios***
- Establecer sistemas de evaluación de la satisfacción de las personas mayores y sus familias que oriente la mejora continua de los servicios sanitarios que les atiende***
- Promover la colaboración de las instituciones locales en los programas de educación y promoción de la salud y de atención sanitaria y social***
- Promover la participación de la Universidad y los centros educativos***
- Promover la participación de las organizaciones de voluntariado y otras instituciones sin ánimo de lucro de la sociedad civil***

## **ACCIONES ESPECÍFICAS**

- 1.- Protección de la enfermedad y promoción de la salud:**
- 2.- Detección precoz de enfermedades**
- 3.- Atención domiciliaria**
- 4.- Equipos de soporte**
- 5.- Protocolos asistenciales**
- 6.- Valoración geriátrica**
- 7.- Hospitales de día**
- 8.- Continuidad de cuidados**
- 9.- Formación**

**ACCIONES INTERSECTORIALES Y COORDINACIÓN  
SOCIOSANITARIA**

**1.- Colaboración Interinstitucional**

**2.- Coordinación sociosanitaria**



# **ANEXOS**

## Anexo I

### **PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.**

**(Aprobado por la ASAMBLEA NACIONAL DE LAS NACIONES UNIDAS en 1982, Resolución 37/51)**

En el presente Anexo se recogen las consideraciones generales y las recomendaciones específicas relacionadas con las **“Esferas de preocupación de las personas de edad: a. Salud y nutrición; b. Protección de los consumidores mayores”**<sup>1</sup>.

#### **El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**

##### **Prólogo**

1. El **Plan de Acción Internacional** sobre el envejecimiento constituye el primer instrumento internacional que servirá como guía de reflexión y formulación de las normas generales y de los programas sobre el envejecimiento. Aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1982 (resolución 37/51), había sido adoptado previamente en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada ese mismo año en Viena, Austria. El **“Plan de Viena”**, como se le conoce en ocasiones haciendo honor a su ciudad de origen, suele ser denominado más frecuentemente como **“Plan Internacional”**, resaltando su importancia a escala mundial.

2. Pretende fortalecer la capacidad de los poderes públicos y de la sociedad civil, de modo que puedan tratar eficazmente las cuestiones relacionadas con el envejecimiento de las poblaciones, y abordar las necesidades potenciales de desarrollo y dependencia de las personas de edad. Fomenta la cooperación a escala regional e internacional. Incluye 62 recomendaciones para emprender las acciones que correspondan en materia de investigación, recopilación y análisis de datos, formación y educación, así como en las

*siguientes áreas:*

- ✓ *salud y nutrición*
- ✓ *protección de las personas de edad como consumidores*
- ✓ *vivienda y medio ambiente*
- ✓ *familia*
- ✓ *bienestar social*
- ✓ *seguridad de los ingresos y empleo*
- ✓ *educación*

*3. Este Plan de Acción forma parte de un acuerdo marco internacional sobre un conjunto de normas y estrategias desarrollada por la comunidad internacional en las últimas décadas. Deberá ser considerado, por tanto, en relación con las normas y estrategias acordadas en la esfera de los derechos humanos, el progreso de la mujer, la familia, la población, la juventud, las personas con discapacidad, el desarrollo sostenible, el bienestar, la salud, la vivienda, la seguridad de los ingresos y el empleo, y la educación.*

### **Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad**

*4. En 1991, nueve años después de la aprobación del Plan, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los Principios a favor de las Personas de Edad (resolución 46/91. Los 18 Principios adoptados se engloban en cinco categorías relacionadas con la condición de las personas de edad:*

- ✓ *independencia*
- ✓ *participación*
- ✓ *cuidados*
- ✓ *autorrealización*

- ✓ *dignidad*

### **Los aspectos derivados del Plan y de los Principios: “Año Internacional de las Personas Mayores.1999”**

**5. El Marco Operacional del Año Internacional de las Personas de Edad en 1999 (documento A/50/114)** toma como base el Plan Internacional y los Principios adoptados, e incluye cuatro facetas:

- ✓ *situación de las personas de edad*
- ✓ *el desarrollo permanente de las personas*
- ✓ *las relaciones multigeneracionales*
- ✓ *desarrollo y envejecimiento de la población*

*El tema y las facetas conceptuales para “1999” resaltan las dimensiones del envejecimiento “a lo largo de la vida” y “para toda la sociedad”. Señalan la importancia de las políticas encaminadas hacia el desarrollo de la persona en el contexto de la longevidad, y de la coordinación de los efectos de la población con otras transformaciones sociales como la globalización y la revolución tecnológica.*

### **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: Premisas generales sobre las que se fundamenta**

#### **Esferas de preocupación de las personas de edad**

49. *El reconocimiento de que todos los aspectos del envejecimiento están relacionados entre sí supone la necesidad de un enfoque coordinado de las políticas e investigaciones sobre el envejecimiento. La consideración del proceso del envejecimiento en su totalidad, así como sus interacciones con la situación social y económica, requiere un enfoque integrado en el marco de la planificación económica y social global. Si se hiciera demasiado hincapié en determinados problemas sectoriales del envejecimiento, se*

*crearía un serio obstáculo para el enfoque coordinado necesario hacia la integración de las políticas y programas sobre el envejecimiento en el marco del desarrollo más amplio. Aunque las recomendaciones que figuran a continuación se han dividido bajo grandes encabezamientos, debe reconocerse que hay un alto grado de interdependencia entre ellas.*

*50. Reconociendo esta independencia, podría prestarse especial atención a coordinar los esfuerzos preventivos para combatir los efectos perjudiciales del envejecimiento prematuro. La prevención de los efectos desfavorables del envejecimiento prematuro del individuo, emprendida desde el comienzo de la vida, puede lograrse mediante:*

- ✓ Un esfuerzo de la educación especialmente concebido para conseguir, desde la juventud, una toma de conciencia de los cambios que se producirán a medida que avance la edad*
- ✓ La higiene general de la vida*
- ✓ La organización adecuada de los horarios y las condiciones de trabajo*
- ✓ Una distribución del tiempo y de las tareas entre diversos tipos de actividades de cada persona, a fin de que el interesado pueda ejercer varias actividades distintas, a medida que avance su edad, y conseguir el mejor equilibrio posible entre tiempo libre, tiempo de capacitación y tiempo de actividad*
- ✓ La adaptación constante del ser humano al trabajo y, más aún, del trabajo al ser humano y modificaciones de los tipos de actividad en función de los cambios que se producen en cada individuo como consecuencia de la edad, de los que se producen en las condiciones de la vida familiar, y de los relacionados con la evolución técnica y económica. A este respecto, el médico laboral*

*y la educación permanente deben desempeñar una función esencial.*

51. ***El Consejo Económico y Social, en su resolución 1981/62, pidió al Secretario General que elaborara una serie de orientaciones generales para la protección del consumidor. Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación ha aprobado un Código de Ética para el Comercio Alimentario Internacional y la Organización Mundial de la Salud, un Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la Lecha Materna para proteger la salud de los niños. Conviene proteger a los consumidores de edad, puesto que la salud, la seguridad y el bienestar de las personas de edad constituyen el objetivo de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.***

### **Articulado específico sobre las personas mayores**

#### **Salud y Nutrición**

52. *Aunque el hecho de que el número de personas de edad esté aumentando rápidamente en todo el mundo representa para la humanidad un éxito desde el punto de vista biológico, las condiciones de vida de los ancianos en la mayoría de los países se han ido quedando muy atrás con respecto a las de la población económicamente activa. Ahora bien, la salud, es decir, el estado de total bienestar físico, mental y social, es resultado de la acción recíproca entre todos los sectores que contribuyen al desarrollo.*

53. *Los estudios epidemiológicos indican que las cohortes sucesivas que llegan a la misma edad avanzada gozan de un nivel de salud cada vez más elevado y se prevé que, a medida que tanto los hombres como las mujeres vayan viviendo más y más años, las incapacidades más importantes puedan*

*acumularse en gran medida en un estrecho margen de edad inmediatamente anterior a la muerte.*

**Recomendación 1**

*R. 1 Los cuidados tendentes a compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas afectadas y que les ayuden a reorientar sus esperanzas y proyectos, sobre todo en las personas de edad, son tan importantes como los tendentes a la curación.*

**Recomendación 2**

*R. 2. La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. Por consiguiente, la atención sanitaria debe hacer participar a todo el sector sanitario y social y a las familias en el mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad. La finalidad de los esfuerzos en materia de salud, en particular la atención sanitaria primaria como estrategia básica, debe ser permitir a las personas de edad llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidad durante el mayor tiempo posible, en lugar de excluirlos y aislarlos de todas las actividades de la sociedad.*

*54. No cabe duda de que, con el avance de la edad, los estados patológicos se hacen más frecuentes. Además, las condiciones de vida de los senescentes los hacen más propensos a los factores de riesgo que pueden tener efectos adversos para su salud (por ejemplo, el aislamiento social y los accidentes), factores que pueden modificarse en gran medida.*

*La investigación y la experiencia práctica han demostrado que es posible mantener la salud de los senescentes y que las*

*enfermedades no han de ser necesariamente elementos básicos del envejecimiento.*

**Recomendación 3** *R. 3. Para reducir las incapacidades y dolencias de los senescentes se requiere el diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado, así como medidas preventivas.*

**Recomendación 4** *R. 4. Deberá prestarse atención especial, en materia de atención sanitaria, a los muy ancianos y a las personas que se encuentren incapacitadas en su vida normal, especialmente cuando padezcan una deficiencia mental o una inadaptación al ambiente; los trastornos mentales podrían a menudo prevenirse o modificarse por medios que no requieran colocar a los ancianos en instituciones, tales como la capacitación y el apoyo a la familia a los voluntarios por asistentes profesionales, la promoción del tratamiento ambulatorio de las enfermedades mentales, la asistencia social, los servicios de guardería y medidas encaminadas a prevenir el aislamiento social.*

55. *Sin embargo, algunos sectores de la población de más edad, especialmente los más ancianos, seguirán siendo un grupo vulnerable. Este grupo necesita especialmente atención primaria cerca de sus residencias y/o comunidades, porque sus miembros pueden formar parte de los que tienen menos movilidad. El concepto de la atención sanitaria primaria incluye el aprovechamiento intensivo que necesiten, con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales que puedan conducir a la invalidez permanente y la muerte prematura.*

56. *El diagnóstico y la intervención tempranos son de fundamental importancia para prevenir enfermedades mentales en las personas de edad. Hay que tomar medidas para atender a las personas de edad que tienen problemas de salud mental o cuya salud mental se encuentra en peligro.*



57. Cuando se requiere atención hospitalaria, la aplicación de la medicina geriátrica permite evaluar el estado general del paciente y, mediante la labor de un equipo multidisciplinario, elaborar un programa de tratamiento y rehabilitación orientado a facilitar pronto retorno a la comunidad, y proporcionar allí toda atención continuada necesaria. Todos los pacientes deberán recibir oportunamente todas las formas de tratamiento intensivo que necesiten, con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales que puedan conducir a la invalidez permanente y la muerte prematura.

#### **Recomendación 5**

**R. 5.** *Atender a los moribundos, dialogar con ellos y apoyar a sus allegados en el momento del duelo y posteriormente requiere unos esfuerzos específicos que van más allá de la práctica de la medicina, pero que al mismo tiempo deben inspirarla. La necesidad de estos cuidados debe ser conocida y comprendida tanto por las personas que los prodigan y por las familias de los moribundos como por los propios enfermos. A este respecto, los ejemplos y las prácticas todavía vigentes en varias culturas deben ser libremente intercambiados.*

58. *Un equilibrio adecuado entre la función de las instituciones y la de la familia en la atención sanitaria de los ancianos, basado en el reconocimiento de que la familia y la comunidad inmediata son los elementos fundamentales de un sistema de atención bien equilibrado, es importante.*

59. *Los sistemas existentes de servicio social y atención sanitaria para las personas de edad resultan cada día más costosos. Hay que estudiar medios de mitigar esta tendencia y de crear sistemas sociales conjuntamente con servicios de atención sanitaria primaria, en el espíritu de la Declaración de*

*Alma-Ata.*

**Recomendación 6**

**R. 6.** *La tendencia al encarecimiento de los sistemas de servicio social y atención sanitaria deberá contrarrestarse mediante una coordinación más estrecha entre los servicios de protección social y de atención sanitaria, tanto a nivel nacional como a nivel de la comunidad. Por ejemplo, deberán adoptarse medidas adecuadas para intensificar la colaboración entre el personal que trabaja en estos dos sectores y para impartirle una formación multidisciplinaria. Sin embargo, dichos servicios deberán crearse teniendo presente la función de la familia y de la comunidad, que deberán seguir constituyendo los elementos fundamentales interrelacionados de un sistema de atención bien equilibrado. Todo esto deberá realizarse sin perjuicio del mantenimiento de los cuidados médicos y sociales corrientes destinados a las personas de edad.*

60. *Los encargados de prestar la atención más inmediata a las personas de edad son a menudo las personas que están menos capacitadas o que tienen una capacitación insuficiente para este fin. Para mantener el bienestar y la independencia de las personas de edad mediante el cuidado de sí mismas, el fomento de la salud y la prevención de enfermedades e incapacidades se requieren nuevas orientaciones y aptitudes entre las propias personas de edad, así como sus familias y los trabajadores de los servicios de sanidad y bienestar social de las comunidades locales.*

**Recomendación 7**

**R. 7.**

**a)** *Deberá informarse a la población en general acerca de su trato con las personas de edad que necesitan cuidados. Deberá educarse a las propias personas de edad en el cuidado de sí mismas.*

*b) Deberá impartirse a quienes trabajan con personas de edad, en el hogar o en instituciones, capacitación básica para sus tareas, destacando en particular la importancia de la participación de las personas de edad y de sus familias, y la colaboración entre quienes trabajan en las esferas de la salud y del bienestar en los diversos niveles.*

*c) Deberá capacitarse a los médicos y a los estudiantes de profesiones que tienen a su cargo el cuidado de seres humanos (por ejemplo medicina, enfermería, asistencia social, etc.) en los principios y las aptitudes pertinentes en las áreas de gerontología, geriatría, psicogeriatría y cuidado de personas de edad.*

61. *Con demasiada frecuencia las personas de edad son personas a las que no se pide su consentimiento. Las decisiones que afectan a los ciudadanos de edad se adoptan con frecuencia sin su participación. Esto es así especialmente en el caso de las personas muy ancianas, muy débiles o muy incapacitadas. Estas personas deberán ser atendidas mediante sistemas de atención flexibles que les permitan elegir el tipo de comodidades y la clase de atención que deban recibir.*

**Recomendación 8**

*R. 8. El control sobre la vida de los ancianos no debe dejarse solamente a cargo del personal sanitario, de asistencia social y otro personal de servicio, pues los mismos ancianos suelen ser quienes mejor saben qué necesidades y cómo conviene que se les proporcione lo que necesitan.*

**Recomendación 9**

*R. 9. Debe estimularse la participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios sanitarios.*

62. *Un principio fundamental de esa atención prestada a las personas de edad es que sirva para que éstas puedan llevar una vida independiente en el seno de la comunidad durante el mayor tiempo posible.*

**Recomendación 10** *R. 10. Será preciso desarrollar al máximo en la comunidad los servicios sanitarios y conexos. Estos servicios deberán abarcar una amplia gama de servicios ambulatorios, como centros asistenciales diurnos, dispensarios, hospitales diurnos, atención médica y de enfermería y ayuda doméstica. Deberán brindarse siempre servicios de urgencia. El cuidado en instituciones deberá corresponder siempre a las necesidades de las personas de edad. Deberá evitarse el uso inadecuado de camas en las instalaciones destinadas al cuidado de la salud. En especial, las personas mentalmente sanas no deberán internarse en hospitales mentales. Deben prestarse servicios de examen y asesoramiento médico en clínicas geriátricas, centros de salud o locales de la comunidad donde se reúnan personas de edad. Se debe contar con la infraestructura sanitaria necesaria, así como el debido personal especializado que pueda llevar a la práctica una asistencia geriátrica integral y completa. En el caso de atención institucional, deberá evitarse la alienación del senescente de la sociedad provocada por su aislamiento, entre otras formas, alentando más la participación de miembros de la familia y de voluntarios.*

63. *Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo hay problemas de nutrición, especialmente entre los ancianos pobres y en condición desventajosa. Otro gran riesgo a que están expuestas las personas de edad es el de los accidentes. Para poder atenuar ese género de problemas quizá sea preciso adoptar un criterio multisectorial.*

**Recomendación 11** *R. 11. Debe perseguirse activamente el objetivo de mejorar la salud, prevenir las enfermedades y mantener las capacidades funcionales entre las personas de edad. Para ese fin, un requisito es la evaluación de las necesidades físicas, psicológicas y sociales del grupo interesado. Esa evaluación promoverá la prevención de las incapacidades, el diagnóstico temprano y la rehabilitación.*

**Recomendación 12** *R. 12. Una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bienestar de los ancianos. La nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos y los malos hábitos alimentarios, inclusive los debidos a problemas dentales. Por lo tanto debe prestarse especial atención a lo siguiente:*

*a) El mejoramiento de la disponibilidad de productos alimenticios suficientes para las personas de edad, mediante planes apropiados y el estímulo a los ancianos de las zonas rurales para que desempeñen un papel activo en la producción de alimentos;*

*b) Una distribución justa y equitativa de los alimentos, la riqueza, los recursos y la tecnología;*

*c) La educación del público, incluidas las personas de edad, en la adquisición de hábitos de nutrición y alimentarios correctos, tanto en las zonas urbanas como en las rurales;*

*d) La prestación de servicios médicos y odontológicos para el diagnóstico temprano de la malnutrición y el mejoramiento de la masticación;*

e) *Los estudios sobre la situación nutricional de las personas de edad a nivel de la comunidad, incluida la adopción de medidas para corregir las condiciones locales insatisfactorias;*

f) *La extensión hacia las comunidades de los países en desarrollo de las investigaciones acerca de la función de los factores nutricionales en el proceso de envejecimiento.*

**Recomendación 13** *R. 13. Deben intensificarse los esfuerzos para desarrollar la asistencia a domicilio, a fin de prestar servicios de sanidad y sociales de alta calidad en el grado necesario para que las personas de edad puedan permanecer en sus propias comunidades y vivir en la forma más independiente posible durante el mayor tiempo posible. La atención a domicilio no debe considerarse como una alternativa de la atención institucional; más bien ambas se complementan y deben vincularse con el sistema de prestación de servicios de modo tal que las personas de edad puedan recibir la atención más adecuada a sus necesidades y al más bajo costo.*

*Debe prestarse especial apoyo a los servicios de atención a domicilio, dotándolos de elementos médico, paramédicos, de enfermería y técnicos suficientes para poder limitar el recurso a la hospitalización.*

**Recomendación 14** *R. 14. Una cuestión muy importante se refiere a las posibilidades de prevenir, o al menos aplazar, las consecuencias funcionales negativas del envejecimiento. Muchos factores del estilo de vida pueden tener sus efectos más pronunciados durante la vejez, cuando la capacidad de reservas suele ser más baja.*

*La salud de los senescentes está condicionada básicamente por su estado de salud anterior y, por lo tanto, la asistencia*

*sanitaria durante toda la vida e iniciada en la juventud reviste capital importancia; ello incluye la medicina preventiva, la nutrición, los ejercicios físicos, la evitación de hábitos dañinos para la salud, y la atención a los factores ambientales, y dicha asistencia debe continuarse.*

**Recomendación 15** *R. 15. Los riesgos que para la salud representa la acumulación de sustancias nocivas –incluidos los elementos radiactivos y los oligoelementos, así como otros contaminantes- adquieren mayor importancia a medida que aumenta la duración de la vida y, por consiguiente, debe ser objeto de atención e investigaciones especiales a lo largo de toda la vida.*

*Los gobiernos deberán promover la manipulación sin peligros de los materiales en uso, y actuar con rapidez para asegurar que los desechos resultantes de esa utilización se eliminen en forma permanente y segura de la biosfera.*

**Recomendación 16** *R. 16. Dado que los accidentes evitables representan un costo considerable, tanto en sufrimientos humanos como en recursos, deberá darse prioridad a las medidas destinadas a prevenir los accidentes en el hogar y en la vía pública, así como los provocados por los estados patológicos curables o por un uso inapropiado de la medicación.*

**Recomendación 17** *R. 17. Deben promoverse los intercambios internacionales y la cooperación en materia de investigación para realizar estudios epidemiológicos sobre las pautas locales de salud y de enfermedad y sus consecuencias, además de investigar la validez de los distintos sistemas de atención, incluida la atención propia y la atención en el hogar a cargo de enfermeras, y en particular las formas de maximizar la eficacia de los programas; asimismo, para investigar las exigencias de diversos tipos de asistencia y desarrollar los medios necesarios*

*para satisfacerlas, prestando especial atención a los estudios comparados que se refieran al logro de los objetivos y a la eficacia relativa con respecto al costo; y en fin, para recopilar datos sobre las características físicas, mentales y sociales de las personas senescentes en diversos contextos sociales y culturales, incluida la atención a los problemas especiales que plantean el acceso a los servicios en las zonas rurales y remotas, a fin de proporcionar una base sólida para la acción futura.*

### **Protección de los consumidores mayores**

**R. 18.** *Los Gobiernos deberán:*

**a)** *Garantizar que los alimentos, enseres domésticos, las instalaciones y los equipos cumplan normas de seguridad que tengan en cuenta la vulnerabilidad de las personas de edad;*

**b)** *Promover el uso prudente de los medicamentos, los productos químicos que se utilizan en el hogar y otros productos, exigiendo que los fabricantes coloquen en esos productos las advertencias y las instrucciones necesarias para su empleo;*

**c)** *Pongan al alcance de las personas de edad fármacos, audífonos, prótesis dentales, anteojos y otras prótesis, para que puedan continuar una vida activa e independiente;*

**d)** *Limiten la publicidad intensiva y otras técnicas de venta destinadas fundamentalmente a explotar los escasos recursos de las personas de edad.*

*Los organismos gubernamentales deberán colaborar con las organizaciones no gubernamentales en programas de*



*educación del consumidor.*

*Se insta a las organizaciones internacionales interesadas a que promuevan un acción concertada de los Estados Miembros para proteger a los consumidores mayores.*

## Anexo II

### PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES

*Año Internacional de las Personas Mayores, 1999*

#### Principios a favor de las personas mayores

*El 16 de diciembre de 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución 46/91 que incluye los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad para dar más vida a los años que se han agregado a la vida. Se exhortó a los gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible.*

#### Independencia

##### **Las personas de edad deberán:**

- *Tener acceso a la alimentación, agua vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.*
- *Tener oportunidad de trabajar o de acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.*
- *Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.*
- *Tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.*
- *Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades de cambio continuo.*
- *Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.*

#### Participación

- *Poder permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder*

*compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.*

- *Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.*
- *Poder formar movimientos o asociaciones de personas mayores.*

## **Cuidados**

- *Poder disfrutar de los cuidados la protección de la familia y la comunidad en conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.*
- *Tener acceso a servicios de atención de la salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.*
- *Tener acceso a los servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.*
- *Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.*
- *Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y calidad de vida.*

## **Autorrealización**

- *Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.*
- *Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.*

## **Dignidad**

- *Poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.*
- *Recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y ser valoradas independientemente de su contribución económica.*

**6ª CONFERENCIA DE MINISTROS DE SALUD DE EUROPA.**

**ATENAS, 22-23 de mayo de 1999.**

**ENVEJECER EN EL SIGLO XXI: NECESIDAD DE UN PLANTEAMIENTO PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. Texto Final**

**Las personas mayores como miembros de pleno derecho de la sociedad**

*La sociedad está hoy en día estructurada en torno a distintos periodos vitales del ciclo humano: aprendizaje en la juventud, actividad económica en la edad adulta, retiro en la vejez. Este tipo de organización, ampliamente condicionada por consideraciones económicas, inevitablemente ha dado más importancia a la juventud y a la edad adulta, y menos a la vejez, sin tener en cuenta el hecho de que las personas viven más tiempo.*

*Desde el nacimiento hasta la muerte, la vida constituye un todo. La persona mayor es aquella que durante su juventud contribuyó a la economía de su país y a la que la sociedad está agradecida. Es la misma persona con los mismos intereses, y con los mismos derechos y obligaciones como ciudadano.*

*Nosotros, los Ministros responsables de la salud creemos firmemente que si los jóvenes merecen lo mejor para prepararse para el futuro, las personas mayores merecen igual atención por su contribución en el pasado. De hecho consideramos, el cada vez más alto número de personas mayores, un éxito y un desafío.*

*La mayor parte de los ancianos gozan de buena salud. Nuestro éxito estriba en que es mayor el número de ciudadanos que tienen oportunidad de vivir muchos años satisfactoriamente; nuestro reto es que las personas mayores tengan en general, mayor necesidad de apoyo sanitario de la comunidad y de asistencia social que cuando eran jóvenes y saludables. Las crecientes posibilidades de intervenciones sanitarias a edad temprana suelen dar por resultado una vida más larga con posibles enfermedades crónica. No obstante sería necesario un cambio en el orden de prioridades de los servicios sociales y sanitarios.*

## **Equidad**

*Las sociedades envejecidas están presionando el principio de equidad. Parece más atractivo invertir en asistencia sanitaria para los jóvenes que para las personas mayores. Los altos costos de la asistencia institucional pueden absorber una gran parte de los ingresos de una persona mayor. En numerosos casos, después de una vida de trabajo, la asistencia a largo plazo lleva a la pérdida de riqueza personal y de nivel de vida, no sólo de la persona de edad que necesita asistencia a largo plazo sino también de su propia familia.*

*El cuidado de la salud es un derecho humano fundamental y tiene que estar asegurado el acceso a la curación y la asistencia.*

*Como Ministros responsables de la salud, estamos totalmente convencidos de que la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria deberían indiscriminadamente estar dirigidas a toda la sociedad sin tener en cuenta edad o condición. Todas las medidas destinadas a discriminar a los mayores simplemente porque han alcanzado una cierta edad deberían ser condenadas con fuerza.*

*Se necesita desarrollar una imagen positiva de la vejez y transmitirla a la sociedad si queremos que prevalezca el espíritu de solidaridad entre las generaciones y que se garantice la cohesión social. Se deben evitar criterios de acceso relacionados con la edad, a menos que estén justificados por razones médicas.*

## **Autonomía e independencia**

*La autonomía es el factor más importante del bienestar y es esencial para salvaguardar la dignidad. Hay que hacer todos los esfuerzos para fomentarla lo más posible. Esto requiere un cambio en la actitud y la práctica. Se tiene la tendencia a evitar intervenciones importantes a los mayores. Como resultado la persona mayor corre el riesgo de perder su autonomía antes de tiempo. En términos económicos, lo que se ahorra al no intervenir, se pierde al reducir la autonomía.*

*Si queremos llevar al máximo la autonomía de las personas mayores para ayudarlas a permanecer en su hogar, es necesario prevenir el deterioro de su estado de salud que puede ser tratado y curado.*

*Se debe establecer un equilibrio entre curación y asistencia de acuerdo con las personas mayores, como garantía de su autonomía y su papel en la sociedad. Esto asegurará el apropiado equilibrio entre “añadir años a la vida” y “añadir calidad de vida a los años”.*

*Existe una tendencia a concentrar la atención en los muy ancianos que ya han perdido autonomía y necesitan cuidados especiales. Sin embargo creemos que hay que prestar atención a la pérdida de autonomía temprana. Se deberían incluir medidas preventivas que las personas mayores puedan integrar en su vida diaria, así como intervenciones sociales y médicas en el momento adecuado, para recuperar la*

*autonomía perdida o para prevenir su pérdida.*

*La preparación para una vejez saludable comienza en la juventud y continúa durante toda la vida. El mantener estilos de vital saludables les ayudará a conservar su autonomía.*

*Hay que prestar especial atención a los factores psicológicos que afectan a las personas mayores, específicamente al llegar a la jubilación. La pérdida de identidad y la falta de motivación suelen acompañar a la jubilación con peligrosas consecuencias para la salud.*

*Reconocemos que las personas mayores proporcionan una valiosa experiencia que la sociedad debería aprovechar.*

*Como Ministros responsables de la salud, creemos que es necesario tomar medidas en nuestros estados miembros que den cometidos significativos a los mayores, para mantenerlos con ánimos y que se sientan integrados en la sociedad.*

*Las personas mayores que son útiles para la sociedad tendrán probablemente menos problemas de salud que aquellas personas que están marginadas debido a su edad. Esta marginalidad se agrava con la soledad en el caso de las mujeres que sobreviven a sus compañeros.*

*La industria también puede ayudar poniendo en el mercado más productos diseñados para todas las edades o que estén específicamente destinados a las necesidades de los mayores.*

## **Redes de apoyo**

*Mientras que tendemos a asimilar la sociedad adulta con las personas mayores físicamente autónomas, los ancianos con autonomía limitada necesitan más asistencia para no caer en la marginalidad.*



*Hay que llevar a cabo esfuerzos para conservar la limitada autonomía, y para conseguirlo la asistencia domiciliaria deberá reemplazar lo más posible a la institucionalización. La asistencia prestada en el seno familiar es una de las más importantes posibilidades de la prestación a largo plazo. No obstante, sería injusto esperar que las familias asuman su responsabilidad sin diferentes tipos de apoyo. Como la enfermedad o la incapacidad, el ser dependiente o la asistencia no médica a largo plazo se han convertido en un riesgo vital con carácter general. Este es incluso más palpable en el caso de las personas discapacitadas cuando entran en la vejez. Esta situación afecta a millones de personas en toda Europa.*

*Como Ministros responsables de la salud, mantenemos que los estados miembros deberían esforzarse para que los ancianos permanezcan en sus casas y ayudarles en sus actividades de la vida diaria a través de una planificación comunitaria apropiada y subsidios adecuados por parte de la Seguridad Social. Las organizaciones no gubernamentales, que ya están llevando a cabo trabajos voluntarios muy activos con las personas mayores, tienen un papel muy importante que jugar en cooperación con los servicios comunitarios.*

*Se podrían también estudiar una serie de medidas dentro de la política de mercado de trabajo que permitieran a los hombres y mujeres que lo desearan, cuidar a sus padres ancianos si éstos quisieran que sus hijos se hicieran cargo de ellos.*

*Las políticas basadas en incrementar y reforzar redes familiares y de vecindad, funcionan bien cuando los que cuidan a los ancianos saben que están respaldados por las instituciones que tienen apoyo comunitario, servicio médico geriátrico al que acudir cuando necesitan asesoramiento y tengan alguna urgencia, incluyendo asistencia planificada.*

*Cuando se disponga de diferentes tipos de apoyo, las personas mayores podrán elegir el que más necesiten en su caso. Sin embargo esto sólo es posible si la información y la asistencia son fácilmente accesibles; para buscar esa información las personas mayores necesitan un apoyo del que no siempre disponen.*

*Nosotros como Ministros responsables de la salud, haremos todo lo que podamos para concebir un sistema adaptado a las estructuras administrativas y legales de cada estado miembro, por el que las personas mayores puedan obtener fácil y confortablemente toda la información que pudieran necesitar sobre apoyo social y sanitario. Una coordinación adecuada interministerial e interdepartamental es un requisito previo esencial para que cualquier tipo de sistema funcione.*

**Propuesta amplia  
y equilibrada**

*Para tratar las necesidades de las personas mayores, debemos desarrollar una estructura política amplia y coherente que tenga en cuenta un cambio en las relaciones entre la prevención, la curación y la asistencia, así como también un equilibrio entre las redes de asistencia formales e informales.*

*Las personas mayores necesitan servicios en diferentes sectores provenientes de una diversidad de disciplinas con niveles diferentes de competencia. Una valoración multitudinaria, debería por lo tanto ser el componente integrante de todos los servicios sanitarios y sociales.*

*La experiencia demuestra que el desarrollo de los servicios geriátricos especializados y psico-geriátricos es beneficioso especialmente como suplemento y apoyo a la asistencia primaria. La promoción de la salud y prevención de enfermedades debería ser iniciada antes de que surja la*

*necesidad de la curación y de la asistencia.*

*No pensamos que la geriatría podría ser únicamente como un servicio relacionado con la edad, sino análogo a la pediatría fomentando el desarrollo de amplios servicios médicos y sociales, de hospital y comunitarios para los ciudadanos mayores con grandes necesidades de dependencia.*

*Deberíamos promover políticas y prácticas de estén basadas en las mejores pruebas disponibles. Esto conduce a una utilización más eficaz y responsable de los recursos limitados.*

*También es necesario garantizar la continuidad de la asistencia mediante la asignación transparente y equilibrada de recursos entre la mezcla de servicios.*

## **Formación e investigación**

*Como consecuencia del incremento de personas mayores en Europa, hoy en día se plantean temas éticos, sociales, sanitarios y económicos, que necesitan ser estudiados en profundidad. La investigación de estos temas ayudará a los gobiernos a dar respuestas políticas acertadas y posible, y particularmente:*

- ✓ identificar intervenciones sanitarias públicas de coste/eficaces;*
- ✓ asegurar servicios de buena calidad;*
- ✓ responder más eficazmente a necesidades de grupos específicos de personas mayores (ej.: Pacientes de Alzheimer)*

*Con este propósito, sería beneficioso desarrollar centros de excelencia y redes de información basados en el conocimiento. Ya existe un enorme grupo de conocimiento sobre los diversos temas de envejecimiento. Fomentamos el desarrollo de una*

*Red a Nivel Mundial con base científica relativa a temas sanitarios y sociales de las personas mayores. Esto deberá permitir a todos los estados miembros compartir la información.*

*Una consecuencia del incremento del número de personas mayores, es el desarrollo del sector a largo plazo.*

*Como Ministros responsables de la Salud nosotros distinguimos la necesidad de formación y el desarrollo de la profesión en este sector y de la propia formación de profesionales y voluntarios que trabajan con las personas mayores.*

*La formación en el trabajo en equipo multitudinario es esencial. Solamente el personal informado, y formado puede suministrar lo mejor en el servicio a nuestros ciudadanos mayores.*

*Nosotros, los Ministros responsables de la salud reunidos en esta Conferencia Mundial, en Atenas, nos comprometemos a trabajar para conseguir los siguientes*

**Objetivos:**

**Objetivos**

- *Crear una imagen positiva del envejecimiento en nuestras sociedades demostrando que la mayoría de las personal mayores disfrutan de buena salud y constituyen una fuente valiosa de experiencia;*
- *Eliminar toda la discriminación en contra de las personas mayores en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y asistencia;*
- *Asegurar una infraestructura social que ayude a las personas mayores a mantener su propio status de vida, así como la*

*motivación e interés en la vida de su comunidad;*

- *Dar una gran prioridad en cuanto a que las personas conserven su autonomía e independencia y con este objetivo:*
  - ✓ *Fomentar estilos de vida sanos y actuar de manera preventiva en la vida antes de que surjan los problemas de salud posteriormente;*
  - ✓ *Asegurar una fuerte ayuda para evitar la temprana pérdida de autonomía;*
  - ✓ *Establecer un equilibrio de curación y asistencia que permita a personas mayores una amplia gama de servicios de apoyo a las que puedan acudir para cubrir sus necesidades específicas;*
  - ✓ *Concebir un sistema que permita a personas mayores tener fácil acceso a toda la información relativa a los servicios e instalaciones de apoyo;*
  
- *Establecer una estructura política coherente y amplia con una propuesta equilibrada para la asistencia de personas mayores a través de:*
  - ✓ *desarrollo de servicios comunitarios y hospitalarios, tanto médicos como sociales basados en un sistema controlado de tendencias demográficas y epidemiológicas;*
  - ✓ *cooperación multidisciplinaria entre los servicios en diferentes sectores de una serie de disciplinas;*
  - ✓ *continuidad de la asistencia para prevenir la superposición o las deficiencias en los servicios.*
  
- *Fomentar organizaciones no gubernamentales activas en el trabajo voluntario para que a las personas mayores se les proporcionen un servicio apropiado, en cooperación con redes*

*formales de asistencia;*

- *Desarrollar una Red a nivel Mundial, con base científica relativa a temas sociales y sanitarios de las personas mayores para el intercambio de información;*
- *Asegurar la formación de profesionales y voluntarios que trabajan con la gente mayor.*

**HACIA UNA EUROPA PARA TODAS LAS EDADES**

**Comisión de las Comunidades Europeas**

**Bruselas (1999) 221 final, 21.05.1999**

**COMUNICADO DE LA COMISION**

***Fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generaciones***

*En relación con la atención sanitaria a las personas mayores, la Comisión de las Comunidades Europeas realiza las siguientes conclusiones políticas:*

***Políticas de sanidad, asistencia a las personas de edad e instrumentos de investigación:*** *En el quinto programa marco comunitario de investigación, la Comisión prestará especial atención a la investigación médica y social relacionada con el envejecimiento. Esto cubrirá una amplia gama de actividades de investigación, incluyendo la investigación médica y la investigación tecnológica y social. Los aspectos sanitarios del envejecimiento constituyen también una preocupación esencial en los preparativos para el desarrollo de nuevos instrumentos de salud pública a nivel comunitario. Además, la Comisión apoyará a los Estados miembros en sus esfuerzos para desarrollar las respuestas adecuadas al envejecimiento en el ámbito de la salud y la asistencia por medio de estudios sobre el funcionamiento de los diferentes sistemas.*

*Esta conclusión tiene su fundamento en el desarrollo del punto anterior del documento:*

## **Responder a las necesidades en el ámbito de la salud y la asistencia con un envejecimiento sano.**

*Garantizar el acceso a servicios sanitarios y de asistencia adecuados es fundamental para el modelo europeo de solidaridad. El rápido crecimiento en el número de las personas de edad y ancianas durante las próximas décadas someterá este principio a una dura prueba. Aunque en la actualidad las personas mayores gozan de mejor salud que la generación anterior, requieren no obstante servicios de salud y asistencia diferentes y más frecuentes que las personas de mediana edad y los jóvenes. La consecuencia de esto es que el envejecimiento pondrá a prueba nuestros recursos en materia de salud<sup>1</sup>. Pero fomentando la salud, un estilo de vida más sano, la prevención de los accidentes y una mejor rehabilitación tras la enfermedad se puede minimizar la necesidad de ampliar los servicios clínicos y de asistencia.*

### **Las ventajas del enfoque preventivo sobre el curativo.**

*La mejora de las condiciones de vida y los progresos médicos han contribuido a una mayor esperanza de vida. La edad media en la que los mayores empiezan a ser dependientes y a necesitar atención o vigilancia en el hogar se ha elevado<sup>2</sup>. El fomento del envejecimiento activo y otras formas de vida sana, junto con los progresos de la medicina reforzarán esta tendencia. Pero no hay que sobrevalorar los beneficios potenciales del progreso médico. Aunque las nuevas tecnologías médicas pueden reducir los costes en*

---

<sup>1</sup> Sobre todo en combinación con otros factores como son el desarrollo tecnológico, las nuevas terapias y las expectativas de la sociedad.

<sup>2</sup> OCDE (1998): Mantener la prosperidad en una sociedad que envejece. Al mismo tiempo, la mayor esperanza de vida implica un aumento de enfermedades relacionadas con la edad, tales como la enfermedad de Alzheimer.



*determinados casos, paradójicamente tienden en conjunto a aumentar el gasto general. Si insistimos en las estrategias preventivas, incluida una nutrición más sana y la actividad física y mental, tendremos resultados más positivos en el contexto del envejecimiento demográfico. El fomento de la salud realmente pertinente a efectos de envejecimiento debe centrarse sobre todo en el estilo de vida de los jóvenes y de las personas de edad mediana. La adopción de un estilo de vida más sano, aunque sea a partir de los 65 años, puede ser importante para la calidad de vida. Estudios recientes muestran que determinados cambios, aunque sean mínimos, en la nutrición y el estilo de vida, pueden mejorar de modo esencial la salud de las personas de edad. Un ejemplo es la osteoporosis, que es una causa importante de discapacidad en las mujeres mayores y que se puede tratar eficazmente o al menos prevenir parcialmente, a muy bajo coste por medio de campañas de nutrición.*

## ANEXO V

### ANTECEDENTES EN EL ABORDAJE DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

#### **En el ámbito de la Administración Central.**

La atención sanitaria específica a las personas mayores tiene sus antecedentes en la **Constitución Española** que, a través de sus artículos 43 y 49, plantea el derecho a la salud de las personas sin discriminación alguna por su edad, situación o estado.

La **Ley General de Sanidad** 14/86, de 25 de abril, estructura la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades de Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Farmacéutica y Prestaciones complementarias, para dar respuesta a las necesidades, no sólo asistenciales de los ciudadanos españoles, sino también a abordar la atención a la salud con un concepto integral y multidisciplinar.

#### **En el ámbito de la actuación del INSALUD**

A principios de los años 90 la **Dirección General del Insalud**, a través de la **Subdirección General de Atención Primaria**, desarrolló en todos sus equipos de Atención Primaria una Cartera de Servicios entre los que incluye programas específicos de atención al anciano.

Estos programas conllevan una serie de instrucciones para detectar precozmente las patologías más frecuentes, valorar su estado de salud y desarrollar actuaciones preventivas y

*educación para la salud. Dentro de la población diana a la que dirigen sus actuaciones se hace especial énfasis en ancianos con desajuste en sus aspectos físicos, psíquicos o familiares. Para llevar a cabo sus actividades los Equipos de Atención Primaria prevén desarrollar actividades a demanda, de atención programada y a domicilio y actividades de seguimiento y derivación a Atención Especializada en los casos necesarios.*

*Paralelamente a la actividad que desarrolla el Insalud a propuesta del Parlamento en 1990, se constituye una **Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (“Comisión Abril”)**, en sus resoluciones, en marzo de 1991, una de cuyas Subcomisiones plantea propuestas para la asistencia sanitaria y atención social con el fin de corregir las deficiencias estructurales y de falta de coordinación entre ambos departamentos que implica en muchos casos, superposiciones, duplicidades y en algunos casos, carencias.*

*La Comisión establece unas propuestas de actuación específicas para todo el colectivo de usuarios sociosanitarios, entre los que destaca la atención a personas mayores de 65 años con patologías crónicas e invalidantes. Entre estas propuestas destacaban:*

- *El desarrollo de una sola “ventanilla” de información al ciudadano.*
- *La coincidencia de áreas social y sanitaria.*
- *La priorización de A.P. de la atención sanitaria a domicilio en estos enfermos geriátricos.*
- *La conexión estrecha y permanente con los Servicios Sociales.*
- *La creación de unidades de soporte en hospitales de agudos, para dar apoyo en la atención a este tipo de*

enfermos.

- *La puesta en marcha de unidades de convalecencia.*
- *El importante papel a desarrollar por la atención de la enfermería y el complemento básico de la rehabilitación física, ergoterapia y terapia ocupacional.*

*En 1992 nace el **Plan Gerontológico Nacional**, donde se implicaba no sólo el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y otros Ministerios, entre ellos el de Sanidad, y concretamente al Insalud. Como consecuencia comenzó a trabajar en común un Grupo de Expertos responsables del INSERSO y del INSALUD, con el fin de sentar las bases de la coordinación sociosanitaria en la atención a personas mayores.*

*El trabajo culminó el 1 de diciembre de 1993, con la firma de un **Acuerdo Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de asuntos Sociales**, para dar respuesta a las necesidades que la creciente demanda de atención sociosanitaria de las personas mayores estaba generando.*

*Entre los aspectos a destacar de este Convenio figuran el desarrollo de una estrategia de coordinación a las personas mayores, que*

- a)** *Proporcione a este sector una atención global e integral, coordinando los servicios sanitarios con los servicios sociales dedicados a dicho colectivo.*
- b)** *Encamine las actuaciones de los sistemas sanitario y social:*
  - *a la promoción de la salud.*
  - *a la prevención de las afecciones de las personas mayores tanto por lo que se refiere al deterioro físico*

*como al psíquico, y*

- al establecimiento de medidas de apoyo y rehabilitación que favorezcan la autonomía personal y el mantenimiento en el medio habitual de vida.*

*c) Potencie el desarrollo de programas conjuntos, dentro del área de atención primaria de salud.*

*d) Propicie la implantación de la atención integral en los distintos niveles asistenciales.”*

*Este Acuerdo Marco se acompañaba de un **Convenio de Colaboración entre INSALUD e INSERSO**, que establece de forma más concreta un marco de coordinación en la atención sociosanitaria en las personas mayores, donde se planteaban los campos de actuación coordinada en relación a estos colectivos, con el fin de desarrollar, entre otros, los siguientes aspectos:*

- Promoción de la salud y asistencia sanitaria.*
- Prevención, detección y diagnóstico de las deficiencias, las incapacidades y las minusvalías.*
- Desarrollo de sistemas de cuidados alternativos al internamiento, tanto en hospitales como en centros residenciales o instituciones. (Ayuda a domicilio).*
- Tratamiento adecuado y rehabilitación funcional y profesional en su caso, a nivel primario (Centros de Salud, Centros Base de minusválidos,...) y a nivel especializado (Hospitales, Residencias de mayores, Centros de*

*Recuperación de Minusválidos Físicos, Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos, etc).*

- *Concesión de aparatos de prótesis y órtesis, así como de Ayudas Técnicas y otros elementos auxiliares que favorezcan la autonomía personal.*
- *Investigación sobre aspectos de interés relacionados con la deficiencia, la incapacidad, la minusvalía, el deterioro físico y psíquico del envejecimiento, las toxicomanías y otros que afectan a individuos y grupos de los sectores de población objeto del presente Acuerdo Marco.*
- *Formación continuada y reciclaje de los profesionales que atienden a las personas incluidas en cualquiera de los sectores de población mencionados en el Apartado Primero.*
- *Intercambio de información, tanto de programas nacionales como de la participación en las redes internacionales.*
- *Promoción y apoyo a la acción del voluntariado en las áreas y sectores a que se refiere el presente Acuerdo.*
- *Incluir la perspectiva de igualdad de oportunidades en la investigación, la educación para la salud y la atención sanitaria”.*

*Este Convenio tuvo como resultado el desarrollo de 27 experiencias piloto en áreas sanitarias de las CC.AA. que son gestionadas por INSALUD.*

*En 1996 la **Dirección General del Insalud** incorpora en la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** y, dentro del **Programa de Atención al Anciano**, la inclusión de acciones*

*de prevención y detección de problemas del anciano.*

*Otras actuaciones posteriores tienen su referencia en el **Programa de Atención a las Personas Mayores** que se presenta,*

### **En el ámbito de las Comunidades Autónomas**

*En el conjunto de las CC.AA., los Servicios de Salud que han desarrollado la atención específica a personas mayores de diferente forma y con diferente alcance son:*

- **Cataluña**, en el año 1986 y mediante Orden de 29-5-86, crea el **Programa Vida als Anys de Atención Sociosanitaria a la Gente Mayor con Larga Enfermedad**. Este Programa pionero presenta un perfil específico, caracterizado por el desarrollo de recursos de internamiento de larga y media estancia, complementado por unos dispositivos asistenciales en el ámbito de las denominadas Unidades de Orientación Funcional (UFISS) en Atención Especializada, y otros de soporte para la atención domiciliaria (PADES) que organizan sus esfuerzos para garantizar la continuidad de los cuidados en pacientes crónicos y terminales. Con el fin de coordinar los niveles asistenciales crean las denominadas Comisiones Territoriales de Coordinación (CIMSS). Como una novedad importante, el sistema introduce aspectos de cofinanciación entre los sistemas sociales y sanitarios.
- **Valencia** en 1995 (mediante Orden 30-3 de la Consejería de Sanidad y Consumo) desarrolla el **modelo PALET**, que tiene como objetivo la reorientación de la atención que se da en algunos hospitales que en esos momentos no tenían asignada población de un área asistencial específica. Estos

*centros se transforman en hospitales complementarios de orientación geriátrica, donde se desarrollan programas de atención en media y larga estancia. No existiendo de forma expresa un sistema de coordinación con Atención Primaria y con Atención Especializada.*

- ***Galicia*** han desarrollado modelos integrados de atención a usuarios sociosanitarios (***Programa PASSOS***) que están en fase de desarrollo estructural y organizativo.
- ***La Junta de Comunidades de Castilla y León*** publicó el 3-2-98 el Decreto 16/98, por el que se aprueba ***el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León***, en el que se establecen las líneas generales de actuación en la asistencia social y sanitaria a las personas mayores y otros colectivos de personas dependientes.



## ANEXO VI

### INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES, 1988,:

Envejecimiento (Presentado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 25/10/99)

### INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES:1998 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

#### Envejecimiento

*El progresivo envejecimiento de la población española es una realidad. En 1991, el 14% de la población española tenía más de 65 años y se estima que para el año 2010 este porcentaje pasará al 16,5%.*

*El envejecimiento conlleva un declive biológico que se acompaña de un aumento de las enfermedades de carácter degenerativo, siendo una gran parte de las mismas de carácter crónico y algunas de ellas originan una importante invalidez. Además, este proceso en si mismo lleva a la persona a una situación de dependencia para la realización de actividades de la vida diaria y por tanto a una mayor demanda de cuidados. Así, por ejemplo, el 14% de la población española mayor de 65 años es incapaz de realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse y desnudarse, levantarse o acostarse, lavarse o subir diez escaleras. Este porcentaje es mayor en mujeres –18,3%- que en hombres –8,7%-.*

*Por otro lado, los ancianos son el grupo de población que hace más uso del sistema sanitario. Así, la frecuencia de utilización médica es 1,5 veces superior a la media poblacional, mientras que la utilización hospitalaria es hasta dos veces superior a la de la media de la población. Igualmente, conviene señalar que casi un 80% de los mayores de 65 años consume algún tipo de medicamento.*

*La experiencia en los países del entorno socioeconómico de España muestra que una oferta de servicios diversificada resulta eficaz para proporcionar los cuidados más adecuados a las personas mayores. Así, el desarrollo de una política sanitaria que adecue los actuales servicios sanitarios, potenciando la coordinación intersectorial y la colaboración con los servicios sociales, permite satisfacer parte de las necesidades y demandas relacionadas con el envejecimiento.*

*Un aspecto de especial relevancia en las personas mayores es la continuidad de los cuidados. Esto puede llevarse a cabo mediante la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y la integración de recursos sociales y sanitarios, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y facilitar la permanencia de estas personas en su medio habitual.*

*Desde el ámbito sanitario, en la atención primaria de salud, la atención al anciano se basa en la valoración precoz y en la provisión de cuidados domiciliarios mientras que en los hospitales, las medidas giran entorno al desarrollo de sistemas que faciliten la valoración y los cuidados adecuados para este tipo de pacientes.*

## **Promoción y Prevención**

- *Impulsar medidas de promoción de hábitos saludables, como la alimentación adecuada, la realización de actividad física y el abandono del consumo de tabaco y del consumo excesivo de alcohol.*
  
- *Impulsar medidas de prevención, como la vacunación de la gripe y del tétanos, la prevención de accidentes, sobre todo en el hogar, y prevención del uso y abuso de medicamentos.*

## **Asistencia**

- *Valorar precozmente el estado funcional.*
- *Potenciar los cuidados domiciliarios desde los servicios de atención primaria, mediante el desarrollo de programas y protocolos de visita domiciliaria.*
- *Fomentar la colaboración entre los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada en la atención de estas personas.*
- *Impulsar líneas de cooperación entre los servicios sanitarios y sociales, mediante el desarrollo de aspectos tales como la ayuda a domicilio, el desarrollo de centros de día, la eliminación de barreras arquitectónicas, etc. Desarrollo de la red de asistencia socio-sanitaria.*

## **Formación e Investigación**

- *Facilitar la formación de los profesionales de Atención Primaria en la valoración funcional y manejo de los problemas de las personas mayores.*
- *Identificar mediante estudios longitudinales las características sociales, económicas, psicológicas y sanitarias que predicen la mortalidad, la hospitalización y la institucionalización de los ancianos.*

## ANEXO VII.1.

### ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD EN LOS ANCIANOS.

*Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*

*Grupo de Trabajo sobre Atención al Anciano (semFYC)*

#### Introducción

1. *Los objetivos clásicos de prevención se centran en reducir la morbimortalidad. En Geriátría, sin embargo, tienen mayor transcendencia las actividades encaminadas a reducir la incapacidad y la dependencia, prevenir la ruptura familiar o mantener al anciano en su hogar mientras sea posible.*

*Existen organismos como la U.S. Task Force y Canadian Task Force de reconocida solvencia y rigor metodológico en sus planteamientos, cuyas recomendaciones son referencia obligada en el campo de las actividades preventivas; por otra parte, existen propuestas de algunos autores que revisan y adaptan dichas recomendaciones, y que evalúan una serie de intervenciones clasificándolas como sigue:*

- ✓ *Intervenciones claramente eficaces en un programa de cribado del anciano;*
- ✓ *Intervenciones que pueden aumentar o disminuir su efectividad en los más viejos (mayores de 75 años);*
- ✓ *Intervenciones de efectividad dudosa, divididas a su vez en aquellas cuya aplicación requiera un “alto esfuerzo” o “bajo esfuerzo” en términos de coste y/o tiempo;*
- ✓ *Intervenciones ineficaces.*

*Estos mismos autores sugieren que dichas actividades requieren una evaluación rigurosa que integre, entre otros:*

- ✓ *Los criterios clásicos de los programas de screening;*
- ✓ *Los diferentes aspectos que afectan a la salud de los ancianos (desde el punto de vista global del concepto de salud que incluya elementos de calidad de vida, satisfacción, status social, salud física, etc);*
- ✓ *El impacto en la calidad de vida de los ancianos, potencialmente más susceptibles a reacciones adversas, y de los cuidadores, de la intervención y seguimiento posterior: confirmación de resultados positivos, etc.;*
- ✓ *La valoración del esfuerzo (tiempo-coste) en relación con la efectividad de la intervención propuesta en este grupo de edad.*

*Aunque los objetivos de la valoración geriátrica se extienden más allá de la prevención hay muchas similitudes conceptuales entre la VGG en el medio comunitario y los cuidados preventivos; así algunas de las recomendaciones para los ancianos proceden de evidencias indirectas de los programas de valoración geriátrica.*

**Promoción de la Salud y prevención Primaria**

2. *Los programas de **Promoción de la Salud** para la población anciana tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo.*

*Los ancianos como grupo, responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos incluso después de los 75 años. Su respuesta a actividades de vacunación puede ser mejor que en la población más joven.*

*La expectativa de vida después de los 65 años es habitualmente 18 años para las mujeres y 14 años para los hombres, una cantidad considerable de tiempo para realizar cambios de comportamientos y percibir los beneficios en salud.*

*La mayoría de los problemas de salud se dan, en los más viejos, y este subgrupo crece a un ritmo mucho más rápido (los mayores de 65 años crecen un 262% y en los mayores de 80 años se cuadruplica este crecimiento) (CIS-INSERSO 1994).*

*Aunque existen todavía pocos estudios randomizados de intervención en Promoción de la Salud sobre población anciana, se han sugerido beneficios en el cambio de estilo de vida así como otras intervenciones de prevención primaria.*

*No obstante y aunque las actividades descritas en la tabla 1 y que se detallan a continuación, son aquéllas donde existen estudios de investigación randomizados, series temporales o casos y controles, no hay que olvidar otros estudios o intervenciones en el campo de la Promoción de la Salud, que si bien sólo en algunos casos son aleatorios, y en general son estudios descriptivos o ensayos comunitarios que han sido capaces de demostrar una mejora de la autoestima y de la autonomía así como de la satisfacción de vida en determinados grupos de ancianos. Esto nos sugeriría que la intervención psico-social con los ancianos y cuidadores, a través de actividades de Educación para la Salud grupales, la formación de Grupos de Ayuda Mutua o la realización de actividades de voluntariado, pueden tener grandes beneficios en la mejora de la calidad de vida de los mayores y en ese sentido habría que investigar más, y potenciar actividades grupales con estos colectivos por el beneficio que tiene el grupo en sí mismo, en unas personas que sufren fundamentalmente de aislamiento y soledad. Se deberían ensayar fórmulas sencillas y económicas de educación para la salud a través de los propios ancianos, voluntarios, etc.*

**Tabla 1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA**

CONDICIÓN	EDAD	INTERVENCIÓN	GRADO DE EVIDENCIA DE LA RECOMENDACIÓN
Tabaco	> 65	Detección Consejo	A
Alcohol	> 65	Detección Consejo	B
Nutrición	> 65	Detección Consejo	B
Ejercicio físico	> 65	Consejo	B
Salud bucodental	> 65	Consejo	C
Gripe Tétanos	> 65 > 65	Vacunación Vacunación	A A

A= Buena evidencia del beneficio de la recomendación para su inclusión en un programa preventivo.

B= Evidencia razonable.

C= Evidencia suficiente.

## **2.1 Educación Sanitaria**

### **2.1.1 Hábitos tóxicos:**

#### **A. Tabaco**

*El consumo de cigarrillos constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo y es la principal causa de morbilidad prematura y prevenible en cualquier país desarrollado. En España, la prevalencia del consumo de cigarrillos en 1993 fue del 36%. Esta prevalencia es inferior al 38,1% que se obtuvo en 1987, y similar a la observada en 1989.*

*Según la edad la frecuencia del consumo desciende en los grupos de edad más avanzada pasando en el grupo de > 65 años de un 15% en 1987 a un 11% en 1993 (Encuesta Nacional de Salud. E.N.S. 1993) Los beneficios cardiovasculares derivados del cese del hábito tabáquico no disminuye en los ancianos, y aunque no hay evidencia mediante ensayos controlados y randomizados sobre el beneficio del consejo en los mismos, existe tal asociación entre tabaquismo y enfermedad que debe intentarse que los ancianos dejen de fumar.*

*Los paneles de expertos recomiendan la detección del hábito tabáquico, su registro en la 11ª Clínica con una periodicidad bienal según establece únicamente el Programa de Actividad de Promoción y Protección de la Salud, y el consejo o asesoramiento para el abandono del hábito de una manera continuada y activa. Además, algunos recomiendan utilizar no sólo el consejo, sino otros métodos educativos combinados y tratamiento coadyuvante (parches o chicles de nicotina), que debe ser utilizado con precaución en personas con enfermedad arterial coronaria o vascular periférica.*



*Según la mayoría de los estudios es una intervención claramente eficaz y supone poco esfuerzo para los profesionales de los estudios de Atención Primaria.*

### **B Alcohol.**

*El consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales determinantes del estilo de vida de la población española. Según la E.N.S. (1993), el 60% de la población de 16 y más años, declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol. Un 55% de esta población son bebedores ligeros o moderados y un 4% lo hacen de una forma alta o excesiva.*

*Entre los mayores de 65 años un 60% son abstemios, un 35% bebedores ligeros o moderados y un 2% beben de una forma alta o excesiva.*

*La tendencia del consumo excesivo ha disminuido claramente en los hombres desde 1980 pasando de un 8% en 1980 a un 5% en 1993.*

*No existe una evidencia científica clara acerca de la efectividad de la detección precoz y posterior intervención sobre el consumo excesivo de alcohol en las personas mayores y los cuestionarios de cribado desarrollados no han sido aplicados extensamente en ancianos, no obstante los paneles de expertos recomiendan su detección y consejo posterior considerándose una actividad de bajo esfuerzo y coste.*

*El PAPPS recomienda una entrevista para conocer el hábito alcohólico a cualquier persona desde los 14 años, sin límite de edad superior, por lo menos cada dos años, y un consejo posterior sistemático y continuado, aprovechando cualquier visita, para conseguir un*

*consumo moderado o la abstinencia según el caso.*

*La U.S Task Force recomienda el screening para detectar problemas de consumo excesivo de alcohol para todos los adultos a través de un interrogatorio detallado y/o el uso de cuestionarios estandarizados. La medición rutinaria de marcadores bioquímicos, no se recomienda en personas asintomáticas.*

*No obstante, hay autores que opinan que se necesitan más estudios para evaluar la efectividad de un test sencillo de screening en A.P. y si la detección precoz y el tratamiento del alcoholismo mejora la salud de los mayores.*

## **2.2 Ejercicio físico**

*Según la E.N.S. (1993), más del 50% de la población entre 16 y más años declaraba no realizar ejercicio físico alguno durante la actividad principal ni en el tiempo libre. La frecuencia de sedentarismo aumenta claramente con la edad y así la proporción de mayores de 65 años que declaran pasar la mayor parte de su jornada sentados es de un 52% y los que no realizan ejercicio físico durante el tiempo libre es de un 68%.*

*El sedentarismo se ha asociado con una mayor mortalidad global por enfermedades cardiovasculares y por cáncer. El aumento de la actividad física parece reducir la incidencia de las enfermedades coronarias, HTA, Diabetes Melitus no insulino-dependiente, depresión y ansiedad. El beneficio en la prevención de la osteoporosis en las mujeres postmenopáusicas estaría menos claro.*

*Los programas de ejercicio físico pueden mejorar el*

*bienestar físico, psíquico, la autoestima, la forma de enfrentarse a la vida de los ancianos y tienen efectos positivos en los cuidadores. También mejoran la fuerza muscular y la capacidad cardiovascular, incluso en los ancianos más frágiles.*

*De cualquier forma no existen datos acerca de la posible influencia del consejo sanitario en el aumento de la actividad física entre los mayores.*

*No obstante, la recomendación sobre la necesidad de aumentar la actividad física se da en todos los paneles. El PAPPS recomienda realizar un ejercicio físico aeróbico durante más de 30 minutos, más de tres días en semana, y con una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 60 y el 85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica (120-Edad), o las pulsaciones según la edad.*

### **2.3 Nutrición**

*Los ancianos pueden tener requerimientos nutricionales especiales. Dependiendo de su estado nutricional, estado funcional, problemas médicos, dentición y régimen terapéutico, puede ser importante modificar los niveles diarios recomendados de calorías, sodio, calcio, agua, fibra dietética, proteínas y otros nutrientes, para reducir el riesgo de complicaciones.*

*La prevalencia de la malnutrición en ancianos no es bien conocida, algunos estudios americanos hablan de una prevalencia de un 50%, mientras que otros refieren que es infrecuente. Factores asociados a una nutrición inadecuada serían los problemas de dentición, la inmovilidad, las bajas pensiones, la disminución de la capacidad gustativa, vivir solo y el alcoholismo.*

*No existen estudios rigurosos en personas mayores que demuestren que la intervención o el consejo dietético en los ancianos asintomáticos sea efectivo, y los efectos, que un posible programa de tratamiento podría causar entre los cuidadores, todavía se desconocen.*

*Aun siendo una intervención de efectividad no clara, hay grupos de expertos que recomiendan el consejo dietético dirigido a disminuir la ingesta de grasas a un 30% del aporte calórico, aumentar la ingesta de fibra a 20 grs/día y aumentar la de calcio a 1000-1500 mgrs/día en las mujeres postmenopáusicas. Mientras que otros, recomiendan la detección de la obesidad en los más jóvenes de los mayores y de la malnutrición el grupo de los más viejos (mayores de 75 años), desaconsejando, la intervención sistemática, por el posible impacto en los cuidadores y sus costes económicos.*

#### **2.4. Salud dental**

*El 15% de la población española de 16 y más años, ha ido en 1993 al dentista, al protésico o al higienista dental para examen, consejo o tratamiento de la dentadura o la boca, en los tres meses anteriores a la entrevista, según la E.N.S. (1993); en 1987 esta proporción fue de un 14%*

*Este porcentaje disminuye claramente a partir de los 65 años, siendo de un 8%. En este grupo de edad los motivos de consulta son fundamentalmente extracciones y prótesis y en un mucho menor grado revisiones, limpiezas u obturaciones. Muchas personas mayores tienen sus dentaduras en mal estado y la enfermedad periodontal es muy frecuente lo que contribuye a las deficiencias nutricionales en esta edad.*

*Algunos grupos de expertos recomiendan una actividad preventiva en el cuidado dental a través del asesoramiento sobre la higiene dental correcta y visitas regulares al dentista aunque no está probada la efectividad del consejo médico para modificar estos comportamientos, siendo conscientes, además, de la dificultad de acceso a este servicio por motivos económicos, en nuestro país.*

## **2.5 Inmunizaciones**

### **A. Vacunación antigripal**

*Según la E.N.S. (1993) un 49% de los mayores de 64 años se vacunó de la gripe en la anterior campaña de vacunación antigripal. En 1993, la incidencia a nivel nacional de la gripe fue de 10.332 casos por 100.000 habitantes.*

*Todos los paneles de expertos recomiendan la vacunación antigripal anual masiva en los mayores de 65 años como estrategia de prevención primaria capaz de reducir la incidencia de la enfermedad y la mortalidad asociada a ésta. Los programas o campañas de educación para la salud dirigidos a la población y a los profesionales sanitarios parecen aumentar la adhesión y el cumplimiento de la vacunación. Según los diversos estudios es una intervención claramente eficaz, cuya eficacia aumenta en el grupo de los más viejos.*

### **B. Vacunación antitetánica**

*El tétanos es una enfermedad poco frecuente en nuestro país, con una tasa anual, en los últimos años inferior al 1 por 100.000, pero cuya mortalidad es de aproximadamente el 50%.*

*Por otro lado, la profilaxis post-exposición sigue creando*

*problemas que se evitan en los pacientes bien vacunados.*

*La vacuna antitetánica sigue siendo en la actualidad la única universalmente indicada en adultos. A pesar de ello la cobertura alcanzada en nuestro país especialmente en mujeres y en ancianos sigue siendo muy baja.*

*Los grupos de expertos, reconocen la efectividad de la vacunación y por lo tanto recomiendan la vacunación de toda la población adulta, sin límite de edad cada 10 años, tendiendo a conseguir la máxima cobertura poblacional.*

*Algunos autores recomiendan la vacuna antitetánica-antidiftérica. Pero no está comercializada en España.*

*En resumen, la vacunación antitetánica es una intervención claramente eficaz, que representa bajo coste y esfuerzo, debiendo diseñarse estrategias para conseguir una cobertura poblacional lo más amplia posible en la población anciana.*

### **C. Vacunación antineumocócica.**

*La neumonía es una causa importante de muerte entre los ancianos. El neumococo es el agente etiológico más frecuente de neumonías extra hospitalarias y meningitis en el adulto, siendo elevado el porcentaje de neumococos resistentes a penicilinas en España.*

*Aunque la eficacia de vacuna antineumocócica en los ancianos es controvertida, y se necesitan más estudios de efectividad y coste/beneficio para su recomendación*

*como vacunación masiva en mayores de 65 años, algunos expertos la recomiendan en este grupo de población; y otros, la recomiendan fundamentalmente en ancianos institucionalizados. En España todavía no se puede adquirir o prescribir como las de la gripe, y sólo en algunas comunidades autónomas se facilita a algunos Centros de Salud, para determinados grupos de riesgo.*

### **3. Prevención secundaria y terciaria**

*La OMS afirma que la edad por sí sola no debe ser motivo de exclusión de las pruebas clínicas que pudieran ser de utilidad, y que es apropiado realizar pruebas de detección siempre que existan posibilidades razonables de detectar enfermedades que puedan tratarse a un coste aceptable.*

*Existe evidencia de que en los ancianos se realizan menos cribados que en los adultos. Además, son pocos los estudios de intervención sobre la población anciana, por lo que no es de sorprender las controversias existentes entre distintos grupos de expertos al hacer recomendaciones. La USPSTF hace pocas recomendaciones específicas para los ancianos, dejando al juicio clínico la realización de estas actividades.*

*No existe una razón clara que justifique suprimir las actividades preventivas a una determinada edad. Se valorará la calidad de vida y las expectativas de vida de manera individual.*

*En la Tabla 2 se resumen las actividades propuestas en los ancianos. Estas recomendaciones podrían cambiar con los resultados de futuros estudios.*

**Tabla 2. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA**

CONDICION	EDAD	INTERVENCION	GRADO DE EVIDENCIA DE LA RECOMENDACIÓN
Presión Arterial**	> 65	Medición P.A.	A
Caidas	> 75 Consejo	Detección F.R.	B - C
Polifarmacia	> 75	Detección Consejo	No evaluado
Agudeza Visual	> 65	Optotipos	B
Agudeza Auditiva	> 65	Interrogatorio Test del susurro	B
Cáncer de Mama**	65 - 69	Mamografía Exploración sólo	A C
Cáncer de Cérvix	> 65	Citologías*	A
Demencia	> 65	Test	C
Incontinencia urinaria	> 75	Interrogatorio	No evaluado

A= Buena evidencia del beneficio de la recomendación para su inclusión en un programa preventivo.

B= Evidencia razonable.

C= Evidencia suficiente.

\*= Si no de han realizado antes de los 65 años, se realizarán dos citologías, en caso contrario valorar el interrumpir cribado.

\*\*= periodicidad bienal, resto anual.



### **3.1 Hipertensión arterial**

*La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) alcanza según los criterios diagnósticos actuales, a más del 60% de la población anciana.*

*Diversos ensayos clínicos realizados en ancianos, y otros que también incluyen sujetos mayores de 65 años han demostrado que el tratamiento farmacológico de la HTA, tanto sistólica como diastólica, es efectivo para disminuir la morbilidad coronaria en un 16%, la morbilidad cerebrovascular en un 38%, y la aparición de eventos mortales por estas causas, así como la mortalidad general. Los beneficios se han demostrado en sujetos menores de 84 años.*

*La determinación de la presión arterial (PA) de forma oportunista con esfigmomanómetro de mercurio, constituye una medida efectiva de prevención de patología circulatoria. La periodicidad establecida es anual o bienal. Los sujetos con PA mayor de 140/90 en tres ocasiones, deberán ser objeto de programas de seguimiento.*

### **3.2 Polifarmacia**

*La polifarmacia se define como la prescripción o uso de mas medicamentos que los indicados clínicamente.*

*Los factores que determinan la polifarmacia son los pacientes, médicos, farmacéuticos y la industria farmacéutica.*

*Por una parte, es frecuente la prescripción innecesaria, el uso de fármacos de utilidad dudosa y la autoprescripción y, por otra, es prevalente el mal uso de medicamentos (errores*

*de administración, incumplimiento terapéutico...) hasta en el 25-50% de los sujetos. La polifarmacia condiciona entre un 5-15% de los ingresos hospitalarios, el aumento de visitas al médico y mayores costes sanitarios por lo que se ha descrito la polifarmacia como una enfermedad.*

*En la E.N.S. del 1993, el 75% de los mayores de 65 años consumía fármacos de manera habitual, tomando más de 3 fármacos al día, el 25% de los mayores de 70 años.*

*Los métodos que han demostrado ser efectivos en disminuir la polifarmacia han sido: la formación de los médicos, contactos grupales o individuales con expertos en farmacoterapia, el uso de impresos con perfiles de prescripción y feed-back, una legislación que impida la utilización de fármacos inapropiados y la educación de los pacientes.*

*Algunos ensayos clínicos desarrollados para evaluar diversas actividades preventivas, entre ellas el número de fármacos y estudios de valoración geriátrica, han puesto de manifiesto una disminución del consumo de fármacos en el grupo de intervención frente al control.*

*En ancianos no institucionalizados, se ha evidenciado tanto en estudios randomizados como en no randomizados una disminución de la polifarmacia.*

*Ni la CTF ni la USPSTF han evaluado este problema. La CTF considera prudente evaluar la toxicidad de los medicamentos. Algunos expertos consideran de interés la realización de esta actividad y que los ancianos que probablemente más se beneficiarían serían los mayores de 75 años. Parece razonable la inclusión de esta actividad en*

*los sujetos mayores de 75 años.*

### **3.3 Agudeza visual**

*Se estima que cerca del 50% de las personas mayores de 65 años presentan algún defecto visual, siendo las patologías más frecuentes, defectos de refracción, cataratas, glaucoma, degeneración macular y retinopatía diabética. Los defectos visuales se asocian con caídas, fracturas, aislamiento y disminución de la calidad de vida. Sólo la mitad de los sujetos con problemas visuales son conocidos por sus médicos y el 27-35% de podrían beneficiar del uso de gafas.*

*Los test de cribado que se han descrito son: optotipos, tonometría y oftalmoscopio. No existen estudios que hayan demostrado que el cribado de la agudeza visual mejore la calidad de vida o prevenga complicaciones. Un estudio sobre el glaucoma evidencia que la detección precoz puede prevenir un defecto visual mayor; también se ha demostrado que la restauración de la visión tras una intervención de cataratas produce una mejoría subjetiva en la funcionalidad relacionada con la visión y en las medidas objetivas de función física e intelectual.*

*Se recomienda el cribado en los mayores de 65 años de los defectos de refracción. Se valorará la agudeza visual con optotipos (carta de Snellen) y en caso de detectar anomalías, se derivará al oftalmólogo. El interrogatorio acerca de los déficits visuales puede ayudar en la detección de problemas en los ancianos pero no es tan sensible y específico con la valoración directa de la agudeza visual. La periodicidad óptima no está establecida. Los ancianos mayores de 75 años, para algunos autores, se beneficiarían más del cribado porque son más vulnerables a las caídas.*

*No hay suficiente evidencia para recomendar la práctica de la tonometría por médicos de atención primaria, como cribado del glaucoma; puede ser clínicamente prudente recomendar la medición de la presión intraocular por oftalmólogos, en pacientes de alto riesgo.*

### **3.4 Hipoacusia**

*Los problemas de audición se incrementan con la edad, afectando al 20-35% de los ancianos. Junto con la incontinencia urinaria y los defectos visuales, son uno de los síntomas que no se interrogan sistemáticamente en la historia clínica en los ancianos. Los defectos auditivos, pueden causar soledad, depresión, otros problemas psicosociales e incapacidad.*

*Las causas principales de sordera (presbiacusia, acufenos y tapones de cera) pueden mejorar con tratamiento.*

*Las actividades de cribado que se han descrito son el test de susurro, el test de cronómetro, el audioscopio, el test de valoración de pérdida auditiva y la audiometría.*

*En un ensayo controlado y randomizado, los sujetos tratados mejoraron su calidad de vida con respecto a los no tratados y se podría reducir la frustración de los cuidadores en la comunicación con los pacientes. Para algunos autores la efectividad del cribado es mayor en los sujetos mayores de 75 años, por una mayor prevalencia en este grupo de edad. Aunque otros recomiendan realizar otoscopia, audiometría y aplicar escalas de pérdida auditiva a todos los ancianos, no hay evidencia suficiente para recomendar el cribado rutinario de la hipoacusia en los ancianos mediante audiometría. Los grupos de expertos recomiendan revisar la audición periódicamente a los mayores de 65 años mediante historia*

y, en caso de déficit realizar otoscopia y audiometría. La frecuencia no ha sido determinada dejándola a juicio clínico.

### **3.5 Cáncer**

#### **A. Cáncer de mama**

*El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina española y constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. El 45% de los cánceres detectados ocurre en ancianos.*

*La eficacia del cribado del cáncer de mama mediante mamografías periódicas, ha demostrado que reduce la mortalidad en ensayos clínicos aleatorios. Un metaanálisis sobre la eficacia de la mamografía, demuestra la efectividad de la mamografía en edades comprendidas entre 50 y 75 años, pero si se desglosan las edades, valorando los estudios que han incluido mujeres entre 65 y 75 años, el mayor beneficio en términos de reducción de mortalidad (29% se observa en el grupo de 50-69 años. En el grupo de 70-74 años el riesgo relativo es de 0,98 (IC 95%: 0,63-1,53) La periodicidad más aceptada es bienal, realizando dos proyecciones en la mamografía. Según algunos autores, dos datos son insuficientes para recomendar el cribado en mujeres de 70 años.*

*Se recomienda realizar las mamografías hasta los 70 años. El PAPPS no define el límite de edad para dejar de hacer mamografías. Existen en nuestro país, programas de cribado del cáncer de mama, en diferentes autonomías siendo el límite superior para la inclusión en los mismos, los 65 años.*

## **B. Cáncer de cérvix**

*El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente en España. La edad (> 50 años) es el principal marcador de riesgo en la población general.*

*Hasta la fecha actual, los test de cribado de CCR (sangre oculta en heces –SOH- y sigmoidoscopia) no son lo suficientemente válidos en la población general, para generalizar su uso. Algunos autores lo recomiendan avalados por el ensayo clínico de Mandel donde se evidencia una disminución de la mortalidad de CCR, con el cribado anual de SOH, pero no es posible conocer por el diseño del estudio en qué medida la colonoscopia ha contribuido a esa disminución. Son necesarios más estudios para verificar estos resultados. Los estudios casos-contrroles de Selby y Newcomb han estimado una disminución de mortalidad por CCR para las lesiones que alcanza el sigmoidoscopio.*

*Aunque existen publicaciones que recomiendan el cribado en los grupos de riesgo (tabla 3), solo existen estudios que hayan demostrado reducción de mortalidad con el cribado, en los sujetos con familiares afectados de síndrome de cáncer familiar no polipoide, poliposis adenomatosa familiar y en sujetos con pólipos adenomatosos. En la última revisión de la US. Task Force, se recomienda el cribado de cáncer colo-rectal a todas las personas mayores de 50 años, mediante el test de sangre oculta en heces, anual; o sigmoidoscopio, cuya periodicidad no establece, o ambos métodos.*

**Tabla 3. RECOMENDACIONES DE CRIBADO EN LOS GRUPOS DE RIESGO**

<b>Antecedentes familiares de:</b>	
Poliposis adenomatosa familiar	RS desde la adolescencia hasta los 40 a, > 40 a trianual *
S. Cáncer familiar no polipoide	Colonoscopia cada 2 - 3 a desde 20 a *
CCR en un familiar	SOH anual y RS cada 3 - 5 a desde 35 - 40 a *
CCR en > ó = 2 familiares	SOH anual y colonoscopia cada 3 - 5 a desde los 35 a *
<b>Antecedentes personales de:</b>	
Colitis ulcerosa > 8 - 10 a	Colonoscopia anual o bianual
Adenomas de riesgo <sup>&amp;</sup>	Colonoscopia anual o trianual
Mujeres con irradiación por cáncer ginecológico	SOH anual y RS cada 3 - 5 a

Tomado de Fleicher (85) y Winawer (86)

CCR: Cáncer colorrectal; RS: rectosigmoidoscopia flexible; SOH: sangre oculta en heces; a: años; s: síndrome;

\*: 0,5 años antes de la edad de presentación del familiar más joven. &: se incluyen adenomas >1 cm, múltiples, vellosos o tubuvellosos y displasia severa.

### **3.6 Demencia**

*La demencia es una patología muy importante en nuestra sociedad por dos motivos fundamentales:*

- ✓ Según la OMS (1986), casi todos los cálculos de prevalencia de demencia en la población mayor de 65 años, se sitúan entre el 5 y el 8%, mientras que el riesgo acumulado de presentar demencia a los 80 años, se estima entre el 15 y el 25%. Existen estudios en los que se estiman prevalencias superiores, del 15% en mayores de 65 años y del 40% en mayores de 80 años.*
- ✓ El cuidado del paciente demente supone una carga psicosocial, siendo un aspecto importante de la Salud Pública.*

*En la última década se han realizado numerosos estudios sobre técnicas de cribado para la detección del deterioro mental. Una de las más estudiadas es el MMSE (Mini-Mental State Examination). La mayor parte de los cuestionarios se aplican directamente al paciente, utilizando diferentes preguntas o bien valorando la capacidad constructiva del paciente como en el test de reloj; también existen cuestionarios dirigidos al cuidador. La edad a partir de la cual comienzan a aplicarse es variable aunque en la mayoría de los estudios se utilizan a partir de los 65. También varía el número de preguntas de que constan y el tiempo que se emplea en su aplicación, pudiendo variar éste entre 5 y 20 minutos. Las preguntas más utilizadas en dichos cuestionarios, giran en torno a la capacidad de lenguaje, memoria reciente y lejana, orientación temporo-espacial, etc.*



*La sensibilidad y especificidad de los diferentes cuestionarios varía entre el 62-100% en el primer caso, y el 58-90% en el segundo. El que tiene mejor correlación entre ambos parámetros es el GCCE (Gros Cultural Cognitive Examination). La aplicación conjunta de varios cuestionarios mejora la sensibilidad y la especificidad. No existe ningún cuestionario que sea capaz de detectar el deterioro precoz de las funciones cognitivas con la validez suficiente, siendo el S-IQ-CODE (Spanish Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) el que mejor sensibilidad y especificidad tiene.*

*No parece existir diferencias entre los diferentes cuestionarios a la hora de detectar un deterioro mental establecido, ni ventajas a la hora de elegir uno u otro. En ausencia de tratamientos más efectivos para mejorar el pronóstico de los pacientes con demencia, no está claro que el uso rutinario de tales instrumentos en todos los ancianos pueda ser lo suficientemente beneficiosa para justificar los inconvenientes, costes y posibles perjuicios de un cribado no selectivo. El valor predictivo de los test disponibles es relativamente bajo en los ancianos asintomáticos. Aunque puede haber beneficios con la detección precoz, hay pocos estudios que demuestren que el cribado rutinario reduzca las consecuencias médicas y psicológicas de la demencia.*

*Dado que, el deterioro cognitivo está marcado por los cambios en el estado funcional del individuo, los clínicos deben conocer las capacidades funcionales del paciente y permanecer alerta sobre la evidencia del deterioro comunicado por el paciente, la familia y los amigos.*

*Algunos autores recomiendan su inclusión en los exámenes periódicos de salud arguyendo la prevención de accidentes y problemas legales de los sujetos, pero no existen estudios controlados para aconsejarla o desaconsejarla. En el estudio de Mobide se han mostrado los beneficios de un programa educacional en la mejora del stress de los cuidadores de dementes.*

### **3.7 Incontinencia urinaria**

*La incontinencia urinaria afecta del 15 al 30% de las personas ancianas que viven en la comunidad y al 40% de los institucionalizados. Predispone a complicaciones tales como, las úlceras por presión, las caídas, infección urinaria, sepsis, etc. Tiene un importante impacto psicosocial, tanto para el paciente como para sus familiares, pudiendo llevar al aislamiento, depresión deterioro funcional y riesgo de institucionalización. Su prevalencia y severidad aumenta con la edad y suele ser infra-referido por los pacientes e infra-diagnosticado por los médicos.*

*La efectividad de la detección de la incontinencia urinaria no está clara, pero en razón de la alta prevalencia, el hecho de que aumente con la edad y la disponibilidad de tratamiento, a menudo curativo, incluso en ancianos frágiles, se considera que debería ser incluido en los programas de valoración del anciano, siendo probablemente más efectiva en los mayores de 75 años, y considerándose una intervención de bajo esfuerzo.*

### **3.8 Cribados no recomendados**

*Hasta la fecha no hay evidencia suficiente para recomendar la detección precoz del cáncer de próstata, cáncer de piel o enfermedad tiroidea, tampoco en cuanto a la hipercolesterolemia en personas asintomáticas después de*

*los 65 años, aunque debería considerarse en ancianos con factores de riesgo para enfermedad coronaria y que están en buen estado de salud. Los niveles de colesterol no son un buen predictor de riesgo, por encima de los 75 años.*

*Autores: Francisca García de Blas, Pilar Regato Pajares, Mercedes Álvarez Solaz, Ana Gorroñoigoitia Iturbe.*

**INTRODUCCIÓN**

**Introducción**

*En la actualidad se puede hablar de la existencia de un movimiento a nivel sanitario y de los servicios sociales que favorece la atención de los ancianos en su domicilio.*

*Las causas que potencian estos movimientos de atención domiciliaria (AD) al anciano son diversas y de ellas destacan:*

*(a) Los cambios demográficos que originan una población envejecida con un incremento de la población “más vieja” (la mayor de 80 años), y por tanto “más difícil y más incapacitada”.*

*(b) El deseo del individuo y de su familia de ser atendido en su domicilio.*

*(c) Los cambios filosóficos de los cuidados sanitarios hacia una atención que prime la calidad de vida, y en relación con ello la consideración de que el ingreso hospitalario y la institucionalización no ofertan tanto bienestar psicosocial como el cuidado en el domicilio.*

*(d) La finitud y escasez de los recursos socio-sanitarios que determinan una política de reducción de los costes con una búsqueda de alternativas a la hospitalización e institucionalización de los mayores*

## **El cuidado domiciliario del anciano**

*Las modalidades existentes de atención domiciliaria son variadas. Cada país las ha organizado en función de la estructura de su sistema sanitario y social. Así se pueden describir desde modelos en los que la asistencia domiciliaria descansa en la enfermera de distrito dependiente del sistema sanitario a modelos basados en los equipos de atención primaria o en unidades dependientes del nivel hospitalario. Otro aspecto que complica aún más la panorámica de los modelos es la fuente de financiación de dichos cuidados, los servicios sanitarios o los servicios sociales.*

*Se acepta que el cuidado domiciliario de los ancianos oferta distintas ventajas respecto a la institucionalización como son el fomento de autocuidado y la autonomía, la disminución de las complicaciones derivadas de la hospitalización (infecciones por patógenos muy virulentos, situaciones de confusión entre otras) y la mejora del bienestar afectivo con aumento de su satisfacción. La atención domiciliaria también da lugar, por otra parte, a un descenso de las necesidades de hospitalización y de institucionalización de los ancianos. Estas, entre otras razones, han favorecido que distintas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Europa propugnen la atención sanitaria y social de los ancianos en su domicilio.*

*Un aspecto discutible es si realmente la atención domiciliaria es más barata que la hospitalización y la institucionalización. En el análisis de los costes existe una visión generalizada de que la atención domiciliaria es más económica que la atención hospitalaria o institucional por la comparación simple del “coste de la cama”, de forma que las camas sociosanitarias son más caras, y con repercusión en los presupuestos generales del Estado, que las camas de los domicilios que repercuten en la economía familiar. Los pocos trabajos publicados sobre el*

*coste de una atención domiciliaria adecuada cifran el mismo en un 80% del coste de la atención en un hospital, y es posible que el coste de AD no sea muy distante del de las residencias de larga estancia cuando se comparan los costes derivados de la prestación de servicios de la misma calidad en uno u otro sitio. En otras palabras, no son comparables las repercusiones económicas del cuidado de una persona que precisa de cambios posturales frecuentes o cuidados de enfermería diarios en dos situaciones en las que no se van a ofertar por igual dichos cuidados.*

*Es objeto de investigación el tipo de cantidad de cuidados que debe recibir cada sujeto según su situación, en qué lugar es más económica la dispensación de este cuidado y si los resultados (en términos de situación funcional, de morbilidad y de satisfacción del sujeto y de la familia) son equivalentes. Debe considerarse al respecto la resolución del Consejo de Europa cuando propuso un estudio sobre “la indicación de las medidas a tomar por la organización de las atenciones a domicilio con el fin de evitar en la medida de lo posible la institucionalización de las personas de edad, entendiendo que las atenciones en domicilio deben ser de la misma calidad y de la misma eficacia que las que se dispensan en los hospitales”.*

### **La atención domiciliaria, la atención primaria de salud y la medicina familiar y comunitaria**

*Con el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y de los movimientos de la Medicina Familiar Y Comunitaria la atención a los ancianos presenta nuevas perspectivas. En una visión sencilla, el modelo de atención a los ancianos debe estructurarse en distintos niveles para ofertar una asistencia geriátrica efectiva basada en el adecuado funcionamiento y en la adecuada coordinación entre los proveedores de la atención sanitaria, que son:*

✓ los servicios de geriatría responsables de la atención a los ancianos con condiciones de salud específicas que requieren intervenciones especializadas, y

✓ la atención primaria responsable de la atención de la población anciana en la comunidad.

*En este modelo es lógico asumir que la atención domiciliaria descansa en los Equipos de Atención Primaria al ser éstos los proveedores de los servicios sanitarios de primer nivel ubicados en la comunidad.*

*En el epígrafe anterior se ha expuesto que la organización real de la atención domiciliaria en España es compleja al estar presentes distintos proveedores del servicio (unidades procedentes de hospitales geriátricos y de servicios de cuidados paliativos, y los equipos de atención primaria). La discusión de la utilidad de todos estos sistemas puede ser eterna, pues la filosofía que mueve a cada una de estas organizaciones es distinta y no se dispone de estudios que muestren qué sistema es el más eficiente. Se corre el riesgo, por otra parte, de que el incremento de la complejidad y especialización de la atención domiciliaria dé lugar a un fracaso de la atención a las necesidades de los parientes debido a las deficiencias de un sistema técnicamente competente, pero altamente complejo. No en vano estamos observando un proceso de fraccionamiento de la atención domiciliaria realizado en función de la patología (pacientes con gran incapacidad, pacientes con demencia, pacientes con enfermedades en fase terminal), con el denominador común de que parte de estas actividades no están realizadas por el mismo equipo de salud lo que dificulta la coordinación entre los distintos proveedores y la accesibilidad al sistema.*

*No obstante, ha de tenerse presente que la eficacia de la Atención Primaria para los sistemas sanitarios como primer nivel de salud está ampliamente demostrada, por lo que no se sostienen políticas que desarrollen redes paralelas a la Atención Primaria en detrimento de sus recursos ya existentes.*

### **Concepto de Atención domiciliaria**

*La concepción de la AD en Atención Primaria es la de dar respuesta a las necesidades de salud de las personas que no pueden desplazarse a los centros sanitarios. Dentro de la AD se distinguen dos modalidades:*

*(a) **La Atención Domiciliaria de Demanda**, que es la que se produce cuando los miembros del equipo de atención primaria se desplazan al domicilio de una persona para prestar asistencia a un proceso agudo de enfermedad.*

*(b) **La Atención Domiciliaria Programada**, en la que el equipo de atención primaria ejerce un proceso de atención continuada en el domicilio a determinados sectores de la población bajo la ejecución de un programa de salud.*

*Las características generales del Programa de Atención Domiciliaria no difieren excesivamente de las de cualquier programa de salud, aunque presenta algunas peculiaridades como son la mayor necesidad de las intervenciones familiares de las intervenciones comunitarias.*



## **La Atención Domiciliaria como un programa de salud**

*El programa de atención domiciliaria es uno de los programas básicos de los equipos de atención primaria. El desarrollo del mismo obedece a la metodología general de los programas de salud pero con las siguientes características:*

*A. Ser un programa integral, no dispensarizado por profesionales ni por patología.*

*B. Estar incluido en el programa troncular de la atención al anciano manteniendo una autonomía como subprograma independiente o que sea por sí mismo un programa troncular que incluya diferentes subprogramas, como por ejemplo, el de personas con gran incapacidad independientemente de su edad; el de pacientes en fase terminal independientemente de su patología; el del puerperio, entre otros.*

*C. Debe realizarse bajo una concepción multidisciplinar, las intervenciones interdisciplinarias son precisas en cualquier campo de la atención primaria pero en la atención domiciliaria cobran una mayor fuerza dado los factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la misma. Con relación a ellos, los distintos proveedores de servicios que deben constituirse son:*

*1. Las unidades básicas de atención domiciliaria del equipo de atención primaria (médico, enfermera y trabajador social, si lo hubiera).*

*2. Las unidades de atención de los servicios sociales de base (trabajador social, auxiliar domiciliario).*

3. *Los servicios sanitarios de soporte (unidades de valoración geriátrica o servicios de geriatría, unidades de cuidados paliativos, servicios de rehabilitación, hospitales de referencia).*

4. *Los servicios sociales de soporte (tele-asistencia, provisión de órtesis y prótesis, lavandería a domicilio, comidas a domicilio, ayudas económicas de manutención, ayudas económicas para mejora de la infraestructura domiciliaria, entre otros).*

5. *Los recursos comunitarios (grupos de autoayuda, voluntariado, profesionales de la enseñanza, organizaciones sociales no gubernamentales).*

*Dentro de este equipo interdisciplinar la responsabilidad sanitaria directa de la atención domiciliaria descansa en la Unidad de Atención Familiar Ampliada (médico, enfermera y trabajador social del Equipo de Atención Primaria) que se conectará de forma interna entre ello y de forma externa, en un primer nivel, con la Unidad de Atención de los Servicios Sociales de Base.*

*Cada uno de los diferentes proveedores tiene una función específica que desarrollar para ofertar una atención domiciliaria de calidad. Según el grado y tipo de necesidad será necesario movilizar uno u otro proveedor pero todos deberán estar coordinados en un programa marco socio-sanitario consensuado. Con el fin de establecer los compromisos a distintos niveles administrativos que definan la política de atención domiciliaria sería necesario la creación de las comisiones socio-sanitaria.*

*El programa debe caracterizarse por tener la flexibilidad adecuada que le permita ser adaptada a cada centro o a cada zona básica de salud. Es decir, sería función específica de cada Equipo de Atención Primaria el pactar los objetivos en función de sus recursos.*

*D. Contener unos instrumentos adecuados para la valoración de las necesidades. Es indispensable que para que un programa de esta magnitud funcione todos los proveedores de servicios deben utilizar los mismos instrumentos de valoración, de los que se haya consensuado su utilización y su interpretación. Nos referimos concretamente a los instrumentos de valoración funcional y de valoración de la situación de sobrecarga familiar, sobre cuyos resultados se establecerán las intervenciones, como por ejemplo el tipo de cuidados, la concesión de auxiliares domiciliarios o ayudas económicas, o la institucionalización si se precisara.*

*E. Contener protocolos básicos del proceso de cuidado de las patología prevalentes: asistencia a los sondajes y ostomías, asistencia al paciente inmovilizado, nutrición, prevención de caídas, prevención de la iatorogenia farmacológica, inmunizaciones recomendadas, manejo de la oxigenoterapia domiciliaria, técnicas básicas de fisioterapia, control de síntomas de la enfermedad en fase terminal,*

## **1.- Objetivos del programa**

*1.1 Proporcionar los medios sociosanitarios precisos para que las personas incapacitadas puedan permanecer en sus domicilios con el máximo nivel de calidad de vida posible, evitando, o retrasando la hospitalización o institucionalización.*

*1.2 Proporcionar una atención continuada e integrada (prevención, promoción, asistencia y rehabilitación) para conseguir mantener el mejor nivel funcional de las personas incapacitadas.*

*1.3 .Proporcionar los cuidados necesarios para una muerte digna.*

*Estos objetivos darán lugar a unos objetivos operativos que se formulan en función del grado de cumplimiento de funciones o condiciones que se desean alcanzar en un tiempo determinado. En relación con los objetivos operativos se formularán los indicadores para la evaluación.*

## **2.- Población diana**

*La atención domiciliaria se constituye como un Programa de Salud dirigido a grupos de personas que están en situación de riesgo, cuyas características generales son:*

*2.1 Personas que padecen una enfermedad crónica invalidante que les imposibilita la asistencia al centro de salud.*

*2.2 Ancianos de alto riesgo socio-sanitario.*

*2.3 Personas afectadas por un proceso morboso que requiere asistencia sanitaria frecuente y que los condicionantes socio-familiares le imposibilitan la asistencia regular al centro de salud.*

*2.4 Los pacientes con enfermedad en fase terminal.*

2.5 Personas que de forma temporal, dada la evolución del estado de salud y/o sus condicionantes socio-familiares, requieren de este tipo de asistencia. En este apartado se incluirían, por ejemplo:

- ✓ *Pacientes que han sido dados de alta del hospital: según sea la situación del anciano, puede ser adecuado un programa corto de visitas domiciliarias hasta que se resuelvan las condiciones por las que el anciano fue ingresado.*
- ✓ *El seguimiento de un postoperatorio en domicilio, considerado por algunos autores como situaciones de hospitalización domiciliaria, los pacientes podrán ser incluidos en el programa en función de los recursos de los centros de salud, de la pensión asistencial y la disponibilidad de personal para atender las necesidades de cuidado del paciente. Este tipo de asistencia requiere una adecuada coordinación con el centro hospitalario para la programación del alta y para la resolución de las complicaciones, expectativas y deseos del paciente y de sus familiares.*
- ✓ *La valoración y seguimiento de la situación sociofamiliar de los ancianos de riesgo*

*Se podrán considerar, en este caso, la realización de al menos una visita domiciliaria (realizada por el personal de enfermería y por el trabajador social) en la que se valore la situación del domicilio buscando situaciones de riesgo sociosanitario. La continuidad del anciano en el programa depende de los problemas que se hayan detectado. Es posible que estas situaciones requieran la inclusión del sujeto en el programa de atención domiciliaria en el que la frecuencia de las visitas sean*

*inferiores a la del resto de la población diana y con un carácter eminentemente preventivo y de promoción de salud (prevención de caídas, valoración de los hábitos dietéticos e higiénicos, cumplimiento terapéutico, resolución de situaciones ambientales insalubres, fomento del autocuidado y de la ayuda informal, coordinación con las actividades de servicios sociales). Los ancianos a incluir serían los que cumplen con algún criterio de –anciano de alto riesgo -, personas de edad superior a los 80 años, los ancianos que viven solos, los ancianos con aislamiento social y los ancianos con trastornos psíquicos.*

- ✓ *Personas con enfermedades que requieren control periódico (DM, EPOG, etc.) que por procesos intercurrentes (fracturas, inmovilizaciones transitorias, úlceras cutáneas, etc.) y por no disponer de soporte socio-familiar adecuado no pueden acudir al Centro de Salud.*

*Como criterio general de exclusión del programa se contempla la presencia de factores que dificulten el seguimiento del mismo, es decir, el cambio de residencia del sujeto por cambio de domicilio o por institucionalización.*

### **3. Actividades de los componentes de la unidad básica de atención domiciliaria**

*La promoción y coordinación del programa de atención domiciliaria que se ejecuta desde la Unidad Básica de Atención Domiciliaria (UBAD) debe ser realizada fundamentalmente por el profesional de enfermería. Este es el elemento activador de los otros profesionales, el responsable de la confección y actualización del censo y del mapa de riesgo de los pacientes incluidos en el programa, y el encargado del establecimiento*

*del cronograma de las visitas conjuntas programadas (médico-enfermera, y médico-enfermera-trabajador social) y de las suyas propias según las necesidades de atención de los pacientes y de sus familias.*

*Son actividades de la **UBAD**:*

- ✓ La detección y evaluación de las necesidades socio-sanitarias.*
- ✓ La educación para la salud, para lo que es preciso establecer cuáles son los conocimientos previos del paciente y de la familia y sus expectativas. La educación para la salud irá dirigida a fomentar el autocuidado y el cuidado informal (prestado por la familia).*
- ✓ La instauración de las medidas oportunas para atender las necesidades.*
- ✓ El apoyo psicosocial al núcleo familiar.*

*Son actividades específicas de cada profesional:*

**A. El profesional médico**

- ✓ Valoraciones globales de la situación de la salud con la realización del diagnóstico de la patología presente, los factores de riesgo biológico y psicológico del paciente y de la familia,*
- ✓ La detección de condiciones insalubres del domicilio,*
- ✓ El diagnóstico de los procesos morbosos intercurrentes que requieran su atención,*
- ✓ La instauración de los regímenes terapéuticos, farmacológicos y rehabilitadores que se precisen, con un adecuado control de la iatrogenia,*

- ✓ *La indicación e instauración de las actividades preventivas,*
- ✓ *El ejercicio de los cuidados paliativos, y*
- ✓ *La modernización y coordinación de los recursos sanitarios necesarios.*

### **B. El profesional de enfermería**

- ✓ *El control y seguimiento de los parámetros biológicos del paciente,*
- ✓ *La administración y control del tratamiento, la realización de curas y la realización de las actividades preventivas,*
- ✓ *La recogida de muestras para el laboratorio,*
- ✓ *La rehabilitación de las secuelas,*
- ✓ *La instrucción y el adiestramiento del paciente y de la familia o cuidador en las habilidades y conocimientos que permitan al sujeto su máximo autocuidado e independencia posible como lo son, entre otros: la administración de fármacos, los cuidados de sondas y catéteres, el control de la incontinencia esfinteriana y el uso de absorbentes, la higiene, la alimentación, la hidratación, los cambios posturales, la detección de signos de alarma biológica y psicológica, el tipo de relación que debe establecer la familia con el paciente,*
- ✓ *El fomento y la realización de actividades grupales de educación para la salud,*
- ✓ *El seguimiento continuado de la situación de la salud a través de la valoración de la consecución de los objetivos establecidos para los cuidados así como con la detección de nuevos problemas, y*
- ✓ *El desarrollo de los cuidados paliativos.*

### **C. El trabajador social**

- ✓ *La realización del análisis de la situación socio-familiar estableciendo una visión integral del contexto en el que se*



*mueve el paciente,*

- ✓ *Ser el nexo de unión y de coordinación del equipo de salud con los recursos de los Servicios Sociales y los recursos comunitarios para la resolución de los problemas detectados,*
  
- ✓ *El realizar actividades para la prevención de la marginación y del aislamiento,*
- ✓ *La instauración de actividades que favorezcan la reinserción social de los marginados,*
- ✓ *El fomento de la atención informal no familiar en la comunidad (promoción de las actividades grupales de educación para la salud, de voluntariado, de constitución de grupos de autoayuda),*
- ✓ *El contribuir al seguimiento de las condiciones sociosanitarias de la situación,*
- ✓ *El actuar de apoyo y refuerzo de las actividades individuales de educación para la salud, y*
- ✓ *El ayudar y orientar en las gestiones burocráticas.*

#### **D. El auxiliar domiciliario**

*Si bien éste es personal de los Servicios Sociales puede comentarse cuales serían sus funciones generales. Estas son en estos momentos controvertidas y el perfil del auxiliar domiciliario difiere de una comunidad autónoma a otra dentro de nuestro país y entre otros países. Los perfiles van desde un profesional cuyas actividades van desde la simple asistencia a las actividades del domicilio (limpieza, lavado de ropa, preparación de las comidas y realización de las compras de comestibles) hasta el profesional que además de realizar las tareas anteriormente descritas desarrollan algunas actividades de cuidado sanitario apoyados en el conocimiento de algunas técnicas básicas (para los cambios posturales, para la higiene de pacientes inmovilizados, para*

la realización de curas de úlceras superficiales, para la detección precoz de complicaciones y para la ayuda de la alimentación por sonda, entre otras). Creemos que el último perfil descrito es el más idóneo.

#### **4. Actividades específicas del programa de Atención Domiciliaria dirigido el anciano**

##### **A. Diagnósticas**

##### **A.1. Valoración inicial de la situación**

La valoración de la situación, al incluir al paciente en el programa de atención domiciliaria, debe realizarse siguiendo la metodología de la Valoración Geriátrica Global o Comprensiva o Cuádruple.

##### **A. 1. 1 Valoración Biológica**

Dirigido al proceso del diagnóstico médico y de enfermería. Debe prestarse especial consideración a objetivar la repercusión de los trastornos encontrados en déficits de función relacionando éstos, dentro de lo que se pueda, con las causas desencadenantes y con el grado de función no perdido.

Unos ejemplos de ello son:

(a) trastorno (total/parcial) de la deambulacion por parálisis/paresia de una/dos piernas secundario a ictus, osteoporosis y anquilosis de cadera. Realiza desplazamientos con ayuda (de bastón/de sillas de ruedas/de familiar) desde la cama a la cocina.

(b) Insuficiencia cardiaca congestiva con disnea limitante de la deambulacion de 10 pasos sin limitación del vestirse ni de la higiene personal.

*Los diagnósticos finales pueden globalizarse para un registro simplificado en la hoja de problemas pero es adecuado que, al menos en la valoración inicial, estén adecuadamente detallados.*

*Por otro lado, la valoración biológica debe intentar realizar una proyección de los riesgos reales de la situación funcional para poder intervenir sobre ellos.*

*En los ejemplos anteriores pueden existir: en el (a) un riesgo de caída (sin que sea necesario precisar todas las consecuencias derivadas de ello), un riesgo de confinamiento en la cama (según fuera el grado del trastorno de deambulación), entre otros. En el (b) riesgo de pérdida de autocuidado básico o riesgo de muerte en un plazo corto.*

*Por último, deben jerarquizarse los diagnósticos en función de la importancia que le dé el propio sujeto y la familia a las funciones que está limitadas o perdidas para priorizar las intervenciones. Así in paciente dado puede presentar insuficiencia cardiaca con disnea a grandes esfuerzos pero darle mayor importancia a su incontinencia urinaria. A la restricción dietética o al dolor al manifestársele esporádicamente la disnea pues no precisa hacer grandes esfuerzos.*

*Las Exploraciones a realizar y las pruebas complementarias a solicitar deben ir en función del grado de información que vamos a obtener con ellas y como éste va a modificar nuestras intervenciones. Esta consideración es de especial relevancia cuando ejercemos el cuidado de una persona con una*

*enfermedad en fase terminal.*

*La valoración biológica debe incluir una actualización de los tratamientos que está tomando el sujeto especificándose los de alto potencial iatrogénico según la situación del sujeto.*

### **A. 1. 2. Valoración cognitivo-psicoafectiva**

*Basada en la entrevista clínica y apoyada en escalas específicas.*

*Especial sensibilidad diagnóstica requiere la depresión dada su presentación atípica en esta edad. Debe explorarse además la presencia de miedos, de ideas persecutoria, de trastornos conductuales, de trastornos del sueño y de la consideración del sujeto sobre sí mismo (y su situación), y sus expectativas.*

### **A. 1. 3. Valoración Funcional**

*La valoración del anciano en términos de función perdida y función potencial es imprescindible para poder intervenir adecuadamente. La valoración funcional permite el abordaje de la situación desde una óptica final, desde los problemas cuyos orígenes multifactoriales no son todos susceptibles de corrección con tratamientos.*

*En el ejemplo (a), anteriormente citado, no son abordables la paresia ya establecida no la anquilosis de cadera pero sí el trastorno de función estimulando la deambulacion, las movilizaciones de los miembros y aliviando el dolor si estuviese presente.*

*Si bien la valoración funcional puede y debe realizarse como parte del diagnóstico clínico (médico y de*

*enfermería), dicha valoración debe apoyarse en la utilización de instrumentos o escalas específicas que permiten aumentar la sensibilidad diagnóstica así como la globalización de la situación funcional en un índice.*

*La recomendación general sobre el uso de los instrumentos de valoración funcional es que se utilicen aquéllos que sean conocidos, y habitualmente usados, por todos los miembros del equipo. Ningún instrumento presenta una dificultad tal que limite su uso a un profesional determinado por lo que la utilización e interpretación de los mismos debe ser común para todos los profesionales del equipo interdisciplinar para evitar confusiones.*

*La valoración funcional se realiza de forma mixta, por un lado se obtiene información cuando se realiza la valoración biológica, y por el otro, se obtiene información con la utilización de las escalas específicas como el índice de Katz, la escala AVD Plutechik, el índice de Barthel, el Crichton Royal Behavioural Rating Scale o el C.A.P.E. La utilización de uno u otro de estos instrumentos depende de la experiencia que se tenga con ellos y de la aplicación que se le quiera dar. Si únicamente se desea tener un índice que exprese de forma global el grado de dependencia debe tenderse a usarse las escalas más sencillas con menor cantidad de items.*

*Las escalas con un mayor número de items presentan un atractivo especial cuando se utilizan (además de cómo índices globales), para detallar qué funciones están alteradas y en qué grado, lo que simplifica y sistematiza el proceso diagnóstico.*

#### **A. 1. 4. Valoración socio-familiar**

*Está dirigida a valorar la sobrecarga del cuidador y de la familia secundaria al cuidado del paciente y las posibilidades que tiene la familia para afrontar dicha carga.*

*La valoración socio-familiar debe incluir, entre otros elementos:*

*(a) La repercusión de las condiciones del medio (fundamentalmente el domicilio) en la incapacidad del sujeto en cuanto a dificultades para que éste potencie su autocuidado.*

*(b) Las repercusiones del cuidado en el cuidador y en la familia a nivel físico, afectivo y económico.*

*(c) Los posibles recursos que presenta la familia para desarrollar el cuidado del sujeto con la menor sobrecarga posible.*

*(d) Los recursos socio-sanitarios que pueden ser movilizados para mejorar la situación.*

*La valoración de las condiciones del medio incluye la accesibilidad del domicilio, las barreras arquitectónicas y las condiciones de insalubridad y de riesgo del domicilio (para las caídas, para los accidentes domésticos, para la administración de los cuidados por la familia, entre otros.).*

*En la valoración socio-familiar debe distinguirse las distintas figuras que aparecen respecto al cuidado. El cuidador principal es el elemento de la familia sobre el que recae la mayor parte de las tareas. Los cuidados*

*secundarios son aquellos que contribuyen al cuidado en un grado menor. El consejero es aquel cuyas decisiones tienen un mayor peso en la familia y por tanto, el que tiene la última palabra respecto a los cuidados. Las figuras del cuidador principal y consejero pueden coincidir o no en la misma persona. Aquellas situaciones en las que el cuidador principal y el consejero sean personas distintas deben considerarse de –riesgo de sobrecarga- del cuidador principal. La ausencia de un cuidador principal definido en el seno de la familia puede ser un factor de riesgo para que el paciente no reciba los cuidados socio-sanitarios adecuados.*

*La valoración socio-familiar también puede estar apoyada en instrumentos de valoración. Entre otros los que valoran la dinámica familiar como El Apgar familiar para obtener información sobre la percepción que presenta el sujeto sobre el apoyo de la familia (puede ser utilizado en el paciente según sus condiciones y en el cuidador principal), el Genograma como fuente de información de la dinámica y de los recursos de apoyo interno de la familia y los instrumentos que miden al apoyo social como el cuestionario de apoyo social funcional de DUKE-UNG y el MOS.*

*La valoración se debe realizar en los términos actuales (según se encuentra la situación en el momento de la evaluación, y en términos potenciales de riesgo para el paciente, para el cuidador y para la familia.*

## **A. 2 Objetivos del Cuidado y Plan de Actuación**

*Una vez realizada la valoración inicial se establece los objetivos a conseguir y el plan de actuación para la consecución e los mismos.*

*Los objetivos deben ser expresados de forma concreta y con un tiempo de consecución. Todos ellos deben ser establecidos en términos realistas tanto en qué conseguir como en cuanto tiempo, especialmente los que hacen referencia a las recuperaciones funcionales, a la educación y a la obtención de otros recursos. . Los tratamientos de las enfermedades agudas y crónicas son un objetivo en sí que no precisan mayor especificación, aunque hay algunos que sí, como la resolución de las heridas y de las escaras.*

*Ejemplo de objetivos concretos puede ser, entre otros, conseguir en un mes que el paciente se siente en la cama, incorporación del cuidador en el plazo de tres meses a un grupo de autoayuda, adquisición por el cuidador de las habilidades adecuadas para los cambios posturales en el plazo de dos semanas, obtención de un periodo de descanso nocturno de 7 horas para la familia en el plazo de una o dos semanas.*

*Es importante el intentar establecer los objetivos del cuidado para conocer específicamente cuál tiene que ser nuestra actuación, y hacer partícipe de los mismos al cuidados y familia consensuando con ellos los objetivos y los planes de actuación.*

*Los planes de actuación también deben ser detallados. Ejemplos de ello son: las prescripciones de fármacos o curas (nº al día y cómo), nº de intervenciones educativas, nº de controles que se van a establecer, pruebas complementarias y ayudas sociales que se van a solicitar.*

*Señalar por último que esta metodología es una parte de la actividad y por tanto no debe convertirse en el fin último de*



*la actuación profesional. Es por ello que debe adaptarse a los hábitos de trabajo de cada equipo y de la forma que conlleve una sistematización de la actividad, lo que incluye una simplificación de los sistemas de registro.*

### **A. 3. Actividades de Seguimiento**

*Una vez realizada la evaluación inicial de la situación consensuada por todos los miembros y diseñado el plan de intervención se procede a ejecutar el mismo*

*Ello se va a traducir, fundamentalmente, en distintas intervenciones del profesional médico, en cuidados frecuentes de enfermería y en intervenciones del trabajador social. De esta forma, el seguimiento global de la situación es realizado por el profesional de enfermería quien irá evaluando la consecución de los objetivos así como valorando las variaciones que se vayan produciendo de la situación.*

*La valoración de los cambios durante el seguimiento se basa en el proceso del diagnóstico de enfermería que puede tener mayor sensibilidad para detectar cambios menores en la situación que alguno de los instrumentos de valoración habitualmente utilizados.*

*El seguimiento debe contemplar todos los componentes de la valoración geriátrica, el paciente (en sus distintos aspectos), el cuidador y la familia. Es importante en estas actividades la valoración de la sobrecarga del cuidador y de cómo se va organizando la dinámica familiar para hacer frente a la crisis que se ha establecido por la presencia de un miembro de la familia con una enfermedad crónica.*

#### **A. 4. Establecimiento de un Mapa de Riesgo**

*El Mapa de Riesgo se define como la distribución geográfica de los individuos, familias o comunidades en riesgo.*

*Mediante este instrumento podemos identificar la distribución espacial de problemas de salud y de la necesidad de servicios que de ella se deriva, permite conocer cómo se distribuyen los factores de riesgo de la población anciana. Las unidades de estudio son las diferentes demarcaciones de la Zona Básica de Salud según sus características socioeconómicas y culturales. Las fuentes de información a utilizar para la confección del mapa de riesgo son:*

- ✓ la observación documental,*
- ✓ la observación simple,*
- ✓ los informantes clave,*
- ✓ los archivos del Centro de Salud y*
- ✓ otros que pudieran ser útiles.*

*Los parámetros y variables a considerar serán propuestos por el propio equipo de salud.*

*Esta modalidad de Mapa de Riesgo puede ser el punto de partida del Programa de AD. Una vez que el Equipo de Atención Primaria lleva un tiempo trabajando en la zona, debería conocer a toda la población susceptible de ser incluida en el programa. Con estos ancianos debe establecerse un sistema de registro, también conocido como "Mapa de Riesgo", consistente en la existencia de un fichero que recoja los datos de cada anciano, sus principales problemas socio-sanitarios, incluida la valoración funcional y una estimación de la cadencia de visitas médicas, de enfermería y del trabajador social que precisa el sujeto y el cuidador. Con la suma de los distintos casos se establece un*

*cronograma de la distribución de visitas mes y año que deben realizarse a los pacientes incluidos en el Programa.*

## **B. Intervenciones**

*La intervención que se va a realizar es integral incluyendo las actividades preventivas y de promoción, las asistenciales y las de rehabilitación, a tres niveles: el nivel individual, el nivel familiar y el nivel comunitario, según la modalidad específica de cada una de ellas. En este capítulo sólo se va a realizar una revisión somera de algunas de ellas.*

*Mención especial merece la intervención de apoyo social por los profesionales sanitarios. Esta intervención es inherente a todas las actuaciones y con ella se consigue un efecto de apoyo, de sensación o mejora del bienestar percibido por el sujeto que puede contribuir a disminuir la sobrecarga provocada por la enfermedad o el cuidado. Son de destacar las intervenciones de educación en las que se enseña a la familia cómo realizar los cuidados, los problemas que pueden esperar en el desarrollo de los mismo, cómo hacer frente tanto a sus propios problemas como a los familiares, y el reconocimiento del valor y la importancia de estar asumiendo dichos cuidados.*

*Las actividades encaminadas a promover la salud del cuidador y de la familia son actividades de máxima importancia en este programa, ya que en ella se sustenta el bienestar del paciente y la continuidad de los cuidados, así como se mejora la situación de la familia. En este sentido se ha objetivado la presencia de trastornos de ansiedad en los cuidadores de incapacitados, sobre todo en aquellos*

*incapacitados de larga duración, en los que la situación altera el “modus vivendi” tanto de esta persona como del resto de la familia.*

*Existen experiencias en las que el equipo de atención primaria se coordina con el equipo de salud mental, surgiendo grupos con los cuidadores, para discutir el problema. Se puede plantear como curso de formación. Dicho curso, además de la capacitación y formación, tienen como objetivo la interrelación entre los distintos cuidadores y la prevención de los trastornos de ansiedad. A veces estos cursos dan lugar a la formación de Grupos de Autoayuda, con autonomía del centro de salud y con independencia en sus integrantes.*

*Existen estudios que determinan el perfil de los cuidadores, en relación a las cargas de responsabilidad asumidas y los problemas que de ello se derivan, así como los mecanismos de control de los mismos. Puede resultar interesante conocer los perfiles de cuidadoras de máximo riesgo a fin de apoyar y recomendar actividades para su recuperación.*

## **5. Evaluación**

*Indudablemente todo programa de salud debe ser evaluado para la detección de situaciones susceptibles de ser mejoradas. El programa de Atención Domiciliaria no es ajeno a esta consideración, máxime cuando las condiciones de la población diana y la oferta de recursos procedentes desde los servicios sociales y desde la comunidad pueden ir modificándose. No es proyecto de este capítulo el versar sobre la evaluación ni sus métodos, ni siquiera los indicadores que pueden usarse al respecto. Comentaremos no obstante algunas generalidades.*

*La metodología de la garantía de calidad está lo suficientemente reconocida y avalada como para recomendar su uso, partiendo del establecimiento de un sistema de indicadores que sirvan para ir monitorizando periódicamente los aspectos del programa que el equipo haya consensuado. El establecimiento de las medidas correctoras debe quedar a criterio del equipo de salud o de la comisión de garantía de calidad del centro del/los responsables del programa.*

*Teniendo como referencia los datos de incapacidad funcional que impiden salir del domicilio a las personas mayores, se consideran las siguientes cifras como el mínimo de cobertura de visitas domiciliarias:*

- ✓ En el grupo de edad de 65 a 79 años: el 5% requerirán una visita domiciliaria/año.*
- ✓ En el grupo de edad de 80 a 84 años: el 10% requerirán una visita domiciliaria/año.*
- ✓ En el grupo de edad de 85 y más años: el 20% requerirán una visita domiciliaria/año.*

*Otros aspectos a evaluar, pueden ser:*

- ◇ N° de visitas relacionadas por cada profesional de forma absoluta y de forma porcentual al total de visitas realizadas,*
- ◇ N° de derivaciones realizadas y n° de derivaciones contestadas por el servicio de referencia.*
- ◇ N° de recursos sociales solicitados y n° de servicios concedidos.*
- ◇ N° de grupos de autoayuda iniciados y n° de familiares asistentes a dichos grupos*
- ◇ N° de complicaciones aparecidas (úlceras, anquilosis, iatrogenia medicamentosa, caídas, entre otras),*

- ◇ *Nº de pacientes institucionalizados,*
- ◇ *Nº de pacientes ingresados,*
- ◇ *Nº de altas hospitalarias no programadas,*
- ◇ *Nº de familias que asumen determinados tipos de cuidados (posturales, higiénicos, de alimentación, de curas básicas, entre otras).*

*Como se verá, los indicadores para la monitorización o los índices para la evaluación pueden ser numerosos en función de lo que se desee evaluar aunque los expuestos (de los que habrá que transformar la formulación para que sean realmente indicadores o índices) pueden considerarse de forma general como los más básicos. Respecto a ellos, comentar además, que según se orienten son indicadores de proceso y de resultado.*

*La metodología de la calidad total hace necesarios, además, otros indicadores para la evaluación referentes a la organización del servicio desde la Dirección-Gerencia como son los diversos indicadores de estructura.*

*Autores: Miguel Angel Benítez del Rosario, Juan Manuel Espinosa Almendro*

## Anexo VIII

### **RESOLUCION de 26 de julio de 1999, (dictada por la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud)**

#### **Creación de los Puestos de Personal de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)**

#### **Introducción**

*El progresivo envejecimiento poblacional y el aumento de los años de vida han generado una demanda sanitaria consistente en la atención con medios adecuados pacientes que no precisando cuidados hospitalarios, precisan cuidados sanitarios en su domicilio habitual, para ello la red de Atención Primaria ha de articular y promover la atención domiciliaria con la mayor calidad posible, manteniendo a este tipo de pacientes en su entorno comunitario.*

*La mejora en la coordinación sanitaria, emprendida en estos últimos años entre el hospital y sus centros de atención primaria, permite el traslado de ciertas patologías para la prestación de los cuidados sanitarios en la red de atención primaria.*

*El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece en su anexo I, dentro de la modalidad de prestación de atención primaria, la atención a la tercera edad, así como la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.*

*A través del pacto suscrito en el ámbito de la Mesa Sectorial de Sanidad el día 17 de junio de 1999, se acordó la creación de los Equipos de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD) en el ámbito de las Gerencias de Atención Primaria a fin de atender*

*las necesidades asistenciales descritas anteriormente.*

*Por ello, esta Presidencia Ejecutiva, a propuesta de la Dirección General de Recursos Humanos y de la Dirección General de Atención Primaria y Especializada, en uso de las competencias que tiene asignadas de conformidad con el Real Decreto 1893/1996, de 2 de agosto, de Estructura Orgánica Básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus organismos autónomos y del INSALUD, dicta la siguiente Resolución:*

#### **Primero**

#### **Creación de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.**

- 1.1 Se podrán crear Equipos de Soporte de Atención domiciliaria (ESAD), en el ámbito territorial de las Gerencias de Atención Primaria, como personal de apoyo a los profesionales de atención primaria.*
- 1.2 El ESAD dependerá a todos los efectos del Gerente de Atención Primaria, a través de la Dirección correspondiente, que será responsable de la planificación del trabajo de estas unidades de apoyo.*

#### **Segundo**

#### **Composición de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.**

*Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria estarán formados, al menos, por los siguientes profesionales que tendrán la consideración de personal de Área:*

- ✓ Médicos de ESAD.*
- ✓ Diplomados de Enfermería del ESAD.*
- ✓ Auxiliar Administrativo del ESAD.*

#### **Tercero**

#### **Actividades de los Equipos de Soporte de Atención**



## **Domiciliaria**

*El personal de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria tendrá que realizar las funciones inherentes a su categoría profesional de conformidad con los diferentes Estatutos de Personal, de tal manera que, teniendo en cuenta las actividades profesionales a realizar por cada profesional, el ESAD pueda cumplir los objetivos que tiene marcado a través de las siguientes actividades:*

- ✓ Apoyo y asesoría a los profesionales de atención primaria para la atención domiciliaria de pacientes terminales y/o con limitación funcional y/o inmovilizados complejos.*
- ✓ Intervención asistencial directa de pacientes cuando así lo requiera el médico de familia al que estuviera adscrito el paciente.*
- ✓ Promover la coordinación entre el hospital de referencia y la red de atención primaria, que facilite el traslado al domicilio y convivencia en función de las características clínicas del proceso a atender.*
- ✓ La información y educación sanitaria de los pacientes que sean objeto de este programa, así como de los cuidadores o familiares que los atienden.*
- ✓ Corresponsabilizarse de la historia clínica del paciente, junto con el médico de familia, que continuará siendo el responsable de la atención sanitaria del paciente.*
- ✓ Las labores de docencia e investigación acordes al desarrollo de sus actividades.*
- ✓ La cumplimentación y tramitación de los documentos oficiales que se deriven de la asistencia sanitaria prestada.*

*Todas aquellas otras actividades que la Gerencia le asigne para el desarrollo de sus objetivos asistenciales.*

#### Cuarto

#### **Continuidad y responsabilidad del proceso asistencial**

*Para la indicación o prescripción y la realización, en su caso, de las pruebas y medios diagnósticos, los médicos del ESAD requerirán la conformidad del médico de familia responsable del paciente, si bien, aquellos serán responsables, mediante firma, de las peticiones de pruebas o las prescripciones que realicen.*

#### Quinto

#### **Creación de las plazas**

- 5.1 *Las Gerencias de Atención Primaria podrán solicitar la creación de plazas de personal facultativo, sanitario y no sanitario de ESAD.*
- 5.2 *Las plazas de ESAD deberán incluirse, en todo caso, en la plantilla de la Gerencia de Atención Primaria correspondiente, mediante Resolución de esta Presidencia Ejecutiva y previa acreditación, ante la Dirección General de Recursos Humanos, de los siguientes requisitos:*
  - 5.2.1 *Que la Dirección General de Atención Primaria y Especializada emita un informe favorable sobre la pertinencia asistencial de la creación de la plaza.*
  - 5.2.2 *Existencia de dotación presupuestaria para el ejercicio económico en el que se efectúe la propuesta y consolidación en ejercicios posteriores, que deberán contemplarse en el contrato de gestión de las respectivas Gerencias.*

## Sexto

### **Selección de personal para los ESAD**

*La provisión definitiva de plazas de ESAD se realizará mediante los procedimientos establecidos para la cobertura de plazas de personal estatutario.*

*En la selección temporal de personal de ESAD se garantizarán los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad. A estos efectos, y en ausencia de un procedimiento de selección de personal temporal, de carácter general, que cuando se dicte será preferente, se tendrán en cuenta los procedimientos de selección pactados en cada Gerencia.*

*Serán criterios preferentes, para el desempeño de estas plazas, acreditar una formación posgraduada en áreas que contemplen en sus programas formativos cuidados paliativos, atención a terminales, patologías crónicas invalidantes y experiencia y conocimientos prácticos en atención primaria.*

## Séptimo

### **Jornada**

*El personal de ESAD tendrá que realizar, como el resto de los profesionales de Atención Primaria, la jornada ordinaria establecida con carácter general para el personal con turno diurno.*

**I CONGRESO ESTATAL DE LAS PERSONAS MAYORES**

*(Madrid, 3, 4 y 5 de Febrero de 1998.)*

**CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO 5º:  
“ASPECTOS SOCIO-SANITARIOS DE LA ATENCIÓN A LAS  
PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. NECESIDADES,  
RESPUESTAS, RETOS DEL FUTURO”**

**Aspectos  
Socio-sanitarios**

*La evolución social económica de las sociedades modernas ha hecho posible entre otros logros que sus ciudadanos puedan vivir muchos más años y en mejores condiciones. Pero también éste importante logro social no ha sido hasta el momento capaz de evitar que un número creciente de personas, la mayoría mayores, viva los últimos años de su vida en situaciones de dependencia, entendida como: necesidad de ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.*

*Esta situación, junto a los importantes cambios que se están produciendo en los modelos familiares, está dando lugar a un importante aumento de la demanda de servicios sanitarios y sociales que hagan frente a estas necesidades.*

*Aparece en este escenario el llamado espacio socio-sanitario, ocupado por el conjunto de personas dependientes en las que la frontera de sus necesidades sociales y sanitarias está muy difuminada. Dado que las respuestas a estas necesidades son claramente insuficientes, se impone por tanto la reorganización de los recursos sociales y sanitarios, de las prioridades en su planificación, en la investigación y la formación de los profesionales implicados, así como en sus sistemas de gestión y financiación.*

*En consecuencia, el grupo de trabajo “Aspectos socio-sanitarios de la atención a las personas mayores dependientes, necesidades, respuestas, retos del futuro”, realiza las siguientes*

### **Recomendaciones, propuestas y conclusiones**

#### **Recomendaciones generales**

- *Sensibilizar a la sociedad acerca de los problemas y necesidades de atención socio-sanitaria de las personas dependientes. Su respuesta y satisfacción no debería ser sólo una responsabilidad individual sino de todos los ciudadanos a través de su sistema de protección social.*

*La atención socio-sanitaria deberá pasar a ser un derecho objetivo abandonando así el plano de la discrecionalidad en el que actualmente se desarrolla.*

- *Reconocer el papel social de las familias y otros/as ciudadanos/as que asumen la atención de las personas dependientes. Este reconocimiento debe acompañarse de un desarrollo suficiente de servicios de apoyo para que puedan seguir realizando estas tareas en condiciones de dignidad, evitando institucionalizaciones innecesarias y no deseadas.*
- *Es necesario que definitivamente se evite la identificación de los conceptos vejez/enfermedad.*
- *La presencia de la iniciativa social a través de las asociaciones de voluntarios es una ayuda inestimable, entendida en todo caso como complementaria de los sistemas profesionales sociales y sanitarios. Las personas mayores son receptoras de atención por parte de las organizaciones de voluntariado pero, también y cada día*

*más, ofrecen a la sociedad su contribución y su tiempo para hacer frente a las necesidades de otros grupos de población.*

*Es urgente y necesario el desarrollo de servicios sociales y sanitarios para las personas mayores dependientes.*

### **Propuesta en el ámbito de los Servicios Sociales**

#### **Servicios Sociales**

*El todavía escaso desarrollo de los Servicios Sociales impone la necesidad de potenciar los siguientes servicios:*

- *Servicio de Ayuda a domicilio, revisando su intensidad y prestaciones, así como su sistema de coordinación con la atención domiciliaria de carácter sanitario.*
- *Los Centros de Día para personas dependientes, así como las estancias temporales en residencias asistidas, como servicios esenciales de apoyo familiar.*
- *Otros servicios comunitarios que amplíen la diversidad en la oferta y una mejor adecuación de los recursos a las necesidades emergentes.*
- *Incremento en la oferta de plazas en residencias asistidas, revisando el actual modelo de atención institucional, así como su sistema de financiación y de reducciones impositivas.*

### **Atención Primaria**

- *Desarrollo de acciones preventivas y de promoción de la salud en aspectos específicos del envejecimiento: ejercicio físico, atención odontológica, campañas educativas sobre higiene y hábitos saludables.*
- *Desarrollo de la atención domiciliaria sanitaria en coordinación con los servicios de ayuda a domicilio de carácter social.*
- *Formación en geriatría y gerontología de los médicos de familia.*
- *Mayor dedicación por parte de los profesionales sanitarios a una relación adecuada médico-paciente.*

### **Atención hospitalaria**

- *Desarrollo de dispositivos específicos de atención geriátrica en el sistema hospitalario.*
- *Implantación en los hospitales de servicios de geriatría u otras unidades especializadas que contemplen todos los niveles de atención geriátrica: hospitales de día, unidades de agudos, unidades de convalecencia, etc.*
- *El establecimiento de sistemas estables de coordinación entre los recursos sociales y sanitarios es premisa indispensable para una adecuada atención, así como garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.*

- *Asimismo, es urgente que se aborde la creación de una red de atención socio-sanitaria que ocupe este espacio insuficientemente atendido hoy entre los cuidados especializados del sistema hospitalario y las residencias asistidas. Sería deseable el establecimiento de acuerdos entre las diferentes Administraciones (Central, Autonómica y Local) y el Sistema Sanitario y social en el diseño de esta red.*
- *Igualmente, el establecimiento de un sistema único de acceso a los servicios sociales y sanitarios es una necesidad inaplazable que contribuirá a una mejor utilización y optimización de los recursos disponibles.*
- *Las administraciones Públicas deberán regular sistemas de seguimiento y control de los servicios promovidos desde la iniciativa privada conforme a estándares de calidad consensuados previamente.*
- *Es necesario evitar el desequilibrio interterritorial, tanto en la cobertura de los servicios socio-sanitarios como en sus sistemas de acceso.*

## **Conclusiones**

*Este grupo de trabajo aboga por el mantenimiento del sistema sanitario público de acceso universal, que evite la discriminación, especialmente por razones de edad, en el acceso a los servicios de salud. En consecuencia, se manifiesta en contra de cualquier medida que suponga una restricción a las prescripciones farmacéuticas, solicitando por el contrario el desarrollo de servicios no suficientemente contemplados en la actualidad (como por ejemplo: podología).*



*La participación e las personas mayores en el diseño y planificación de la atención socio-sanitaria deberá estar garantizada a través del Consejo Estatal de las Personas Mayores y sus respectivas estructuras de representación autonómica.*

*Por último, destacar que las recomendaciones enunciadas anteriormente son una muestra de que el logro de un envejecimiento saludable no es una cuestión de azar. Todos los implicados en este proceso (los poderes públicos, la sociedad en general y las propias personas mayores) deben asumir su cuota de responsabilidad para alcanzar plenamente estos objetivos.*

## GLOSARIO

### **Salud (Health)**

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

### **Promoción de la salud (Health promotion)**

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, ginebra, 1986.

La **Carta de Ottawa** identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Estas son la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la **Carta de Ottawa** para la promoción de la salud:

- Establecer una política pública saludable
- Crear entornos que apoyen la salud
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud
- Desarrollar las habilidades personales, y
- Reorientar los servicios sanitarios.

La **Declaración de Yakarta** sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, julio 1997, confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países.

La **Declaración de Yakarta** identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

***Salud para todos  
(health for all)***

La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.

Referencia: Glosario de términos usados en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra 1984.

***Salud Pública  
(Public Health )***

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Referencia: adaptada del "Informe Acheson", Londres 1988.

**Atención Primaria de salud (Primary Health care)**

La atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

Referencia: Declaración de Alma Ata, OMS, ginebra, 1978.

**Prevención de La enfermedad (Disease prevention)**

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance ya atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para todos, OMS, Ginebra, 1984.

**Educación para La salud (Health education)**

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Referencia: OMS - definición modificada.

**Hospitales Promotores de salud (Health Promoting Hospitals)**

Un hospital promotor de salud no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud, desarrolla una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla, se convierte a sí mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su comunidad.

Referencia: basada en la Declaración de Budapest sobre Hospitales Promotores de la Salud, OMS, (EURO), Copenhague, 1991.

***Comunidad  
(Community)***

Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

Referencia: OMS - definición modificada.

***Acción  
comunitaria  
para la salud  
(Community  
action for health)***

La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

Referencia: OMS - nueva definición.

***Determinantes  
De la salud  
(Determinants  
of health)***

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Referencia: OMS - nueva definición

***Alianza  
(Alliance)***

Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididas conjuntamente.

Referencia: OMS - nueva definición.

**Mediación  
(Mediation)**

En promoción de la salud, es un proceso mediante el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de los individuos y de las comunidades, así como diferentes sectores (público y privado) son puestos de acuerdo de forma que promuevan y protejan la salud.

Referencia: OMS - nueva definición.

**Red  
(Network)**

Agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.

Referencia: OMS - nueva definición.

La comunicación para la salud es un estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

Referencia: adaptado de Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación, OMS (AMPRO/PAHO), Washinton, 1996.

***Equidad en salud  
(Equity in Health)***

Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Referencia Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS, Ginebra, 1996.

***Comunicación  
Para la salud  
(Health  
communication)***

La comunicación para la salud es un estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

Referencia: adaptado de Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación, OMS (AMPRO/PAHO), Washinton, 1996.

***Desarrollo  
de la salud  
(Health  
development)***

El desarrollo de la salud es el proceso de mejora continua y progresiva del estado de salud de los individuos y grupos de una población.

Referencia: Sistema de Información sobre Terminología, OMS, Ginebra, 1997.

***Estado  
de salud  
(Health  
status)***

Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

Referencia: adaptada del Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos nº 9, OMS, Ginebra, 1994.

***Metas de salud  
(Health goal)***

Las metas de salud resumen los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido.

Referencia: OMS - nueva definición.

***Objetivos de salud  
(Health target)***

Los objetivos de salud indican, en relación con una población determinada, la cantidad de cambios (usando un indicador de salud) que razonablemente cabe esperar dentro de un período de tiempo definido. Los objetivos se basan por lo general en cambios específicos y mensurables de los resultados de salud o de los resultados de salud intermedios.

Referencia: OMS - nueva definición.

***Resultados De salud  
(Health outcomes)***

Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el estado de salud.

Referencia: OMS - nueva definición.

***Colaboración Intersectorial  
(Intersectoral colaboración)***

Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.



Referencia: Modificado de Acción Intersectorial para la Salud: Piedra Angular de Salud Para Todos en el Siglo XXI, OMS, ginebra, 1997.

***Habilidades para la vida (Life skills)***

Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana.

Referencia: Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas, OMS, ginebra, 1993.

***Estilo de vida (estilos que conducen a la salud) [Lifestyle (lifestyles conducive to health)]***

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Referencia: OMS - definición modificada.

***Calidad de vida (Quality of life)***

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, es estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Referencia: Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.

**Responsabilidad social para la salud (Social responsibility for health)**

La responsabilidad social para la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud.

Referencia: Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997.

**Soporte social (Social support)**

Aquella asistencia para las personas y los grupos desde dentro de sus comunidades que puede servirles de ayuda para afrontar los acontecimientos y las condiciones de vida adversos y puede ofrecer un recurso positivo para mejorar la calidad de vida.

Referencia: OMS - definición modificada.

**Entornos que apoyan la salud (Supportive environments for health)**

Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

Referencia: adaptada de la Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud, OMS, Ginebra, 1991.

**Desarrollo Sostenible (Sustainable development)**

El desarrollo sostenible se define como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades (WCED 1987). Incorpora numerosos elementos y sectores, incluido el sector sanitario, que deben contribuir a lograr dicho desarrollo.

Referencia: Nuestro Futuro común: Informe de la Comisión Mundial sobre Medio ambiente y Desarrollo (WCED), 1987. Salud y Medio Ambiente en el Desarrollo sostenible. Cinco Años después de la Cumbre Mundial, OMS, Ginebra 1997.

**Reorientación  
De los servicios  
Sanitarios  
(Reorienting  
health services)**

La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

Referencia: adaptada de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

*Los términos incluidos en este glosario proceden del Glosario de Promoción de la salud de la Organización Mundial de la Salud (Unidad de Promoción de la Salud)  
Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo*

---

<sup>(1)</sup> Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas de las Naciones Unidas. (Traducido y editado por el Centro de Información de las Naciones Unidas para España, Diciembre 1998)