

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

FRANCISCO JAVIER IRUZUBIETA BARRAGÁN

En una sociedad cada vez más envejecida se hace necesario plantear nuevas formas organizativas de prestar cuidados que puedan satisfacer la creciente demanda a la que son sometidos los servicios socio-sanitarios. Las instituciones cerradas cumplen una importante función en el ámbito de la atención de las personas mayores sea cuál sea su situación personal desde un punto de vista sanitario y social. De este modo nos encontraremos instituciones para personas válidas, para ancianos sin limitaciones significativas para el desempeño de actividades cotidianas relacionados como el aseo, el paseo, etc. Por otra parte tenemos instituciones cerradas para personas mayores con patologías importantes y limitantes para su vida diaria, que exigen una atención sanitaria y unos cuidados específicos dirigidos a solventar, en lo posible, las limitaciones asociadas al problema de salud. Pero las instituciones, sea cual sea su naturaleza, son claramente insuficientes y su crecimiento está por debajo del rápido envejecimiento de nuestra sociedad estableciéndose, de este modo, un diferencial que no deja de crecer y evidenciando una escasa capacidad por parte de los poderes públicos para solventar este problema.

Ante esta situación surgen formas de atención, que huyen de las grandes inversiones y permiten solventar muchas de las carencias de las que adolece el actual sistema. Me estoy refiriendo a la atención dentro del marco del domicilio, una atención pensada como el esfuerzo de atender las necesidades que pueda presentar el anciano sin que éste tenga que padecer el desarraigo de su entorno habitual, permitiéndole seguir en contacto con la red social y familiar que aglutina sus principales referencias¹. La atención domiciliaria se configura como un conjunto de actividades socio-sanitarias con el objetivo de identificar, valorar y realizar un seguimiento del anciano con problemas de salud y de su familia, potenciando de este modo su autonomía y mejorando su calidad de vida.

1. La Unión Europea establece la necesidad, por un lado, de priorizar el mantenimiento de la asistencia a domicilio, por razones económicas y por deseo de la personas mayores y, por otro, de intervenir a través de las administraciones públicas con respecto a la dependencia, socializando este nuevo riesgo. Consejo de la UE, documento 6528/03.

ATENDER EN EL DOMICILIO

El denominar la atención del anciano en el domicilio como una nueva forma asistencial de prestación de cuidados probablemente no sea lo más adecuado. La atención domiciliaria existe *in illo tempore*, se podría afirmar que existe desde que existen enfermos². La atención domiciliaria ha servido durante siglos, con mayor o menor fortuna, para atender y prestar cuidados a aquellos enfermos que no eran hospitalizados. Sin ánimo de convertir estas líneas en un tratado de historia, tan solo quisiera comentar como se ha asociado durante décadas la atención domiciliaria con una atención de calidad³ que se realizaba cuando el paciente vivía en una vivienda que reunía las suficientes garantías desde un punto de vista higiénico-sanitario. Cuando estas garantías no existían el paciente era ingresado en un centro hospitalario que era sinónimo de atención de beneficencia⁴, de atención de pobres⁵.

Los conceptos de atención domiciliaria, atención hospitalaria, atención en instituciones geriátricas han variado sustancialmente durante las últimas décadas, identificándose, por parte de la población, una atención de calidad con el ingreso en una institución cerrada. A ello ha contribuido sin duda los importantes cambios que se han producido en los medios sanitarios, incorporando una tecnología accesible tan solo desde el hospital y unos recursos humanos con una alta cualificación. El *hospitalocentrismo* que vivimos en la actualidad, y que podemos extender a toda institución cerrada, se ha visto reforzado, en el caso de los mayores, por el cambio social que ha sufrido la sociedad y, más concretamente la familia. El concepto de familia tradicional con unos roles de cuidadores informales asumidos por las mujeres (hijas o nueras)

2. Desde la Antigüedad la medicina tomó como referencia el microcosmos comunitario por excelencia que es la familia y, por extensión, el hogar: lugar natural para nacer, vivir y morir. El domicilio ha sido hasta hace relativamente poco tiempo, el contexto de mayor tradición en la asistencia, los hospitales surgieron más tarde como una respuesta social hacia los pobres. Barbero, J y Moya, A (1999) "Aspectos éticos de la atención domiciliaria", en Contel, J., Gené, J. y Peya, M. *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, p. 119.

3. En el siglo XIX se plantea una polémica entre atención domiciliaria y hospitalaria, es la domiciliaria la que recibirá todos los apoyos del Estado quedando la hospitalaria para aquellos cuyos domicilios carezcan de condiciones higiénicas y con una precaria situación económica. Trinidad, P. (1990): Trabajo y pobreza en la primera industrialización, en *Historia de la acción social pública en España: Beneficencia y Previsión*, p. 130.

4. "Los hospitales de finales del XIX son rechazados por las clases populares... Son centros que trascienden su objeto: el de curar enfermos, para ser otro de absorción de indeseables... En el hospital rige la misma disciplina deshumanizadora que en el asilo de beneficencia...". Trinidad, P. (1990): *opus cit*, p. 129.

5. En el hospital el enfermo no tiene nombre, es un número par o impar. Ninguna diferencia ni en su lecho, ni en el lugar que ocupa..., ningún signo moral ni físico que marque su individualidad en la mente del médico, que a paso de carga pasa de cama a cama, de número a número, sin que le sea dado observar los mil detalles precisos para un diagnóstico razonable...". Arenal, C (1861): *El visitador del pobre*, Madrid: Nuevas Gráficas, p. 107.

ha dado paso a una familia cuyos miembros se han incorporado activamente al mundo laboral dificultando la posibilidad de seguir prestando cuidados.

Indicadores de potencial de cuidados a ancianos en España⁶

Años	Índice A	Índice B	Índice C
1950	1,61	2,68	5,18
1970	1,34	2,18	3,98
1991	1,01	1,53	2,46
2011	0,96	1,35	2,00

*Fuente y elaboración: Fernández Cordón, Observatorio Europeo.
En Informe Defensor del Pueblo.*

Si estudiamos los datos que nos proporciona la evolución demográfica en España tendremos que concluir que cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más ancianos que precisan cuidados de larga duración. En la tabla anterior podemos apreciar la evolución de esta tendencia negativa, y su progresiva aceleración, esta situación, acompañada de las carencias de un sistema socio-sanitario incapaz de asumir unos cuidados que durante décadas han permanecido en el ámbito privativo de la familia, evidencian la necesidad de tomar decisiones inmediatas para solucionar esta situación. El anuncio por parte del Gobierno español de la aprobación de la Ley de Dependencia en el año 2006 debe constituirse en el referente legislativo que permita desarrollar unas medidas efectivas en este terreno.

No podemos perder de vista otros aspectos que influyen, e influirán en mayor medida en el futuro, en la provisión de cuidados en los ancianos como son la progresiva reducción del tamaño de las viviendas o de los cambios en los modelos de familia⁷. Las familias han perdido en gran parte su carácter de

6. En el numerador de los tres índices se considera el número de mujeres entre 45 y 69 años, el denominador del índice A contabiliza la población mayor de 65 años, el del índice B los mayores de 70 años y el del índice C la población de más de 75 años.

7. Los modelos de familia han perdido en gran parte su carácter de institución permanente con el incremento de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios. Por otra parte, la movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia por razones laborales o de estudio introducen factores que en nada facilitan el cuidado de los ancianos. Defensor del Pueblo (2000): "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos", en *Informes, estudios y documentos*. Madrid, p. 68.

institución permanente con el incremento de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios. Por otra parte, la gran cantidad de modelos existentes como el incremento de personas que viven solas, la permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades que frecuentemente superan los treinta años o la movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia por razones laborales o de estudio introducen factores que en nada facilitan las necesidades de cuidado de los ancianos⁸.

Las instituciones cerradas han sido percibidas como la única alternativa de calidad en la atención de las personas mayores. Pero esta alternativa escasea, como mencionaba en la introducción, y no es la más adecuada en la inmensa mayoría de los casos. Atender en el domicilio se constituye en una alternativa válida, mejorando sustancialmente la calidad de vida del anciano. La ruptura con el entorno constituye una traumática situación, vivida en numerosas ocasiones con ansiedad e intranquilidad. Esta situación desemboca con frecuencia en episodios de desorientación que en nada facilitan la búsqueda de un cierto equilibrio emocional que permita una mejor calidad de vida del anciano. El informe que publicó en el 2002 la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria nos dibuja con exactitud el panorama del escaso porcentaje de población anciana española atendida en instituciones, tan solo el 2%, y el aún más preocupante 1% que recibe atención domiciliaria⁹. Ésta es una situación difícilmente sostenible para una sociedad desarrollada bajo los parámetros del bienestar, se hacen necesarias, con cierta urgencia, medidas que palien esta situación de desatención¹⁰.

La atención en el domicilio puede ser una solución aceptable y debe recibir el impulso necesario para sustanciarse en una oferta adecuada que permita acercarnos a unas cifras de atención domiciliaria más cercanas a satisfacer las necesidades de la sociedad española en general y de las personas mayores y de sus familias en particular. La propia Organización Mundial de la Salud plantea aumentar, al menos, el 50% el porcentaje de personas de 80 años o más que son capaces de disfrutar de un nivel de salud en un entorno doméstico,

8. Giró, J. (2005): "El envejecimiento demográfico", en *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, p. 26-28.

9. Artazcoz, L. y cols. (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*, p. 77.

10. "Los ancianos siguen sufriendo las insuficiencias de un sistema incapaz de dar una respuesta adecuada a las demandas de la población. Podemos apreciar una clara incongruencia entre los mensajes que se transmiten a la población desde las instituciones sobre las bondades de envejecer en casa, acompañado por los seres queridos, y la realidad de un país como España que sigue a la cola de la Unión Europea en cuanto a servicios de atención domiciliaria." Iruzubieta, F. J. (2005): "Género y educación sanitaria en el anciano", en Giró, J. (coord.) *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones, p. 102-103.

permitiéndoles mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad¹¹. El propio Plan de Salud de La Rioja establece, ante el incremento del grupo de población de más edad, una serie de estrategias dirigidas al anciano entre las que destacaría, el desarrollar un programa con acciones de promoción de la atención del anciano dentro del marco de la familia, propiciar la permanencia de los anciano en su medio familiar y social potenciando programas de atención domiciliaria¹².

Las intervenciones que se puedan desarrollar en el ámbito del domicilio a favor del anciano pueden encontrar en las redes primarias, constituidas fundamentalmente por la familia, una eficaz herramienta en la aplicación de cuidados. Estamos por lo tanto ante una relación beneficiosa, tanto para el profesional como para la familia y anciano. Gran parte de los aspectos positivos de la atención del anciano en el domicilio están relacionados con las siguientes constataciones¹³:

- Los ancianos forman parte de estructuras de relación compuestas de amigos, familiares, vecinos.
- Estas estructuras de relación son la correa de transmisión de bienes y servicios tanto instrumentales como afectivos, psicológicos y de ayuda mutua.
- Muchas de las intervenciones profesionales dan mejores resultados si el sujeto destinatario del servicio tiene una red de apoyo.
- Las intervenciones profesionales alcanzarán de forma más eficaz sus objetivos asistenciales si pueden implicar a las redes de apoyo del anciano.

PRIMERA APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Como he mencionado con anterioridad, situar el comienzo de la atención domiciliaria nos llevaría muy lejos en el tiempo, tan solo deseo establecer algunos hitos, cercanos en el tiempo, que han marcado la atención domiciliaria tal y como la conocemos en la actualidad. Los primeros ensayos de atención

11. O.M.S. plantea esta idea en el marco de "Salud 21 para la Región Europea", explicitada en el objetivo 5 que plantea envejecer en buena salud. Se establece que para el año 2020, las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel socialmente activo. Por ello resulta imprescindible no sufrir el desarraigo que lleva implícito el abandonar el domicilio habitual. OMS-EUROPA (1998): *Salud 21, salud para todos en el siglo XXI*, p. 42-46.

12. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social (1998): *Plan de Salud de La Rioja*, p.195.

13. Donati, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*, p. 226-231.

domiciliaria reglada comenzaron en Madrid durante el reinado de Carlos III, a través de las diputaciones de barrio que se distribuían la ciudad para atender a los enfermos pobres en sus domicilios. Con la promulgación de la Ley de 1822, la sociedad en general estaba a favor de potenciar la atención domiciliaria y dejar los hospitales sólo para los indigentes, la Ley ordenaba que se extendiera la atención domiciliaria a todos los pueblos y ciudades bajo la administración de las Juntas Parroquiales de beneficencia.

A partir de 1838 se establece, en el proyecto de beneficencia pública, que la atención domiciliaria es la regla y la hospitalaria la excepción. Se planteaba la existencia en todas las capitales de provincia de un hospital público para la asistencia de enfermos cuya situación de especial pobreza implicaba tener una casa en malas condiciones, imposibilitando, de este modo, el cuidado por parte de las casas de socorro. Con la Ley de Beneficencia de 1849¹⁴ se establecen las competencias en la asistencia socio-sanitaria entre las distintas administraciones (estatal, provincial y municipal) recogiendo la atención domiciliaria como una piedra angular de la asistencia de la población y la responsabilidad que los municipios tenían en su desarrollo. En 1858 prácticamente todas las capitales de provincia contaban con servicios de atención domiciliaria

“La asistencia domiciliaria permite que la enfermedad y la miseria se fijen a su medio natural. El hospital es un organismo artificial que desvirtúa la percepción de la enfermedad, contribuye a su multiplicación y dificulta la cura. La familia, núcleo de convivencia natural, permitía al enfermo encontrar los remedios para su mejora sin alterar el equilibrio de la naturaleza. El hospital quedaba para los miserables o bien para recluir a los que padecían enfermedades contagiosas y extraordinarias, como medida de política sanitaria, con el fin de proteger a los sanos de los peligros epidémicos. La deshospitalización no implica cercenar los campos de intervención del médico, todo lo contrario: deja su función de asistencia en el medio especial del hospital para recorrer todo el espacio social y ofrecer su competencia en el lugar donde emerge la desgracia y el desorden”¹⁵.

Podemos apreciar como en la segunda mitad del siglo XIX, no solamente se aprecia sobre manera la atención domiciliaria, muy por encima de la asistencia que pudiera prestar una institución cerrada, si no que también se capta la esencia positiva que dicha asistencia tiene para quien recibe los cuidados: conocer el espacio social y atender en el lugar donde surge “la desgracia y el desorden”. Éste es el aspecto que valoramos, hoy día, de forma muy especial cuando destacamos la importancia de conocer el medio en el que vive el anciano, conocer y modificar los factores negativos que pudiéramos detectar y potenciar todo aquello que de positivo exista.

14. Maza, E. (1999): *Pobreza y Beneficencia en la España Contemporánea (1808-1936)*, p. 73.

15. Maza, E. (1999): *opus cit*, p. 131-132.

No es hasta mediados del siglo XX en el que el nivel de asistencia primaria empezó a ofrecer cuidados a domicilio. En 1970 se establecieron los Servicios de Asistencia al Anciano y, al año siguiente, se implantó el primer Plan Gerontológico Nacional. Con la Constitución de 1978, el Estado se convierte en el garante de la salud y el bienestar de la población y ya con el Real Decreto de Estructuras Básicas¹⁶ se incorpora de forma clara la atención domiciliaria como un elemento del sistema socio-sanitario. El concepto de la atención domiciliaria aparece íntimamente ligado a un concepto más amplio que es el de la atención al medio y que aparece reflejado en las conclusiones de la Conferencia Internacional que la OMS organizó en 1978 en Alma Ata. Las recomendaciones de la OMS pasaban por establecer la necesidad de reforzar la atención primaria de los individuos, potenciando aquellos aspectos que estaban ligados al propio entorno del individuo. El fin último era el de incidir en aspectos preventivos frente a las omnipresentes acciones curativas y asistenciales. La familia se convierte en la unidad básica de atención y el domicilio en el entorno más próximo al individuo. Los cuidados de los ancianos en sus domicilios se convierten en una actividad clave para cubrir las necesidades de este grupo de edad.

El año 1987 marca un hito importante en la atención domiciliaria del anciano con la publicación, por parte de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad, de las guías para la elaboración de programas en atención primaria. Entre las distintas guías encontramos una específica del anciano, *“Guía para la elaboración del programa del anciano en Atención Primaria de Salud”*, con un capítulo dedicado a la atención domiciliaria. Éste es uno de los resultados de medidas legislativas como la Ley General de Sanidad de 1986 o el Real Decreto de Estructuras Básicas de 1984 que venían a recoger el espíritu de la Conferencia de Alma Ata, conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud celebrada en 1978. En Alma Ata se plantea la necesidad de reorganizar los sistemas de salud potenciando la atención primaria frente a la atención hospitalaria. De nuevo surge la necesidad de atender a los individuos en su medio natural, conociendo en profundidad este y planteando acciones de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. En este cambio conceptual de asistencia la atención domiciliaria destacará muy especialmente. La visita domiciliaria aparece desarrollada en todas las Comunidades Autónomas en forma de programas o protocolos, aunque el desarrollo haya podido diferir en cada caso. En cualquier caso existen unos objetivos que están siempre presentes y que están muy relacionados con la filosofía de la atención domiciliaria:

- Mejorar el estado de salud del anciano, intentando trasladar el mayor número de cuidados posibles al domicilio.

16. El R.D. 137/1984 de Estructuras Básicas, publicado en el B.O.E. de 1 de febrero de 1984, establece en su artículo 6 la necesidad de la asistencia a domicilio.

- Mantener al anciano en su medio, proporcionándole independencia, integración con el entorno, evitando el aislamiento y el desarraigo¹⁷.
- Servir de apoyo al anciano y a su familia, consiguiendo detectar precozmente e intervenir en las disfunciones que pudieran aparecer.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL ANCIANO

La atención del anciano debe contemplar la permanencia de este en el domicilio siempre que la situación socio-sanitaria de su entorno lo permita. Resulta vital mantener el contacto del anciano con su familia y amistades, así como mantener las referencias en el espacio, emociones o afecto que el anciano pueda tener hacia el entorno conocido como pueden ser adornos, fotos, espacios, etc. Todo ello es determinante para mantener un adecuado nivel de salud entendido como la adaptabilidad al entorno y la capacidad de satisfacer sus necesidades básicas, así lo contempla la OMS en la Clasificación Internacional Del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)¹⁸.

Las ventajas de atender al anciano en su domicilio no se reducen a los aspectos positivos anteriormente mencionados y que benefician esencialmente al anciano y su entorno, las ventajas son percibidas por el propio sistema que ve reducir los costes de la atención al disminuir los ingresos y las estancias hospitalarias. Pero los propios profesionales socio-sanitarios perciben las ventajas de una atención que permite una interacción con el anciano y su entorno que era inviable con el sistema de cuidados tradicionales en el marco de una institución.

En la guía del anciano se define la atención domiciliaria como “visita enfocada principalmente a prestar atención a aquellas personas que por un determinado motivo no pueden acudir al Centro de Salud y precisan de ella, y/o que constituyen un grupo de riesgo”. Se establecen como grupos de riesgo:

- los mayores de 80 años.
- los ancianos que viven solos.
- Los ancianos enfermos o inválidos graves.
- Los ancianos con problemática social grave.

17. Francisco, C. y Mazarrasa, L. (2000): “La familia y la clase social”, en Sánchez, A. (coord.): *Enfermería Comunitaria, concepto de salud y factores que la condicionan*. Madrid: Interamericana, pp. 303-317.

18. La OMS estableció la CIF en el 2001, esta clasificación trata medir por un lado las realizaciones del individuo y, por otro, las potencialidades. Esta doble valoración permitiría establecer las capacidades funcionales y el margen de mejora que estas pudieran ofrecer al amparo de las acciones socio-sanitarias que su pudieran impulsar. Iruzubieta, F. J. (2004): “Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano”, en *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones, pp. 80-81.

- Las altas hospitalarias recientes.
- Los ancianos con tratamientos medicamentosos vitales.
- Los enfermos terminales.

Por primera vez, la atención domiciliaria se constituye como un medio idóneo para detectar las necesidades del anciano en todos sus aspectos, valorando el entorno y evaluando posibles deficiencias. De este modo se obtiene un beneficio social y económico, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios así como en otras instituciones y recortando la estancia media de los mismos. También podemos hablar de un beneficio para la familia, constituyendo un importante apoyo para esta, y un beneficio para el propio anciano, permitiéndole continuar en su medio habitual con unos niveles de cuidados semejantes a los que podría recibir en una institución cerrada. En cualquier caso, la atención domiciliaria implica, necesariamente, una adecuada coordinación de los servicios socio-sanitarios implicados en el cuidado del anciano¹⁹.

El objetivo general que se marca la guía es el “contribuir a prestar atención integral al anciano en su medio habitual, para mantenerle en el mismo el máximo tiempo en las mejores condiciones y con el mayor grado de autonomía posible”. Se pretende lograr este objetivo a través de los siguientes pasos:

1. Detección de ancianos

Esta detección se llevaría a cabo en las propias consultas del centro de salud, tanto de enfermería como médicas, al contactar con los ancianos o sus familias.

2. Análisis de la situación del anciano y del medio familiar

Partiendo de los datos que se pudieran tener recogidos, se completaría la información en el momento de la visita a través de la entrevista con el anciano y/o su familia, la observación y la exploración física. Gracias a la entrevista y apoyados en el contacto directo con el medio familiar, se podrá objetivar la información sobre la situación medioambiental, social y cultural. Por otra parte, podremos conocer el grado de aceptación del anciano en el seno familiar y

19. Desde algunos sectores se plantea la necesidad de integrar los servicios sanitarios y sociales a la hora de satisfacer las necesidades de los ancianos por un lado, y, por otro, optimizar los recursos utilizados por un sector de la población que utiliza de forma más intensa dichos servicios. Los autores plantean claros resultados positivos cuando se establece una única puerta de entrada a los sistemas sanitario y social, gestores de casos, evaluación geriátrica y equipos multidisciplinarios e incentivos financieros que promuevan la sustitución entre servicios. Johri, M., Beland, E y Bergman, H. (2004): “La integración de los servicios sanitarios y sociales mejora la atención a los ancianos”. *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 6, nº 2, pp. 52-54.

cuales son las relaciones afectivas entre el anciano y los diferentes miembros de la misma, cómo vive su vejez, sus relaciones con vecinos y amigos, etc.

3. Atención específica a los problemas detectados

La atención estará relacionada con las necesidades y problemas que se hayan identificado en cada anciano y su familia, ya sean físicos, psíquicos o sociales y que fundamentalmente serán los siguientes:

- déficit de educación sanitaria
- dificultades en la administración de fármacos (frecuencia y dosis)
- problemas de alimentación e hidratación
- incontinencia de esfínteres
- movilización
- higiene
- soledad
- adaptación al medio físico y social

4. Control y seguimiento

En función del diagnóstico de las necesidades detectadas se priorizarán las actividades a desarrollar realizándose un seguimiento de la evolución del plan de cuidados que se hubiese establecido. La implicación de la familia en esta etapa resulta de especial importancia al asumir responsabilidades en el cuidado del anciano que le permitirán a este lograr unas mejoras sustanciales en su calidad de vida.

RECURSOS COMPLEMENTARIOS A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Es evidente que la permanencia del anciano en su domicilio implica necesariamente la movilización de recursos que completen las acciones del Programa de Visita Domiciliaria o del Programa del Anciano desde los centros de salud, como he mencionado con anterioridad. En primer lugar mencionaré la importancia de una política de vivienda que asegure la continuidad de los ancianos en sus domicilios y eviten su institucionalización. Las actuaciones más frecuentes en materia de vivienda pasan por la supresión de barreras arquitectónicas y la adaptación de los hogares a las necesidades de los ancianos. En nuestro país no existen programas consolidados de financiación para adecuar las viviendas, existen subvenciones para la provisión de ayudas técnicas para facilitar la ayuda del anciano en las actividades diarias en su domicilio²⁰. Según las recomendaciones del Grupo de Expertos del Programa de Actividades Preventivas del Anciano (PAPPS)²¹, algunos de los aspectos que deben abordarse en materia de adecuación del domicilio del anciano son:

- Cuarto de baño: la existencia de asideros de sujeción en baño, ducha e inodoro; alfombra o suelo antideslizante en baño y ducha; duchas de teléfono con silla; inodoro alto; apertura de la puerta del baño hacia el exterior y sin cerradura.

- Suelos: no deslizantes, evitar la utilización de alfombras y, si las hubiera, con los bordes y esquinas adheridos al suelo y poco gruesas, eliminar objetos del suelo y cables.
- Iluminación: evitar deslumbramientos y sombras, los interruptores de la luz deben ser accesibles a la entrada de las habitaciones, presencia de luz nocturna en el dormitorio, pasillo y baño.
- Escaleras: siempre iluminadas al principio y al final con interruptores de luz, peldaños de altura máxima de 15 cm. con fondo y borde resaltado y en buen estado, pasamanos bilaterales que se extiendan más allá del principio y fin de la escalera. En cualquier caso, la existencia de ascensor o rampa que permita salvar la barrera que puede suponer, en algunos casos, la escalera.
- Mobiliario: utensilios de uso diario siempre a mano, evitar alturas, sillas que tengan reposabrazos para apoyarse al levantarse y de respaldo alto, camas anchas de altura adecuada y evitar muebles bajos.

Una alternativa a la vivienda habitual son los apartamentos o pisos protegidos con las adaptaciones necesarias. Estas viviendas disponen de servicios sanitarios y sociales como la atención domiciliaria, así como toda una serie de servicios comunes que facilitan la vida diaria de los ancianos (lavandería, zonas de ocio, etc.). La oferta de este tipo de vivienda es todavía muy escasa en España.

Desde los centros hospitalarios también se desarrollan acciones en el domicilio del anciano dentro del marco de los servicios de hospitalización domiciliaria. Estos servicios están pensados como una forma de optimizar recursos del nivel asistencial especializado y una vía de reintegración más rápida del anciano enfermo a su domicilio. La atención es prestada por un equipo de profesionales del hospital, pero estamos asistiendo a experiencias integradoras al formarse equipos asistenciales mixtos en el que se integran también profesionales de los equipos de atención primaria²².

Un recurso clave en la atención del anciano en su vivienda es el Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD), se trata de un conjunto de servicios e intervenciones en el ámbito doméstico y con un objetivo eminentemente preventivo y de apoyo en las tareas cotidianas. El SAD puede proporcionar ayudas en las tareas

20. Contel, J. y Gené, J. (1999): "El entorno de la atención domiciliaria", en Contel, J., Gené, J. y Peya, M. *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringger-Verlag Ibérica, pp. 6-8.

21. Luque, A., de Alba, C., Gorroñoigoitia, A. y Litiago, C. (2001): "Actividades preventivas en los ancianos", en *Atención Primaria*, vol. 28, supl. 2, pp.161-180.

22. Fuentelsaz, C. (coord.) (2002): *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid.: Instituto Carlos III, p. 18.

de cuidado personal, tareas domésticas, cuidados especiales y tareas de ayuda en la vida social y relacional. El apoyo por parte del SAD que perciben en España los ancianos es claramente insuficiente, en la actualidad está lejos de alcanzar el objetivo marcado para el 2006 de que el 5% de los mayores de 65 años recibiesen algún tipo de Servicios de Ayuda Domiciliaria²³. En 1990 los usuarios del SAD eran 34.181 ancianos, el 0,48 % de la población de más de 65 años, en 1995 existían 63.712 usuarios del SAD, el 1,04 % de la población de más de 65 años, en 1998 ya eran 112.797 usuarios, el 1,82 %, y en el año 2000 los 138.101 usuarios superaban el 2 % del total de ancianos del país.

La situación de los Servicios de Atención Domiciliaria en Europa es de lo más heterogénea, los países con mayor porcentaje de ayuda domiciliaria asumidos por el Estado son Suecia y Dinamarca con un 20%. Dinamarca cubre un 19% de atención domiciliaria con un sistema informatizado y gestionado a nivel municipal que evita las ayudas duplicadas por organismos oficiales y privados. Luxemburgo alcanza un 10% de su población anciana, mientras que Reino Unido llega a un 9%, Francia e Italia cubren un 6% y 5% respectivamente y en otros países como Grecia o Portugal hasta fechas muy recientes no existía un sistema de atención domiciliaria oficial²⁴. El SAD es un servicio que se impulsa fundamentalmente desde las administraciones municipales y que corre a cargo de organizaciones de carácter no lucrativo, así como de empresas mercantiles o cooperativas de servicios. La prestación de los servicios es realizada por auxiliares de atención domiciliaria, profesión sin un reconocimiento académico claro que recibe una formación muy diversificada y con desigual calidad, impartida en la mayoría de los casos por la institución que suministra el servicio²⁵.

Los centros de día son otro recurso de gran importancia puesto que previenen la institucionalización y completan la atención domiciliaria, realizando rehabilitación, ayudando al mantenimiento de un adecuado nivel de autonomía del anciano y prestando un inestimable apoyo a las familias. Los centros de día ofrecen servicios sanitarios, sociales y ocupacionales (higiene personal, comida, actividades psicoterapéuticas, fisioterapia, actividades de ocio,

23. Defensor del Pueblo, (2000): opus cit, p. 205.

24. Fuentelsaz, C. (coord.) (2002): *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid.: Instituto Carlos III, pág.20, y, Sancho Castiello, T. (2002): "De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales", en 7DM, 20-XII-2002, p.34.

25. El Informe Conjunto Comisión-Consejo de Europa sobre la Asistencia Sanitaria y la Atención de las personas Mayores (Consejo de la UE, documento 6528/03), establece la necesidad de crear un estatuto de las personas que cuidan total o parcialmente en el ámbito del domicilio y una adecuada protección social a aquellos que prestan servicios benévolos. El Informe destaca las grandes posibilidades que en materia de empleo existentes en el campo de los SAD con nuevos yacimientos de empleo que exigen una adecuada formación.

etc.). Los destinatarios de este recurso serán ancianos con problemas de pérdida de capacidad funcional (física o psíquica) y que mantienen un adecuado nivel de comunicación y contacto con el entorno. En algunos casos, los centros de día estarán dirigidos a ancianos con importantes deterioros cognitivos que dificultan la convivencia con otras personas.

Las estancias temporales en residencias constituyen otra forma de apoyo familiar que redundan directamente en la mejora de la atención domiciliaria al cumplir una función de alivio de la carga soportada por los cuidadores familiares. Son estancias en instituciones durante periodos generalmente no superiores a 60 días, pensadas para ancianos que se encuentran, ellos mismos o sus familias, en una situación transitoria de necesidad, susceptible de mejorar con la estancia en la institución. Los centros que ofertan estancias temporales ponen al alcance de los ancianos los mismos servicios de que disfrutan los que residen permanentemente en éstos. En cualquier caso deben existir programas de intervención personalizados que garanticen una adecuada adaptación al centro, así como una adecuada reinserción familiar posterior²⁶.

Entre los recursos de soporte a la atención domiciliaria destaca la domótica y, más concretamente, la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación en un intento de mejorar el nivel de vida de los ancianos, dándoles mayor autonomía en su entorno, proporcionando una mayor calidad de vida tanto a ellos como a sus familias.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Schumpeter definió los procesos de innovación característicos del capitalismo como un proceso de “destrucción creativa”, con cada innovación el ciclo de la misma se acorta. Estamos viviendo un proceso imparable de cambios que nos arrastran a unas nuevas dinámicas a las que no podemos permanecer ajenos. Ahora, el ciclo de una innovación básica es inferior a una generación y el ciclo de producto en muchas industrias de alrededor de 6 meses. Sólo si somos capaces de reprogramar nuestros cerebros podremos aprender al ritmo de la centrifugadora de Schumpeter, este ritmo puede parecer frenético, pero es el marcado por la innovación.

En el campo socio-sanitario percibimos, de una forma cada vez más nítida, este cambio. La aplicación de las nuevas tecnologías en la atención social y sanitaria de la población en general y de los ancianos en particular es un ejemplo claro de esta situación. El fin de las TIC es el de mejorar los procesos asistenciales, los procedimientos de información y comunicación y dinamizar

26. Pérez, M., Sancho, M.T. y Yanguas, J. (1998): “Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral” en *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringner-Verlag Ibérica, pp. 47-58.

los lentos y complejos procesos burocráticos y organizativos de los sistemas sanitarios. Los aspectos positivos son evidentes con la reducción de las barreras de acceso a los servicios socio-sanitarios, con un mayor grado de autonomía para los pacientes y, en última instancia, logrando una clara mejoría en la calidad asistencial de los ancianos, tanto en la vertiente social como en la sanitaria. El entorno socio-sanitario es, por su complejidad y la importancia que en su funcionamiento tienen tanto el tratamiento y la gestión del conocimiento científico como las relaciones y comunicaciones interprofesionales, un escenario propicio para el despliegue y uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

El progresivo envejecimiento de la población demanda una mayor dedicación de recursos para atender las necesidades que surgen al hilo de esta evolución demográfica, por ello, las TIC pueden facilitar respuestas hasta ahora impensables facilitando la permanencia de los ancianos en su domicilio.

Las TIC facilitan el cumplimiento de dos derechos básicos que contemplan la Constitución y la Ley General de Sanidad, la universalidad y la equidad en el acceso a los servicios socio-sanitarios. Las dificultades en el acceso a los recursos sanitarios ha estado condicionado por el espacio geográfico en que vivían los individuos, esta situación está cambiando en la actualidad con la implantación de la tecnología necesaria para llevar los recursos ahí donde fuera necesario o para acercar estos hasta el mismo domicilio del paciente. Los desequilibrios regionales entre zonas industrializadas y pobladas y otras, desfavorecidas y envejecidas con importantes carencias en recursos asistenciales, pueden paliarse con la implantación de las TIC. Distintas Comunidades Autónomas están desarrollando iniciativas en este sentido, las acciones se centran en la implantación de infraestructuras (redes corporativas de datos e intranets), en el desarrollo de sistemas de información (gestión farmacéutica, información para los ciudadanos) y en el desarrollo de experiencias de telemedicina para áreas aisladas y zonas rurales. En este sentido, en La Rioja asistimos recientemente al anuncio por parte de la Directora de la Agencia de Calidad de la implantación de las TIC en los Cameros Viejos, una zona montañosa con baja densidad de población, que facilitará en el 2006 el acceso a los servicios sanitarios de una población envejecida.

Las TIC favorecen la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales y el domicilio del anciano y una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Esta ha sido una de las grandes aspiraciones de los gestores y trabajadores socio-sanitarios, la falta de coordinación entre niveles asistenciales ha sido un elemento de incidencia muy negativa en los cuidados de los ancianos. La atención domiciliaria se ha visto especialmente afectada, con duplicidades en algunos casos y, en otros, con graves carencias. Con las TIC aparecen nuevas formas de colaboración entre los servicios socio-sanitarios, los centros hospitalarios y la atención primaria que permiten nuevos métodos diagnóstico y de tratamiento que pueden facilitar la permanencia del anciano en su domicilio²⁷.

27. El Hospital Clínico San Carlos, en colaboración con Telefónica España I+D, puso en marcha un programa piloto de hospitalización domiciliaria dentro del Proyecto Hogares.es. Se

Por otra parte, la posibilidad de implementar cuidados domiciliarios al amparo de las TIC permitirá potenciar acciones de prevención de enfermedades y de promoción de la salud del anciano todo ello bajo una perspectiva integral.

Tipos de TIC en el domicilio:

- Servicios de teleconsulta/diagnóstico domiciliario.
 - **Teleseguimiento:** esta aplicación tecnológica en el campo socio-sanitario permite el desarrollo de consulta sin el desplazamiento del anciano al centro sanitario. Gracias a la aplicación de las video cámaras se puede establecer un contacto visual y auditivo entre el anciano y el profesional semejante al que pudiera ofrecer la presencia física pero con una ventaja añadida, este seguimiento puede realizarse con mayor frecuencia, incluso varias veces al día. Pero el teleseguimiento puede tener aplicaciones que van más allá de las meramente asistenciales o curativas, permitiendo el desarrollo de actividades de educación sanitaria individualizadas dirigidas al anciano y su entorno. Esta vigilancia, que no siempre es permanente, puede plantear ciertos problemas éticos al convertir el domicilio del anciano en el escenario de la premonitoria obra de George Orwell e interfiriendo en la intimidad del anciano.
- Servicios de telehospitalización domiciliarios.
 - **Telemonitorizar:** la telemonitorización permite establecer una vigilancia continua de las constantes vitales del anciano. Este sistema completa las posibilidades que ofrece la teleconsulta con la aportación de datos objetivos proporcionados por el sistema de control monitorizado implantado en el anciano. Los datos son transmitidos en tiempo real permitiendo un análisis y toma de decisiones inmediatos por parte de los profesionales.
 - **Telecontrol domiciliario:** este sistema posibilita el control remoto de elementos que intervienen en la teleconsulta, es un sistema de gestión remota de los dispositivos médicos instalados en el domicilio del anciano.
 - **E-compliance:** es un sistema que facilita el control, por parte del profesional, de la toma de medicación del anciano, permite una evaluación de la adherencia al tratamiento y un mejor ajuste de éste. Esta aplicación tiene una función de agenda que facilita la toma de

instaló en casa de cuatro pacientes una plataforma de telemedicina que permitía la monitorización remota de sus constantes vitales (tensiómetros, glucómetros, pulsómetros conectados a la red interna de la vivienda), la teleconsulta mediante videoconferencia con su equipo socio-sanitario, la vigilancia remota del enfermo hospitalizado mediante cámaras, el envío de alarmas desde la vivienda al hospital y de avisos recordatorios al paciente cuando tiene que tomar una medicina o realizarse una medición de una constante

medicamentos en el momento adecuado y evitando los frecuentes olvidos que se producen en un momento de la vida del ser humano en el que los tratamientos suelen ser en muchas ocasiones complejos y la memoria con frecuencia frágil.

- Telealarma, en estos momentos es una de las aplicaciones de la TIC más extendidas. Le proporciona al anciano la tranquilidad de poder acceder de forma inmediata a unos profesionales, tan solo pulsando un botón situado generalmente en un colgante o en una pulsera.
- Servicios de teleformación, tanto para profesionales como para pacientes. No puedo pasar por alto la importancia de esta aplicación de las TIC en el desarrollo de actividades formativas en el campo socio-sanitario o, en el de las nuevas tecnologías. Con respecto a este última idea mencionaré que la evolución de las TIC puede contemplarse bajo una doble vertiente, por un lado el ofrecer cada vez más soluciones y de mayor calidad en las relaciones profesional/paciente y, por otro, la evolución pone a nuestro alcance aplicaciones cada vez más intuitivas, facilitando su utilización incluso para aquellos que nunca tuvieron contacto alguno con el mundo de la informática. Esta es la situación que se da de forma mayoritaria entre los ancianos.
- Teleasistencia social: es un concepto similar a la teleasistencia médica, en este caso la comunicación remota tiene un carácter generalmente preventivo de apoyo al anciano o a su familia.

La utilización de las TIC por parte de ancianos que vivan solos entraña un cierto riesgo asociado con la disminución paulatina de un imprescindible contacto físico entre los individuos. Es necesario conjugar el uso de las TIC, que están produciendo una notable mejora en la calidad de vida del anciano al mejorar al integración de servicios y un aumento de su seguridad, con medidas que favorezcan el contacto directo entre los ancianos y eviten su aislamiento social.

Otro de los riesgos presentes en el uso de las TIC está relacionado con la confidencialidad de una información accesible permanentemente desde un domicilio, una residencia o un centro hospitalario. La progresiva implantación de las Historias Clínicas Electrónicas permite el acceso inmediato a una completa información sobre el anciano, simplificando el mantenimiento, modificación y consulta de los historiales. En la actualidad podemos encontrar historias informatizadas por centros sanitarios pero no por organización sanitaria, es preciso que las instituciones se coordinen y adopten soluciones únicas y compatibles. Este es uno de los retos asociados al crecimiento exponencial de las TIC, la necesaria compatibilidad tiene que desarrollarse al amparo de iniciativas que protejan el carácter reservado de una información que debe permanecer en el ámbito privativo de la familia y de los profesionales implicados en el cuidado del anciano.

En cualquier caso, la aplicación de las TIC en la atención del anciano en el domicilio implica la superación de unas barreras que tienen mucho que ver con el desconocimiento tecnológico de los profesionales y de los ancianos, así como

la adaptación de los sistemas socio-sanitarios a la sociedad del conocimiento. En cualquier caso, estos problemas están en vías de ser superados con el impulso de iniciativas formativas para los implicados en esta nueva concepción de la asistencia, con la inversión en equipos de nueva tecnología (PCs, conexiones a Internet en banda ancha, etc.) y la paulatina incorporación de soluciones estandarizadas que faciliten el intercambio de información. Esto implica asumir el reto de la integración de la información en sistemas compatibles y, por lo tanto, el esfuerzo de coordinar estas iniciativas. Estamos ante un cambio cultural y organizacional de primer orden que está cambiando de forma drástica el escenario laboral de los profesionales socio-sanitarios que, en algunos casos, se desarrollará en el domicilio de los ancianos.

Ejemplo de utilización de las TIC en la atención domiciliaria de un anciano que vive solo con una enfermedad crónica:

Pedro es un anciano que enviudó hace 5 años y que vive solo desde entonces. Pedro es hipertenso, diabético y tiene una artrosis que limita sus capacidades de movilidad, por lo que necesita controlar sus niveles de tensión arterial y glucosa en sangre de manera periódica. Tiene dos hijos, uno de ellos, Javier, vive en Francia, y el otro, Luis, reside a unas manzanas de su domicilio. Gracias a las nuevas tecnologías, Pedro puede seguir viviendo solo en su propia casa estando en contacto con sus hijos y con los servicios de asistencia siempre que lo necesita. Por otro lado, puede realizar un seguimiento de su enfermedad desde su propio domicilio evitando así numerosos desplazamientos. También puede estar en contacto con otras personas de la tercera edad, que como él, viven solas.

Jueves: 8.00 h.

Pedro realiza las medidas de tensión y glucosa en sangre y las envía para su análisis a su enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria en el centro de salud.

Gracias al glucómetro y al tensiómetro es posible llevar a cabo una telemonitorización de estos niveles sin necesidad de que el paciente se desplace de su domicilio.

Jueves: 11.00 h.

Pedro habla a través de una videoconferencia con su médico de familia. Conversan sobre la evolución de estado de salud. El médico decide cambiarle la medicación, registra las anotaciones en su historia clínica electrónica y le emite la receta electrónica con los nuevos medicamentos.

La historia clínica electrónica recoge toda la información sobre la evolución de Pedro.

Jueves: 13.00 h.

Pedro recibe la nueva medicación en su propia casa.

La farmacia, a la que suele dirigirse Pedro, ha recibido la receta con los nuevos medicamentos que el médico ha mandado a Pedro. Éste ha solicitado que se los envíen a casa.

Jueves: 15.00 h

Javier, desde la distancia, se conecta a la red para establecer una videoconferencia con su padre. Posteriormente Pedro mantiene una conversación con su grupo de amigos del Grupo de Ancianos.

Jueves: 17.00 h

Pedro ha sufrido una caída en el baño y ha pulsado el medallón que siempre lleva colgado del cuello para que acudan a ayudarlo. La empresa de teleasistencia que le ofrece soporte las 24 horas del día, le ve a través de la cámara que tiene instalada en el baño y envía de inmediato una ambulancia y avisa a su hijo Luis.

La casa de Pedro tiene cámaras en todas las habitaciones que son vigiladas por un servicio de teleasistencia.

Jueves: 18.00 h

Después de una revisión por parte del médico y la enfermera no se ha encontrado nada anormal en Pedro tras la caída. No obstante, van a realizar una telemonitorización de su frecuencia cardíaca y de su tensión durante unos días.

Gracias a un sistema de telemonitorización permanente se registran las constantes de Pedro y el propio sistema emite una alarma en caso de alguna irregularidad. Por otro lado, toda la monitorización queda registrada para una posterior evaluación de los sanitarios.

Viernes: 8.00 h

Pedro recibe una notificación en su móvil que le avisa que tiene que comenzar con la nueva medicación.

Viernes: 11.00 h

Pedro ha regresado de la calle de dar un paseo. Una alarma le avisa de que no ha cerrado bien la puerta de la calle.

La casa de Pedro cuenta con dispositivos domóticos y sensores que le avisan ante una fuga de agua, gas, etc., o cuando olvida alguna puerta o ventana abierta.

BIBLIOGRAFÍA

- ARENAL, C. (1861): *El visitador del pobre*. Madrid: Nuevas Gráficas, p.107.
- ARTAZCOZ, L. y col. (2002): “Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar”, en *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*, p. 77.
- BARBERO, J. y MOYA, A (1999) “Aspectos éticos de la atención domiciliaria”, en CONTEL, J., GENÉ, J. y PEYA, M.: *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringer-Verlag Ibérica, p. 119.
- BERNABEU MESTRE, J. y GASCÓN PÉREZ, E. (1999): *Historia de la enfermería de salud pública en España, 1860-1977*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, pp. 22-35, 58-80.
- CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (1998): *Plan de Salud de La Rioja*. Logroño: Gobierno de La Rioja, p.195.
- CONTEL, J. y GENÉ, J. (1999): “El entorno de la atención domiciliaria”, en CONTEL, J., GENÉ, J. y PEYA, M.: *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringer-Verlag Ibérica, pp. 6-8.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): “La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos”, en *Informes, estudios y documentos*. Madrid. pp. 71-94 y 108-114.
- DONATI, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 226-231.
- FRANCISCO, C. y MAZARRASA, L. (2000): “La familia y la clase social”, en SÁNCHEZ, A. (coord.): *Enfermería Comunitaria, concepto de salud y factores que la condicionan*. Madrid: Interamericana, pp. 303-317.

- FUENTEELSAZ, C. (coord.) (2002): *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid: Instituto Carlos III.
- GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA (2000): *Prevención y detección de problemas en el anciano*. Logroño: INSALUD, p. 12.
- GIRÓ MIRANDA, J. (2005): "El envejecimiento demográfico", en GIRÓ, J (coord.) *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, pp. 26-28.
- JOHRI, M., BELAND, F y BERGMAN, H. (2004): "La integración de los servicios sanitarios y sociales mejora la atención a los ancianos", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 6 (2), pp. 52-54.
- INFORME COMISIÓN-CONSEJO DE EUROPA (2003): *La Asistencia Sanitaria y la Atención de las personas Mayores* (Consejo de la UE, documento 6528/03).
- INSALUD (1987): "Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud", en *Colección Atención Primaria de Salud*, 5. pp. 30-47.
- IRUZUBIETA, F J. (2004): "Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano", en GIRÓ MIRANDA, J. (coord.): *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones, pp. 80-81.
- (2005): "Género y educación sanitaria en el anciano", en GIRÓ MIRANDA, J. (coord.): *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, pp. 102-103.
- LUQUE, A., DE ALBA, C., GORROÑOGOITIA, A. y LITIAGO, C. (2001): "Actividades preventivas en los ancianos", *Atención Primaria*, 28, supl. 2, p.164.
- MAZA, E. (1999): *Pobreza y Beneficencia en la España Contemporánea (1808-1936)*. Barcelona: Ariel Prácticum, p. 73.
- OMS (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Documento nº 48.
- OMS-EUROPA (1998): *Salud 21, salud para todos en el siglo XXI*. pp. 42-46.
- PÉREZ, M., SANCHO, M. T. y YANGUAS, J. (1999): "Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral" en CONTEL, J., GENÉ, J. y PEYA, M.: *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringger-Verlag Ibérica, pp. 47-58.
- REAL DECRETO 137/1984 de Estructuras Básicas, B.O.E. de 1 de febrero de 1984.
- SANCHO CASTIELLO, T. (2002): "De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales", *7DM*, 20-12-2002, p.34.
- TRINIDAD, P. (1990): "Trabajo y pobreza en la primera industrialización", en *Historia de la acción social pública en España: Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, p. 130.