

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL ANCIANO

Francisco Javier Iruzubieta Barragán

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, a parte de ser una evolución lógica de un proceso biológico, psíquico y social, es una cuestión de imágenes y actitudes. Para la mayoría de la sociedad, la juventud y la edad adulta representan un continuo proceso de desarrollo de nuevas oportunidades, capacidades, intereses y satisfacciones. Aquellas personas que consiguen un envejecimiento satisfactorio, mantienen esas actitudes a lo largo de la última etapa de su vida, obteniendo un enorme beneficio de esta situación. Otras sin embargo, ceden ante un cúmulo de imágenes falsas y pesimistas que frustran sus últimos años.⁴⁹ Esto se explica, en parte, porque la sociedad occidental considera la muerte, y por extensión el envejecimiento, un tema tabú.⁵⁰

Una actitud positiva ante la vida es probablemente la mayor ventaja que podemos tener a cualquier edad, pero quizás lo es más a una edad avanzada que en los años más jóvenes. Aquellos que tienen esa actitud no sólo obtienen el mayor provecho de sus capacidades e intereses, sino que también crean constantemente nuevas oportunidades y satisfacciones para sí mismos, incluso en las situaciones más restrictivas. Para quienes se enfrentan a la vida con ese espíritu, los últimos años constituyen una época de continuo desarrollo,

49. "En muchas culturas, en la antigüedad, los ancianos eran los más importantes, formaban el consejo rector de la comunidad (en la Iglesia eran los presbíteros o ancianos); hoy, la cultura productiva ha relegado sus estatus social..." "...en las sociedades democráticas, ante el número de jubilados con voto, los políticos han procedido a mejoras en las pensiones y en la asistencia social." Aguirre, A. (1993): *Diccionario temático de antropología*. Barcelona: Boixareu, p. 107-8.

50. Esevenri, C. (2002): "La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura", en *INDEX de Enfermería*, nº 39, p. 37.

para el cual disponen de experiencia, sabiduría, intereses, conocimientos y tolerancia acumulada durante muchos años. También constituye un proceso de suma más que de resta, de madurez creciente más que de pérdida de juventud, de evolución más que de regresión.

Uno de los ingredientes fundamentales para un envejecimiento satisfactorio es aceptar que las distintas edades conllevan diferentes calidades, roles y satisfacciones. Una parte importante de la identidad del ser humano viene definida en función de nuestro papel económico como empresario o asalariado, vendedor o comprador, en el cual el jubilado soporta poco peso. Del mismo modo, los ancianos ya no están integrados en una familia amplia de tres generaciones, como ocurre en las sociedades tradicionales. En cierto sentido, nuestro éxito al conseguir una vida más larga y sana ha generado el problema de definir funciones significativas y útiles para esos “años de más”.

Sin embargo, el principal obstáculo no radica en unos prejuicios contra el anciano, sino en la adopción de una imagen propia negativa conforme se avanza en edad, que en su forma extrema se convierte en la creencia irracional de que la ancianidad es una pesadilla de decadencia, soledad, pobreza, inutilidad y desamparo. Una imagen propia de esas características puede fácilmente auto alimentarse. La decadencia de muchas personas no viene determinada por haber agotado su potencial, sino porque las demandas impuestas sobre ellos por sí mismos y por otros son insuficientes. Es importante saber aceptar la ayuda apropiada, pero si ésta es excesiva puede hacer disminuir la independencia y la autoestima, y dar lugar a un incremento de la pasividad y de la confianza en los demás para que asuman el rol que le corresponde a cada uno. Es evidente la importancia, en esta situación, de la asociación del concepto de enfermedad al de anciano.

Términos como salud, bienestar, plenitud o satisfacción entre otros, parecen ser patrimonio exclusivo de unos tramos vitales desde un punto de vista cronológico, muy alejados del anciano. Éste es un error muy frecuente, incluso entre profesionales de lo sociosanitario, que impide afrontar de una forma adecuada las necesidades que se plantean en la última etapa de la vida del ser humano.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Probablemente pueda parecer paradójico abordar aspectos eminentemente preventivos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el declive de la vida del ser humano. Sin embargo, no olvidemos que nuestros esfuerzos deben encaminarse a la mejora de las condiciones de vida del ser humano, sea cual sea su edad. Ciertamente puede resultar difícil pen-

sar en términos de vida y de salud cuando ambos conceptos tienden a escasear a partir de una cierta edad, sin embargo, esta aproximación no puede ser más errónea, fruto de un profundo desconocimiento de la situación de una población cada vez más numerosa y con unas necesidades a las que debemos dar respuesta.

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de estas últimas décadas, desde aquella definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que nos planteaba la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad”,⁵¹ que nos daba una visión de la salud estática y, en gran medida utópica. Así lo afirmaba Milton Terris,⁵² que propugnaba la desaparición del término “completo” de la definición de la OMS, ya que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto. Hay distintos grados de salud, como hay distintos grados de enfermedad. Así mismo, para Terris, la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo, el bienestar (sentirse bien en diferentes grados) y otro objetivo, la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados). La enfermedad tiene también un aspecto subjetivo, el malestar (sentirse mal en diferentes grados) y un aspecto objetivo que es el que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento en diferentes grados). Siguiendo esta línea de razonamiento, Terris definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁵³

Para Salleras la salud se definirá desde un punto de vista dinámico, como el logro del más alto nivel de bienestar físico mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.⁵⁴ Este concepto dinámico de salud es fundamental en educación sanitaria, puesto que tanto la salud como su pérdida está estrechamente relacionada con el estilo de vida.⁵⁵

Si bien la OMS no ha modificado la definición de salud formulada en 1946 en su carta constitucional, en la práctica ha abandonado las posturas maximalistas y utópicas, y ha adoptado el concepto dinámico de salud. Así, en la for-

51. Esta es la definición tradicional que aparece en la Carta Magna de la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaborada en 1946.

52. Terris, M. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Madrid: Siglo XXI, p. 8.

53. Terris, M. (1980) *Opus cit*, p. 21.

54. Salleras, L. (1990) *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, p. 17.

55. Salleras, L. (1992): “Educación sanitaria”, en *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson, p. 1040.

mulación de los objetivos de la estrategia “salud para todos en el año 2000” ya no aparecía la palabra “completo”, señalándose como objetivos para dicho año “que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven”.⁵⁶

En el 2001 la OMS publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).⁵⁷ Mientras que los indicadores tradicionales de la salud están basados en las tasas de mortalidad de las poblaciones, la CIF centra la atención en la vida, tratando de establecer cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden modificar para conseguir que la población lleve una vida productiva y satisfactoria. Este planteamiento, “no puede por menos que repercutir en el ejercicio de la medicina, en la legislación y las políticas sociales destinadas a mejorar el acceso y el tratamiento, y en la protección de los derechos individuales y colectivos” (OMS).

La CIF trastoca nuestro concepto de la discapacidad, presentándola no como el problema de un grupo minoritario, ni tampoco de personas con unas deficiencias visibles o inmovilizadas en una silla de ruedas o en una cama. La CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y proporciona una herramienta para medir la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del individuo. Por ejemplo, si un anciano con una discapacidad le resulta difícil entrar y salir en su vivienda porque no existen ni rampas, ni ascensores, la CIF identifica las prioridades que ha de incluir cualquier intervención, lo que supone en este caso que el edificio posea estos servicios, en lugar de que la persona se vea obligada a renunciar a su vivienda.

Así mismo, la CIF aborda el concepto de adaptabilidad del ser humano al entorno, de su capacidad para poder satisfacer unas necesidades básicas más allá de la mera ausencia de enfermedad. En el caso de los ancianos, esta idea

56. OMS (1979): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Serie “Salud para Todos” nº 2. Ginebra: OMS, p. 8.

57. La OMS publicó, en el 2001, nuevas directrices para medir la salud con respecto a la capacidad de las funciones mentales, funciones sensoriales y del dolor, funciones de la voz y del habla, funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, funciones genitourinarias y reproductoras, funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento y funciones de la piel y estructuras relacionadas. Estas ocho funciones son medidas en cuanto a limitaciones funcionales del cuerpo, limitaciones de estructuras corporales, limitaciones de actividades y restricciones participativas y factores medioambientales. Las mediciones tratan de establecer 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 se pudieran impulsar.

cobra una especial importancia, estamos ante un grupo de población con unas características derivadas del proceso de envejecimiento y que implican una mayor prevalencia de enfermedades de tipo crónico, en algún caso invalidante pero, en cualquier caso, limitante. ¿Hasta qué punto limitante? Esta es la pregunta que deberíamos formularnos.

La limitación que implican algunos procesos deriva en buena parte de la propia patología pero, no podemos olvidar, que está muy relacionada con la capacidad del anciano para enfrentarse a esta limitación. Evidentemente, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad jugarán un papel decisivo en este proceso adaptativo que reflejará el nivel y calidad de vida del anciano.

En 1974, el Informe Lalonde,⁵⁸ denunció el desequilibrio existente entre la responsabilidad de los factores en los problemas de salud y la distribución del gasto entre dichos factores. El estilo de vida estaba en el origen del 43 % de los problemas de salud, sin embargo, tan solo se le dedicaba un 1 % del gasto. Esta desproporción sigue siendo válida hoy en día. El gasto del 90 % de los recursos en el sistema sanitario sigue siendo la situación característica de gran parte de los sistemas sanitarios. Una parte importante de este gasto está dirigido a la población anciana, el coste global medio de la asistencia sanitaria relacionada con el envejecimiento aumentará un 48 % en los próximos años en los países desarrollados. Este planteamiento debe hacernos reflexionar sobre la necesidad de invertir en políticas de prevención, hábitos de vida saludables y detección precoz de las enfermedades a partir de las nuevas posibilidades que ofrece la genética.⁵⁹ El 30 % del gasto sanitario se dedica a los mayores de 75 años, que sólo representan el 5 % de la población mundial, en los países ricos el número de personas de más de 65 años que necesitarán asistencia sanitaria habrá aumentado entre un 50 % y un 120 % en los próximos 20 años. En España la factura farmacéutica del sistema nacional de salud era de 6.000 millones de euros en 2001, de los que el 76,1 % eran destinados a los pensionistas, en La Rioja este porcentaje se eleva al 79 %. La utilización extensiva de los medicamentos que se hace en algunos países, entre ellos España, parece ser un susti-

58. El Ministro canadiense de la Salud, Lalonde, en su informe estableció que la distribución de las causas epidemiológicas de las enfermedades era de un 11 % debido a la atención sanitaria, un 43 % debido a los estilos de vida, un 19 % al medio ambiente y un 27 % asociado a la biología humana. La distribución del gasto era sin embargo muy distinta, siendo de un 91 % la dedicada a la atención sanitaria, un 1 % al estilo de vida, un 1 % al medio ambiente y un 7 % a la biología humana.

59. "Envejecimiento activo: ¿un objetivo global de las políticas de salud?", Mesa redonda de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en *Crónica Sanitaria* (2002): "La OMS apuesta por la reforma de los sistemas de salud como base de las políticas sobre envejecimiento", en *Jano Medicina y Humanidades*, vol. LXII, nº 1.429, p. 1259.

tuto para la falta de servicios de rehabilitación.⁶⁰ El cumplimiento de los tratamientos prescritos puede constituir un problema importante, en especial, para las personas mayores que viven solas. Según el informe sobre “Situación de dependencia y necesidades asistenciales de las personas mayores en España con una previsión al año 2010”,⁶¹ el coste económico de la asistencia de las personas mayores llegará a situarse entre 12.000 y 13.500 millones de euros.

De igual modo, podemos analizar el gasto farmacéutico de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de La Rioja que constituye un capítulo muy importante en el conjunto del gasto sanitario de la región y determinante a la hora de dibujar las características u orientaciones del sistema sanitario. El gasto farmacéutico estará vinculado con acciones sanitarias fundamentalmente curativas, por lo que podremos convenir que la contención de éste implicará un mayor protagonismo y eficacia de las acciones preventivas.

El gasto farmacéutico dedicado a los ancianos ha sido siempre cuantioso por la alta prevalencia de dolencias crónicas asociadas al envejecimiento. Si analizamos la situación de La Rioja entre los años 1998 y 2002 (tabla 1), podemos apreciar que el gasto farmacéutico de los ancianos supone el 55 % de media anual del gasto farmacéutico total.

Tabla 1. Distribución del gasto farmacéutico en Atención Primaria (AP) en La Rioja⁶² (euros)

	TOTAL		Pensionista >65 años		Pensionista <65 años		Activos	
	gasto	índice	gasto	índice	gasto	índice	gasto	índice
1998	37.198.364	100	20.645.687	100	7.997.054	100	8.555.624	100
1999	40.701.051	109	22.883.108	111	8.863.711	111	8.954.232	105
2000	44.526.048	120	25.354.557	123	9.821.022	123	9.350.469	109
2001	48.868.425	131	27.827.246	135	10.778.809	135	10.262.370	120
2002	54.113.753	145	30.814.103	150	11.935.762	150	11.363.888	132

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud. Elaboración propia.

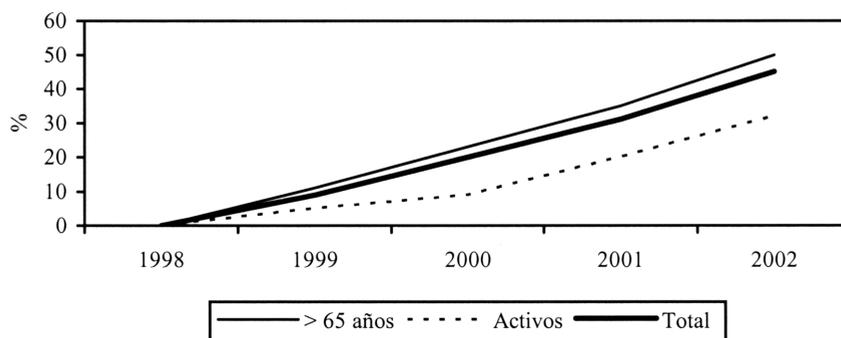
60. OMS-EUROPA (1998): *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*, p. 42.

61. Informe elaborado por la Fundación Pfizer, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el IMSERSO, según el cual, este coste económico sacará a la luz las necesidades generadas por el cuidado en torno a las situaciones de dependencia que se desarrollan en la vejez y que son asumidas por las mujeres en el seno de las familias. *Crónica Sanitaria* (2002), opus cit, en *Jano Medicina y Humanidades*, vol. LXII, nº 1.429, p. 1258.

62. La aplicación del RD 5/2000 ha supuesto una reducción de la factura farmacéutica soportada por la administración sanitaria, en la tabla se han reflejado las cifras sin dicho des-

El crecimiento del gasto farmacéutico total en Atención Primaria sigue un importante crecimiento del 45 % en estos cinco años, arrastrado en gran parte por el gasto de los pensionistas, tanto los menores de 65 años como los ancianos, que crece un 50 % frente al 32 % del gasto de la población activa. (gráfico 1).

Gráfico 1. Crecimiento del gasto farmacéutico en AP en La Rioja



Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud. Elaboración propia.

Otro dato muy interesante, con respecto al gasto farmacéutico en La Rioja nos lo proporciona el gasto per capita que es casi diez veces superior en la población de más de 65 años que en la población activa. Esto explicaría como el grupo de ancianos que representa el 19 % de la población de La Rioja, sin embargo, tenga un peso del 55 % en la factura farmacéutica. A este dato hay que sumarle el que este gasto per capita haya aumentado el 46,2 % entre los mayores de 65 años frente a un 20,8 % entre la población activa de La Rioja entre los años 1998 y 2002.⁶³ (Tabla 2) El medicamento llega a convertirse en un bien de consumo más, fruto del profundo desconocimiento, por parte de la población, de los riesgos que su indebido uso pueda ocasionar. Este problema existe en gran parte de los países desarrollados, pero es en España donde adquiere una mayor dimensión. La configuración de nuestro sistema sanitario propicia situaciones de exceso de consumo y de falta de control de

cuento para medir la evolución del crecimiento del gasto. Las cifras reales que soportó el erario público en La Rioja durante los años 2000, 2001 y 2002 fueron 44.526.048 euros, 47.881.270 euros y 52.677.298 euros respectivamente.

63. El Plan de Salud de La Rioja plantea claramente el excesivo gasto farmacéutico, generalmente bastante superior a las previsiones presupuestarias, en parte ocasionado por la inadecuada prescripción, dispensación y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios y consumo excesivo y sin control por parte de los usuarios. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *Plan de salud de La Rioja*. Logroño: Gobierno de La Rioja, p. 166.

éste, así como grandes dificultades para abordar acciones educativas que pudieran mejorar esta situación. La población anciana, muchas veces polimedica debido a sus problemas crónicos, sufre el deficiente seguimiento de sus tratamientos farmacológicos.

Tabla 2. Gasto farmacéutico per capita en AP La Rioja (euros)

	Activos	> 65 años
1998	48	385
1999	50	421
2000	51	465
2001	54	504
2002	58	563

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud. Elaboración: propia

El coste de las acciones de salud curativas ha crecido exponencialmente los últimos años. Cuando se comparan estas cifras con el aumento de la esperanza de vida o con el descenso de la mortalidad en los últimos años, se tiene la impresión de que el inmenso coste de las acciones de salud fuera una inversión estéril; aproximadamente cinco años de aumento en la esperanza de vida en los países desarrollados y diez en los subdesarrollados a un coste exorbitante.⁶⁴ Pero cabe preguntarse si no se trata de una comparación simplista, que no refleja la complejidad de la actividad de salud. La relación entre inversión y resultado no es en salud inmediata ni proporcional. Los avances en la ciencia siguen sus propias leyes alternándose ascensos bruscos del conocimiento con periodos meseta, por lo que cabría hacer la siguiente reflexión: podríamos encontrarnos en un periodo de meseta (elevadas inversiones sin aparentes resultados espectaculares) que pudiera dar paso a la resolución definitiva de problemas de salud como el cáncer, la arteriosclerosis o el Alzheimer. Ésta sería una auténtica revolución que implicaría un aumento muy significativo de la esperanza de vida y de la calidad de ésta.

En cualquier caso, uno de los grandes problemas de nuestros sistemas sanitarios es la orientación hacia la curación de las enfermedades y no hacia

64. INSALUD (1990) *Teoría y práctica de la atención primaria en España*. Publicación nº 1567. Madrid, p. 43.

la prevención y el fomento de la salud. Este es uno de los principales resortes que deberían reorientarse con vistas a disminuir la morbilidad. De la orientación puramente curativa fluye, por una parte, el alto coste de las acciones de salud, y por otra, indirectamente, la alta morbilidad de la población pues la medicina curativa se dirige a curar las enfermedades producidas, y no a prevenir su aparición. Culpar a la medicina curativa, por su acción directa, del alto número de enfermos y de personas que requieren atención médica, es un grave error. La acción de la medicina curativa se mide por las cifras de mortalidad, no por las cifras de morbilidad. Es el fomento de la salud el que se mide en las cifras de morbilidad. El hecho de que la mortalidad sea baja es un éxito de la medicina curativa, y para que se mantenga baja y baje aún más, hay que mantener y desarrollar todas sus actividades. No hay contradicción entre esta afirmación y la de que las acciones de salud deben orientarse al fomento y la prevención. Es simplemente una cuestión de prioridades. Evidentemente, lo primero es prevenir: la simple curación no resolverá jamás los problemas de salud de un país. Es comprensible, y lógico, que en épocas pasadas, cuando no se conocía el origen de las enfermedades, ni sus vehículos de transmisión, y lo que se mostraba a la observación, por así decir, era la enfermedad ya producida, que además mataba a una alta proporción de los que enfermaban, todos los esfuerzos se centraran en curar a los enfermos. Por eso, las acciones de salud fueron, históricamente y durante siglos, únicamente curativas. Pero hoy en día, esto no se puede justificar, puesto que conocemos los factores que llevan a numerosas enfermedades, y sabemos que dando a la población una adecuada cultura de salud, se podrán evitar la acción de numerosos factores patógenos. Todo ello ha implicado la configuración del hospital como elemento dominante de la estructura asistencial, dejando en un plano secundario, y en algunos casos incluso marginal, otros elementos estructurales socio-sanitarios responsables en gran parte de las acciones preventivas.

El protagonismo de las acciones curativas frente a cualquier otro tipo de actuación socio-sanitaria implica un exagerado consumo de medicamento y, por lo tanto, un papel protagonista de primer orden para la industria farmacéutica en la configuración de las dinámicas que se establecen dentro del sector sanitario español. La potenciación de la atención primaria frente al ámbito hospitalario podría ser una forma de corregir esta situación.

No podemos olvidar la creciente presión asistencial que se explicita en una importante demanda curativa por parte de la población. Esta situación no puede ser explicada exclusivamente por la orientación curativa de los sistemas sanitarios, no podemos olvidar que la gente solicita acciones curativas porque enferma más y esto es debido en gran parte a que vive más. Al mejorarse de

una enfermedad, por una acción curativa eficaz, la población queda lista para poder desarrollar otra patología. No sólo han aumentado las posibilidades matemáticas de enfermar, sino que la población, por alcanzar edades avanzadas, llega a edades en que se enferma más, como ocurre con la vejez.

Este aumento de la demanda curativa no se corresponde con un aumento proporcional de las patologías que sufre la población o por el aumento de la población anciana. Existe otro factor que influye en esta presión asistencial como es la mayor cultura sanitaria de la población y el aumento en cantidad y calidad en los últimos 25 años de los centros asistenciales. Esto hace que la población consulte por enfermedades que antes no consultaba, por ejemplo, trastornos psicossomáticos, psicológicos, afecciones de la piel, controles periódicos.⁶⁵

Evidentemente, es necesaria una profunda reforma de los sistemas de salud, muy especialmente, por un lado, en las líneas de acción destinadas a establecer activas políticas preventivas y de promoción de la salud, y por otro, la necesidad de un enfoque epidemiológico en dicha reforma. El análisis epidemiológico mostrará cómo los problemas de salud tienen mucho más que ver con las condiciones sociales al proporcionar un conocimiento científico sobre las auténticas raíces de los problemas de salud.⁶⁶ La salud está profundamente influida por variables sociales. La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, investiga el desarrollo de la salud y sus causas sociales y biológicas, combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo.

La O.M.S. destaca la necesidad de un enfoque de la salud que englobe todo el ciclo biológico de la persona, promoviendo hábitos sanos desde su nacimiento para conseguir una mejor vejez. Entre las medidas que propone la O.M.S. se encuentran la necesidad del ejercicio diario, mejorar los hábitos nutricionales, abordar factores que contribuyen a la aparición de enfermedades, como la pobreza o las carencias educativas, crear ambientes amigables que eviten las caídas de los ancianos. En última instancia, se trata de evitar factores de riesgo que están en el origen de numerosos problemas crónicos que

65. Es un error creer que aumentando la capacidad de los centros asistenciales se conseguirá satisfacer la demanda asistencial. La demanda espontánea se transforma en una dinámica imparable e insaciable, cuyo control solo puede ser abordable desde la educación para la salud y la participación de la comunidad en las acciones sanitarias. INSALUD (1990): *Opus cit*, p. 45.

66. Nájera, E., Corés, M., y García, C. (1991): "La reorientación del sistema sanitario, necesidad del enfoque epidemiológico", en *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona: Masson, p. 25.

aparecen en la última etapa de la vida del ser humano. En 1984, Jake Epp, Ministro de la Salud de Canadá, denunció la elevada prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades que establecían una seria limitación de las posibilidades de vivir una vida digna, productiva y llena de significado.⁶⁷ La población anciana es especialmente susceptible a esta situación limitante desde un punto de vista funcional.⁶⁸

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son términos claves en el campo de la salud pública e insuficientemente abordados desde las ciencias socio-sanitarias implicadas en el cuidado de los ancianos. En 1986 se celebró en Ottawa la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, auspiciada por la OMS, catalizadora, desde una perspectiva conceptual, del proceso de elaboración de las estrategias de promoción de la salud. Fruto de esta reunión surgió la Carta de Ottawa en la que se definió la promoción de la salud como el proceso que permite que la población pase a controlar los factores que determinan su salud con el objetivo de incrementarla. La idea del incremento de control es uno de los principios esenciales de la promoción de la salud, puesto que permitiría al anciano ejercer el poder necesario para mejorar su salud. En un primer abordaje pudiera resultar difícil de aceptar la idea de incremento de control asociada al anciano, por mucho que haga referencia a algo tan íntimo como es su propia salud. Pero no podemos obviar la clara necesidad de establecer el auténtico potencial de cada individuo y facilitar su posterior desarrollo, en el caso del anciano el método no puede ser distinto. La potencialidad del anciano es el objetivo que debe establecerse en todo programa de promoción de la salud que, unido a la identificación de una red de apoyo, proporcionará unos resultados positivos que retroalimentarán acciones desde el ámbito de lo social y de lo sanitario.

La idea de proceso aparece claramente explicitada en la Carta de Ottawa como un concepto de acción mediante el cual los ancianos pasarían a controlar su salud para mejorarla. Este proceso lleva así mismo implícito una transformación que va a depositar en los ancianos y su entorno más próximo la

67. El documento "Achieving Health For All" elaborado por Jake Epp hacía hincapié en las limitaciones que las enfermedades y accidentes evitables tenían para la calidad de vida de los individuos. Así mismo, denunciaba las desigualdades que existían en indicadores como la prevalencia de enfermedades crónicas y agudas, esperanza de vida y acceso a recursos socio-sanitarios. En Sarría, A. (2001): *Promoción de la salud de la comunidad*. Madrid: UNED, p. 49.

68. Soldevilla, J., García, V., y Torres, T., establecen las principales situaciones de dependencia que la población anciana desarrolla, implicando una importante limitación funcional y, por lo tanto, una sensible pérdida de calidad de vida. García, V., Soldevilla, J. y Torres, P. (1999): "Manifestaciones de dependencia de mayor incidencia en la población anciana", en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, p. 211-251.

responsabilidad sobre los factores que producen y determinan su salud. Este proceso tiene su origen en la percepción de un diferencial entre una situación inicial, real, y una situación teórica, esperada, y considerada como más favorable.⁶⁹ Esta situación final refleja el potencial del anciano en cuanto a su capacidad funcional. La carta de Ottawa identificó las estrategias necesarias para posibilitar a las personas en general y a los ancianos en particular, su capacitación en el control sobre los factores que determinan su salud. Estas estrategias eran:⁷⁰

- Construir políticas públicas saludables
- Crear ambientes favorables
- Reforzar la acción comunitaria
- Desarrollar habilidades personales
- Reorientar los servicios sanitarios

La explicitación de la promoción de la salud en los ancianos debe entenderse como la aplicación de métodos, habilidades y estrategias específicas para ayudar a las personas ancianas a adoptar estilos de vida saludables, hacer un mejor uso de los servicios sanitarios, adoptar prácticas de autocuidado, y participar activamente en el diseño y puesta en marcha de programas que desarrollan la salud. Estamos ante un proceso de capacitación de los ancianos para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. El impulso de realizar cambios sociales perdurables mediante el desarrollo de políticas públicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción de la salud. Las estrategias de promoción de la salud persiguen la educación para la salud, acciones legislativas, empoderamiento y desarrollo comunitario.⁷¹ Se pretende poner en marcha procesos de cambio social que involucren a los ancianos, y a sus personas más próximas, para cambiar los entornos en que viven; esto supone trabajar simultáneamente sobre el ámbito personal, organizativo y político. Un programa de promoción de la salud impulsará actividades que permitan a los ancianos tener proyectos, mirar hacia delante y no solo hacia atrás,

69. El factor crucial para el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud comienza a partir de la creación de salud. Esta creación de salud se estructuraría desde unos puntos de entrada: mediante ámbitos (ciudades, escuelas, hogar de jubilados, etc.), poblaciones (jóvenes, ancianos, mujeres) o asuntos (tabaquismo, dieta saludable). La clave de la promoción de la salud será el aplicar los conceptos, principios y abordajes de la promoción de la salud a cada uno de los puntos de entrada potenciales. Sarría, A. (2001): *opus cit*, p. 54.

70. Conferencia Internacional sobre promoción de salud (1987): "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 61, p. 129.

71. Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2001): *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, p. 27.

no sentirse peor que otros de su edad, ser independientes desde el punto de vista funcional, relacionarse con amigos, emprender actividades, dar y recibir ayuda y no estar agobiado por los dolores.⁷²

Por otra parte, entenderemos la prevención de la enfermedad en el anciano como la prestación de intervenciones precoces y de información contrastada para prevenir la aparición de enfermedad, malestar o incapacidad. La prevención de la enfermedad abarca medidas no sólo dirigidas a evitar la aparición de la enfermedad, como la reducción de factores de riesgo, sino para controlar su progresión y reducir sus consecuencias una vez que se ha manifestado. Esta será una importante actividad a desarrollar en los ancianos aquejados de alguna patología crónica asociada, en algunos casos, al normal proceso de envejecimiento y, en otros, a la influencia de estilos de vida no saludables adoptados durante años.

El objetivo nº5 del documento Salud 21 de la OMS establece “envejecer en buena salud” como un logro básico para alcanzar la meta de la salud a lo largo del siglo XXI.⁷³ Para ello propone unas estrategias explicitadas en cuatro puntos:

1. Envejecer en buena salud: Se establece la necesidad de que las sociedades europeas tomen medidas activas para cambiar la imagen negativa de la vejez. Gracias al aprovechamiento de su experiencia y sabiduría las personas mayores pueden convertirse en un importante recurso para sus familias y para la sociedad, y pueden realizar una contribución significativa a la calidad de vida y al bienestar de sus familias (cuidado de enfermos, cuidado y educación de nietos, etc.).

2. Comunidades locales: Impulsar y facilitar la participación de las personas mayores en las actividades sociales y de la comunidad. De este modo se propiciará que el anciano continúe llevando una vida activa e interesante y, así mismo, podrá contribuir al fortalecimiento de su capacidad para hacer frente a la pérdida del cónyuge, de los miembros de su familia o de los amigos. Para ello, el entorno físico jugará un papel decisivo, por lo cual se destaca la

72. Germán, C. y Mazarrasa, L. (1996): “Promoción de salud en mayores”, en *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill, p. 1436-7.

73. El objetivo nº 5 propugna 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. Para ello establece, por una parte, la necesidad de aumentar el 20% la esperanza de vida y en la esperanza de vida sin discapacidad a la edad de 65 años y, por otra, aumentar 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, permitiéndoles mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad”. OMS-EUROPA (1998) *opus cit*, p. 42.

importancia de pensar en este grupo de edad a la hora de establecer las planificaciones urbanísticas, redes de transporte público, señalizaciones, etc. El entorno físico no debe convertirse en una barrera infranqueable a las relaciones sociales del anciano o a su participación en las redes sociales.

3. Salud y apoyo social: Las políticas sociales y sanitarias integradas y eficaces son las políticas orientadas a la comunidad y determinadas por las necesidades. La movilización de las comunidades locales para mejorar la atención sanitaria y otros servicios destinados al anciano constituye una estrategia eficaz.

4. Servicios sanitarios: La calidad de vida de los ancianos y sus familiares se puede mejorar, al tiempo que se reduce drásticamente una atención de elevado coste en dicho grupo de población,⁷⁴ siempre que los servicios se basen en la atención primaria⁷⁵ y sean capaces de llegar a todos los ancianos. Si el anciano desea permanecer en su hogar, se adaptará la casa a sus necesidades y proporcionará asistencia a domicilio para que mantenga su autonomía. Una buena coordinación de los servicios sanitarios y sociales de la comunidad garantiza la continuidad de la atención sanitaria, permite la asistencia de los ancianos en su entorno doméstico en la medida de lo posible, utilizándose las instituciones sanitarias sólo cuando resulten realmente necesarias.

RED DE APOYO AL ANCIANO

La esperanza de vida de las personas mayores de 65 años ha aumentado a lo largo de las últimas décadas. Según la Encuesta Nacional de Salud (1997), a partir de los 65 años se espera poder vivir 17 años, un logro importante. Sin embargo, las previsiones de vivir una vida activa libre de incapacidad no alcanzan más allá de los siete años. Dentro del colectivo de pacientes dependientes, los ancianos constituyen el grupo más numeroso con enfermedades crónicas degenerativas. En España, al igual que en todo el sur de Europa, la familia es el principal proveedor de cuidados de larga duración. Son cuidadores informales y también usuarios potenciales a tener en cuenta en la planificación del sistema de prestaciones. El perfil femenino de los cuidados es dominante, pero se sabe que el número de mujeres entre 45 y 69 años, en relación con los mayores de 70, en los últimos años ha disminuido en más de un 40 %.

74. Se puede mantener un elevado nivel de independencia utilizando aparatos con un coste relativamente bajo. Las intervenciones para mejorar la capacidad auditiva, la movilidad (prótesis de cadera), la vista, la capacidad para masticar (dentaduras), pueden suponer unos beneficios importantes en términos de bienestar, autonomía y actividad. OMS-EUROPA (1998) *opus cit* p.43.

75. Las enfermeras de salud familiar y comunitaria deben asumir el asesoramiento en materias de estilo de vida. OMS-EUROPA (1998) *opus cit*, p. 169.

Las insuficiencias en la prestación de cuidados de larga duración son notables en nuestro país, según el informe “Los mayores en España”⁷⁶ un 2,05 % de los ancianos recibe servicios de atención domiciliaria (Holanda el 21 %, Dinamarca el 31 %, Francia el 11 %). En La Rioja, existe una deficiente cobertura de la prestación de ayuda a domicilio para una población que registra un elevado grado de envejecimiento, superior al de la media nacional, con un carácter rural y disperso geográficamente, y una profunda descoordinación de la prestación de ayudas a domicilio en sus aspectos sociales y sanitarios.⁷⁷ En estas condiciones no cabe duda de que la familia soporta el peso de la atención del anciano cuando éste ha desarrollado algún grado de dependencia. El núcleo familiar se convierte en el suministrador fundamental de ayudas y asistencia, es por lo tanto clave respaldar a las familias con ancianos para reducir el estrés y mejorar las competencias asistenciales del núcleo familiar.⁷⁸ La adquisición de competencias y conocimientos específicos aumentan la capacidad de la familia tanto para asistir como para convivir con el anciano y resolver los problemas de sobrecarga y psicológicos, que la presencia de una persona que no es autosuficiente conlleva. En cualquier caso, no podemos olvidar el incremento de la demanda de cuidados geriátricos y de servicios a ellos ligados, principalmente en los mayores de 80 años, y el fenómeno que se ha vivido estas últimas décadas con el cambio en la estructura familiar (familias monoparentales, familias sin descendencia,...) y la incorporación de la mujer al mundo laboral que han modificado y disminuido la incidencia de los mecanismos tradicionales de cuidado.

El primer recurso de autocuidado es el propio anciano,⁷⁹ el segundo la familia y el tercero, el trabajador socio-sanitario, enfermera o trabajador social generalmente, que armonizarán los dos primeros mediante un plan de cuidados. Para hacer más operativo el recurso familiar se deberán identificar a las personas del núcleo familiar que vayan a apoyar emocionalmente y a ayudar funcionalmente al anciano, ésta será la Persona de Apoyo Principal (PAP).⁸⁰ La

76. De Diego, I (2003) *Atención socio-sanitaria*, en El Observador de La Actualidad Médica. Madrid: Actualidad Sanitaria. nº 30, p. 5.

77. Estas deficiencias aparecen reflejadas en el propio Plan de Salud de La Rioja, y que además se ven agravadas por la insuficiencia de plazas residenciales de calidad para ancianos asistidos y dificultades de reconversión de las existentes. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *Opus cit*, p. 162.

78. Donati, P. (1994) *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, p. 229

79. Se deben de elaborar programas de información y formación para la salud que contemplen una metodología directa y participativa al colectivo al que se dirigen, en este caso, los ancianos. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 195.

80. Germán, C. y Heierle, V. (1996) *Atención integral a los enfermos crónicos*, en Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid: McGraw-Hill, Tomo III, p. 1166.

PAP ayudará al profesional a planificar los cambios de la vida cotidiana que se introducirán en la vida del enfermo crónico.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Desde la década de los años 70 la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue desarrollando distintas estrategias encaminadas a potenciar los aspectos preventivos de los sistemas sanitarios. Era evidente la imposibilidad de abordar el creciente coste⁸¹ socio-sanitario de unas organizaciones basadas en la implementación de acciones fundamentalmente curativas e inducido por el propio sistema sanitario con el optimismo científico y tecnológico que le ha caracterizado durante gran parte del siglo XX. Esta situación plantea la necesidad de un uso racional de los recursos, reduciendo la presión asistencial que soportan los servicios socio-sanitarios. Para ello se necesita un cambio de valores en la población y un mayor conocimiento sobre los servicios que posibilite un uso más correcto de los mismos. La Conferencia Internacional de la OMS de Alma Ata celebrada en 1978 se convirtió en un punto de referencia e impulso de estas acciones preventivas, todas ellas explicitadas en el ambicioso programa “salud para todos en el año 2000”.

La educación para la salud fue considerada como una de las estrategias básicas en la que se sustentaba el cambio en los sistemas sanitarios para poder alcanzar la “salud para todos”. Hoy en día podemos afirmar que no existe programa de salud donde la educación para la salud no tenga su espacio, esto es válido también para los proyectos sanitarios dirigidos a la población anciana.

81. Existe un claro consenso en la existencia de un crecimiento exponencial del coste de los sistemas sanitarios. Esta realidad imposibilita a los países en vías de desarrollo, la adopción de reformas que asemejen sus sistemas sanitarios a los de los países más ricos. Los esfuerzos de estas dos últimas décadas han tratado de sentar las bases de unos sistemas donde la alta tecnología sanitaria ha dado paso al desarrollo de una atención primaria con líneas de acción preventivas.

En los países desarrollados se ha producida una saturación en cuanto a la obtención de un beneficio derivado de las inversiones sanitarias. Cada vez hay que gastar más dinero para obtener pequeños beneficios en la salud. La cuantificación de éstos viene dada por un silogismo según el cual la alta tecnología sanitaria solo es aplicable a pequeños grupos de enfermos, diluyéndose, de este modo, el beneficio en el conjunto de la población. Por otra parte, el haber convertido la salud en un bien de consumo, hace que la demanda de servicios sea cada vez mayor. El cuidado de la salud se asocia popularmente al consumo de consultas médicas cuanto más especializadas mejor, a pruebas diagnósticas sofisticadas, a terapias costosas, a la tecnología punta y a grandes centros hospitalarios entre otros. Las acciones preventivas y de promoción de la salud, susceptibles de llegar a la totalidad de los individuos, son las únicas que pueden proporcionar un nuevo salto cualitativo y cuantitativo en la atención sanitaria de los países más ricos.

Podemos apreciar una cierta concienciación entre políticos y población en general, contemplándose como una necesidad y un derecho.

Sin embargo, debemos ser realistas y afirmar que este reconocimiento dista mucho del peso real que se le atribuye en la práctica y en la toma de decisiones cotidianas. La educación para la salud es, aún hoy, una de las parcelas en las que menos recursos se invierten en todos los niveles del sistema. Si esta situación es clara en los programas en general, los dirigidos a la población anciana ven multiplicada esta carencia de una forma alarmante manifestándose desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria que la administración lleva a cabo.

Esta situación puede estar provocada por la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; por la escasa formación que han recibido los profesionales del campo social y sanitario⁸², que les lleva a no intervenir o hacerlo inadecuadamente; por el escepticismo de los responsables que tienen que impulsar su desarrollo; por la pasividad de la población acostumbrada a delegar en los profesionales el cuidado de la salud; y en determinados intereses profesionales o económicos que ven en sus resultados una pérdida de poder o de beneficios.⁸³

En cualquier caso, la necesidad de la educación para la salud está plenamente justificada por las ideas aducidas anteriormente y a las que habría que añadir el aumentar la capacidad de autonomía del ser humano en general y del anciano en particular. La educación para la salud tiene que dotar al anciano

82. Los planes de estudio de titulaciones como Trabajo Social, Enfermería, Medicina y Fisioterapia entre otras, no habían incorporado hasta la Ley de Reforma Universitaria, contenidos que facilitarían una formación adecuada en conceptos preventivos. En cualquier caso, los abordajes de las materias de educación para la salud y promoción de ésta, siguen siendo claramente insuficientes. La propia OMS afirma que los planes de estudio para la formación de los profesionales sanitarios a menudo se basan únicamente en el tratamiento médico y en la hospitalización. Este hecho contribuye a la provisión de un gran número de servicios inadecuados para las personas mayores de la Región Europea. OMS-EUROPA (1998): *opus cit.*, p.42. Para Salleras, los agentes de educación sanitaria deberían recibir una formación adecuada durante los estudios de sus carreras respectivas para cumplir adecuadamente con sus cometidos educativos. En la actualidad, esta formación es nula o deja mucho que desear, por lo que, para lograr que la educación sanitaria ocupe el lugar que le corresponde en nuestro país, se deberían efectuar cursos intensivos de formación para todos aquellos agentes que ya han acabado su formación y están trabajando en la comunidad. Salleras, L. (1990): *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, p. 78. Fülöp, T., y Roemer, M. (1987): "Análisis de la formación de personal de salud", en *Cuadernos de Salud Pública* nº 83. Ginebra: OMS, p. 29-48.

83. Los laboratorios farmacéuticos constituyen un importante factor de presión que impide unas reformas que de algún modo debieran facilitar el paso de un sistema fundamentalmente curativo hacia otro de características más preventivas.

no de los conocimientos y herramientas suficientes para que pueda cuidarse de forma autónoma o con la ayuda de sus familiares más próximos, siendo conscientes de que uno de los elementos básicos del autocuidado es saber pedir ayuda cuando se necesita. El objetivo último es que el anciano sea capaz de adoptar un estilo de vida saludable y desarrollar la capacidad de autocuidarse,⁸⁴ para ello tendremos que dotarle de los recursos conceptuales e instrumentales que le permitan conocer sus necesidades de salud, saber qué hacer para darles respuesta, capacitarle para que pueda hacerlo y motivarlo para que lo haga. Según el Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Isidoro Rupérez, “la gran mayoría de los ancianos españoles se cuidan solos”, “...el envejecimiento no hace dependiente a la gente, sino las enfermedades o lesiones que padecen”.⁸⁵

Las acciones de educación sanitaria incluirán también a la familia del anciano, a la que se formará e informará en aspectos como el conocimiento básico del proceso de envejecimiento, control de estrés, asistencia al anciano, conocimiento y utilización de los recursos comunitarios. Esta acción educativa dirigida a la familia, junto con el apoyo psicológico, encuentra su límite en el hecho de que las necesidades y las exigencias de las familias son extremadamente diferenciadas y no siempre susceptibles de ser resueltos con una formación de grupo o bien con un programa de educación suficientemente formalizado.⁸⁶

El diseño de las acciones de educación para la salud, dirigidas al anciano y su familia, deberá tener en cuenta si dichas acciones están orientadas hacia necesidades sentidas, puesto que el éxito o fracaso de la acción estará muy relacionado con este hecho. En cualquier caso, las acciones educativas deberán contemplar las características de los ancianos, con costumbres y hábitos muy arraigados y una menor capacidad de aprendizaje y memoria de fijación que dificultarán cualquier intento de modificación por parte del profesional. Así mismo, las características de alguna de las patologías crónicas que desarrollan los ancianos suponen un obstáculo añadido en el proceso educativo. Esto no implicará que el anciano sea incapaz de adquirir nuevos conoci-

84. El Plan de Salud de La Rioja explicita la necesidad de desarrollar un programa de promoción de la atención del anciano en el seno de la familia, su integración dentro de su comunidad, autorresponsabilidad del anciano sobre su propia salud y fomento de los cuidados prestados por instituciones que ofrezcan una buena relación coste/ beneficio y una atención humana. Comisión para la elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 195.

85. Ortega, P., y Alcaide, S. *El reto del cuidado a los ancianos*, en *El País*, 20 de abril de 2003, p. 26.

86. Donati, P. (1994) *opus cit*, p. 231.

tos y destrezas, más bien que este aprendizaje será más lento y su logro estará muy condicionado por el método empleado.⁸⁷

Uno de los métodos utilizados podrán ser actividades organizadas en grupos (charlas, coloquios, mesas redondas, conferencias, etc.), este método no va a ser utilizado primordialmente dadas las características del anciano anteriormente mencionadas. Otro método se fundamenta en las actividades individualizadas, a través del diálogo interpersonal entre el profesional y el anciano y/o su familia. Este método es el más efectivo por ser el más directo. El profesional deberá utilizar aquellas técnicas de comunicación más apropiadas a las características individuales del anciano. Un tercer método⁸⁸ será el de la educación estática a través de carteles y murales publicitarios, en ocasiones complementario de los anteriores.⁸⁹

La necesidad de impulsar el bienestar de las personas mayores y promover su salud mediante acciones de educación sanitaria aparece reflejada en el Plan de Salud de La Rioja.⁹⁰ Se destaca la necesidad de impulsar desde el Plan Gerontológico:

- Campañas de divulgación a través de los medios de comunicación sobre aspectos relacionados con la educación para la salud.
- Promoción de programas de educación para la salud desde los centros de Atención Primaria.
- Elaboración de una guía práctica sobre cuidados y precauciones en salud: higiene, nutrición, ejercicio físico, etc.

PROGRAMA DEL ANCIANO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al amparo de la incipiente reforma sanitaria que vería la luz en la España de mediados de los años 80, surgió, impulsada desde la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad, la colección Atención Primaria de Salud que iba a proporcionar las imprescindibles referencias para la elaboración de los programas a desarrollar en los centros de salud por los equipos de atención primaria. El número 5 de esta colección llevaría por título Guía para la Elaboración del Programa del Anciano en Atención Primaria de Salud.

87. INSALUD (1987): Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud, en *Colección Atención Primaria de Salud*, nº 5, p. 30.

88. INSALUD (1987) *opus cit*, p. 32.

89. Salleras, L. (1990) *Opus cit*. Madrid: Díaz de Santos, p. 143-170.

90. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 196.

El nacimiento de esta guía supuso un avance cualitativo de primer orden en la atención socio-sanitaria del anciano. Por primera vez se protocolizaban una serie de actuaciones con dos ideas claras, por un lado que la multidimensionalidad de los problemas del anciano exigía a su vez una aproximación de la misma índole⁹¹ en el marco del trabajo en equipo⁹² y por otro, que lo asistencial y curativo no iba a convertirse en el único norte de las actuaciones.

En el marco del programa se planteaban un conjunto de siete actividades sucintamente protocolizadas:⁹³

- Educación para la salud: los ancianos son en su mayoría independientes y no requieren ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, en esta situación es el propio anciano el responsable del mantenimiento de la calidad de su vida y, por lo tanto, será a él a quien deben ir dirigidas nuestras acciones educativas. Cuando un anciano dependa de otros, en mayor o menor grado, nuestras acciones educativas tendrán en cuenta al cuidador informal, responsable del mantenimiento de la salud del anciano, aunque sin olvidar a éste.⁹⁴
- Examen de salud: que permita detectar los problemas de salud físicos, psíquicos y sociales del anciano.⁹⁵
- Atención domiciliaria: la atención domiciliaria constituye un conjunto de actividades sociosanitarias con el objetivo de identificar, valorar y realizar un seguimiento del anciano con problemas de salud y de su familia,

91. En la guía se establece el grado de responsabilidad de cada miembro del equipo de atención primaria (EAP) en las actividades descritas. Esto permitía reforzar el concepto de equipo que estaba muy unido en la génesis de los EAP, rompiendo con una estructura vertical que otorgaba prácticamente todo el peso asistencial al médico. De este modo se incorporaba de forma activa en labores asistenciales y/o preventivas otros profesionales que iban a tener distintos niveles de responsabilidad en la consecución de los objetivos marcados en los programas. INSALUD (1987) *opus cit.*, p. 47.

92. La propia OMS establece la importancia de reconocer que cada profesión tiene su ámbito de competencia propia y que debe trabajar con los demás sobre la base del respeto mutuo por los conocimientos especializados de cada uno. Las enfermeras, los farmacéuticos, los odontólogos, los médicos, psicólogos y los trabajadores sociales deben trabajar en equipo y reconocer la necesidad de cooperar a la hora de hacer frente a los muchos problemas sanitarios de carácter complejo que no se pueden tratar de forma adecuada por un único sector profesional. OMS-EUROPA (1998) *opus cit.*, p. 168.

93. INSALUD (1987) *opus cit.*, p. 29.

94. Pastor, P. y Morín, V. (1999) *Características de la atención a los ancianos desde la atención primaria*, en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, p. 145.

95. Noriega, M., García, M. J. y Torres, P. (1999): "Procesos de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales", en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, p. 23-44.

potenciando de este modo su autonomía y mejorando la calidad de vida.⁹⁶

- Consulta de atención a la demanda y programada: es necesario el desarrollo de actividades de atención en el marco de las consultas pensadas en función de las características de los ancianos.
- Vacunaciones: es importante destacar la vacunación antigripal que, pese a que no proporciona una inmunidad completa, si ofrece una protección suficiente como para que sea más que recomendable su uso. Su prescripción a los mayores de 65 años es universal por el riesgo que la edad representa en si misma, si además existe algún tipo de patología crónica asociada, su no utilización sería inexcusable.⁹⁷
- Rehabilitación y reinserción social: constituye una parte fundamental del tratamiento puesto que el objetivo ha de ser la reintegración del anciano en su medio habitual, disminuyendo su grado de dependencia si es posible.
- Atención al medio: el medio físico, detectando y modificando, en lo posible, aspectos negativos en lo urbanístico y arquitectónico que puedan incidir en la vida del anciano. El medio social, todavía insuficiente, que requiere el impulso de una red de servicios culturales, deportivos y recreativos adecuados a los ancianos, así como el impulso de medidas que mejoren la integración del anciano en su entorno.

En la Comunidad Autónoma de La Rioja se planteó, desde la Dirección de Atención Primaria, la necesidad de desarrollar un programa de salud dirigido a la población anciana. Esta necesidad surge de la constatación del “envejecimiento del envejecimiento”⁹⁸ que se traduce en un aumento de personas mayores de 80 años,⁹⁹ en cualquier caso, este no deja de ser el reflejo del proceso de envejecimiento que se da a nivel nacional aumentando un grupo poblacional con múltiples patologías crónicas, limitaciones físicas, fisiológicas y psíquicas, riesgo de accidentes, incapacidad funcional relacionada con las patologías y situaciones de soledad por el fallecimiento de familiares próximos. El programa establece la importancia de conocer las necesidades tanto

96. Pastor, P. y Morín, V. (1999) *Opus cit*, p. 153.

97. INSALUD (1987) *Opus cit*, p. 40-44.

98. Gerencia de Atención Primaria de La Rioja (2000): Prevención y detección de problemas en el anciano. Logroño: INSALUD, p. 4.

99. Los ancianos mayores de 80 años forman el grupo de los llamados “anciano frágiles”.

sanitarias como sociales de los ancianos de La Rioja y los riesgos a los que están expuestos.

Los objetivos explicitados en el programa¹⁰⁰ son:

- Mejorar la calidad de vida del anciano
- Rehabilitar su capacidad funcional
- Favorecer la permanencia o reintegración del anciano en su medio habitual y familiar¹⁰¹
- Promocionar el autocuidado
- Garantizar la continuidad de los cuidados entre los diversos niveles de atención

Es indudable que la consecución de dichos objetivos pasará por la integración de la atención del anciano en el trabajo asistencial cotidiano de los profesionales de atención primaria. Esta atención debe incluir, junto con los aspectos asistenciales, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrolladas por un equipo multidisciplinar constituido por médico, enfermera, trabajador social y el cuidador principal o persona de apoyo principal. No podemos perder de vista la imprescindible coordinación de todos los recursos comunitarios (hospitales, servicios de geriatría, atención primaria y servicios sociales) para la consecución de los objetivos del programa.

El programa distingue tres tipos de anciano. Por un lado tenemos la “persona mayor sana” es aquella que no padece ningún tipo de patología, ni presenta ningún grado de problemática funcional, mental o social. Por otro, tenemos la “persona mayor enferma” que es aquella que ha sido diagnosticada de algún proceso agudo o crónico, pero que no cumple criterios de inclusión en el siguiente grupo, “persona mayor frágil o de alto riesgo”. Este último, es el grupo que requiere de mayores recursos asistenciales, se incluirá en él aquellos ancianos que cumplan, al menos, uno de los siguientes criterios:¹⁰²

- Edad avanzada (mayor de 80 años)
- Viudedad reciente (último año)
- Cambio de domicilio frecuente y/o reciente

100. Gerencia de Atención Primaria de La Rioja (2000) *opus cit*, p. 5.

101. Según Ernesto Cabello, Jefe del Departamento de Mayores de Madrid, “la filosofía del cuidado ha ido cambiando en los últimos años: ya no se trata tanto de atender a los ancianos en un centro sanitario como de hacer posible el envejecer en casa”. Ortega, P. y Alcaide, S. *opus cit*, p. 26.

102. Gerencia de Atención Primaria de La Rioja (2000) *opus cit*, p. 16.

- Vivir solo
- Situación económica precaria o ingresos insuficientes
- Presencia de problemas sociales con incidencia grave para la salud
- Hospitalización en el último año
- Polimedicação (más de cinco fármacos)
- Patología crónica invalidante, física o psíquica
- Incapacidad funcional

En cualquier caso, el Plan de Salud de La Rioja recoge la necesidad de mejorar la Atención Primaria de salud dirigida a la población anciana.¹⁰³ Se destaca la imprescindible coordinación entre los centros de salud y servicios sociales de base, la creación de centros de día y el fomento de la permanencia de los ancianos en su medio familiar y social a través de programas de atención domiciliaria, telealarma y otros. Para ello propone una serie de medidas como el fomento de estudios dedicados a la búsqueda de marcadores de calidad asistencial en el ámbito sanitario; la homologación de un modelo de historia clínica para la tercera edad, con diagnóstico geriátrico, que incluya aspectos sociales, asistenciales...; el fomento de estudios epidemiológicos específicos sobre la tercera edad; y, por último, la promoción en la formación de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en asistencia geriátrica. Solo queda, por lo tanto, desear que estas acciones puedan llevarse a cabo, sus resultados no podrán ser otros que una mejora sustancial en la calidad de vida de los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, A. (1993): *Diccionario temático de antropología*. Barcelona: Boixareu, pp. 107-108.
- COLOMER, C. y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2001): *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, p. 27.
- COMISIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD (1998): *Plan de salud de La Rioja*. Logroño: Gobierno de La Rioja, pp. 162-196.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCIÓN DE SALUD (1987): "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 61, p. 129.

103. Comisión para la elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 196.

- CRÓNICA SANITARIA (2002): "La OMS apuesta por la reforma de los sistemas de salud como base de las políticas sobre envejecimiento", en *Jano Medicina y Humanidades*, vol. LXII, nº 1.429, pp. 1258-1259.
- DE DIEGO, I. (2003): "Atención sociosanitaria", en *El Observador de La Actualidad Médica*. Madrid: Actualidad Sanitaria, nº 30. p. 5.
- DONATI, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 229-231.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (1997), Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ESEVERRI, C. (2002): "La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura", en *INDEX de Enfermería*, nº39, p.37
- FRÍAS, A. (2000): *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, pp. 341-353.
- FÜLÖP, T. y ROEMER, M. (1987): "Análisis de la formación de personal de salud", en *Cuadernos de Salud Pública* nº 83. Ginebra: OMS, pp. 29-48.
- GARCÍA, V., SOLDEVILLA, J. y TORRES, P. (1999): "Manifestaciones de dependencia de mayor incidencia en la población anciana", en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, pp. 211-251.
- GASTALVER, E. (1997): "¿Qué sentimientos tienen ante la vida los ancianos mayores de 74 años confinados en su domicilio?", en *Libro resumen de comunicaciones del I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica*. p. 103.
- GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA (2000): *Prevención y detección de problemas en el anciano*. Logroño: INSALUD, pp. 4-16.
- GERMÁN, C. y HEIERLE, V. (1996): "Atención integral a los enfermos crónicos", en *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill. Tomo III, p. 1166.
- GERMÁN, C. y MAZARRASA, L. (1996): "Promoción de salud en mayores", en *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill. Tomo III, pp. 1436-1437.
- INSALUD (1987): "Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud", en *Colección Atención Primaria de Salud*, nº 5, pp. 30-47.
- INSALUD (1990): *Teoría y práctica de la atención primaria en España*. Publicación nº 1567. Madrid, pp. 43-45.
- LINDÓN, B. (1997): "¿Qué desean saber los ancianos sobre su salud?", en *Libro resumen de comunicaciones del I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica*. p. 102.

- NÁJERA, E., CORÉS, M. y GARCÍA, C. (1991): “La reorientación del sistema sanitario, necesidad del enfoque epidemiológico”, en *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona: Masson, p. 25.
- NORIEGA, M., GARCÍA, M. J. y TORRES, P. (1999): “Procesos de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales”, en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, pp. 23-44.
- OMS (1979): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Serie “Salud para Todos”, nº 2. Ginebra: OMS, p. 8.
- 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. 42-169.
- ORTEGA, P. y ALCAIDE, S. (2003): “El reto del cuidado a los ancianos”, en *El País*, 20 de abril. p. 26.
- PASTOR, P. y MORÍN, V. (1999): “Características de la atención a los ancianos desde la atención primaria”, en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, pp. 145-153.
- SALLERAS, L. (1990): *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 17-170.
- SALLERAS, L. (1992): “Educación sanitaria”, en *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson. p. 1040.
- SARRÍA, A. (2001): *Promoción de la salud de la comunidad*. Madrid: UNED, pp. 49-54.
- SIERRA, A. y DORESTE, J.L. (1992): “Demografía y salud pública”, en *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson, pp. 21-55.
- TERRIS, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Madrid: Siglo XXI, pp. 8-21.