



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD SOCISALUD

ENVEJECER EN LA COMUNIDAD CON DIGNIDAD:

Reimaginando el envejecimiento, Transformando los cuidados

GRUPO DE TRABAJO DE MAYORES SOCISALUD

Coautores:



Avalado por:



INDICE:

1.Introducción.....	3
..	
1.1. Reimaginando el envejecimiento	3
1.2. Transformando los cuidados.....	6
2. Un modelo de Atención Comunitaria y Centrada en la Persona proactivo, accesible, integrado y eficiente para personas mayores con necesidades complejas.....	13
3. Objetivos estratégicos del modelo.....	15
4. Cambios de paradigma en clave de futuro.....	39
5. Acciones prioritarias en los distintos niveles asistenciales.....	46
6.Referencias.....	55
7. Autores.....	58

1. INTRODUCCIÓN:

1.1. Reimaginando el envejecimiento:

Dos tendencias demográficas relevantes -**una proporción creciente de personas mayores y un cambio en la duración de la vida**- están ejerciendo un efecto poderoso en la sociedad, la cultura, la economía y la provisión de cuidados de larga duración de los países con poblaciones muy envejecidas.

De una parte, el aumento incesante de la esperanza de vida y la caída de las tasas de natalidad están dando lugar a una **longevidad progresiva** en todo el mundo, pero nuestra comprensión compartida sobre cómo es la vida en edades avanzadas está lamentablemente desactualizada. Se presenta como una "narrativa de declive", no como un **momento de oportunidad y cambio**.

Nuestras percepciones sobre el envejecimiento y la oportunidad de vivir vidas más largas no están en consonancia con la realidad. Los marcos de políticas actuales están muy alejados de las realidades económicas actuales. Debido a una mejor salud y estilos de vida más activos, la brecha entre la edad de jubilación tradicional y el inicio de la fragilidad severa está creciendo. Hay una nueva etapa de la vida que no se tiene en cuenta tanto en el pensamiento como en la planificación de políticas.

De otro lado, una vida más larga es un triunfo de la medicina, la salud pública, los avances tecnológicos y el desarrollo económico. **Cómo viviremos esos años adicionales** y si las sociedades y las economías se beneficiarán de ellos, **depende de las acciones que tomemos ahora**. En cualquier caso, es innegable que tenemos ante nosotros una oportunidad apasionante y sin precedentes para **cambiar la narrativa vigente en torno al envejecimiento**.

Una sociedad que envejece debe considerarse una señal de progreso que ofrece oportunidades únicas para el desarrollo económico, social y cultural. Un grupo

demográfico mayor abre nuevas vías para la innovación tecnológica, el empleo y el crecimiento económico. De hecho, algunos economistas creen que **garantizar una sociedad que envejezca activamente debería considerarse una estrategia de crecimiento vital para la UE**. Por todo ello, necesitamos reconstruir, de manera más sólida, el contrato social sobre el envejecimiento y sus implicaciones para los ciudadanos, los gobiernos y las empresas.

Lograr una sociedad longeva requiere **cambios sustanciales en el curso de la vida y las normas sociales**, e implica una **transición epidemiológica hacia un enfoque preventivo** centrado en retrasar/minimizar los efectos negativos del envejecimiento. Por tanto, a medida que las poblaciones vivan más, la idea de que las personas mayores deben estar empoderadas para seguir siendo ciudadanos activos, saludables y productivos, será primordial.

Los **cambios necesarios para lograr una longevidad saludable** incluyen un mayor enfoque en la esperanza de vida saludable, un cambio de la intervención hacia la salud preventiva, una importante agenda de salud pública para evitar aumentos en las desigualdades de salud, el establecimiento de consejos de longevidad para garantizar una política coordinada entre los distintos gobiernos, y la evaluación intergeneracional de las políticas para garantizar que, al adaptarse a vidas más largas, las políticas no estén sesgadas hacia las personas mayores.

Es necesario, por tanto, **cambiar la forma en que pensamos acerca del envejecimiento**, ya que si no lo hacemos corremos el riesgo de incurrir en costes más elevados en atención social y de salud, oportunidades de negocio perdidas y, lo que es más importante para todos, **estaremos perdiendo la oportunidad de contribuir a la sociedad en nuestras vidas más largas**.

Como dice acertadamente Margaret Chan (Ex Directora General de la OMS) en su Prefacio del **Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud** (OMS, 2015): *“Con las*

políticas y los servicios adecuados, el envejecimiento de la población puede verse como una nueva y rica oportunidad, tanto para las personas como para las sociedades”.

Una sociedad de la longevidad representa una nueva etapa para la humanidad y requiere que se desafíen nociones profundamente arraigadas sobre la edad y el envejecimiento, **si la sociedad quiere hacer el mejor uso del tiempo adicional que trae consigo la longevidad.** Como es bien conocido, la edad se ha medido siempre cronológicamente, pero la forma en que las personas envejecen está cambiando y ahora se envejece más saludablemente. Además, cuando la sociedad se enfoca exclusivamente en la edad cronológica de su población, interpreta la longevidad como ser mayor durante más tiempo, no como ser más joven durante más tiempo.

Debemos rechazar el *statu quo* e imaginar un futuro diferente, uno que sea próspero, sostenible y arraigado en una longevidad saludable. A medida que extendemos la longevidad saludable, el creciente número de personas mayores se convertirá en un **motor clave del crecimiento económico, la innovación y la creación de nuevos valores.** Vivir más requiere repensar nuestro curso de vida y los paradigmas imperantes. **Los modelos de curso de vida actuales ya no son sostenibles, y tampoco lo son los sistemas de atención social y de salud** que fueron concebidos hace más de medio siglo.

Al cambiar la mirada en torno al envejecimiento y las oportunidades que una longevidad saludable nos puede ofrecer, imaginamos **un futuro que promueva la salud pública, cree hogares y comunidades amigables con las personas mayores, permita el aprendizaje, el trabajo y el espíritu empresarial durante toda la vida, y promueva el compromiso y el voluntariado** con un propósito en beneficio de toda la sociedad.

Pero, para poder disfrutar de la oportunidad de vivir vidas más largas, saludables y productivas, **se necesita que las sociedades se centren más en la aptitud y capacidad física y mental de las personas mayores** en lugar de solo en la disminución, y fomenten

la prevención de enfermedades y la mejora del bienestar en lugar de simplemente tratar las dolencias.

Es hora de reemplazar el paradigma de vida “lineal” por uno nuevo “cíclico” que considera la madurez como un tiempo de reinención personal, de florecimiento tardío y/o de nuevos comienzos. Es necesario que los empleadores proporcionen más trabajo flexible, trabajo compartido, jubilación gradual y años sabáticos para que los trabajadores más longevos tengan más equilibrio en sus vidas. **Un enfoque más flexible nos permitiría extender nuestra vida laboral, hacer una transición gradual y jubilarnos por completo a una edad más avanzada.** También es necesario que **los líderes políticos, sociales y comunitarios comiencen a crear una visión convincente para esos años adicionales**, admitiendo que la mayoría de las veces, lo que es bueno para los mayores también es bueno para los jóvenes.

Estamos en un punto de inflexión, en la intersección de un cambio demográfico fundamental y la búsqueda de un nuevo modelo. **Si nos unimos y hacemos lo que se necesita, enriqueceremos las vidas que envejecen, fortaleceremos a las familias, los negocios y las comunidades y aseguraremos un futuro mejor**, no solo para las personas mayores, sino también para las personas de todas las edades en todos los ámbitos de la sociedad.

1.2. Transformando los cuidados:

[“Contrariamente al pensamiento económico dominante, el funcionamiento de nuestra economía y la cohesión social dependen en gran medida del cuidado. Pero más importante aún que esto, es que, sin cuidado, no podría haber cultura, ni economía ni organización política” (N. Fraser, 2016).

Hoy, por lo tanto, está fuera de toda discusión la interdependencia y el papel del cuidado para el bienestar económico y social].

Por lo que se refiere al ámbito de los cuidados, es necesario subrayar que de unos años a esta parte –al igual que ocurre en otros países desarrollados- nuestros sistemas de salud y de atención social han de hacer frente al desafío de satisfacer las demandas de un número cada vez mayor de **personas que envejecen con múltiples y complejas necesidades sanitarias y sociales**.

El envejecimiento de la población -con unas tasas crecientes de complejidad clínica, fragilidad, dependencia y soledad- obliga a **reorientar los sistemas de salud y construir sistemas sostenibles de cuidados de larga duración (CLD)** para responder de una manera más accesible, integrada, personalizada y eficiente a las crecientes necesidades sanitarias y sociales de un colectivo de usuarios cada vez más numeroso.

En particular, es urgente mejorar los cuidados de larga duración de las **personas mayores con multimorbilidad, fragilidad y dependencia**, lo cual debe implicar el abandono de un modelo de atención reactivo, centrado en la enfermedad y fragmentado, hacia un **modelo más proactivo, preventivo, integrado y centrado y dirigido por la persona**, en el que se aliente a este tipo de pacientes a desempeñar un papel central en la planificación y gestión de su propio plan de cuidados.

La Declaración de Río *“Más allá de la Prevención y el Tratamiento: El desarrollo de una cultura del cuidado en respuesta a la revolución de la Longevidad”* (2013), establece una preocupación central en la cultura del cuidado, señalando que “por mucho que se logre en prevención y tratamiento, la revolución de la longevidad viene con un imperativo adicional: **desarrollar una cultura de atención que sea sostenible, asequible, compasiva y universal**”.

La Declaración de Río, destaca la **necesidad de una atención inclusiva, centrada en la persona y firmemente cimentada en los derechos humanos**. Exige una nueva perspectiva sobre las dimensiones de género del cuidado en las políticas y en la sociedad y enfatiza el logro de un sistema de atención que abarque la promoción de la salud hasta

la atención al final de la vida, que se caracterice por la comunicación, la continuidad, la coordinación, la integralidad y los vínculos comunitarios. Exige, además, **acciones específicas que aborden el respeto de los derechos de las personas mayores; servicios de atención; planificación y prestación de atención; educación y capacitación; y entornos amigables con las personas mayores** para una cultura del cuidado.

En este sentido, no debemos olvidar las trágicas consecuencias provocadas por la pandemia de COVID-19 –particularmente a las personas mayores internadas en residencias, pero también a aquellas que fallecieron en sus hogares en la más absoluta soledad y abandono – y que nos ha desvelado con crudeza que **el modelo actual de atención a las personas mayores frágiles, tanto en el entorno residencial como domiciliario, está en crisis.**

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la **fragmentación de los cuidados de larga duración dentro de los sistemas de salud y atención social existentes**, además de las **debilidades inherentes en la actual estructura de gobernanza general en este sector**, incluida la falta de legislación, la deficiente cualificación y bajos salarios del personal, así como estrategias y marcos nacionales y regionales inadecuados para los cuidados de larga duración.

Al mismo tiempo, y en relación con la atención que se dispensa en la Comunidad de Madrid a las **personas mayores con necesidades complejas**, observamos que a pesar del incremento de recursos socio-sanitarios habido en los últimos años (unidades geriátricas hospitalarias, residencias y centros de día, ayuda a domicilio, apoyos comunitarios, etc), la asignación de recursos a este colectivo se ha llevado a cabo de una manera poco rigurosa y al margen de sus necesidades reales, **priorizando la atención institucional** (hospitalaria y residencial) **en detrimento de la atención comunitaria**, lo que ha contribuido a generar notables desequilibrios territoriales y cuantiosos problemas de tipo estructural y funcional.

Así, entre los **problemas más relevantes**, se podrían destacar:

- la existencia de numerosos puntos de entrada al sistema asistencial.
- multiplicidad de valoraciones.
- prestación de servicios supeditada al recurso existente (oferta), sin tener en cuenta las necesidades reales del usuario (demanda).
- **deficiente coordinación entre niveles asistenciales y sistemas.**
- transmisión inadecuada de información entre profesionales.
- utilización inapropiada de recursos costosos (**sobreutilización de recursos hospitalarios y de servicios de urgencia**), etc.

La propia “**Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS**” (2012) ya señalaba una serie de problemas de nuestro sistema sanitario, incapaz de dar respuestas a las necesidades de los denominados **pacientes crónicos complejos (pluripatológicos, frágiles y dependientes)**, entre los que destacaba: *servicios centrados en la resolución de patologías agudas; se valoran poco los aspectos preventivos; variabilidad en la práctica clínica no justificada; intervenciones que no aportan valor y consumen excesivos recursos; falta de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada y entre el sistema sanitario y el sistema de atención social.*

Tanto en el ámbito domiciliario como en el comunitario (incluida la atención residencial), los servicios actuales en el sistema de CLD se caracterizan por un **alto nivel de fragmentación**, debido a la **falta de estrategias de integración/coordinación entre los sectores de la salud y la atención social**. Además, existe un amplio consenso según el cual el sistema de CLD, tal y como está configurado actualmente, no es apto para el propósito que debiera cumplir, no garantiza la equidad, no está a la altura de los desafíos y oportunidades de un entorno complejo y cambiante, y **corre el riesgo de volverse incapaz de seguir siendo viable a menos que se reinvente.**

Así, por una parte, *“...la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la gran invisibilidad y los escasos medios que hoy existen para garantizar un **cuidado adecuado en el entorno domiciliario**. Y, por otra, existe suficiente evidencia científica que demuestra que las **residencias tradicionales**, donde se homogeneiza la atención, no ofrecen calidad de vida ni facilitan la participación y la vida plena de las personas. Es necesario apostar por nuevos diseños arquitectónicos y nuevas formas de organización y gestión donde se garantice la intimidad, se personalice el cuidado y se evite la continua rotación de profesionales...”* (**“Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país”**, Fundación Pilares para la Autonomía Personal y CSIC - Abril de 2020).

En realidad, se podría decir que **la mayoría de las residencias ofrecen un producto que nadie quiere**. Quizás esto se deba a que, a pesar de las buenas intenciones, el sistema de CLD existente en muchas residencias niega a las personas los derechos humanos más básicos. Es decir, **hemos creado un entorno que genera soledad, aislamiento y depresión**, y que imposibilita que las personas mayores puedan seguir participando en la vida social como expresan y desean la mayoría de ellas.

No podemos olvidar que **los centros residenciales son y deben ser lugares para vivir**. Espacios para la convivencia y la participación, donde, además de las necesidades de tipo físico, las personas que allí viven tienen **otras necesidades más amplias y diversas** (psicológicas, emocionales, sociales, espirituales, etc). Es por ello que se deben erradicar los macrocentros y dejar atrás definitivamente el diseño residencial actual, que ya ha sido abandonado hace muchos años por otros países. La **transición de un modelo de residencia curativo** (modelo hospitalario) **a un centro de servicios moderno y hogareño**, es uno de los mayores desafíos que enfrenta el sector de los CLD.

En este sentido, como recoge el **“Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia”** presentado por el Gobierno de la nación (Octubre de 2020), *“la pandemia ha demostrado la importancia de situar a las personas en el centro y ha supuesto un*

*reconocimiento de tareas imprescindibles para el funcionamiento de la sociedad. En este sentido, se ha demostrado la necesidad de **reforzar la economía de los cuidados, desde la atención a las personas dependientes o vulnerables, al cuidado de las personas mayores, que se han visto expuestos de manera más importante a lo peor del virus...***

Dicho documento incluye, entre otras medidas, un *“PLAN DE CHOQUE PARA LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS... para desarrollar en particular **nuevas redes de teleasistencia, modernizar los sistemas de atención a personas dependientes y desarrollar nuevas infraestructuras residenciales que faciliten la autonomía de cuidados de larga duración de las personas mayores y dependientes, y la orientación del modelo residencial hacia un modelo más desinstitucionalizado, centrado en la atención a las personas, y mejor conectado con la red de Atención Primaria de Sanidad. La pandemia ha puesto de manifiesto también la necesidad de reforzar y modernizar los servicios sociales, promoviendo la innovación y el uso de nuevas tecnologías...***”.

Por último, nos parece oportuno señalar que cuando hablamos de **personas mayores con necesidades complejas**, nos estamos refiriendo a un tipo de usuarios/pacientes que presentan una serie de características distintivas, como: *elevada complejidad, vulnerabilidad clínica, fragilidad, alta mortalidad, déficits cognitivos, polifarmacia (elevado consumo de fármacos), pobre calidad de vida relacionada con la salud, frecuente dependencia funcional, alta utilización de servicios (urgencias, ingresos hospitalarios, visitas a atención primaria, etc), vulnerabilidad social, y necesidad de manejo multidisciplinario con estrategias de atención integrada.*

El concepto de “complejidad” hace referencia a la dificultad en la gestión de la atención de un paciente y la necesidad de aplicarle planes individuales específicos a causa de la presencia de varias enfermedades (multimorbilidad), de su manera de utilizar los servicios o de las características de su entorno. Por ello, ante una serie de necesidades de gestión difícil que tiene la persona (necesidades complejas), **la complejidad reside tanto en el propio perfil de necesidades, como en la dificultad para darle una respuesta**

adecuada. El “paciente crónico complejo” (PCC) sería, por tanto, aquella persona en la que su gestión clínica y social es percibida como especialmente difícil. Todo ello implica que, más allá de la estratificación y de otros factores (el perfil de morbilidad, la presencia de fragilidad o el consumo de recursos), **la complejidad se fundamenta en el juicio profesional** (Generalitat de Catalunya, Pla de Salut 2011-2015).

Las **personas mayores con necesidades complejas**, que a menudo viven con multimorbilidad y discapacidades funcionales y cognitivas, tienen un riesgo sustancialmente mayor de discapacidad, hospitalización, institucionalización y mortalidad. **La atención de esta población suele estar descoordinada y fragmentada**, ya que las personas mayores con necesidades complejas suelen requerir el apoyo de varios proveedores de atención sanitaria y social, así como atención no profesional (conocida como *atención informal*).

Además, **la atención fragmentada tiende a provocar resultados de salud negativos**, como confusión y angustia del paciente, lagunas en la transmisión de información, duplicación de servicios, hospitalizaciones innecesarias y mayores costes de atención. Además, la coexistencia de fragilidad, discapacidad y/o multimorbilidad, aumenta la complejidad de las necesidades sanitarias y sociales de estos pacientes y, por tanto, **la necesidad de una atención individualizada, integrada y de alta calidad por medio de equipos interdisciplinarios coordinados por gestores de casos.**

Y, cuando hablamos de **cuidados de larga duración**, nos referimos a los servicios sanitarios y sociales diseñados para satisfacer las necesidades de las personas, la mayoría de las veces ancianos, cuya capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) se ha visto afectada por problemas de salud crónicos. La propia **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015)** define este tipo de cuidados, como “... *las actividades realizadas por otros para garantizar que las personas con o en riesgo de una pérdida continua significativa de capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana*”.

2. UN MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y CENTRADA EN LA PERSONA PROACTIVO, ACCESIBLE, INTEGRADO Y EFICIENTE PARA PERSONAS MAYORES CON NECESIDADES COMPLEJAS

A la vista de estos antecedentes, desde SOCISALUD entendemos que es necesario avanzar en la construcción -como ya han hecho otros países de nuestro entorno-, de un *subsistema de cuidados de larga duración* para personas mayores con necesidades complejas que **priorice la integración de intervenciones con el sistema de servicios sociales, la atención centrada y dirigida por la persona, los servicios y apoyos domiciliarios y comunitarios, y el envejecimiento en el lugar adecuado.**

El modelo que propone SOCISALUD contempla lo que a nuestro entender han de ser los pilares en torno a los que debiera nuclearse un futuro MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN para personas mayores con necesidades complejas, modelo que, en última instancia, ha de garantizar la provisión de unos cuidados accesibles, integrados, de alta calidad y eficientes para que las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia puedan disfrutar de un mayor bienestar y calidad de vida mientras vivan.

En línea con las recomendaciones de la OMS recogidas tanto en el “Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud” (2015), como en la “Década del Envejecimiento Saludable” (2021-2030)- el futuro modelo de cuidados de larga duración que propone SOCISALUD, debe nuclearse en torno a la necesidad de **adecuar los servicios sanitarios y sociales a la nueva realidad de la cronicidad.** Pero, al mismo tiempo, ha de suponer un importante proceso de cambio basado en un **compromiso político explícito**, una **adecuada dirección estratégica** por parte de los gestores de servicios, una **implicación activa de los profesionales** y una **apuesta audaz y decidida en defensa de las preferencias de las personas mayores** que desean seguir participando en la comunidad y envejeciendo en su entorno con dignidad.

Tomando como referencia las **propuestas realizadas por la OMS** a la hora de implementar las acciones prioritarias que faciliten la **adaptación de los sistemas de salud y de atención social** al envejecimiento de la población, se considera esencial:

- Crear servicios que proporcionen **atención integrada y centrada en las personas mayores** y garantizar su acceso.
- Orientar los sistemas en torno a la **capacidad intrínseca** (*la suma de las capacidades físicas y mentales de una persona*), teniendo en cuenta el entorno en el que habita la persona y su interacción con él. La relación entre la persona y el entorno en el que vive, y cómo interactúan, se conoce como **capacidad funcional** (*atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que es importante para ellas*).
- Adoptar **medidas que optimicen las trayectorias de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional** en el curso de la vida.
- Garantizar que se cuente con **personal sanitario y de atención social sostenible y debidamente capacitado**.
- Diseñar los sistemas de manera que permitan ayudar a las personas mayores a **envejecer en el lugar** y a **mantener las conexiones con su comunidad y sus redes sociales**.

3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL MODELO:

El *Modelo de Atención Comunitaria y Centrada en la Persona para personas mayores con necesidades complejas* que propone SOCISALUD, ha de nuclearse, a nuestro entender, en torno a los siguientes objetivos estratégicos:

3.1. Prevenir la fragilidad en las personas mayores:

- a) El envejecimiento poblacional y el aumento de la longevidad constituyen uno de los mayores logros alcanzados y suponen un reto para la transformación de los sistemas sanitarios ante los nuevos requerimientos de la población. **Las oportunidades que ofrece esta transición demográfica son tan amplias como las contribuciones que puede aportar a la sociedad una población de personas mayores que mantengan un envejecimiento activo y saludable.** Estas oportunidades vendrán marcadas por la capacidad que tengamos como sociedad de aumentar no solo la esperanza de vida de la población, sino que los años ganados se vivan con buena salud.
- b) La actualización del “**Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Personas Mayores**” (2022) subraya que el citado documento debe contribuir a fomentar un envejecimiento saludable y a un sistema de cuidados centrados en la persona. Su propósito es también contribuir a lograr un abordaje de la fragilidad homogéneo, mejorando su prevención, detección y manejo, destacando que la fragilidad es prevenible, tratable y reversible.
- c) En base a la evidencia científica más relevante y actualizada en el campo de la fragilidad, el elemento nuclear de este documento de consenso consiste en realizar una **detección precoz de fragilidad a la población de 70 o más años, en el ámbito de AP o en el comunitario**, con posterior derivación al sistema sanitario (fundamentalmente AP, en coordinación con atención hospitalaria cuando sea

oportuno), seguido de una intervención específica para revertir la fragilidad o evitar sus consecuencias.

- d) La intervención sobre la fragilidad se ha demostrado efectiva y costo-efectiva para promover vidas más largas y saludables. Para su manejo se recomienda la **Valoración Geriátrica Integral (VGI)**, que permite la elaboración de un plan terapéutico y de cuidados de forma participada con la persona, diseñando intervenciones dirigidas a sus necesidades individuales. Las intervenciones multifactoriales son más efectivas que las individuales y deben abordar la promoción de estilos de vida, ejercicio físico, nutrición, manejo de patología crónica y la revisión de polifarmacia para promover la independencia y prevenir eventos adversos. Además, **es fundamental un abordaje integrado e interdisciplinar con puerta de entrada en AP, y coordinada con servicios sociales, comunidad, cuidados intermedios y los centros hospitalarios.**

3.2. Llevar a cabo un enfoque transformador del sistema de cuidados:

- a) La mayoría de los países de nuestro entorno ya optaron hace varios años por construir modelos de atención para personas mayores frágiles que fueran más eficaces en términos de **mejora de su grado de autonomía, su participación y empoderamiento, su grado de satisfacción con los servicios recibidos** y, en definitiva, de **mejora de su calidad de vida**, al objeto de permitirles alcanzar estos objetivos de la manera más eficiente posible.
- b) La pandemia que estamos sufriendo, ha visibilizado la **fragilidad y las carencias de nuestro sistema de cuidados** y, con ello, la necesidad y la responsabilidad de proteger y permitir una vida digna a las personas más vulnerables. **Un cambio que sabíamos necesario pero que ahora se convierte en una prioridad.**

c) Por ello, entendemos que resulta inaplazable llevar a cabo un **enfoque transformador** en la forma en que se diseñan los sistemas y servicios de salud y atención social, para garantizar unos cuidados **de alta calidad, integrados, asequibles, accesibles y centrados en las necesidades y derechos** de las personas mayores, incluido el **derecho a la mejor salud y atención social posibles**.

3.3 Reorientar el modelo actual de cuidados a las personas mayores:

- a) Se necesita un cambio urgente en el modelo actual de cuidados porque en muchos de los recursos actuales **subyace una visión del cuidado más centrada en la enfermedad y en la discapacidad que en las necesidades/capacidades** de las personas. Ello conduce a que la persona se desdibuje, y que sus necesidades/capacidades queden difuminadas en categorías diagnósticas o perfiles clasificatorios.
- b) Además, gran parte de los cuidados que se ofertan a las personas mayores frágiles se planifican desde la lógica de su organización, **primando la eficiencia a través de sistemas rígidos** y concibiendo la atención como la ejecución de una serie de tareas muy estandarizadas. Ello se traduce en que **la persona ve muy limitada su libertad cotidiana y debe adaptarse (plegarse) a servicios y rutinas** que en ocasiones están muy alejados de lo que realmente necesitan, desean y de lo que les genera bienestar.
- c) No debemos olvidar que el cuidado debe respaldar vidas que merezcan la pena ser vividas, en las que **las personas puedan seguir tomando sus propias decisiones sin perder el control de lo que para ellas es importante**. Desde esta perspectiva, la personalización de la atención es algo irrenunciable, para lo cual además de **profesionales suficientes, formados y alineados en esta visión del cuidado**, el acercamiento y la escucha a lo subjetivo y a lo emocional resulta irrenunciable.

d) Para apoyar los procesos de mejora de los servicios, distintos países cuentan ya con **organismos expertos y promotores de la calidad** para impulsar la excelencia en el cuidado, generar y transferir conocimiento, diseñar modelos y herramientas de evaluación, así como difundir estrategias y materiales para la buena praxis profesional.

3.4. Favorecer/potenciar el envejecimiento en el lugar adecuado:

a) La mayoría de las personas mayores desean **envejecer en el lugar** (en su entorno habitual) –incluso cuando presentan un grado de dependencia moderado o grave. Por lo tanto, parece apropiado que el modelo de cuidados a desarrollar en el futuro deba tener como base de operaciones el **ámbito comunitario** (incluida la atención residencial, para situaciones de gran dependencia y/o la imposibilidad de ofrecer los cuidados en el domicilio de la persona).

b) **Envejecer en el lugar** es un término que a menudo se malinterpreta: se entiende como quedarse en su hogar actual. Ese puede ser el caso, pero también puede tratarse de una **amplia gama de otras opciones de vivienda** que se ofertan a este tipo de usuarios, dada la gran heterogeneidad de este segmento poblacional. **Envejecer en el lugar** se refiere a *“la capacidad de las personas mayores de vivir en su propio hogar y comunidad de manera segura, autónoma y cómoda, independientemente de la edad, los ingresos o el nivel de capacidad intrínseca. En general, esto se considera mejor para las personas mayores y también puede tener importantes ventajas económicas en términos de gasto en atención sanitaria”* (OMS, 2015).

c) Sin embargo, la escasa oferta actual de opciones de alojamiento para personas mayores frágiles requiere un **cambio radical en las políticas sociales que permita ofertar una amplia gama de opciones de alojamiento público** (en particular para

personas mayores con bajos ingresos) que les garantice un **continuum de cuidados accesible, seguro y adaptado** para poder llevar a cabo las transiciones oportunas a través de los dispositivos asistenciales existentes en función de las necesidades presentes y futuras de cada persona.

d) La **vivienda** como concepto y como paradigma se reconoce como solución al hábitat de las personas cuando envejecen y también al espacio de los cuidados de larga duración. El diseño interior y el entorno cercano y comunitario son determinantes para que este modelo sea realmente eficaz y coste-efectivo, siempre que exista un sistema sólido de provisión de apoyos y cuidados domiciliarios.

e) Como señalan numerosos expertos, el desarrollo y aplicación de este modelo (*"housing", en el argot internacional*) está suponiendo un importante "cambio cultural," que ha generado un amplio abanico de experiencias de viviendas y proyectos colectivos para personas en proceso de envejecimiento, con el propósito de mejorar su calidad de vida y, muy especialmente, su mundo relacional, huyendo de la soledad, pero también con la expectativa, convertida ya en realidad, de poder recibir apoyos y cuidados profesionales cuando sean necesarios.

f) En esta línea, **diferentes modalidades de cohousing, apartamentos, experiencias intergeneracionales, iniciativas en ámbitos rurales adaptadas a su población, proyecto de grupos de personas a los que les une su opción sexual, religiosa o de género**, proliferan en numerosos países, nutriendo así, además de iniciativas de carácter asociativo y autogestionario, un mercado emergente en el mundo de la economía plateada cada vez más interesante.

3.5. Garantizar la provisión de una atención sociosanitaria integrada y centrada en la persona:

- a) La OMS define la **atención centrada en la persona**, como *“un enfoque de atención que adopta conscientemente las perspectivas de los individuos, cuidadores, familias y comunidades como participantes y beneficiarios de sistemas de salud confiables que se organizan en torno a las necesidades integrales de las personas en lugar de las enfermedades, y respeta las preferencias sociales”*.
- b) El envejecimiento acelerado de la población española está conformando un nuevo perfil de usuarios de la sanidad y de los servicios sociales (**personas más mayores, pluripatológicos y más dependientes**), que aconseja reordenar la configuración del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales en entornos e intervenciones integradas para poder **responder de una manera más ágil, eficaz y coordinada a las necesidades complejas que presentan este tipo de pacientes**.

Las necesidades cambiantes de los pacientes crónicos complejos requieren un modelo de atención diferente. La resolución de problemas a partir del hospital de agudos pierde centralidad y, **lo novedoso y emergente, es la evolución hacia sistemas cada vez más integrados, adaptados a los diferentes territorios y con un protagonismo relevante de los profesionales de Atención Primaria y Comunitaria**.

- c) Para ello, **es imprescindible potenciar el papel de la Atención Primaria** como eje coordinador de los servicios sanitarios y sociales y puerta de entrada al sistema, **reforzando el papel del médico de familia y enfermera especialista en EFyC como agentes principales del paciente**, mejorando su capacidad clínica y sus herramientas para la gestión integrada del paciente/familia.

En concreto, se debería potenciar la incorporación de **enfermeras con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC)**, profesional que lidera en los Centros

de Salud (CS) las acciones de promoción tanto individualmente en consulta y domicilio como en proyectos grupales o acciones comunitarias. De igual manera, no debemos olvidar tampoco a los equipos de los Centros Municipales de Salud Comunitaria, (CMSC) del Ayuntamiento de Madrid, con profesionales sanitarios que diseñan y ponen en marcha acciones de promoción de la salud en y para la comunidad.

Asimismo, se debería **potenciar la incorporación de especialistas en Enfermería Geriátrica en las Unidades de Geriátrica de los hospitales**, que son los profesionales indicados, junto con otros profesionales del equipo interdisciplinar, para la realización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y seguimiento del paciente en coordinación con AP y la especialista en EFyC, todo ello con el fin de evitar/minimizar ingresos y estancias hospitalarias, riesgo de deterioro por ingreso, etc.

- d) Por otro lado, es necesario **fortalecer la atención social y sanitaria a domicilio, la hospitalización a domicilio y la telemedicina**, todo ello por medio de **equipos interdisciplinarios comunitarios coordinados por gestores de caso** para garantizar un control y seguimiento más eficiente de los pacientes complejos a lo largo del tiempo y una mejor colaboración entre los servicios hospitalarios y comunitarios, **potenciando al mismo tiempo el desarrollo de dispositivos de atención intermedia**.

En este sentido, y como resultado de la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas, muchas comunidades autónomas han creado nuevos roles de enfermería para dar respuesta a todos los niveles de cronicidad definidos según la estratificación del riesgo. Así, en la Comunidad de Madrid, tenemos:

- ROL ENFERMERA EDUCADORA ENTRENADORA: cuya misión es la prevención y promoción de la salud, acciones que en el ámbito de las personas mayores pretenden lograr un envejecimiento saludable, así como prevenir o revertir

estados de fragilidad y, con ello, evitar que desemboquen en situaciones de dependencia irreversible.

- ROL DE ENFERMERA DE ENLACE O CONTINUIDAD: creado en todos los hospitales, hace de nexo de unión entre AP y Hospital, aborda situaciones de complejidad adelantándose al alta de pacientes con necesidades sociosanitarias especiales y coordinan acciones que eviten ingresos o estancias innecesarias en urgencias.
- ROL DE ENFERMERA GESTORA DE CASOS: este rol apenas se ha desarrollado en nuestro país, salvo alguna experiencia puntual en alguna comunidad autónoma; Dentro de este rol, cada EFyC es la responsable de sus pacientes y quien mejor conoce las necesidades y preferencias tanto del paciente como de su familia. En concreto, en la Comunidad de Madrid, no se ha dotado de recursos ni capacitado a las EFyC para el desarrollo de todas las funciones inherentes a este rol.

e) Se pretende de esta manera mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores con necesidades complejas y limitaciones en su autonomía personal, estratificando a la población según su nivel de riesgo, para:

- Centrar las intervenciones sanitarias y sociales en las necesidades del paciente y de su familia.
- Asegurar la participación de todos los agentes y sistemas implicados, incluido el paciente y sus personas cuidadoras.
- Mantener a los pacientes en su entorno, disminuyendo la probabilidad de descompensaciones y/o la gravedad de éstas.
- Actuar en red de forma colaborativa según el principio de sustitución de cuidados (los servicios se han de prestar garantizando la equidad y allá donde sean más eficientes).

Sin embargo, para garantizar la prestación de una atención sociosanitaria integrada y centrada y dirigida por la persona y asegurar el acceso a ella, se **requiere que los sistemas se organicen en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores**, y que los servicios sean amigables con ellas y estén estrechamente vinculados con las familias y las comunidades. Al mismo tiempo, **el diseño de las trayectorias de atención integrada debe nuclearse en torno a dos principios básicos:**

- El **centro de la provisión de servicios** a las personas mayores frágiles **debe ser la comunidad.**
- El **ingreso en el Hospital de agudos** no tiene por qué ser necesariamente la primera opción.

f) En los últimos años, han surgido una serie de nuevas ideas en relación con el alcance de la atención integrada, siendo dos más significativos:

- El reconocimiento de que **involucrar y empoderar a las personas y las comunidades** debe ser un componente central de cualquier estrategia de atención integrada.
- Y, que **las estrategias de atención integrada podrían ser más poderosas cuando se orientan a la población y se centran en promover la salud**, por ejemplo, al unir la atención sanitaria y social con otros actores como la vivienda, las escuelas, los grupos comunitarios, la industria, etc.

La atención centrada en las personas también requiere que **los pacientes tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención** y que **las personas cuidadoras puedan lograr la función máxima dentro de un entorno de trabajo de apoyo.** La atención centrada en las personas es más amplia que la atención centrada en el paciente y la persona, y abarca no solo los encuentros

clínicos, sino que también incluye la atención a la salud de las personas en sus comunidades y su papel crucial en la configuración de la política de salud y los servicios de salud.

Los servicios de salud integrados y centrados en las personas requieren profesionales de la salud capacitados provistos de habilidades relevantes. Además de los beneficios para las comunidades y las poblaciones, los beneficios de un enfoque de atención integrada centrada en las personas también se extienden a los profesionales de la salud, que incluyen: mayor satisfacción laboral, cargas de trabajo más equilibradas y menos casos de agotamiento, y oportunidades de educación y capacitación para aprender nuevas habilidades, como trabajar en entornos de atención socio sanitaria en equipo.

Además, el desarrollo de **sistemas de atención centrados en las personas más integrados** tiene el potencial de generar **beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria y social** de todas las personas, incluido:

- Un mejor acceso a la atención.
- Mejores resultados de salud y clínicos.
- Mejor alfabetización en salud y autocuidado.
- Mayor satisfacción de los usuarios con la atención recibida.
- Alta satisfacción laboral para los profesionales sanitarios y de atención social.
- Mayor eficiencia de los servicios.
- Menores costes para los sistemas de protección social.

Como señala acertadamente Dennis L. Kodner (2013), un experto de reconocido prestigio internacional en diseño y planificación de servicios gerontológicos “... *Sin la integración en distintos niveles, todos los elementos de la provisión de la atención sufren: los pacientes pierden (y van perdidos); los servicios no se proporcionan correctamente (o llegan tarde); la calidad y la satisfacción de los pacientes bajan; y, el potencial de sostenibilidad del sistema disminuye...*”.

g) Por todo ello, entendemos que se trata de desarrollar de manera progresiva un **Modelo de Atención Comunitaria y Centrada en la Persona para personas mayores con necesidades complejas**, que reúna las siguientes características:

- Modelo de base poblacional accesible, ágil, eficiente, de integración de servicios y de alta calidad.
- Nucleado en torno a la Atención Primaria y Comunitaria (atención domiciliaria, centros de día y noche, servicios de proximidad, etc).
- Organizado en redes de proveedores de servicios.
- Con una dotación adecuada de recursos en todos los niveles asistenciales (equipos interdisciplinarios comunitarios, unidades geriátricas de agudos, hospitales de día, centros de media y larga estancia, centros de rehabilitación, equipos de paliativos, etc).

3.6. Reafirmar un enfoque de género en todas las políticas públicas:

a) La Perspectiva de Género permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y sus diferencias. Desde esa perspectiva se analizan las posibilidades vitales de unas y otros, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros; también los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar, y las múltiples maneras en que lo hacen.

La perspectiva de género o enfoque de género es una categoría analítica que acoge a todas aquellas metodologías y mecanismos destinados al «estudio de las construcciones culturales y sociales propias para las mujeres y los hombres, lo que identifica lo femenino y lo masculino» con el trasfondo de la desigualdad entre géneros en todas las clases sociales. Esta perspectiva busca examinar el impacto del

género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros.

b) La “perspectiva de género”, en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, capacitación o desarrollo de políticas o programas, implica:

- Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social, y discriminatorias para las mujeres.
- Que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas.
- Que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.

c) La *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, celebrada en 1995 en Beijing, adoptó la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing en materia de eliminación de todos los obstáculos para lograr la igualdad entre mujeres y hombres y asegurar la participación activa de la mujer en todas las esferas de la vida. Los Estados se comprometieron a garantizar a las mujeres el acceso equitativo a oportunidades sociales, económicas, políticas, laborales, educativas, culturales y de salud. En la conferencia se instó a los gobiernos, a la comunidad internacional y a la sociedad civil, incluyendo a las organizaciones no gubernamentales (las ONG) y al sector privado a participar en las soluciones a las siguientes problemáticas críticas:

- Persistente y creciente carga de la pobreza sobre la mujer.
- Acceso desigual e inadecuado a la educación, capacitación y a los servicios sanitarios.
- Violencia contra las mujeres.
- Desigualdad en las estructuras políticas y económicas, en todas las formas de actividad productiva y en el acceso a los recursos.

- Disparidad entre mujeres y hombres en el ejercicio del poder y la toma de decisiones en todos los niveles de autoridad.
- Mecanismos insuficientes para promover la superación de la mujer.
- Inadecuada promoción y protección de los derechos humanos de la mujer.
- Estereotipos sobre la mujer y desigualdad en su acceso y participación en todos los sistemas de información, en especial los medios masivos de comunicación.
- Desigualdades en materia de género, en el manejo de los recursos naturales y la protección del medio ambiente.
- Persistente discriminación y violación de los derechos de las niñas.

d) También es necesario apuntar que la violencia de género no desaparece con la edad.

Las mujeres mayores se enfrentan a distintos tipos de discriminación y violencia basados tanto en su edad como en el hecho de ser mujeres. Sin embargo, existen muy pocas campañas de sensibilización y prevención de la violencia de género dirigidas de forma específica a las mujeres mayores.

e) En cuanto a la **feminización de la pobreza**, las mujeres están en desventaja en lo que respecta a la asequibilidad de los CLD debido a ingresos más bajos que los de sus homólogos masculinos, interrupciones profesionales más frecuentes y expectativas de que las mujeres asuman responsabilidades de cuidado informal, que generalmente no son reconocidos ni remunerados, lo que impacta más fuertemente en las contribuciones a las pensiones de las mujeres cuando son mayores. Por este motivo, debería haber un mayor reconocimiento del trabajo informal realizado por mujeres y deberían existir políticas públicas que permitan elegir el tipo de atención deseada (por ejemplo, si la prestan informalmente miembros de la familia mientras reciben apoyo económico, la prestan formalmente trabajadores de atención remunerados en el hogar o formalmente en un entorno institucional).

Además, teniendo en cuenta que más del 80% de los trabajadores de atención social son mujeres, muchas de las cuales reciben salarios insuficientes y condiciones de trabajo poco atractivas debido a la falta de reconocimiento histórico del papel de la persona cuidadora y su contribución esencial al funcionamiento del Estado de bienestar, **los gobiernos deben garantizar la integración y armonización de los esfuerzos que apoyan la igualdad entre mujeres y hombres en todas las áreas políticas**, yendo incluso más allá de la Estrategia de Igualdad de Género 2020-25 para abordar también las preocupaciones sobre la pobreza. Es importante reconocer que, si bien la mayoría de los trabajadores que prestan CLD son mujeres, la mayoría de los gerentes son hombres, lo que pone de relieve los desafíos que aún persisten en materia de techo de cristal y de igualdad de género dentro del propio sector de atención social. En general, se deben mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de cuidados formales e informales y proteger sus derechos.

Asimismo, la igualdad de género requiere **reequilibrar los deberes de cuidado dentro de las familias** y adoptar políticas familiares y laborales que permitan a mujeres y hombres gestionar tanto las responsabilidades domésticas como el mercado laboral. Dichos cambios fomentarán la participación de las mujeres en el mercado laboral, fortaleciendo la capacidad productiva de las economías a medida que las poblaciones envejecen.

- f) Por lo que se refiere a **la soledad no deseada**, las mujeres mayores tienen mayor riesgo de soledad y de falta de apoyos y cuidados. Una encuesta del INE de 2019 ya señalaba que **el 72% de las personas mayores que viven solas son mujeres**. Ello se debe, en gran parte, a que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, se casan en menor medida que los hombres al quedarse viudas, cuentan con menos recursos para buscar apoyo externo cuando necesitan cuidados y tienen menos acceso a las nuevas tecnologías.

La **soledad** (una experiencia subjetiva que surge de los déficits cualitativos y cuantitativos en las relaciones sociales de una persona), se debe diferenciar del **aislamiento social** (se refiere a una red social cuantitativamente disminuida). Existen tres tipos de soledad: 1) **Social**: ausencia de conexión social, percepción de aislamiento social e insatisfacción con la calidad de relaciones); 2) **Emocional**: ausencia o pérdida de relaciones significativas que satisfagan una necesidad sentida de ser reconocido y 'pertenecer' a alguien o a un grupo (en el trabajo o en la familia); 3) **Existencial**: Un aspecto de la condición humana que expresa la separación de la persona de los demás (Moustakas, 1961, Cherry et al. 1993, Hauge et al. 2010). Sea cual sea la causa de la soledad, compete a las Administraciones Públicas (locales, autonómicas y estatales), detectar estas realidades y cubrir las necesidades que, como consecuencia de ellas, se generan.

3.7. Luchar contra el edadismo y otros tipos de discriminación:

- a) La OMS define el edadismo como los estereotipos (lo que pensamos), los prejuicios (como nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas debido a su edad. El edadismo tiene un fuerte impacto en nuestra salud y bienestar, y se asocia con una menor esperanza de vida, una salud física y mental más deficiente, una recuperación más lenta de las personas que padecen enfermedades crónicas, una peor vivencia de la discapacidad y un deterioro cognitivo.
- b) Por ello, necesitamos poner en marcha **campañas de sensibilización y concienciación que eliminen los estereotipos y prejuicios asociados a la vejez** desafiando el lenguaje, la cultura y las prácticas edadistas y discriminatorias hacia las personas mayores -tanto en la política como en la práctica asistencial- por medio de tres estrategias que han demostrado su eficacia:

- **la política y la legislación** que ayude a reducir el edadismo.
- **las intervenciones educativas** en todos los niveles y tipos de educación.
- **actividades intergeneracionales** que fomenten la relación e integración de personas de distintas generaciones.

Todo ello no solo favorecerá la lucha contra la soledad no deseada, sino que nos permitirá crear entre todos un mundo para todas las edades.

- c) Además, para evitar la discriminación por razón de edad, es indispensable fomentar el **Buen Trato (establecer relaciones satisfactorias basadas en la consideración, la empatía, el reconocimiento mutuo y la igualdad)**, y que el entorno de vida facilite los apoyos necesarios para que las personas mayores puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones con las demás personas.

La importancia del **buen trato** hacia este colectivo es un reto, no solo en la detección y actuación ante situaciones de abuso o trato inadecuado, si no como otro eje en la actuación con mayores, proporcionándoles un trato adecuado en la sociedad, la familia y los medios de comunicación, así como favoreciendo la visibilidad de las personas mayores en el entorno con toda su diversidad.

- d) Las **intervenciones de contacto intergeneracional**, una de las estrategias recogidas en el *Informe Mundial sobre el Edadismo de la OMS (2021)*, tienen como finalidad fomentar la interacción entre personas de diferentes generaciones y son una estrategia importante para abordar el edadismo. Habitualmente consisten en reunir a personas mayores y personas jóvenes para trabajar conjuntamente en tareas que fomentan la relación y la comprensión intergeneracionales.

Las actividades de contacto intergeneracional se dividen a menudo en las que comportan un contacto directo y las que utilizan un contacto indirecto. El **contacto directo** incluye una interacción presencial, que puede darse en diversos contextos, como la participación conjunta de personas mayores y jóvenes en juegos, tareas de jardinería, arte o musicoterapia; la enseñanza mutua; las visitas de personas jóvenes a residencias o la prestación de servicios con personas mayores; la realización de entrevistas amplias o debates por parte de personas mayores con personas jóvenes o viceversa; o que personas mayores y personas jóvenes vivan juntas, a lo que se denomina a veces “hogares compartidos”.

Entre las actividades de **contacto intergeneracional directo** más frecuentes se encuentran los **programas a nivel escolar** (encuentros de personas mayores con los estudiantes una vez por semana durante 1-2 h, para explicar realidades pretéritas, pintar o poner en común recetas y cocinar juntos), compartiendo intereses y puntos de vista, que no siempre coinciden, pero que deben ser entendidas y puestas en común por ambas generaciones.

Las **intervenciones de contacto intergeneracional indirectas** comportan que los participantes entren en contacto con otro grupo etario sin un encuentro directo o presencial. A veces se diferencia el contacto indirecto ampliado del imaginado. El **contacto indirecto ampliado** se produce cuando, por ejemplo, se sabe que un amigo de edad similar tiene amigos de otro grupo etario. Se basa en la idea de que los amigos de mis amigos son mis amigos. El **contacto indirecto imaginado** se da cuando se pide a una persona que imagine tener un encuentro positivo con una persona de otro grupo etario.

La teoría del contacto intergrupar explica de qué forma actúan las intervenciones de contacto intergeneracional para reducir el edadismo. La facilitación del contacto entre grupos en condiciones óptimas reduce los prejuicios intergrupales y, en menor

medida, los estereotipos, al reducir la ansiedad acerca del contacto intergrupar y aumentar la obtención de perspectiva y la empatía.

- e) En cuanto a la discriminación que sufre el colectivo de **personas mayores LGTBI**, debemos subrayar que se enfrentan al reto que supone afrontar su vejez haciendo frente a mayores tasas de soledad y aislamiento, y con menores apoyos de sus redes familiares que el resto de la población en general. La mayor parte de este colectivo, que históricamente ha sufrido una discriminación de sus derechos, siente o ha sentido el rechazo o el cuestionamiento por parte de sus familias, los propios servicios públicos o buena parte de la sociedad, por lo que esta situación de múltiple discriminación, a menudo silenciada o invisibilizada, condiciona su vida y bienestar.

Como señalan algunos expertos, el hecho de no tener pareja, vivir en soledad y no tener hijos son situaciones identificadas como "predictoras" de una soledad no deseada. Aunque existe gran diversidad en cuanto a situaciones y trayectorias vitales de personas LGTBI, sí parece que esta realidad se da "con mayor frecuencia" en el colectivo, de modo que se puede considerar que es efectivamente mayor su riesgo de sentir soledad.

Las personas mayores LGTBI pertenecen como mínimo a dos grupos estigmatizados: como colectivo han sido expuestas a violencias lgtbifóbicas y, como mayores, pueden ser "invisibles, más pobres, posiblemente menos autónomas y valiosas a nivel social". Todo ello se traduce en un mayor estrés psicosocial, más posibilidades de padecer soledad no deseada y más miedo a circular por espacios que se perciben como "poco seguros".

Sigue habiendo reivindicaciones que se deben cubrir para garantizar espacios seguros e inclusivos en entornos residenciales para personas mayores o en los propios

que existan leyes que reconozcan y garanticen una respuesta a las necesidades y demandas específicas de este colectivo, de ahí que la implicación de las administraciones públicas se considere crucial, como señalan diversos expertos.

3.8. Construir/rediseñar/adaptar ciudades y comunidades amigables con las personas mayores:

a) La iniciativa de la OMS “*Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores*” surge como respuesta al acelerado envejecimiento y urbanización de la población mundial. De esta manera y atendiendo a los desafíos que representan para las ciudades y países el envejecimiento, la OMS crea la **Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores** (Age-friendly World), a la cual, a día de hoy, se han sumado más de 1000 ciudades y comunidades alrededor del mundo.

Esta iniciativa, busca lograr que las ciudades se comprometan a ser más amigables con las personas mayores, aprovechando el potencial que representan para la humanidad. Una ciudad amigable con los mayores, alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación, movilidad y seguridad a fin de mejorar **la calidad de vida de las personas mayores en particular, y por ende de toda la población en general, a medida que se envejece.**

b) Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un lugar que adapta los servicios y estructuras físicas para ser más inclusivo y se ajusta activamente a las necesidades de su población, para mejorar la calidad de vida de esta cuando envejece. Una ciudad amigable fomenta el envejecimiento saludable al optimizar los recursos para mejorar la salud, la seguridad y **la inclusión de las personas mayores en la comunidad.** Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores:

- Trabaja para ofrecer a las personas mayores más oportunidades de participar en la vida cotidiana, envejecer de una manera activa y saludable, y vivir sin temor a la discriminación, exclusión o pobreza.
- Ofrece a las personas mayores la oportunidad de crecer y desarrollarse como individuo mientras contribuye a su comunidad.
- Permite que las personas mayores envejeczan con dignidad y autonomía.
- Fomenta el envejecimiento saludable a través las políticas, servicios, entornos, y estructuras.

c) La iniciativa de la OMS de construir/adaptar una **Ciudad y Comunidad Amigable con las personas mayores** incluye 8 áreas temáticas, desde las cuales las personas mayores diagnostican las ventajas y barreras que existen en su entorno, lo que se complementa también con la perspectiva de servicios y cuidadores en los sectores público, privado y voluntariado. Estas áreas son: 1) Vivienda; 2) Participación Social; 3) Respeto e Inclusión Social; 4) Participación Cívica y Empleo; 5) Comunicación e Información; 6) Servicios Comunitarios y de Salud; 7) Espacios al aire libre y edificios; 8) Transporte.

En una ciudad amigable con los mayores, las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas, mediante:

- El reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos existentes entre las personas mayores.
- La previsión de y respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento.

- El respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida.
- La protección de las personas más vulnerables.
- La promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas.

3.9. Potenciar el uso de la tecnología para lograr una longevidad saludable

a) El uso de la tecnología para aumentar los años vividos con buena salud representa otro alejamiento del enfoque tradicional de la medicina en el tratamiento de enfermedades. **La tecnología para una sociedad que envejece ha pasado por cuatro olas:** la primera ola resultó en tecnologías de asistencia diseñadas para mejorar la funcionalidad. La segunda trató la tecnología y el envejecimiento como un problema "inteligente", con un enfoque en la gestión, el seguimiento y la motivación del comportamiento de las personas, por ejemplo, a través de hogares inteligentes. En la tercera ola (actual), el papel de la tecnología en el envejecimiento se ve como una oportunidad económica para las empresas que pueden innovar productos con el potencial de incorporar vitalidad, funcionalidad, actividad y diversión y así ayudar a crear sociedades amigables con el envejecimiento. En una cuarta ola (paralela), el envejecimiento se ve como un problema de equidad e inclusión que puede ser abordado en parte por la tecnología.

b) **Las tecnologías digitales tienen el potencial de mejorar la longevidad saludable a nivel individual y del sistema.** Durante la pandemia de COVID-19, las compras de tabletas y dispositivos inteligentes aumentaron entre las personas mayores en muchos países, al igual que el uso de plataformas basadas en Internet para comunicarse, recibir servicios de atención médica, organizar entregas de comestibles y más. Estos aumentos en la adopción de tecnología por parte de las personas

mayores ilustran la **oportunidad que presenta la era digital actual para implementar innovaciones transformadoras para avanzar en la creación de sociedades amigables con el envejecimiento** que satisfagan las necesidades de las personas mayores y les permitan participar activamente y enriquecer sus comunidades. **La tecnología digital también ofrece el potencial de transformar los sistemas de salud reactivos para hacerlos proactivos, predictivos y preventivos** (OMS, 2021b).

- c) La tecnología presenta oportunidades para mejorar la longevidad saludable, pero **será necesario abordar también los desafíos**, como garantizar el acceso equitativo y la asequibilidad de los posibles tratamientos y tecnologías, abordar las inequidades relacionadas con la brecha digital y los determinantes sociales y digitales subyacentes de la salud y, finalmente, evitar el uso indebido de los datos generados por la tecnología inteligente y la necesidad de garantizar que los datos personales se utilicen solo para los fines previstos (OMS, 2021b).

3.9. Apoyo a los cuidadores familiares y profesionales del cuidado:

La actual infraestructura, servicios y apoyo de CLD en toda Europa son inadecuados para satisfacer las crecientes y complejas necesidades de la población actual cada día más envejecida. Existe una baja remuneración de los trabajadores de CLD y una baja valorización de este sector, siendo la mayoría mujeres inmigrantes.

Nos encontramos, además, con una excesiva y anárquica comercialización y mercantilización de los servicios de atención social y una falta de inversión en la prestación de servicios sin fines de lucro, incluyendo iniciativas de economía social y soluciones basadas en el hogar y la comunidad, incluidas inversiones en servicios de atención domiciliaria adecuados e integrales.

Resulta preocupante que existan desigualdades vinculadas a una dependencia excesiva de personas cuidadoras informales, que puede atribuirse a una

subvaloración del trabajo de cuidados desde un punto de vista social, profesional y económico, y que de hecho está creando un círculo vicioso para las mujeres. Mientras la sociedad no reconozca plenamente los beneficios del trabajo de cuidados, los gobiernos seguirán suprimiendo la inversión en el sector de los cuidados, lo que dará lugar a un círculo vicioso que reforzará las desigualdades entre hombres y mujeres.

Desafortunadamente, en la actualidad la reducción gradual de las redes de cuidados informales y el impacto de la emigración en las redes de cuidados familiares extendidos significa que muchas personas de 80 años o más necesitan mayores niveles de CLD formales. Por lo tanto, **esperamos una mayor presión para una mayor provisión pública y financiación de los servicios de CLD**, ahora y en las próximas décadas a medida que aumenten las necesidades de atención.

a) La **formación y el apoyo a las personas cuidadoras** es fundamental para:

- mantener la provisión de cuidados.
- garantizar el bienestar de las personas mayores y las personas cuidadoras.
- poder satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y económicas.

Para prevenir el agotamiento en el cuidado informal se deben ofrecer **alternativas de cuidado formal** (asequibles y disponibles) para todos los grupos socioeconómicos, lo que permitirá...

- facilitar el equilibrio entre el cuidado, el trabajo y el ocio.
- reducir la carga del cuidado para todas las partes involucradas.

La **capacitación** incluirá:

- las necesidades físicas de la persona mayor (control de la T.A, higiene...).
- desarrollo de habilidades de cuidado ético y compasivo.
- estrategias de autocuidado.

En cuanto a la **formación**, se debe:

- proporcionarla de acuerdo con las necesidades de las personas cuidadoras y las personas mayores a las que se cuida.
- capacitar a las personas cuidadoras en habilidades preventivas, para afrontar nuevos retos de necesidades de atención futuras e inesperadas, tales como descompensaciones de su estado general, complicaciones imprevistas, etc.

4.CAMBIOS DE PARADIGMA EN CLAVES DE FUTURO:

El Modelo de Atención Comunitaria y Centrada en la Persona para personas mayores con necesidades complejas que proponemos, ha de inspirarse también en los siguientes cambios de paradigma:

4.1. De la atención, a la prevención y la "inclusión":

Los proveedores de atención deben involucrarse más en la prevención y la inclusión. Se trata de realizar visitas preventivas a domicilio, activar a las comunidades para que incluyan a las personas mayores vulnerables del vecindario en las actividades comunitarias e incluso a los mayores de residencias. Y mantener a las personas mayores involucradas socialmente y tratar de que se sientan útiles.

Para desarrollar políticas públicas con actuaciones preventivas y de acompañamiento social en las distintas etapas de la ciudadanía de más edad, es necesario dotar a los servicios sociales de equipos multidisciplinares, propiciando una formación continua y especializada, de forma que puedan actuar de manera preventiva -no solo asistencial- y ser catalizadoras del cambio en los distintos estamentos y departamentos de la administración.

Igualmente, es necesario el diseño y desarrollo de programas para personas mayores en los distintos niveles de vulnerabilidad desde la perspectiva de la prevención, promoción y visibilización social, así como el desarrollo de forma homogénea desde la administración de los **servicios de atención domiciliaria no vinculados a dependencia**. Estos son claves en la prevención, detección y planificación de actuaciones junto con la persona objeto de acompañamiento, así como en el apoyo a las personas cuidadoras, incluyendo servicios y actuaciones del tipo: terapia ocupacional a domicilio, respiro familiar, grupos de autoayuda, etc.

4.2. Cambio de la “calidad de la atención” a la “calidad de vida”:

Es imprescindible llevar a cabo un cambio cultural en el proceso de atención a las personas mayores frágiles que debe evolucionar de la “**calidad de la atención**” (*calidad técnica*) a la “**calidad de vida**” (es decir, la forma en que se proporciona la atención (*calidad funcional*), y el efecto que produce en la calidad de vida). Y es necesario, también, implementar nuevos conceptos como la salud positiva y la calidad del servicio con el fin de centrarse más en el usuario y en la atención y los servicios para personas mayores.

En muchos países se **otorga mayor importancia a la evaluación de la calidad realmente dispensada** al estar el centro ya en funcionamiento, que a la comprobación de farragosos listados de requisitos relacionados con las condiciones materiales y organizativo-funcionales antes de comenzar a funcionar. **Los sistemas de evaluación de la calidad incluyen, habitualmente, tanto indicadores de estructura, como de proceso y resultado**, pero dan mayor peso a estos últimos, los cuales a su vez incorporan resultados vinculados no solo a aspectos clínicos, de salud y seguridad, sino también al **bienestar percibido** y a la **protección de los derechos de las personas en su vida cotidiana**.

A destacar también la opción seguida por distintos países de **hacer públicos los resultados de las inspecciones y de las evaluaciones realizadas a los centros**, lo que facilita no solo un mayor control por la población del funcionamiento de los servicios, sino también la transparencia de la información para que las personas puedan tomar sus propias decisiones en relación a quién confiar sus cuidados.

4.3. Redefinir/reorientar “lo institucional” a “hogar”:

En este apartado, hacemos nuestras las **recomendaciones de cualificados expertos en la materia** tanto de nuestro país como del ámbito internacional. Todos ellos subrayan que la mayoría de los países occidentales están avanzando hacia **modelos ecosistémicos de carácter comunitario**, generalmente territorializados en torno a la

dimensión municipal. **La respuesta a las necesidades y deseos de las personas se planifica en torno a su domicilio**, como espacio elegido para vivir aun cuando se necesite ayuda.

Ello está dando lugar a un **desarrollo incesante de modelos de atención en el ámbito comunitario**, generando un acusado descenso en los índices de cobertura de centros residenciales –centros que, al mismo tiempo, están experimentando un proceso de reformulación/reorientación hacia otro tipo de soluciones más próximas a los modelos domésticos- a favor de un incremento de **servicios e iniciativas de carácter domiciliario** que intentan dar respuestas integrales a necesidades diversas.

El paradigma vivienda se ha aplicado también en el proceso de reformulación de los centros residenciales en **unidades de convivencia** que respondan al principio **“si no es en casa, como en casa”**. Cada día es más frecuente la tendencia a abandonar los modelos residenciales tradicionales, buscando entornos de cuidado donde prime el carácter hogareño y la vida cotidiana significativa que se alejan de modelos y rutinas institucionales, asociadas a menor adaptación y diversas manifestaciones de malestar emocional especialmente entre las personas con demencia.

Sin embargo, sin un buen modelo de cuidados en el domicilio y entorno comunitario, el marco conceptual “vivienda” como solución para las personas en situación de dependencia no tiene futuro. En definitiva, **se trata de avanzar en la implantación de un modelo de cuidados de larga duración de carácter ecosistémico, territorializado y basado en el concepto “vivienda para toda la vida”**.

El modelo basado en el concepto **“vivienda para toda la vida”**, debe contar con un **sólido sistema de provisión de atenciones, apoyos y servicios domiciliarios de base comunitaria**. La imprescindible coordinación de cuidados sociales, sanitarios, familiares y otros procedentes de la acción voluntaria y comunitaria pueden ser

Para **facilitar el ambiente hogareño en los centros y abandonar “lo institucional”**, se trata de reorganizar los centros en pequeñas unidades residenciales modelo hogareño, lo cual implica actuaciones referidas al diseño del espacio físico y a la organización de la actividad diaria. En relación al diseño y organización de las viviendas o miniapartamentos, es recomendable que:

- Su tamaño sea limitado sobre todo cuando son personas con demencia (no más de 12 personas).
- Los espacios comunes sean susceptibles de subdivisión, en función de la disponibilidad de cuidadores y del tipo de actividad que se lleve a lo largo día.
- Se ubiquen en torno a un espacio común central que disponga de una cocina comedor y de un salón de estar donde se realiza la vida cotidiana con estas personas.
- Cuenten con un espacio amplio amueblado por la persona que garantice su intimidad, autonomía e identidad.
- Se organicen siguiendo criterios de afinidad personal, intereses y modos de vida similares, en vez de según grados de dependencia.
- Aplicar los principios de la Teoría Sensorial en arquitectura, introduciendo los protocolos de color para crear los ambientes emocionales y conductuales óptimos, que sean "aliados" de la atención y cuidados que las personas mayores necesitan.

Promover un acceso sencillo y seguro a zonas que permitan estar al aire libre (jardín, terrazas o incluso barrios de la urbanización), de máxima importancia para las personas con demencia, evitando que estén “encerradas” en unidades, que puedan caminar en zonas exteriores, experimentando sensación de libertad. Y, además:

- Fomentar el contacto social con el barrio y personas de distintas edades.
- Organizar la presencia habitual y planificada de voluntariado en los centros.

- Fomentar y apoyar la presencia y colaboración familiar en la actividad cotidiana del centro.
- Ofrecer oportunidades y apoyos para que las personas puedan mantener sus prácticas religiosas y espirituales.
- Respetar la diversidad cultural en cuanto a hábitos (comida, vestido) y modos de vida, sensibilizando y formando a los profesionales en este tema.
- Prestar una especial atención a la búsqueda del bienestar y de la vida significativa en personas con demencia (estímulo a la participación en actividades cotidianas, utilización de música personalizada, etc.).

Finalmente, para avanzar en la personalización de la atención, la protección de derechos y el bienestar de los residentes en instituciones que reciben cuidados:

- Desarrollar estrategias para visibilizar, informar y apoyar los derechos de las personas que viven en residencias.
- Prestar especial atención a la **protección de sus derechos**, así como a la búsqueda del **bienestar de las personas con demencia**.
- Realizar **planes personalizados de atención** que incorporen objetivos de cuidados y objetivos relacionados con el aseguramiento de derechos.
- Impulsar y facilitar la **participación de la persona, y en su caso, de alguna persona cercana** (familia o amistad) **en el diseño y realización del plan de atención**.
- Valorar, y en su caso apoyar, las preferencias personales importantes para las personas, evitando la tendencia a restringir la libertad ante situaciones que supongan el mínimo riesgo para la seguridad de la persona.

4.4. Formar a profesionales para la "co-creación con la familia":

Prestar atención ya no es un mero dominio del "profesional de la atención". Durante demasiado tiempo, los entornos institucionales han sido sistemas cerrados. La co-creación con la familia involucra a la familia en el entorno del cuidado directo lo que redunda en beneficios para el mantenimiento de las relaciones afectivas, teniendo en cuenta, además que la familia también puede desempeñar un papel como alerta temprana a través de la tecnología.

4.5. Cambio de un enfoque médico a un "enfoque social y de servicios":

El "modelo médico" sigue siendo dominante en el cuidado de los ancianos. Un enfoque social y de servicio relacionado con la calidad de vida debe ser predominante sin negar que la atención médica juega un papel importante en segundo plano cuando el usuario no tiene problemas de salud.

En cuanto al **modelo de atención** se aprecia en el conjunto de países analizados una clara apuesta por avanzar más allá de lo sanitario y lo asistencial. La línea rectora reside en el enfoque de **atención integral e integrada y centrado en las personas** que busca la personalización de la atención, protegiendo derechos y velando, especialmente, además de la seguridad y los cuidados integrales, por el bienestar personal y el apoyo a una vida significativa.

4.6. Organizar desde un dominio del sistema, hacia un "enfoque centrado en la persona":

Se constata un creciente interés en apoyar **procesos de desarrollo organizacional para avanzar desde organizaciones jerárquicas a centros colaborativos** donde se

alienta y canaliza la participación de los profesionales junto con las personas usuarias y sus familiares, se anima al aprendizaje y se incentiva a la mejora continua y la innovación. El mensaje es claro, **precisamos un cambio cultural en la visión del cuidado y para ello debemos transformar las organizaciones** - mejorando la coordinación entre usuarios (y familiares), Servicios de Atención Primaria y Servicios Sociales locales- hoy muchas ellas obsoletas y ancladas en modelos organizacionales que no generan bienestar a nadie.

Los servicios y organizaciones que dispensan cuidados de larga duración van tomando cada vez mayor consciencia de un enfoque que concede importancia a lo grupal, a los procesos de los equipos y a la dimensión organizacional. Además, también hay que reseñar que los modelos residenciales de la mayoría de los países occidentales, apuestan por la **participación en la definición de los servicios de los distintos actores del cuidado**. De este modo se han puesto en marcha estrategias, como la creación de órganos de participación para fomentar y canalizar la participación de familias, residentes y profesionales.

En cuanto a los **profesionales y equipos**, se constata en los países e iniciativas más innovadoras un importantísimo cambio en el rol de los profesionales, vinculado al enfoque de **atención centrada en la persona**, cuyo punto de partida es una visión centrada en el reconocimiento del valor de la persona, así como al propósito de cuidar respetando y apoyando el proyecto de vida y la identidad personal.

5.ACCIONES PRIORITARIAS EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES:

A continuación, proponemos algunas medidas que consideramos prioritarias para un cambio de modelo de atención que garantice unos **cuidados de alta calidad, integrados, asequibles, accesibles y centrados en las necesidades y derechos de las personas mayores**, incluido el derecho a la mejor salud y atención social posibles.

5.1. Nivel De Atención Primaria:

En un entorno en el que predominan la complejidad clínica, la fragilidad y la dependencia, los cupos, tal como se entienden hoy, están perdiendo efectividad. Por ello, como proponen cada vez más expertos, **la Atención Primaria debería reorganizarse en función de subgrupos de usuarios/pacientes con necesidades de atención similares**. De esta manera, cada usuario dispondría de un equipo asistencial de referencia con competencias que se ajustarían a las previsiones de su ámbito de complejidad.

Acciones Prioritarias En El Nivel De Atención Primaria:

En el ámbito de la Atención Primaria es necesario llevar a cabo un **rediseño organizativo progresivo nucleado en torno a una serie de elementos estructurales y organizativos**, como se detalla a continuación:

En cada Centro de Salud debería existir, al menos, **un equipo interdisciplinar para la atención de pacientes crónicos de alta complejidad** integrado por: *médico de familia y enfermero/a de EFyC del paciente, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social, farmacéutico comunitario y psicólogo clínico*, y coordinado por un **gestor de casos** (enfermero/a o trabajador social, dependiendo de la complejidad clínica y/o social del paciente). **Estos equipos contarían con el asesoramiento permanente de geriatras, psicogeriatras y médicos rehabilitadores para la resolución de casos complejos**, y deberían reunir una serie de atributos:

- Mentalidad generalista y comunitaria.
- Potenciación del trabajo enfermero domiciliario.
- Dotar de los recursos necesarios para el desarrollo de las competencias avanzadas de los/las enfermeros/as en la toma de decisiones (que implican movilización de recursos, en situaciones de crisis).
- Autoridad clínica sobre los profesionales del hospital y de los servicios sociosanitarios.
- Capacidad para coordinar servicios hospitalarios a domicilio o en residencias.

La evidencia sugiere que **los modelos de provisión de servicios para las personas mayores con necesidades de atención complejas**, deben reunir las siguientes características:

- Intervenciones a nivel comunitario y domiciliario.
- Evaluaciones centradas en la persona y Planes de Atención integrados.
- Objetivos y toma de decisiones compartidas.
- Apoyo al autocuidado.
- Equipos de atención interdisciplinar.
- Información unificada o sistemas de intercambio de datos.
- Compromiso de la comunidad y apoyo a la persona cuidadora.
- Vínculos formales con atención social y servicios de apoyo.

Los equipos interdisciplinarios deben llevar a cabo un seguimiento proactivo del paciente en su domicilio, con un control exhaustivo del proceso para prevenir descompensaciones a través de llamadas de control por personal de enfermería, planteando preguntas que puedan desvelar signos de alarma. Con el tiempo, el paciente y/o la persona cuidadora aprenden a detectar estas alertas, después de un proceso de formación en autocuidados.

Si el paciente requiere ingreso hospitalario, **el gestor de casos se encarga de gestionar el ingreso y planificar el alta precoz con los profesionales referentes del hospital.** De esta manera, la AP (o, en su caso, la Atención Intermedia), estarán preparadas para ocuparse del paciente tras recibir el alta y facilitar su regreso al domicilio y/o residencia en las mejores condiciones posibles.

5.2 Nivel De Atención Comunitaria-Domiciliaria:

En el Ámbito de la Atención Comunitaria-Domiciliaria, **los elementos clave de la reorganización a nivel local** (entorno comunitario), son:

- Establecer estrategias compartidas de detección, valoración interdisciplinar y planificación proactiva de la atención.
- Atención de calidad en las transiciones asistenciales.
- Garantizar un continuum asistencial, con respuesta personalizada a crisis y descompensaciones, las 24 horas/7 días de la semana.
- Despliegue de recursos de atención intermedia como alternativa a la hospitalización.
- Planes de atención colaborativa e integrada con los servicios sociales.
- Atención en el domicilio y en contextos residenciales.
- Atención a las trayectorias de final de vida.

Es importante garantizar la cobertura de una serie de servicios y apoyos comunitarios muy valorados por las personas mayores, como: *transporte comunitario, adaptaciones de la vivienda, gestión de la medicación, compras, actividades sociales, uso de TICs, apoyo a las personas cuidadoras, asesoramiento, etc.*

Un recurso escaso pero cada día más necesario en el ámbito de la atención comunitaria-domiciliaria son los **Centros de día y de noche**, claves en los cuidados a las personas y en el acompañamiento a las familias y entorno, así como fundamental en el mantenimiento de la persona en la comunidad. Estos recursos deberían dotarse de

forma pública en función del número de habitantes mayores de 65 años de cada municipio de manera que garantizáramos el acceso a un mayor número de personas solicitantes en espera de plaza y que no pueden sufragar de forma privada el servicio.

5.3 Nivel De Atención Especializada:

Los **pacientes con necesidades asistenciales complejas** al ingresar en el hospital de agudos (HA):

- Deben recibir un servicio en consonancia con el que reciben en la comunidad.
- El **tiempo de hospitalización** debe ser lo más breve posible para minimizar las complicaciones inevitables que genera la estancia hospitalaria dada la fragilidad de este tipo de usuarios (disminución de la capacidad funcional, desorientación, depresión, mayor riesgo de infecciones, etc).
- Los **hospitales deben disponer de equipos interdisciplinarios** que cuenten con médicos con visión generalista, enfermeras especialistas en geronto-geriatria y trabajadores sociales conectados con sus colegas comunitarios.
- Todas las decisiones que deban tomar estos profesionales, han de hacerlas habiendo sido compartidas con los propios pacientes y sus familias, y con los profesionales de AP.
- Los médicos especialistas del hospital (geriatras, rehabilitadores, internistas, cardiólogos, neumólogos, neurólogos, etc.) deben actuar como consultores y servicios de apoyo al equipo específico de Atención Primaria responsable de la atención a pacientes crónicos complejos.

Acciones Prioritarias En El Nivel De Atención Especializada:

Servicios de Urgencias:

Se deben **proyectar áreas específicas para pacientes frágiles y pluripatológicos** con el fin de evitar desorientaciones, caídas, úlceras, etc., así como **adecuar espacios silenciosos para reunirse las familias y los equipos implicados** con el fin de favorecer la toma de decisiones compartida. En concreto, los servicios de urgencias deberían:

- Incorporar una **metodología geriátrica en su práctica asistencial** (llevar a cabo una **Valoración Geriátrica Integral [VGI]**: clínica, funcional, mental y social, herramienta que reduce la mortalidad hospitalaria y los reingresos, por lo que todos los clínicos que tratan a personas mayores, de cualquier especialidad, deberían recibir formación en VGI).
- Elaborar un **Plan de Atención Personalizado (PaP)** y ser muy precisos con los criterios de ingreso: se ha demostrado que si se sigue esta metodología, los pacientes tienen un 30% más de probabilidades de sobrevivir y volver a casa.

Plantas de hospitalización:

La edad no debería ser nunca una barrera para recibir una atención apropiada, coordinada, segura, eficiente y efectiva. **Los pacientes geriátricos desean que se les dedique tiempo y ser escuchados**, requisitos que van en contra de las formas de trabajo de las plantas de hospitalización. Por ello, **el personal de planta debería desarrollar habilidades comunicativas específicas** para garantizar una atención de calidad a los pacientes crónicos complejos.

Los **Hospitales de agudos (HA)** deben desarrollar pautas de prevención de las principales iatrogenias hospitalarias, la mayoría de las cuales son competencia del personal de enfermería: úlceras por presión (UPP), desorientación (y delirium), infecciones, caídas, desnutrición, tromboembolismo, deshidratación, etc. Conviene señalar, además, que la

estancia hospitalaria prolongada puede aumentar, por sí misma, la fragilidad del paciente.

Las órdenes médicas, prescripciones e interconsultas de las plantas de hospitalización se deberían ajustar, también, al plan previamente elaborado por el equipo de atención primaria (EAP). Para ello, cuando un paciente crónico complejo esté ingresado, **se deberían convocar sesiones socio-clínicas con la presencia de los referentes del EAP** para fomentar la coordinación y las derivaciones entre hospital y domicilio y/o nivel de atención intermedia.

5.4 Nivel De Atención Intermedia:

La atención intermedia comporta la **transición del paciente de un episodio de hospitalización aguda** (que conlleva una dependencia clínica y social) **a su domicilio o residencia**, tras un periodo de recuperación funcional, si bien representa un nivel asistencial con escaso desarrollo en nuestro país.

El **perfil de pacientes que precisan cuidados intermedios** (pacientes subagudos) se corresponde generalmente con: *convalecencias tras ingresos complicados, inmovilismo, fragilidad y pérdida de la capacidad para las AVD, continuación de tratamientos* (fracturas de cadera, ACVs, implantación de prótesis...), *enfermedades crónicas* (insuficiencia cardiaca, renal o pulmonar o pacientes con UPP o de origen vascular) que precisan de un mayor tiempo para el control de sus alteraciones y poder conseguir una recuperación funcional o cuidados paliativos.

Los pacientes subagudos, **generalmente mayores, pluripatológicos, polimedicados y con alta vulnerabilidad, están expuestos a un alto riesgo de complicaciones evolutivas que provocan ingresos prolongados** (y reingresos), **y requieren cuidados específicos** en centros/dispositivos de atención intermedia (*unidades de postagudos, hospitalización de alta intensidad, hospital de día, hospitalización a domicilio, residencias*

sociosanitarias acreditadas, centros de rehabilitación comunitarios, atención sociosanitaria a domicilio, etc).

Finalmente, los cuidados intermedios permiten liberar recursos de los HA y regular la utilización de otros servicios sanitarios (consultas, visitas a urgencias...). Por ello, **es urgente diseñar nuevas estructuras o reconvertir los servicios ya existentes para hacer frente a la demanda futura procedente del progresivo envejecimiento de la población.**

Acciones Prioritarias En El Nivel De Atención Intermedia:

Teniendo en cuenta los problemas derivados de la creciente demanda y la escasez de recursos de atención intermedia con que cuenta nuestro país, consideramos necesario para el desarrollo de este nivel asistencial llevar a cabo las siguientes medidas:

- **Proponer los cuidados intermedios como una urgente prioridad política**, dado el papel tan destacado que juegan en la contención de la demanda en hospitalización de agudos, y en la implementación de un modelo de atención más integrado, efectivo y eficiente para los pacientes con necesidades complejas.
- Desarrollar un **sistema de acreditación de centros** que permita garantizar la calidad de los servicios y aumentar la visibilidad de la atención intermedia entre los usuarios.
- **Establecer un marco normativo** que defina de forma clara el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación. De esta manera, se garantizaría la equidad de los cuidados intermedios en cada Comunidad Autónoma, al tiempo que serviría para adaptar el modelo asistencial a los nuevos retos demográficos y sociales.
- **Adaptar el desarrollo de la oferta a los recursos ya disponibles en cada Comunidad Autónoma.** Se trataría de aprovechar los recursos ya existentes (bien

en centros de media y larga estancia, hospitalización a domicilio o centros residenciales acreditados) y aumentar necesariamente la capacidad mediante la creación de nuevas plazas para generar una oferta basada en necesidades reales.

- La implementación de estas acciones contribuirá, sin duda, a una mejora de la calidad de atención, una mayor satisfacción de los pacientes, una contención de la enorme demanda en hospitales de agudos, y una mayor eficiencia del sistema.

Afrontamos un proceso que implica un **cambio cultural en el cuidado**, así como una **transformación estructural y funcional de las organizaciones** que atienden a las personas mayores con necesidades complejas, por lo que necesitamos un modelo de cuidados profesionalizado y muy centrado en valores, lo cual supone un reto complejo pero necesario e inaplazable.

Necesitamos diseñar comunidades y entornos de vida inclusivos que sitúen a las personas mayores con sus necesidades y preferencias en el centro del sistema de cuidados, en lugar de seguir anclados en un sistema que gira en torno a la enfermedad, las necesidades de los gestores y clínicos, y la política de los proveedores de servicios.

Desde SOCISALUD instamos al gobierno de la Comunidad de Madrid a que, en vez de invertir en la institucionalización de las personas mayores en situación de fragilidad, lo hagan en servicios comunitarios; en lugar de catalogar a los pacientes según los recursos que se cree que se les adecuan más, evalúen qué necesitan para seguir viviendo en su casa; y, a que cambien la mentalidad de planificar estructuras por la de valorar necesidades.

A través de su trabajo, los medios de comunicación, los responsables políticos y las industrias culturales y de ocio pueden cambiar la visión de las personas de edad avanzada muy asociada con estereotipos discriminatorios como fragilidad, vulnerabilidad, dependencia y baja competencia, hacia una vida de igual valor y propósito que merece no solo un trato digno, sino también el respeto a las preferencias y decisiones de las personas mayores sobre cómo y dónde desean ser atendidos.

NOTA: El Grupo de Trabajo que ha elaborado este documento agradece todas aquellas aportaciones y sugerencias que desde distintos ámbitos y sectores profesionales relacionados con la atención a las personas mayores puedan contribuir a favorecer el envejecimiento en la comunidad y a luchar contra el edadismo y la discriminación por razones de edad, así como a mejorar la calidad de los cuidados, la participación social, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores con necesidades complejas.

6 Referencias:

1. Assistive devices and technologies. Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/disabilities/technology>, accessed 1 May 2019).
2. Community-based health workers (CHWs). Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/hrh/community>, accessed 2 April 2019)
3. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Estratificación de pacientes crónicos. 2015.
4. Corral J. Provisión de atención integrada a personas mayores en situación de dependencia. Revista de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Volumen 46, número 2, Septiembre 2006.
5. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Descripció i consens dels criteris de complejidad assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Barcelona. 2010. [citado Marzo 2016]. Disponible en: http://canalsalud.gencat.cat/web/.content/home_canal_salud/professionals/recursos/protocols_i_recomanacions/03_ambitsociosanitari/descripcio_consens_criteris_complejidad_assistencia.pdf
6. Díaz Veiga, Pura; Sancho, Mayte (2012). "Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para 'vivir como en casa'" Madrid, Informes Portal Mayores, nº 132. [Fecha de publicación: 15/06/2012]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>
7. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. Chest. 2005;128(6):3925–36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
8. Ducharme F, Lebel P, Bergman H. Vieillesse et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXI siècle. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé ; 2001; 8:2:110-121.
9. Framework on integrated, people-centred health services: report by the secretariat. Geneva: WHO; no date (A69/39; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>, accessed 2 April 2019).
10. Fried L Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA and the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M146-56.
11. Fundación HelpAge International España. Cuaderno 2: El derecho de las personas mayores a la salud y a la calidad de vida. Colección, Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores desde los derechos. Madrid, Junio 2021.
12. Generalitat de Catalunya; Pla de Salut 2011-2015. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos. Versión 5.0 de 28 de julio de 2016.
13. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, accessed 2 April 2019).
14. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Mertnoff R, Tripodoro W, Cattaneo W. Recomanacions per a l'atenció integral i integrada de persones amb malalties o condicions cròniques avançades i pronòstic de vida limitat en serveis de salut i socials: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.0 (2016). [citado Marzo 2016]. Disponible en: <http://mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/files/2016/02/NECPAL-3.0-2016-GENERAL-CAT.pdf>
15. Ham C, Alderwick H Place-based systems of care. A way forward for the NHS in England [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-systems-care>
16. Heinz, M., & Beringer, R. (2023, March 15). Aging with dignity: 2SLGBTQI+ seniors in British Columbia. Research report prepared for Dignity Seniors Society, Vancouver. Available from www.dignityseniors.org. DOI: 10.13140/RG.2.2.21090.20165

17. Hernansanz F, Berbel C, Martínez-Muñoz M, Alavedra C, Albí N, Palau L, Cobo C, Matías V, Bonet JM, Blay C, Ledesma A, Constante C. Complex needs care form people with chronic diseases: population prevalences and characterization in Primary Care.16th International Conference for Integrated Care 2016. Barcelona
18. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, accessed 2 April 2019).
19. Integrated care for older people: Guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, accessed June 2019).
20. Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roqué Fíguls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Intermediate hospital care for subacute elderly patients as an alternative to prolonged acute hospitalization. *Gac Sanit.* 2012 Mar-Apr;26(2):166-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.07.007. Epub 2011 Oct 11.
21. Junta de Castilla y León. Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo, Julio 2015[citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
22. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: Meaning, logic, applications and implications: A Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2/November, 2002.
23. Leading collaboratively with patients and communities. [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.kingsfund.org.uk/leadership/leading-collaboratively-patients-and-communities>
24. Martínez Rodríguez, Teresa; Díaz-Veiga, Pura; Rodríguez Rodríguez, Pilar; Sancho Castiello, Mayte (2015). "Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos." Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12. [Fecha de publicación: 30/07/2015]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
25. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid, 2019.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/>
27. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
28. Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira JJ, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, Solas O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit* 2013; 27: 128-134.
29. OPIMEC (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas). Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. 2011.
30. Osakidetza. Gobierno Vasco. Estrategia para abordar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010.
31. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363:2477-81.
32. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *Journal of Gerontology* 2007; 62ª.(7): 722–727 [citado Marzo 2016]. Disponible en: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/62/7/722.full.pdf+html>
33. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013; May 2;346:f2510. doi: 10.1136/bmj.f2510.
34. Serra-Sutton V, Espallargues M, Escarrabill J. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [citado junio 2016]. Disponible en http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Informe_indicadores_Cronicidad_120516.pdf

35. Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; no date (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-andneglect>, accessed 2 April 2019).
36. The MacColl Center for Health Care Innovation. The Chronic Care Model. [citado Marzo 2016]. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2
37. Tinetti, M. E, Fried, T R, Boyd, C M. Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition — Multimorbidity. JAMA 2012 307, 2493–2494
38. Varela J. Avenços en gestió clínica. [citado Marzo 2016]. Disponible en <http://gestioclincavarela.blogspot.com.es/2013/10/avaluant-latencio-la-cronicidad-dues.html>.
39. World Health Organization (WHO); World report on ageing and health. Geneva. 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 2 April 2019).
40. World Health Organization. (2021). Global report on ageism. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/340208>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
41. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017;5(2):e147-e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
42. Zunzunegui M^a V. Los servicios integrados para la población mayor con dependencia. Informes Portal Mayores, N^o 69; 2006.

7 Autores:

Grupo de Trabajo “ENVEJECER EN LA COMUNIDAD CON DIGNIDAD”.

Figuran por orden alfabético:

- **Julián Corral:** Médico de Salud Pública - Gerontólogo Social, Experto en Planificación y Asesoramiento de Servicios Gerontológicos (Consultoría Albor).
- **Adolfo García:** Presidente de Sociedad Civil por la Salud (SOCISALUD), Presidente de la Plataforma de Afectados por Hepatitis C de Madrid (Plafhc Madrid).
- **Jesús Lolo:** Funcionario del Ayuntamiento de Leganés (jubilado).
- **Ana López-Torres Escudero:** Enfermera. Especialista en Atención Familiar y Comunitaria. Vocal de la Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP).
- **Marisa Pérez:** Concejala de Mayores y Bienestar Social del Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid
- **Lucía Villegas:** Funcionaria de Justicia (jubilada), Vocal del Consejo Municipal de Mayores de Rivas, Experta en Políticas Sociales.

Coordinador del Grupo de Trabajo: **Julián Corral.**

Madrid, enero 2024



SOCIEDAD CIVIL POR LA SALUD
SOCISALUD