

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN
SANITARIA



TESIS DOCTORAL

**Dependencia en el anciano frágil: aspectos médico legales y
deontológicos**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Miguel Ángel Acosta Benito

DIRECTORES

Fernando Bandrés Moya
Esther López Barrero

Madrid, 2017



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria

UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

DEPENDENCIA EN EL ANCIANO FRÁGIL

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y DEONTOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL

Programa de doctorado en Investigación Biomédica

MIGUEL ÁNGEL ACOSTA BENITO

Bajo la dirección de los doctores
FERNANDO BANDRÉS MOYA, ESTHER LÓPEZ BARRERO

MADRID, 2015.



Informe del Director de la Tesis Doctoral

DATOS DE LA TESIS DOCTORAL	
Nombre del Doctorando	MIGUEL ÁNGEL ACOSTA BENITO
Título de la Tesis	DEPENDENCIA EN EL ANCIANO FRÁGIL: ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y DEONTOLÓGICOS
Facultad o Centro	FACULTAD DE MEDICINA

DATOS DEL DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL	
Nombre Completo	FERNANDO BANDRÉS MOYA
Centro al que pertenece en la actualidad	FACULTAD DE MEDICINA. DTO DE TOXICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN SANITARIA
D.N.I./Pasaporte	51600684T
e-mail	fbandres@med.ucm.es

	VALORACIÓN DE LA TESIS			
	Muy Buena	Buena	Suficiente	Deficiente
Originalidad	X			
Definición Objetivos	X			
Metodología	X			
Relevancia Resultados	X			
Discusión / Conclusiones	X			

INFORME (en caso necesario se podrán añadir más hojas):

El proyecto de tesis de d. Miguel Ángel Acosta desarrolla un estudio innovador sobre los nuevos conceptos de fragilidad en el anciano. La hipótesis y metodología permiten un estudio detallado sobre la muestra de pacientes seleccionada, de forma que los resultados obtenidos son de gran interés no solo clínico sino, y sobre todo, de los obtenidos de carácter médico legal, por cuanto permiten aplicaciones relevantes en el marco de la atención sanitaria, especialmente en la Atención Primaria. Así se pone de manifiesto en algunas de las publicaciones realizadas en el marco temporal de este estudio.

Desde un punto de vista médico legal la tesis es especialmente importante por las novedades que aporta en sus criterios objetivos para evaluar al anciano frágil y pre frágil, con las importantes repercusiones que plantea desde el punto de vista de derechos y deberes del paciente y la familia, distribución de los recursos sanitarios y políticas de salud.

Los resultados obtenidos, elementos de discusión y conclusiones son coherentes en todos sus aspectos y acordes con la hipótesis, objetivos y metodología de estudio utilizada.

Reúne a mi juicio todos los requisitos para su defensa pública.

Madrid, a 16 de octubre de 2015

Fdo.: Fernando Bandrés Moya



Informe del Director de la Tesis Doctoral

DATOS DE LA TESIS DOCTORAL	
Nombre del Doctorando	MIGUEL ÁNGEL ACOSTA BENITO
Título de la Tesis	DEPENDENCIA EN EL ANCIANO FRÁGIL: ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y DEONTOLÓGICOS
Facultad o Centro	FACULTAD DE MEDICINA

DATOS DEL DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL	
Nombre Completo	ESTHER LÓPEZ BARRERO
Centro al que pertenece en la actualidad	Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA)
D.N.I./Pasaporte	2.529.372-Q
e-mail	esther.lopez@udima.es

	VALORACIÓN DE LA TESIS			
	Muy Buena	Buena	Suficiente	Deficiente
Originalidad	X			
Definición Objetivos	X			
Metodología	X			
Relevancia Resultados	X			
Discusión / Conclusiones	X			

INFORME (en caso necesario se podrán añadir más hojas):

El proyecto de tesis de Miguel Ángel Acosta sobre la “Dependencia en el anciano frágil: aspectos medico-legales y deontológicos” estudia de forma completa la atención a una parte cada vez más importante de la población. La investigación aporta una visión multidisciplinar que enriquece el análisis, a pesar de la dificultad

añadida que pueda implicar en el desarrollo de la investigación. Por tanto, hay que alabar que el estudio incluya un análisis legislativo y deontológico serio.

Por otra parte, desde el punto de vista jurídico la atención a los ancianos dependientes es un tema cuyo tratamiento es relativamente reciente y cuyo desarrollo legislativo aún está pendiente de aplicación. De ahí que el tema sea de máxima actualidad. Además, la propuesta de las conclusiones, basadas en los resultados estadísticos a los que llega la investigación de los datos médicos, entronca directamente con el espíritu de las propuestas legislativas. Lo que hace que el proyecto de tesis resulte muy interesante desde el punto de vista de integrar esfuerzos desde diferentes áreas.

Los objetivos de la investigación son claros, están bien definidos y son coherentes con las conclusiones a las que llega. La metodología empleada para el desarrollo de los mismos esta bien ajustada a las diferentes áreas que toca (legal, deontológica y médica), así como a los objetivos propuestos.

Las conclusiones que recoge el doctorando se derivan directamente de los resultados de las investigación, siendo coherente con el análisis realizado.

Madrid, a 16 de octubre de 2015

Fdo: Esther López Barrero

*Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a los directores de esta tesis doctoral:
a D. Fernando Bandrés y Dña. Esther López Barrero por su conocimiento, tiempo,
apoyo e interés, además de por las oportunidades que me han prestado.*

*En esta investigación me he visto apoyado por muchas personas: Aránzazu Benito,
Ignacio Sevilla, Begoña Román, los profesionales del Centro de Salud Alpes y la
Unidad Docente Multidisciplinar Este de Medicina Familiar y Comunitaria.
A todos ellos, mil gracias por vuestra ayuda.*

A mi mujer por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante.

A mis padres, por apoyarme y haberme llevado hasta aquí.

A mis abuelos, razón de ser de mi trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.	1
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	11
2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ARTICULACIÓN DEL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.	17
2.1. <i>Antecedentes internacionales</i>	19
2.1.1. Las primeras normas que establecen el marco legal del anciano frágil y de la dependencia.	19
<i>La Declaración Universal de los Derechos Humanos</i>	19
<i>El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.</i>	21
<i>Primeros pasos en Europa</i>	21
<i>Hitos de la normativa internacional.</i>	23
2.1.2. El Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento	23
<i>Un plan para los mayores</i>	23
<i>Recomendaciones</i>	26
<i>Conclusiones del Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento</i>	28
2.1.3. Antecedentes internacionales directos de la Ley de Dependencia española: las políticas comunitarias y el II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.	28
<i>Desde la creación de la Unión Europea hasta el inicio del Siglo XXI</i>	28
<i>La preparación de la II Asamblea Internacional sobre el envejecimiento.</i>	35
<i>Envejecimiento activo, autonomía y dependencia: definiciones.</i>	39
<i>II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.</i>	41
<i>Conclusiones</i>	41
2.2. <i>Antecedentes legales en España.</i>	41
2.2.1. La Constitución Española de 1975 y sus valores	41
2.2.2. La Seguridad Social y el Sistema Sanitario.	41
<i>Pensiones</i>	45
<i>Atención sanitaria</i>	46
<i>Servicios Sociales y atención a la discapacidad.</i>	47
2.2.3. El Libro Blanco de la Dependencia.	50
<i>Planteamiento del problema: cuestiones sociodemográficas.</i>	51
<i>Propuesta de creación de un Sistema de Atención a la Dependencia: recursos</i>	52
<i>Relación con la enfermedad y el Sistema Sanitario.</i>	55
<i>La valoración del grado de dependencia.</i>	56
<i>Conclusiones del Libro Blanco de la Dependencia.</i>	57
2.3. <i>La “Ley de Dependencia”</i>	57
2.3.1. Estructura formal	57
2.3.2. Objeto	59
2.3.3. Prestaciones comprometidas	61

2.3.4. Valoración de la dependencia	61
2.3.5. El papel del cuidador informal	62
2.3.6. Puntos de conflicto en el desarrollo de la ley.	62
3. DEFINICIÓN CLÍNICA DEL TÉRMINO “DEPENDENCIA”	65
3.1. <i>Definición clínica de dependencia</i>	67
3.2. <i>Epidemiología</i>	68
3.2.1. Estado de salud.	69
3.2.2. Dependencia funcional.	70
3.2.3. Uso de recursos sanitarios.	72
3.3. <i>Cómo se mide la dependencia</i>	73
3.3.1. Actividades básicas de la vida diaria.	73
3.3.2. Actividades instrumentales y avanzadas.	76
3.4. <i>Aspectos sociales relacionados con la dependencia.</i>	77
3.5. <i>Aspectos relevantes de la dependencia clínica</i>	81
4. FRAGILIDAD: FISIOPATOLOGÍA, DEFINICIÓN Y RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA	83
4.1. <i>Importancia del concepto de fragilidad</i>	85
4.2. <i>Epidemiología.</i>	86
4.3. <i>Definición conceptual de fragilidad</i>	87
4.3.1. Modelos generales de fragilidad.	88
4.3.2. Curso clínico de la fragilidad.	89
4.3.3. Modelo biopsicosocial.	89
4.3.4. Fragilidad y dependencia.	90
4.4. <i>Fisiopatología de la fragilidad.</i>	91
4.4.1. Fragilidad, sarcopenia y alteración del metabolismo.	91
4.4.2. Inmunosenescencia.	92
4.4.3. Importancia de la nutrición.	94
4.4.4. Biomarcadores de fragilidad.	94
4.5. <i>Definición operativa de fragilidad.</i>	95
4.5.1. Modelo fenotípico.	96
4.5.2. Modelo de acumulación de déficits.	98
4.5.3. Modelos biopsicosociales.	99
4.5.4. Modelos que incluyen la dependencia como marcador de fragilidad.	100
4.6. <i>Fragilidad, dependencia y comorbilidad.</i>	102
4.7. <i>Una definición de fragilidad aplicable en Atención Primaria.</i>	104
4.8. <i>Resumen de un modelo de fragilidad.</i>	107
5. JUSTIFICACIÓN.	109
6. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	113
7. MATERIAL Y MÉTODO.	117
7.1. <i>Material y método</i>	119
7.2. <i>Aspectos éticos.</i>	120
7.3. <i>Limitaciones del estudio.</i>	121
8. RESULTADOS.	123
9. DISCUSIÓN: modelo de fragilidad y características poblacionales.	133
9.1. <i>Sobre la presencia de fragilidad y su relación con la dependencia.</i>	135
9.2. <i>Sobre las características de la población.</i>	138
9.2.1. Distribución por sexos, niveles de dependencia, riesgo social y pluripatología	138

9.2.2. Prevalencia de las distintas comorbilidades.	140
<i>Enfermedades osteoarticulares</i>	140
<i>Enfermedad cardiovascular</i>	140
<i>Diabetes</i>	141
<i>Enfermedades respiratorias</i>	142
<i>Vasculitis y enfermedad renal crónica</i>	143
<i>Otros grupos de patología.</i>	144
9.3. <i>Modelo de fragilidad.</i>	145
10. DISCUSIÓN: aspectos médico-legales y deontológicos acerca de la fragilidad en el anciano	149
10.1. <i>Derecho a la atención a la dependencia.</i>	151
10.2. <i>Distribución de recursos y control del gasto.</i>	152
10.2.1. Recursos sanitarios y sociales suficientes.	152
10.2.2. Distribución de recursos.	153
10.2.3. El papel de la Atención Primaria de Salud.	156
10.2.4. Prevención cuaternaria: cómo evitar la medicalización de la normalidad	159
10.2.5. La fragilidad y su influencia en el informe médico-legal pericial para la distribución de recursos.	161
10.3. <i>Libertad de elección de los servicios prestados.</i>	163
10.3.1. Cartera de servicios sanitarios.	163
10.3.2. Servicios sociales al servicio del anciano frágil y para la atención a la dependencia.	166
10.3.3. La Autonomía del paciente.	167
10.4. <i>Derecho a la información.</i>	168
10.5. <i>Capacidad de decidir.</i>	169
10.5.1. Incapacitación, tutela, curatela.	169
<i>El tutor</i>	170
<i>Del ejercicio de la tutela</i>	171
<i>De la extinción de la tutela</i>	171
<i>La curatela, el defensor judicial y la guarda de hecho.</i>	172
10.5.2. Voluntades anticipadas.	173
10.6. <i>Principales problemas médico-legales y deontológicos en la atención al anciano frágil y a la dependencia.</i>	175
11. CONCLUSIONES	177
12. BIBLIOGRAFÍA	181
13. ANEXOS	201
13.1. <i>Hoja informativa</i>	203
13.2. <i>Consentimiento informado</i>	205
13.3. <i>Comorbilidades y pluripatología según las indicaciones para el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología avaladas por la SEMFYC, la SEMI y la FAECAP</i>	207
13.4 <i>Escala FRAIL</i>	208
13.5. <i>Escala de Lawton-Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria</i>	209
13.6. <i>Escala de valoración sociofamiliar de Gijón</i>	210
13.7. <i>Hoja de recogida de datos</i>	211
14. PUBLICACIONES Y PONENCIAS.	213

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla 1	Evolución de los principales hitos nacionales, europeos e internacionales en legislación o normativa legal entorno a la atención a la dependencia	59
Tabla 2	Índice de Katz	74
Tabla 3	Índice de Barthel	75-76
Tabla 4	Índice de Pfeiffer	77
Tabla 5	Comparación de los distintos modelos de fragilidad	101
Tabla 6	Escala de fragilidad FRAIL	106
Tabla 7	Características de la población (RESULTADOS)	128
Tabla 8	Valores de asociación entre la fragilidad (variable dependientes) y las variables asociadas estadísticamente con la misma. (RESULTADOS)	132
Tabla 9	Valores de asociación más significativos entre la fragilidad (variable dependientes) y variables previamente asociadas en el análisis bivalente dentro de un modelo multivariante. (RESULTADOS)	132
Tabla 10	Comparación entre los criterios de fragilidad empleados por la Comunidad de Madrid y la escala FRAIL	164
<hr/>		
Figura 1	Fisiopatología de la fragilidad	93
Figura 2	Aplicación de la <i>Short Physical Performance Battery</i> .	97
Figura 3	Prevalencia de fragilidad (RESULTADOS)	125
Figura 4	Prevalencia de fragilidad según edad (RESULTADOS)	125
Figura 5	Prevalencia de las distintas características de fragilidad en los individuos frágiles y prefrágiles (RESULTADOS)	126
Figura 6	Prevalencia de los distintos niveles de dependencia (RESULTADOS)	126
Figura 7	Distribución del nivel de dependencia en función de la presencia de fragilidad. (RESULTADOS)	127
Figura 8	Distribución de los distintos grupos de edad según sexos (RESULTADOS)	127
Figura 9	Prevalencia de pluripatología según grupo de edad. (RESULTADOS)	129

Figura 10	Prevalencia de los distintos grupos de patología. (RESULTADOS)	129
Figura 11	Prevalencia de los distintos grupos de patología en los individuos con pluripatología (RESULTADOS)	130
Figura 12	Prevalencia de pluripatología según grupo de enfermedad. (RESULTADOS)	130
Figura 13	Prevalencia de fragilidad en función de la presencia de pluripatología (si/no). (RESULTADOS)	131
Figura 14	Importancia de la fragilidad en la distribución de recursos	154

RESUMEN

Introducción:

El envejecimiento poblacional se relaciona con un incremento en los costes sanitarios, económicos y personales en relación con la mayor exigencia de cuidados de la salud y sociales que requieren los ancianos. La sociedad reclama la aparición de medidas que permitan atender a las personas mayores consiguiendo la mejor calidad de vida posible dentro de un sistema sostenible.

El derecho a la atención sociosanitaria ha surgido desde la articulación legal que ha desembocado en la atención a la dependencia. Sin embargo, el mejor nivel de salud se conseguiría previniendo la enfermedad. El síndrome de fragilidad en el anciano identifica a individuos con un mayor riesgo de pérdida de salud y funcionalidad, lo que conlleva una serie de problemas médico-legales y deontológicos en torno al acceso a los recursos, la distribución de los mismos, la libertad, la autonomía y la confidencialidad.

Hipótesis y objetivos:

La hipótesis planteada enuncia que la determinación del estadio de fragilidad de los ancianos permitirá identificar el momento de aparición del deterioro funcional de los pacientes.

El objetivo de esta tesis es identificar la relación entre la fragilidad, la dependencia, la presencia de otras patologías y el riesgo social, y comprender las implicaciones médico-legales y deontológicas asociadas a la dependencia en el anciano frágil. Se incluye además una visión retrospectiva de la evolución en el desarrollo del derecho, con el objetivo de comprender el enfoque de futuras políticas en la atención al anciano.

Material y método:

En cuanto a la metodología, se ha realizado una revisión bibliográfica del tema y se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal en la población mayor de 70 años que acude al consultas de un centro de salud de un área de salud de la ciudad de Madrid, con un muestreo consecutivo. Se seleccionaron a individuos mayores de 70

años a los que se le realizó una entrevista clínica y se consultó su historia clínica. Las variables registradas incluyen el sexo y la edad, el nivel de fragilidad según la escala FRAIL, las comorbilidades según el texto “Indicaciones para el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología” avaladas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Española de Medicina Interna y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, la presencia de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria según la escala de Lawton-Brody y el riesgo en función de la escala sociofamiliar de Gijón. Los datos fueron analizados con el apoyo de Microsoft Excell 2010 y SPSS 22.0.

Este proyecto de investigación fue valorado y aprobado por la Comisión de Investigación del Área Asistencial Este de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Se solicitó consentimiento informado para realizar la entrevista clínica y consultar la historia clínica informatizada de los pacientes.

Resultados:

Un 17.81% (12%-24%) de los individuos fueron clasificados como frágiles y un 37.72% (32%-48%) como prefrágiles. La prevalencia de fragilidad se incrementó con la edad. La dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria se situó en 27.4% (20.3%-30.4%) en grado leve, 15.07% (9.8%-20.9%) en grado moderado, 8.22% (3.8%-12.7%) severo y 3.42 % (0.5-6.4%) total. Las personas no frágiles fueron independientes en su mayoría, incrementando el nivel de dependencia con el grado de fragilidad. Se ha identificado un incremento brusco en los niveles de dependencia entre los individuos no frágiles y los prefrágiles. Se ha obtenido asociación entre la presencia de fragilidad, la edad, la dependencia y las enfermedades del aparato digestivo, no con el riesgo social, otras patologías o el sexo.

Discusión y conclusiones:

Se puede concluir que la detección de fragilidad identifica a individuos con una mayor susceptibilidad a presentar eventos de salud negativos y una mayor mortalidad. La condición de prefragilidad se relaciona con el momento de aparición de los primeros déficits funcionales en la población estudiada. Este conocimiento obliga al profesional

sanitario a buscar de forma activa la presencia del síndrome de fragilidad en los mayores de 70 años.

La evolución en la atención sociosanitaria a los ancianos hace que las medidas de prevención sean las más relevantes, encuadrando la detección de fragilidad dentro de las mismas. Este cribado permite identificar a individuos de riesgo sobre los que se puede intervenir de forma potencial para retrasar la evolución del síndrome, informar sobre su proceso y fomentar su autonomía y libertad a la hora de planificar los años de vida que les restan, dando valor a la dignidad de la persona. Las políticas relacionadas con el reparto de recursos pueden apoyarse en la detección de este síndrome para afrontar los retos futuros.

La fragilidad en el anciano se relaciona por lo tanto con una serie de problemas médico-legales que incluyen el derecho a la información, el derecho a la autonomía y el derecho a la atención a la dependencia. El profesional sanitario y la sociedad tienen que afrontar situaciones con potenciales conflictos éticos en torno a la deliberación en la toma de decisiones, la equidad y justicia distributiva en el reparto de los recursos sociales y sanitarios, el respeto a la dignidad humana y la limitación del esfuerzo terapéutico en relación con la aparición del síndrome de fragilidad.

ABSTRACT

Introduction:

The Spanish population, like that of other first world countries, suffers a progressive aging population. This phenomenon implies that the population's proportion of people over sixty- five years is increasing. Disease is accumulated in the last stages of life, when the individual demands of society a greater number of resources in relation to pensions, healthcare and social care.

Population aging is associated therefore with an increase in the health, economic and personal costs in relation to the greater requirement for healthcare and social by elderly people. Society demands the development of measures to assist older people getting the best possible quality of life in a sustainable system.

This system has to ensure the acquisition of better standard of health in all stages of life, according to the Universal Declaration of Human Rights. This level of health is only obtainable through measures which prevent or delay the functional and physical deterioration, or rehabilitated if possible.

The right to social care has emerged from the legal articulation began in the recognition of human rights, and has resulted in the right to health care. However, better health would be achieved by anticipating the appearance of disability. The syndrome of frailty in the elderly identifies individuals with increased risk of loss of health and functionality, which involves a series of medical-legal and ethical issues around access to resources, their distribution, freedom, autonomy and confidentiality.

It is therefore necessary to know the implications that the detection of frailty syndrome can have not only in terms of individual and population health, but in terms of the ethical and legal conflicts that may arise from the identification of fragile individuals.

Hypothesis and objectives:

The hypothesis of this thesis is that identifying individuals with physical frailty syndrome will allow us to relate this entity with the emergence of dependence, relating the physical functional impairment chronologically, and arising a number of medical-legal and ethical issues associated.

The objective of this thesis is to identify the relationship between frailty, dependency, the presence of other diseases and social risk, and understand the medico-legal and ethical implications associated with dependence on the frail elderly. It also includes a retrospective view of the evolution in the development of law, in order to understand the policy approach in caring for elderly and analyzing whether screening for fragile syndrome might fit them.

Methods:

In terms of methodology, there has been a review of the literature and a cross-sectional study has been conducted in the population aged 70 or over who attends the consultations of a health center in a health area of the city of Madrid with a non-randomized consecutive sampling.

Individuals older than 70 years were selected and underwent a clinical interview. Also their medical history was consulted. The variables recorded include the sex and age, the level of frailty according to FRAIL scale, comorbidities according to the text "Indications for the development of clinical practice guidelines in patients with comorbidity and pluripatology" supported by the Spanish Society of Family Medicine Community, the Spanish Society of Internal Medicine and the Federation of Community Nursing and Primary Care, the presence of dependence in instrumental activities of daily living according to the scale of Lawton-Brody and social risk in terms of the "Gijón social and family risk" scale. Data were analyzed with the support of Microsoft Excel 2010 and SPSS 22.0.

This research project was assessed and approved by the Commission for Healthcare Research of the East Primary Care Area of the Community of Madrid.

Patient consent was requested for the clinical interview and asking for permission to consult the patient's electronic medical record.

Results:

17.81 % (12 % -24 %) of the individuals were classified as frail and 37.72 % (32 % -48 %) as prefrail. The prevalence of frailty increased with age, but we didn't find any preferential relationship between frailty and the sex of the individuals.

Dependence for instrumental activities of daily living stood at 27.4 % (20.3 % -30.4 %) in mild , 15.07 % (9.8 % -20.9 %) in moderate degree , 8.22 % (3.8 % - 12.7%) as severe and 3.42 % (0.5-6.4 %) as total disability . Elderly individuals had higher levels of frailty.

The frail people were not independent in their majority. The level of dependence increases with the degree of frailty. A sharp increase in levels of disability has been identified between not frail and prefrail individuals.

It was obtained association between the presence of frailty, age, dependency and diseases of the digestive system, not with the social risk, other diseases or sex.

Discussion:

The population characteristics are similar to those of the Spanish population in terms of gender distribution. The prevalence of different disease groups was lower than expected, probably in relation to the characteristics of the classification of morbidity and comorbidity used (patients with mild disease are not considered sick in many cases). Only the prevalence of osteoarticular disease was higher than the prevalence found in other studies, because the presence of these diseases was analyzed in more than one location. The social risk was lower than the AROPE rate of social exclusion for Spain.

The frailty prevalence was similar to the prevalence found in previous studies, although it is true that the absence of common criteria for frailty difficult to compare. As for the prevalence of prefrailty, the results are consistent with the scientific literature, although there is little research involving this stage of risk. Frailty is not related to female sex, but with it does to increasing age.

The relationship between frailty and dependence was known, but no previous study identifies the time of onset of functional impairment and relates this moment with the intermediate stage known as prefrailty. While in literature screening frailty is recommended from 70 years in this research no frail or prefrail individuals were found below 75 years, with 81 years as the median age of prefrail individuals, and 84 years of the frail ones.

Frailty is associated with age, dependency and inflammatory bowel disease or liver disease. This relationship is described for the first time in this study. The association between frailty and cardiovascular disease was not identified, but does appear in the prior literature.

The recognition of frailty syndrome falls within the right of the individual to the highest attainable standard of health, taking into account the implications for health and functional capacity that this syndrome has, according to the results of the investigation. It is also related to the patient's right to know its health status and prognosis, therapeutic and rehabilitative possibilities. However, current clinical interview is reactive and episodic, which is faced with the need for preventive and narrative strategy required by conditions such as prefrailty, which are ahead of the onset of the disease.

Identifying frail individuals can contribute to give information about its process to the patient information, so patient autonomy is enhanced. The relationship between frailty and dependence makes the detection of the first a tool to guarantee the right to care in situations of deterioration of physical function.

Frailty influences medical decision making, and is a tool for creating flows access to various social and health resources, aimed at restoring or maintaining health. That is why the professional of primary care, as specialist on frailty, appears as a partner in developing the medical expert report aimed at assessing the situation of an individual.

Primary care is the point of reference for the identification and management of frail individuals, due to the vision and longitudinal continuity of care it provides. This level of care should be reinforced to ensure a proper functionality attention to aging.

Identifying fragile individuals will establish quaternary prevention measures to avoid performing no beneficial diagnostic and therapeutic processes for the individual, with control of the health and social spending. Furthermore, it can anticipate care needs in

relation to disability, so that patient autonomy is enhanced. Finally, it allows the individual to establish their wills and legal supervision model that wants to have in case of losing the cognitive abilities.

Conclusions:

It can be concluded that the detection of frailty identifies individuals with increased susceptibility to adverse health events and increased mortality. Prefrailty condition relates to the timing of the first functional deficits in the population studied. This knowledge obliges health professionals to actively seek the presence of frailty syndrome in people over 70 years.

Development in health and social care for the elderly makes preventive measures the most relevant, framing the detection of frailty within them. This screening can identify individuals at risk on which we can potentially intervene to slow the progression of the syndrome, reporting process and encourage their autonomy and freedom when planning the years of life remaining to them, valuing person's dignity. Policies related to the distribution of resources may rely on the detection of this syndrome to meet future challenges.

Frailty in the elderly is associated therefore with certain medical-legal issues including the right to information, the right to autonomy and the right to be assisted by the healthcare system. The clinician and the society must face potential ethical conflict situations around the deliberation in decision making, equity and distributive justice in the distribution of social and health resources, respect for human dignity and limiting therapeutic effort in relation to the onset of frailty syndrome. Further research must be implemented in this area.

1. INTRODUCCIÓN.

“El envejecimiento mundial es un triunfo pero también un desafío, ya que está provocando importantes cambios sociales y políticos e impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los niveles y, en concreto, en los sistemas sanitarios”^a.”¹

El envejecimiento poblacional conlleva una mayor incidencia y prevalencia de diversos problemas de salud y sociales ligados a la edad, así como un esperable incremento en las tasas de dependencia y comorbilidad y del coste económico y social asociados a las mismas². En España, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se encarga de proteger con sistemas de atención y prevención a los individuos que por edad (u otro motivo) precisan de una especial atención sociosanitaria para afrontar las actividades basales de la vida diaria³.

La fragilidad es definida como un *“síndrome médico con múltiples causas y contribuidores que se caracteriza por la disminución de la fuerza, de la resistencia y de las funciones fisiológicas, que incrementa la vulnerabilidad individual para el desarrollo de una mayor dependencia o muerte”^b”⁴*. Se relaciona directamente con la aparición de eventos de salud adversos, mayor mortalidad y discapacidad⁵, aunque “dependencia” y “fragilidad” no son sinónimos⁶. La ausencia de criterios comunes entre los distintos autores para conformar una definición de fragilidad dificulta su detección y el cálculo de su prevalencia⁵, que se cifra en torno al 10,7% de los ancianos, mientras que 41.6% se encuentran en situación de prefragilidad⁷. Algunos autores recomiendan que todas las personas mayores de 70 años sean sometidas a un cribado de este síndrome⁴. Sería necesario encontrar una definición aplicada de fragilidad fácil de obtener y que se acompañe de una comprensión inmediata de los resultados⁸.

Por su parte, la dependencia se entiende como *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o*

^a Cit p11. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. 2014.

^b Cit. p 393. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jun;14(6):392-7.

ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal^c”. La dependencia es medida en la práctica clínica, tal y como se refleja en diversos textos de la Sociedad Española de Geriatria, a través de escalas de amplio uso como la de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria o la de Lawton para las instrumentales⁹.

La relación fragilidad-discapacidad/dependencia es bidireccional. Las personas frágiles tienen altas tasas de dependencia, y la discapacidad (y su dependencia asociada) conlleva un mayor riesgo de aparición de fenómenos de salud negativos. Sin embargo, la relación entre estas entidades no está claramente establecida¹⁰. Es posible por lo tanto que la actuación en el campo de la dependencia como método de control de la fragilidad pudiera beneficiar al paciente en términos de descenso de morbimortalidad y mejor calidad de vida al ayudarlo a conservar mejor funcionalidad física. La asociación inversa también es posible, de modo que una detección temprana de la condición de fragilidad puede propiciar acciones que eviten o retrasen la aparición de enfermedades o situaciones que condicionen una mayor dependencia funcional⁸, con las consecuencias socioeconómicas derivadas de ello.

Además, el conocimiento de la condición de fragilidad y sus implicaciones tales como una mayor probabilidad de enfermar, de ser dependiente, de tener deterioro cognitivo o la mayor mortalidad asociada¹¹, conlleva una serie de problemas médico-legales y deontológicos que el profesional sanitario y la sociedad deben asumir. Algunos de estos problemas incluyen a distribución de los recursos en una sociedad con una demanda creciente de los mismos⁶, los problemas relacionados con la capacidad de decidir cuando esta se merma¹³ o el acceso a los recursos sociales y sanitarios entre otros.

El síndrome de fragilidad hace que el anciano, por lo tanto, se enfrente a situaciones de conflicto entorno a valores como la igualdad, la justicia y la libertad, y otorga al médico un papel muy relevante en el reparto de los recursos de la sociedad,

^c Cit. p 5. Congreso de los Diputados: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Texto consolidado: última modificación: 30 de diciembre de 2014. Boletín Oficial del Estado, legislación consolidada, 2014. [Internet] [revisado 27 de mayo de 2015] disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>.

además de ofrecer una llave para el control de la buena salud de los individuos desde el modelo biopsicosocial.

Sin embargo, no se ha establecido por el momento un modelo que permita integrar las relaciones entre la presencia de fragilidad en el anciano, las comorbilidades que este presenta, su nivel de dependencia y su riesgo social.

Esta tesis doctoral pretende aclarar dichas relaciones. Es necesario conocer las diversas definiciones de la terminología empleada, sobretodo en cuanto a la definición operativa del síndrome de fragilidad. Para poder analizar las consecuencias médico-legales y deontológicas asociadas a la fragilidad no solo debemos comprender el término “fragilidad”, sino además aproximarnos al recorrido histórico de las normas que han permitido reconocer el derecho a la atención a la salud y a la dependencia. Es por ello que este trabajo comprende un análisis del reconocimiento a la atención a la dependencia, así como una síntesis de los conceptos de “fragilidad” y “dependencia” previa al relato de los conflictos médico-legales asociados y al estudio sobre la relación entre fragilidad, dependencia, comorbilidad y riesgo social.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ARTICULACIÓN DEL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA:

de las iniciativas internacionales a la realidad española.

El reconocimiento del derecho a la atención sanitaria y social del anciano se inicia con una serie de normativas internacionales que se adaptan y aplican paulatinamente en España. Es necesario realizar un recorrido por las mismas para comprender la situación actual en torno a la normativa legal que regula la atención a la salud y a la dependencia.

2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

2.1.1 LAS PRIMERAS NORMAS QUE ESTABLECEN EL MARCO LEGAL DEL ANCIANO FRÁGIL Y DE LA DEPENDENCIA.

El reconocimiento de los derechos del anciano requirió inicialmente el reconocimiento de los derechos del ser humano de forma general. Solo cuando éstos fueron articulándose lentamente, la sociedad y las distintas organizaciones establecieron los derechos específicos de los distintos grupos humanos, entre ellos, los de los ancianos.

a. La Declaración Universal de los Derechos Humanos

El 10 de Diciembre de 1948 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este texto surge tras el fin de la Segunda Guerra Mundial, dos años después de la creación de organización, con la intención de evitar que se repitan sucesos como los acontecidos en dicha guerra.

Varias naciones recogen en su legislación algunos derechos del ciudadano o del hombre incluso siglos antes de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aunque ninguno de ellos hace referencia a la dignidad del ser humano¹³. La Declaración de derechos de 1689 inglesa¹⁴ o la Declaración sobre los Derechos del Hombre y del Ciudadano de Francia constituyen los precedentes europeos más directos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹³. Es en la segunda, elaborada tras la revolución francesa, donde se hace referencia a la igualdad de los hombres en derechos¹⁵. Unos años antes de la declaración francesa, la Declaración de Independencia

de los Estados Unidos ya recogía esta referencia a la igualdad entre los hombres, así como el derecho a la vida y a la búsqueda de la felicidad¹⁶.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos surge tras la firma de la Carta de las Naciones Unidas en 1946, tratado internacional por el que se crea esta organización¹³. Esta Declaración es un texto abierto que sienta las bases para la elaboración de todos los demás textos legales de toda índole en el mundo occidental, de modo que toda legislación elaborada por los países firmantes se encuentra subrogada a la misma. Esta obligación se pone en práctica especialmente tras el desarrollo en 1966 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Por lo tanto, toda ley relativa a la gestión y trato de la Dependencia encuentra su raíz última en esta Declaración¹⁷. Este texto es el primero en introducir en su artículo uno el término “dignidad”, de modo que atribuye a todos los seres humanos los mismos derechos y dignidad desde el nacimiento. Incide, en su segundo y tercer artículos, en el derecho a la no discriminación por cualquier causa y el derecho a la vida de todos los seres humanos¹⁸.

Además de estos valores básicos, la Declaración de los Derechos Humanos otorga a todas las personas derechos que se desarrollan en la sociedad contemporánea, como el derecho a la Seguridad Social y a que cada Estado, de la forma en que considere oportuno y según sus recursos, satisfaga las necesidades económicas, sociales y culturales indispensables para el desarrollo de la personalidad del individuo y la protección de su dignidad. Se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado en el que al menos estén cubiertas las necesidades básicas (vestido, alimentación, vivienda, asistencia sanitaria y servicios sociales), además de una pensión en caso de necesidad (incluyendo vejez o enfermedad), según el artículo 25 (*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su*

voluntad^d). Estos derechos se extienden a las familias, que se articulan como elemento fundamental de la sociedad, con una especial protección por parte de los Estados¹⁹.

b. El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En 1966, la Asamblea General de la ONU aprueba dos pactos. En primer lugar, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos confirma que la dignidad del ser humano es la base de la paz y la justicia en la sociedad. Además, establece que todos los individuos son iguales en derechos, y afirma que el derecho a la vida es inherente al ser humano y protegido por ley. Enuncia que nadie será sometido a trato inhumano o degradante, y articula a la familia como el elemento fundamental de la sociedad, “célula base” de la misma, estableciendo que ha de ser protegida. El mismo año se firma el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que, al igual que el anterior, es de obligatorio cumplimiento para los países firmantes del mismo desde 1976. En este texto se reitera el derecho a la protección de la familia, a mantener un nivel de vida adecuado y al más alto nivel posible de salud física y mental, empleando los recursos sanitarios necesarios para ello. Todo ello acompañado de un reconocimiento y vinculación a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se reconoce además el derecho a participar en la vida cultural y a beneficiarse de los progresos científicos²⁰.

c. Primeros pasos en Europa:

La actividad internacional en torno a la Declaración de los Derechos Humanos se plasma en Europa en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales de 1950. Este convenio fue firmado por todos los miembros del Consejo Europeo, y ha sido ratificado por casi todos los países europeos hasta la fecha. En este texto se recoge el derecho a la vida (“*El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida*

^d Cit Art. 25. Naciones Unidas [Internet]. Declaración Universal de Derechos Humanos; 1948 Dec 10. Sección de Servicios de Internet/Departamento de Información de las Naciones Unidas, Nueva York; 2012. [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

intencionadamente^e) y a la no discriminación. La Comunidad Económica Europea (CEE en adelante) asumió el compromiso creado por los países firmantes del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades²¹.

La Comunidad Europea del Carbón y del Acero y la CEE, creadas para fomentar la economía en el viejo continente tras la Segunda Guerra Mundial, se formó con determinados objetivos, a conseguir a través de relaciones preferentes y políticas comunes, que eran meramente económicas. Aún así, contemplaban en sus textos fundacionales la creación de un Fondo Social Europeo que elevara el nivel de vida de los trabajadores, iniciativa recogida también en las disposiciones sociales del mismo. Estas organizaciones son el germen de la actual Unión Europea²².

En 1961 se publica la Carta Social Europea de Turín por la que se proclaman diversos derechos en materia laboral. Entre ellos, se recoge por primera vez el derecho a la Seguridad Social, a la protección de la Salud, a la asistencia social y sanitaria y a beneficiarse de los servicios sociales. Se da así un nuevo paso en la protección de la salud y de las situaciones que la pueden agravar potencialmente. Se enuncia que, *“Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente. 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma. 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras^f”*. Se contempla además la protección social y sanitaria de las personas que no posean recursos suficientes para asumir sus situaciones, sin que ello suponga una merma en sus derechos de cualquier índole. Se refleja así la existencia de los servicios sociosanitarios, ya sean públicos o privados,

^e Cit Congreso de los Diputados. Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente; Boletín Oficial del Estado; de 10 de octubre de 1979, núm. 243, p 23564-23570

^f Cit. Art 11. Consejo de Europa [Internet]. Carta Social Europea (Número 035 Del Consejo De Europa), hecha en Turín, 1961 Oct 18 [revisado 26 de mayo de 2015]; [1pantalla]. Disponible en: http://www.urjc.es/ceib/espacios/panorama/instrumentos/cohesion_social/ce/documentos/Carta_Social_Europea.pdf

como un instrumento para el desarrollo de los individuos y de la sociedad, contribuyendo al bienestar de la misma²³.

d. Hitos de la normativa internacional.

Los acontecimientos históricos y los cambios sociales llevan al desarrollo de normas y a la aplicación de políticas que permiten una protección del ser humano en general y del anciano en particular. Los Estados comienzan a asumir funciones en la protección de la salud y los asuntos sociales. Todas las acciones realizadas se basan en los valores plasmados en la Declaración de los Derechos Humanos, como la dignidad de la vida humana, la igualdad o el derecho a la vida de todos los seres humanos¹⁸.

2.1.2. EL PRIMER PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO²⁴.

a. Un plan para los mayores.

En 1982, encontramos el primer acuerdo internacional que plantea objetivos concretos en materia de atención al anciano. Ese año la Organización de las Naciones Unidas celebra la I Asamblea sobre el Envejecimiento, de la que surge el Plan Internacional de Acción en esta materia. Esta Asamblea se convoca ante la preocupación por el creciente número de personas mayores, apreciando la longevidad como un gran logro que propone retos y posibilidades nuevas para la sociedad. Se responsabiliza a los cambios en la alimentación, el control de enfermedades y la atención sanitaria básica de la disminución de la mortalidad, con el consecuente incremento del número de personas mayores y una inversión de la pirámide poblacional. Se decide aplicar una serie de políticas para “*realzar la vida de las personas de edad como individuos (...) para que disfruten plena y libremente de sus años avanzados en paz, salud y seguridad*”⁸. Se realiza un llamamiento a estudiar las consecuencias del envejecimiento poblacional sobre la sociedad y el desarrollo y a fomentar políticas sociales y económicas que capaciten a los países a abordar las necesidades especiales de

⁸ Cit. Organización de las Naciones Unidas: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (Preámbulo), Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU 1982., Pág. 4

los mayores. Tras reconocer la aplicación de los Derechos Humanos también a los ancianos, establece que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad, y que las personas mayores “*deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria y ser estimadas como parte integrante de la sociedad*”^h. Además, se reconoce el valor de los ancianos en cuanto a los aportes que pueden realizar a la sociedad: el hecho de ser las personas con más años de vida les hace acumular una experiencia y conocimiento que pueden transmitir a los demás, haciéndonos conscientes de nuestra responsabilidad hacia generaciones futuras y de nuestros errores²⁴.

Por todo ello, el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento pretende que cada individuo aporte a la sociedad y reciba de la misma según sus necesidades, basándose en principios tales como la justicia social, la solidaridad, el respeto a la identidad cultural, el empleo y el crecimiento económico. Todo ello puede llevarse a cabo de una forma más productiva y eficiente en condiciones de paz y seguridad. Establece que la familia es la base de la sociedad y nexo de conexión entre generaciones, por lo que debe protegerse, teniendo en cuenta los rasgos culturales de cada país. La solidaridad intergeneracional y la no discriminación han de permitir una integración absoluta de las personas mayores en la sociedad. La vejez ha de ser una etapa de la vida para la que la sociedad vaya preparando a los individuos para el final de su vida. Se ha de proteger especialmente a los más vulnerables²⁴.

Se defiende que la protección al anciano es una de las constantes en el desarrollo de las distintas culturas humanas. Desde finales del SXX se ha ligado en las sociedades más avanzadas el concepto de anciano con una determinada edad en la que la persona deja de trabajar. Aunque esta medida se aplicó inicialmente para proteger a los individuos en la etapa final de sus vidas, ha conllevado en muchos casos la marginalización de la persona al perder su capacidad laboral. Además, los avances médicos han producido un incremento en la esperanza de vida, pero la sociedad y la economía no han evolucionado al mismo ritmo, generando un desequilibrio entre los

^h *Cit.* Organización de las Naciones Unidas: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (Preámbulo), Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU 1982., *Pág. 4*

años posteriores a la jubilación, que han aumentado, y las posibilidades que la sociedad ofrece a los mismos²⁴.

La Asamblea propone que las políticas de los países vayan encaminadas a permitir que *“todas las personas tengan la sensación de cumplir un fin y realizar actos positivos y a evitar que después de cierta edad ocupen un puesto marginal y pasivo”*ⁱ. Así se buscará la consecución de la realización personal del individuo a lo largo de toda su vida, definida como *“el logro de los objetivos, las aspiraciones personales y la realización de las posibilidades”*^j, fomentando no solo el bienestar material, sino también el espiritual y/o religioso. Para ello se proponen distintas líneas generales que sentarán las bases de la acción²⁴:

- La vejez es una fase natural en la que la persona conserva sus capacidades, preparando a los individuos para la misma, de modo que deje de verse como el momento en el que recibir ayudas por pertenecer a un grupo vulnerable.
- La situación de los ancianos es de interés tanto personal como comunitario, por lo que la prevención de situaciones de dependencia social, económica o sanitaria ha de tener gran importancia. Así, concebir a la población anciana como un grupo numeroso, sano y activo constituye una oportunidad para la sociedad, beneficiando a toda la comunidad, y en especial a las personas de edad avanzada de forma material e inmaterial.
- Es fundamental reflexionar sobre la importancia de las personas mayores en el resto de la sociedad, en cuanto a su interacción con jóvenes, mujeres, trabajadores y demás grupos sociales. Se ha de intervenir en cualquier área político-social relacionada con los ancianos al igual que se hace en otros grupos poblacionales, teniendo en cuenta la realidad económica de cada país, y respetando las características y limitaciones propias de las personas de edad avanzada, sobre todo de las más ancianas.

ⁱ Cit. p 14. Organización de las Naciones Unidas: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (Recomendaciones para la Acción), Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU 1982.

^j Cit. p 15. Organización de las Naciones Unidas: Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (Recomendaciones para la Acción), Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU 1982.

- Los agentes sociales han de contribuir a cambiar la percepción de los ancianos como grupo consumidor de recursos, centrándose en lo que pueden aportar.

b. Recomendaciones.

El informe se hace cargo de los cambios demográficos, que supondrán una mayor carga económica directa e indirecta sobre las personas en edad activa y/o jóvenes, al aumentar la proporción de personas de edad a su cargo. Además, los cambios en la estructura social llevarán a que el sector público tenga que realizar tareas que tradicionalmente correspondían a la familia. Por todo ello, anima a las economías mundiales a prepararse también financieramente. Admite que reconocer que todas las esferas del envejecimiento están relacionadas entre sí modifica el enfoque político y requiere investigaciones nuevas que combatan los efectos del envejecimiento prematuro. Al considerar la situación global de la persona se advierte la necesidad de elaborar medidas de prevención que eviten la pérdida de capacidades²⁴.

La Asamblea emitió una serie de recomendaciones enfocadas a distintos ámbitos.

- La salud:
 - o La rehabilitación y recuperación funcional es tan importante como la curación.
 - o La atención primaria ha de ser el pilar fundamental en los cuidados del anciano, realizando una valoración sanitaria y social del mismo, y permitiendo que éste mantenga el nivel de calidad de vida más alto en su entorno siempre que sea posible.
 - o La prevención primaria, secundaria y terciaria han de ser objeto de intensa vigilancia.
 - o Los muy ancianos y los dependientes por la razón que sea han de ser objeto de especial atención, fomentando medidas de prevención, sanitarias y sociales que permitan la persistencia de los mismos en el entorno familiar el mayor tiempo posible. Los ancianos han de ser supervisores de su propia vida siempre que sea posible, con el apoyo

- sanitario y social que requieran. La aplicación de los cuidados paliativos debe ser una constante.
- o Se ha de fomentar una colaboración estrecha entre los servicios sanitarios y sociales, formando adecuadamente a todas aquellas personas que trabajen con ancianos.
 - o Se han de diversificar los servicios sociosanitarios a favor del anciano, buscando de forma activa la mejora de su salud y teniendo la prevención de las consecuencias del envejecimiento como meta; se han de establecer servicios de atención domiciliaria como complemento al internamiento en centros.
 - o Se ha de buscar evitar los accidentes, mejorar la alimentación y suprimir las sustancias tóxicas; es fundamental la colaboración internacional para el desarrollo de estas medidas.
- Vivienda y transporte: se ha de asegurar que el anciano desarrolle su vida el mayor tiempo posible en su domicilio, vigilando las condiciones del mismo y adaptándolo a sus necesidades; generar redes de transporte adaptadas a los ancianos, velando por su seguridad en los traslados; las ciudades, comercios, etc., se han de diseñar de modo que sean accesibles para todos.
 - Familia: se ha de responsabilizar de las tareas del hogar y del cuidado de los dependientes a todos los miembros de la familia por igual; se reconoce la importancia de la familia como unidad básica social, otorgándole una protección especial a todos los niveles y fomentando la solidaridad intergeneracional en el seno de la misma; se debe fomentar que los hijos cuiden de sus padres; se han de prestar servicios sociales en relación al cuidado de las personas mayores cuando las familias lo requieran, teniendo en cuenta los puntos anteriores.
 - Bienestar social: los servicios públicos han de estar enfocados a la prevención, rehabilitación y curación, manteniendo al anciano en su entorno mientras sea posible, y otorgándole un papel activo y útil en y para la comunidad; hemos de ser conscientes de que el respeto que la sociedad sentía por los ancianos está cambiando, así como de las consecuencias que este hecho pueda tener; el

enfoque a la atención del anciano aportado desde los servicios públicos ha de ser global, y ha de incluir a los miembros más jóvenes de la sociedad, para fomentar lazos entre distintas generaciones; los ingresos y los servicios recibidos por el anciano han de ser de calidad, asegurando una vida digna; se ha de garantizar la participación del anciano en la sociedad.

- Educación: la educación es un derecho fundamental también propio de las personas mayores; se deben crear programas educacionales de toda índole destinados a ancianos y a la población general, incluyendo aquellos que transmiten las medidas de prevención del envejecimiento precoz.

c. Conclusiones del Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.

Como se ha observado, esta Asamblea supuso un giro en la visión del anciano, y marcó unos claros objetivos que se plasmaron paulatinamente en las legislaciones y planes regionales. Destaca la importancia que se le da tanto a la salud como a las condiciones sociales de los ancianos, y la importancia de fortalecer ambos pilares para un mejor bienestar personal y su importancia ante el gasto que el envejecimiento poblacional va a suponer a los estados. Además, se instauró la necesidad de seguir investigando sobre los aspectos sanitarios, humanitarios, sociales y de cualquier índole que intervienen en el proceso del envejecimiento.

2.1.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES DIRECTOS DE LA LEY DE DEPENDENCIA ESPAÑOLA: LAS POLÍTICAS COMUNITARIAS Y EL II PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

a. Desde la creación de la Unión Europea hasta el inicio del Siglo XXI.

Tras la ampliación de la Comunidad a 15 países, y vislumbrando en el horizonte una Unión Europea que se ocupase no solo de asuntos económicos, se elabora en 1989 la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales de los Trabajadores. Esta carta se elabora en un contexto de un mayor nivel de bienestar social y teniendo en perspectiva el envejecimiento de la población. En ella se enuncia que todo trabajador debe poder

disfrutar de un nivel de vida digno al llegar a la jubilación. Además, aquellas personas que no tengan derecho a una pensión tras su jubilación, han de tener acceso a recursos suficientes, y a una atención social y sanitaria según sus necesidades²⁵.

En 1992 se firmó el Tratado de Maastricht, por el que se renueva el funcionamiento de las Comunidades Europeas, dando un gran impulso al desarrollo de la política social comunitaria. Así, el Tratado propone que el progreso económico sea acompañado por el progreso social sostenible, fomentando la cohesión económica y social. Se produce un giro en la forma de afrontar las políticas comunes, de modo que se crean nuevos caminos de cooperación y diálogo entre países para que el progreso económico permita una mejoría en las condiciones sociales, y para que las políticas sociosanitarias, al igual que las demás, colaboren en un mayor progreso económico. De entre los puntos del Tratado, destaca el objetivo de conseguir un alto nivel de protección de la salud, teniendo la prevención un papel fundamental en este objetivo²⁶.

En 1997, el Tratado de Ámsterdam amplía el Tratado de Maastricht, abriendo nuevas posibilidades de cooperación entre los países de la Unión en materia de seguridad social y pensiones entre otros muchos aspectos, fomentando la cohesión en todo el territorio y la eliminación de desigualdades. Aunque la Comunidad Europea velará por la promoción de la salud, sigue siendo cada Estado el responsable de la atención médica en su territorio, alcanzando la mayor calidad posible en la misma. Apremia en una declaración a parte a valorar las necesidades de las personas con discapacidad. Incluye a las organizaciones de voluntariado como agentes activos en el desarrollo social. Por supuesto, reafirma la intención de los Estados miembros de seguir respetando la Carta Social Europea y la Carta de los Derechos de los Trabajadores²⁷.

Hasta finales del siglo XX los avances legislativos internacionales en materia de dependencia, como se ha observado hasta ahora, se basaban en reconocer una serie de derechos de todos los seres humanos, y a establecer unas directrices orientadas por la Organización de las Naciones Unidas para que los países de nuestro entorno y España desarrollaran en su legislación. Con los avances expresados en el Tratado Europeo de Ámsterdam se abre una nueva línea de actuación que permite centrar las políticas, que seguirán siendo desarrolladas por cada Estado. Europa pone su mirada sobre la

integración social, y comienza a reflejar preocupación por el incremento del envejecimiento poblacional y sus consecuencias. Este cambio de rumbo se refleja en distintos consejos europeos, celebrados entre el año 2000 y el año 2004.

a. El Consejo Europeo de Lisboa del año 2000

En el Consejo Europeo de Lisboa del año 2000 se alerta sobre la necesidad de modernizar el modelo de protección social, garantizando la viabilidad del mismo ante un futuro incremento de sus necesidades de financiación secundario al envejecimiento poblacional. Este hecho conlleva además el riesgo de un mayor aislamiento social de las personas ancianas, si no se toman las medidas oportunas para evitarlo. Por ello, se propone trabajar para finales de ese año en la creación de una Agenda Social Común²⁸.

En este Consejo Europeo se presenta el Informe “Construir una Europa que fomente la integración”. Este informe elabora un resumen sobre los principales grupos de riesgo de exclusión social, señalando que los cambios que remodelan la economía y la sociedad harán más vulnerables a determinados conjuntos poblacionales, entre ellos los ancianos dependientes²⁹.

- Asigna a la sociedad la responsabilidad de garantizar la igualdad entre los ciudadanos, y hace ver que el envejecimiento y el aumento de personas que viven solas implicarán un aumento de la tasa de dependencia, con mayor riesgo de aislamiento. Sin embargo, en lugar de abogar por un aumento de la redistribución de las riquezas propone prolongar el tiempo de participación plena con mayor calidad de vida de las personas mayores a través de las políticas económicas y sociales.
- Se propone, por lo tanto, un enfoque anticipador en materia de protección social que evite la transferencia de cargas personales al sistema público. De esta forma, la prevención adquiere un papel fundamental en la prevención de la dependencia y las consecuencias sociales, económicas y sanitarias de la misma.
- Se reconoce el derecho a una atención sociosanitaria también a las personas que no tengan derecho a pensión ni otras formas de subsistencia, lo que se refleja en la recomendación 92/441/CEE del Consejo, de 24 de junio de 1992, sobre los

criterios comunes relativos a recursos y prestaciones suficientes en los sistemas de protección social.

- Se garantiza así el derecho de toda persona a vivir conforme a la dignidad humana. Este derecho es ilimitado y universal, aunque la intervención pública se graduará en función de los recursos del individuo.

En Lisboa se presenta también un informe de la Comisión sobre las perspectivas y retos en torno a las tendencias sociales. Este texto recoge también la tendencia al envejecimiento poblacional, y señala que de los cambios en la estructura social europea (disminución de la proporción poblacional que puede aportar cuidados informales a los ancianos, integración de la mujer en el mundo laboral, incremento del número de personas que viven solas, el retraso en la emancipación de los jóvenes como impedimento para que los ancianos vivan en el domicilio de sus hijos...) se derivan nuevas necesidades, entre ellas incremento de la dependencia, que sitúa en un 15% de las personas mayores de 65 años (un tercio de las cuales presentan dependencia total), y en un 35% de los mayores de 75 años (un 10% presentan dependencia total). Hasta un 20% de la población mayor de 80 años carece de contactos sociales. Todo esto hace que la financiación de los sistemas sociales ejerza una presión cada vez mayor sobre los contribuyentes. Se abre entonces el debate sobre la financiación de los servicios sociosanitarios derivados del envejecimiento y la dependencia, cuestionando la proporcionalidad entre la responsabilidad de un sistema público y la participación privada. Se refleja además una especial preocupación por la figura del cuidador y las consecuencias sobre el mismo³⁰.

El informe se hace eco de la comunicación "Hacia una Europa para todas las edades - Promoción de la prosperidad y de la Solidaridad Intergeneracional " de 1999, en la que se resalta que se han de modificar los marcos que regulan el trato a las personas mayores, aumentando la contribución social de las personas en la segunda mitad de su vida. Se puede considerar a las personas mayores como una fuente de recursos hasta ahora no empleada, generando además una serie de políticas sociales y sanitarias que a través de la prevención minimicen la dependencia³⁰.

b. El Consejo Europeo de Niza de 2000

En paralelo al desarrollo de los estudios y medidas sociosanitarias, se decide elaborar una nueva Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Esta Carta actualiza los anteriores textos que recogían los valores y principios, y que se redactaron tras la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esta Carta se aprueba en el Consejo Europeo de Niza de diciembre de 2000. De entre su articulado destaca³¹:

- El primer artículo defiende la inviolabilidad de la dignidad de la persona, y se prosigue del derecho a la vida de todo ser humano.
- El artículo tres defiende la integridad del ser humano; en este aspecto es relevante, en cuanto al tema que nos preocupa, que queda prohibida la eugenesia y que es necesario el consentimiento informado en el marco de la medicina y de la biología.
- Bajo el título de “Igualdad”, se defiende nuevamente el derecho a la no discriminación, incluyendo de forma específica la discriminación por edad, discapacidad o grupo social. Surge un nuevo hito en el reconocimiento de derechos, otorgando a las personas mayores el derecho a una vida digna e independiente, y a participar en la vida social y cultural de la comunidad. Se ha de fomentar por lo tanto la integración de las mismas.
- Bajo el epígrafe “Solidaridad” se defiende la protección jurídica, económica y social de la familia. Se reconoce el derecho a la Seguridad Social y a recibir las prestaciones de los servicios sociales en los supuestos de vejez o discapacidad entre otros, garantizando una existencia digna a todas las personas, independientemente de sus recursos. Finalmente, se nombra la protección de la salud con la máxima calidad como derecho de todo hombre.

Se aprueba en ese mismo Consejo la creación de una Agenda Social Europea. En ella se busca, entre otros objetivos, responder al envejecimiento de la población y fomentar la cohesión social, modernizando la protección social teniendo en cuenta las repercusiones del envejecimiento, como por ejemplo el aumento de personas que requerirán atención prolongada sociosanitaria. Esta agenda pretende convertir la

cohesión social en un factor de competitividad, además de proteger al individuo, disminuir las desigualdades y fomentar la cohesión social. Postula que el crecimiento económico y la cohesión social se nutren de forma recíproca: las políticas sociales crean revitalizan la economía a través de creación de puestos de trabajo, entre otras líneas, y la mejora de la economía permitirá alcanzar mejores condiciones sociales. Responder al envejecimiento poblacional se convierte así en un reto prioritario y común en la Unión Europea³².

c. Los Consejos Europeos de 2001: Estocolmo y Laeken.

Con la llegada de 2001, la Unión Europea se centra en definir y preparar estrategias para afrontar el reto económico que supone el envejecimiento de la población, sin olvidar que el objetivo final es mantener la integración y cohesión social. Se proponen tres criterios para guiar las políticas relativas a las pensiones y servicios sociosanitarios: ser financieramente sostenibles, basarse en la solidaridad intergeneracional y permitir un nivel de vida digno a los que las reciben, que han de ser partícipes de la riqueza y del nivel de vida del país³³. Se han de generar políticas de vivienda, salud, asistencia permanente y servicios sociales, además de disposiciones fiscales específicas y determinar precios reducidos para determinados servicios económicos y culturales que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida y aumentar la integración social de los ancianos y dependientes. Cuidar la prevención y el envejecimiento sano puede prevenir situaciones negativas para el individuo y para la sociedad³⁴. Un ámbito especialmente importante para las personas mayores es la sanidad y los cuidados a largo plazo³⁵. Se estableció el “método abierto de coordinación en materia de pensiones”, según el cual los distintos países pondrán en común sus políticas sociales en esta materia para aplicar en todas las medidas más acertadas³⁶, basándose en los principios de adecuación de las pensiones, sostenibilidad financiera y modernización³⁷.

d. Consejos Europeos de 2003 y 2004.

Tras el análisis demográfico y económico descrito, en el Consejo Europeo de Octubre de 2003 se presentó el informe conjunto del Consejo y la Comisión sobre la asistencia sanitaria y la atención a largo plazo para las personas mayores. Se defiende que la atención a las personas mayores se ha de caracterizar por ser universal, accesible y económicamente sostenible. Se contempla que los nuevos avances técnicos y sanitarios pueden reducir los costes derivados de algunas enfermedades y de sus consecuencias al curarlas, pero a la vez aumentan la necesidad de cuidados prolongados que, en determinados casos, presentan un coste económico elevado. A la luz de los resultados de informes anteriores, se hace evidente que la asistencia sociosanitaria se ha de adaptar a las personas mayores, teniendo en cuenta que cada vez va a ser más relevante la dependencia ligada a la edad, no a una enfermedad concreta. Esa dependencia ligada a la edad producirá un aumento en la necesidad de cuidados de larga duración, destinados a aquellas personas que no pueden vivir de manera autónoma y precisan ayuda en actividades básicas como la movilidad las compras, la alimentación, etcétera. Esta asistencia habitualmente se ha dejado a cargo de los familiares al no precisar cualificación médica, pero los cambios sociales que se han producido reducen el número de personas que pueden llevarla a cabo. Por eso, resulta fundamental hacer posible que las personas mayores sigan viviendo en la vejez de manera activa, sana e independiente. Se sugieren tres modelos para que la sociedad se enfrente al aumento de la tasa de dependencia en los ancianos³⁸:

- 1) Un modelo en el que el peso del cuidado y sus consecuencias económicas recaiga sobre la familia.
- 2) Un segundo modelo en el que sea el Estado el que tutorice todo el proceso y se responsabilice del mismo a través de la creación de plazas de atención a ancianos.
- 3) Un tercer modelo en el que el paciente pueda decidir el tipo de ayuda que precise (ayuda económica, exención fiscal, residencia, asistencia domiciliaria...).

En 2004 se dio un nuevo giro en la política comunitaria, buscando una mayor integración política y social de los países miembros. Se redactó la Constitución Europea, que no fue refrendada por todos los Estados. Sin embargo, sí recoge algunos valores y principios que impregna la dirección hacia la que la futura Unión Europea miraba. En su artículo 2, este texto recoge que la dignidad humana, la igualdad y el respeto a los Derechos Humanos son algunos de los valores comunes a los estados pertenecientes, y son la base de la sociedad. Después de nombrar los objetivos económicos, como la sostenibilidad financiera, la Constitución Europea refleja que la Unión “*combatirá la exclusión social y la discriminación y fomentará la justicia y la protección sociales, la igualdad entre mujeres y hombres, la solidaridad entre las generaciones*”^k. Las políticas sociales serían acordadas por la Unión y los Estados para ser desarrolladas de forma conjunta, reafirmando en la necesidad de proteger la vida, la dignidad humana, la integridad personal, la familia, la solidaridad intergeneracional y la ausencia de discriminación. En el texto constitucional se refleja el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente, participando en la sociedad. Además, los ancianos y dependientes podrán acceder a las prestaciones sociales que requieran. Tanto la atención social como la sanitaria serán pactadas con cada estado miembro³⁹.

Posteriormente a estas fechas, el envejecimiento dejó de ser un tema prioritario de discusión en estos consejos.

b. La preparación de la II Asamblea Internacional sobre el envejecimiento.

Transcurridos veinte años desde la I Asamblea Internacional sobre el Envejecimiento, y teniendo en cuenta los avances científicos y los cambios sociales y demográficos, se realizó en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. El encuentro tomó sus bases de un informe realizado previamente en el Foro de Valencia por expertos en investigación, educación y aspectos prácticos del envejecimiento. Este informe establece unos ejes sobre los que la Asamblea trabajaría⁴⁰.

^k Cit. Unión Europea. Tratado por el que se establece una Constitución para Europa. *Diario oficial de la Unión Europea*, 16 de Diciembre de 2004, num 310

-
- a. *Primer eje (personas mayores y desarrollo)*: propone diversas medidas en torno al papel que las personas mayores pueden realizar en la sociedad. Se hace por lo tanto preciso un estudio exhaustivo sobre las consecuencias económicas reales del envejecimiento. Los autores enfocan el envejecimiento a alcanzar la máxima satisfacción vital del anciano, con prolongación de la vida sana y mejorando los cuidados sobre los ancianos.
- a. Se ha de fomentar la participación activa de las personas mayores en la sociedad, identificando las barreras que impiden dicha participación.
 - b. Se han de desarrollar líneas de trabajo que permitan la colaboración social, económica y política de este grupo de edad, modificando la conciencia social que ve a los ancianos como frágiles, formando a toda la sociedad sobre las necesidades de los mayores.
 - c. La educación cumple un papel fundamental en este aspecto, y puede ser impartida por los propios ancianos. El grupo de expertos reflexiona sobre la falta de definición al emplear términos como “envejecimiento activo” o “productividad en edades avanzadas”, y su implicación real en la calidad de vida de las personas mayores. Aparece en el texto el término “solidaridad intergeneracional”, defendiendo la realización de un estudio que examine de forma exhaustiva las relaciones de los ancianos con los diversos grupos de edad, sus determinantes y consecuencias. Está demostrado que la falta de preparación de las generaciones más jóvenes ante situaciones complicadas (como por ejemplo dependencia) empeora la calidad de los cuidados informales.
 - d. El informe aboga además por modificar los puestos laborales en función de las capacidades de los ancianos, de modo que puedan seguir trabajando según las mismas, y no solamente según criterios de edad. Aún así, se ha de respetar el derecho a la jubilación.
 - e. Se debe potenciar la educación entre las personas mayores, considerando las características especiales de estas, e incluyendo el aprendizaje de medidas sanitarias y de autocuidado.

- f. Se ha de fomentar la integración entre los cuidados formales e informales, facilitando además el descanso del cuidador. El texto se hace eco de la imposibilidad de las familias para acatar por completo las necesidades económicas de los ancianos, haciendo al estado responsable de la seguridad material de los mismos.
 - g. El anciano ha de ser protegido frente a situaciones de pobreza. Se identifica a la pobreza como el mayor riesgo del anciano, no solo por sus consecuencias en el acceso a los recursos básicos, sino también como condicionante de marginalidad, maltrato, fragilidad y dependencia. La seguridad económica y el trabajo en la edad adulta se ligan a un mejor control del envejecimiento en cuanto a la realización de políticas de prevención y a la integración de los ancianos en el mundo laboral.
- b. *Segundo eje (mejora de la salud y del bienestar en la vejez):* la calidad de vida del anciano depende parcialmente de la salud y bienestar adquiridos a lo largo de la vida, y es un parámetro multifactorial que ha de ser armonizado internacionalmente, incluyendo parámetros educativos, psicológicos, personales... Se han de identificar los factores de toda índole que determinan el envejecimiento saludable⁴⁰.
- a. El acceso a los recursos sanitarios ha de ser universal e igualitario.
 - b. Se ha de formar en geriatría y gerontología a los profesionales de atención primaria y a todos aquellos que tienen un contacto especial con los ancianos, aportando un enfoque multidisciplinar. Se ha de incluir a los ancianos como receptores de esta formación como proveedores de cuidados. No se deben obviar temas como la salud mental del anciano.
 - c. Se han de analizar las distintas políticas y servicios de salud y su aplicación en las personas mayores para evaluar su eficacia y eficiencia. Se contempla como fundamental la participación de los sistemas privados en este aspecto, teniendo en cuenta su mayor capacidad de innovación. Se precisa cuantificación de resultados cuantitativos y sistemas de control de calidad.

- d. Una atención comunitaria centrada en el individuo que cuente con la asistencia sanitaria primaria y los servicios sociales permite una valoración más integral del anciano, con una mejor resolución de cada caso.
 - e. La relación envejecimiento-discapacidad ha de ser estudiada en todas sus vertientes, incluyendo la visión del envejecimiento desde la discapacidad y no solo la derivada del propio envejecimiento. La atención al anciano ha de incorporar el apoyo a las consecuencias propias del envejecimiento y de la discapacidad.
- c. *Tercer eje (entornos facilitadores y de apoyo)*: este apartado busca mantener al anciano en su entorno habitual el mayor tiempo posible por sus beneficios sanitarios, sociales y económicos. Para ello, contempla la adaptación del entorno a las nuevas necesidades del individuo. Se contempla la independencia como la capacidad para permanecer residiendo en el domicilio, lo que requiere apoyo a las familias. A pesar de que la mayoría de ancianos en el mundo prefieren envejecer en su casa, cuando las necesidades de atención o sociales lo requieran son la familia y el Estado los responsables de proporcionar los recursos residenciales que se precisen⁴⁰.
- a. La vivienda es el mejor entorno para el desarrollo vital del anciano, y es un elemento facilitador de la relación salud-bienestar-hogar-entorno.
 - b. Se han de acercar los servicios sociosanitarios a la familia, teniendo en cuenta las limitaciones económicas de las mismas y la necesidad de una vivienda digna con acceso a todos los servicios que precise y adaptada a las características funcionales del anciano.
 - c. Como grupo poblacional vulnerable, los ancianos son objeto en múltiples ocasiones de negligencia, abuso y violencia. Se han de promover políticas de prevención primaria, secundaria y terciaria de estas situaciones. Tras definir de forma consensuada los límites de estos términos, se ha de identificar a los grupos de riesgo de maltrato en cualquiera de sus formas. La incorporación a la vida comunitaria de los ancianos, con los aportes que estos pueden realizar

en la misma, puede ser una herramienta de prevención del maltrato. La falta de autodeterminación es contemplada como una forma de abuso.

A partir de estos ejes el Foro de Valencia realizó una serie de recomendaciones que pueden resumirse en ^{41, 42}:

- Los gobiernos sustentan la responsabilidad para desarrollar adecuados sistemas de protección social para los ancianos, prestando una especial atención a las situaciones de dependencia, que aumentarán al tener en cuenta los cambios sociodemográficos. Esta responsabilidad se debe basar en el envejecimiento activo y la protección de la salud en todas sus vertientes, con especial atención a la prevención.
- Se ha de facilitar el envejecimiento digno en casa, para lo que es necesario un correcto apoyo a las familias cuidadoras.
- Se ha de modificar la visión de la sociedad sobre la tercera edad; para ello es necesario la intervención de todos los agentes políticos y sociales, incluyendo los medios de comunicación, y la educación e instrucción de las distintas generaciones, estudiando la importancia de las mismas en la relación con los ancianos.

c. Envejecimiento activo, autonomía y dependencia: definiciones.

Para la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) presentó un informe sobre el envejecimiento en el que hace un repaso sobre las tendencias demográficas y la necesidad de prevenir enfermedades y situaciones de dependencia. En este informe se definen determinados parámetros de los que hasta el momento se hablaba de forma imprecisa, y que son relevantes a la hora de permitir un lenguaje común y preciso. La OMS define “autonomía” como la “*capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias*”¹. Enfrenta este término al de “independencia”, a la que se refiere como

¹ Cit. p.75 OMS: envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(Supl 2):74-105.

“*capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria*”^m, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás. Así, una persona puede mantener su “autonomía” aún habiendo perdido su “independencia”, siempre y cuando se respeten y se le ayude a conseguir culminar sus decisiones vitales. Además, la OMS se acerca al término “calidad de vida” como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Acepta que este término es subjetivo, y lo relaciona con la salud física y psicológica de la persona, su nivel de independencia, su red social, sus creencias y su entorno, reconociendo que la calidad de vida de las personas mayores suele disminuir en relación a la disminución de su autonomía e independencia. El reflejo medible de la disminución de la independencia y la autonomía se aprecia en las escalas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria⁴³.

Una potenciación de la independencia y de la autonomía se correlaciona con el llamado “envejecimiento activo” entendido como “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*”ⁿ. Este concepto implica la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad, e incluye también a aquellas personas con algún tipo de discapacidad. El envejecimiento activo se basa en el respeto a las capacidades de los mayores, la potenciación de los Derechos Humanos en este grupo de edad, la independencia y la asistencia a los ancianos para fomentar su participación. Políticas que fomenten el envejecimiento activo conllevarían probablemente un descenso en la mortalidad precoz, en la discapacidad y en los gastos sociosanitarios, aumentando la proporción de ancianos que disfrutan de una mayor calidad de vida y que contribuyen activamente al desarrollo de la sociedad⁴³.

La OMS reflexiona sobre los determinantes del envejecimiento activo, a saber: la cultura, el género, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la

^m Cit. p. 75 OMS: envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(Supl 2):74-105.

ⁿ Cit. p. 79. OMS: envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Ger Vol. 37. Núm. Agosto 2002

asistencia sanitaria curativa, los cuidados de larga duración, el cuidado de la salud mental, hábitos y conductas como el tabaquismo, la actividad física, la alimentación o el uso de medicamentos (incluyendo la iatrogenia), determinantes personales (genética, estado psicológico) y del entorno (vivienda, apoyo social, abuso, violencia, educación o protección social, entre otros)⁴³.

Sobre estas bases, la Asamblea de las Naciones Unidas emitió una declaración política cuyos principales puntos incluyen el lanzamiento de un nuevo Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, intentando crear una “sociedad para todas las edades”, basada en la ausencia de discriminación y la valoración de la dignidad humana, así como en la participación activa de los ancianos, teniendo en cuenta el potencial de los mismos. El envejecimiento se incorporará como eje político y de actuación prioritario, incorporando las acciones sociales que sean necesarias y fomentando la investigación y la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad y dependencia tendrá un papel relevante en esas acciones⁴⁴.

*d. II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*⁴⁵.

Todas las aportaciones de la OMS y de los debates internacionales auspiciados por ella que se acaban de exponer, se recogieron en el II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid. Las líneas generales que se proponen se basan, como no, en el esperado envejecimiento de la población, por el que se duplicará la proporción sobre el total de las personas mayores de 60 años respecto a la actual en menos de 50 años, siendo mayor el número de mujeres que de hombres. Ante este cambio demográfico, y previendo las consecuencias políticas, sociales y económicas previsibles, se propone una serie de medidas para cambiar el modelo actual de atención a este colectivo, buscando siempre la consecución de los Derechos Humanos, la seguridad de los ancianos, la participación activa de los mismos en la sociedad, la realización personal a lo largo de toda la vida (incluyendo aprendizaje), la igualdad y no discriminación, el respeto a los derechos sociales, económicos, culturales y de cualquier otra índole, el apoyo a la familia y a las relaciones intergeneracionales, la investigación como herramienta de ayuda y la protección de la salud. Se refleja la necesidad de

colaboración entre los gobiernos, los agentes sociales y todos los individuos y organizaciones implicados para poder llevar a cabo las medidas propuestas. Estas medidas se estructuran en varios ejes⁴⁵:

- a. *Participación en la sociedad y desarrollo*: los ancianos han de ser partícipes de forma equitativa del desarrollo de las sociedades en todos los aspectos, desde económico hasta tecnológico y científico, por lo que se han de beneficiar de los progresos conseguidos. Las personas mayores sin embargo no son solo sujetos pasivos, sino que aportan activamente valor a la sociedad en todos sus campos. Es preciso reconocer ese valor, que muchas veces se traduce como trabajo no remunerado. La edad no tiene porqué ser una causa de cese de la actividad laboral, si no que se ha de buscar la adaptación de los puestos de trabajo a las personas mayores que quieran trabajar. Fomentar el acceso al conocimiento, no solo durante la juventud y vida adulta (importante para la adquisición de hábitos de vida saludables y optimización de los recursos económicos), sino también en la senectud. La capacitación de las personas mayores en el uso de nuevas tecnologías y el aprendizaje de las materias básicas independientemente de la edad son medidas que evitan la marginación y aumentan los recursos de los individuos para afrontar los cambios en la vida y en la sociedad. Se deben aprovechar los conocimientos de los ancianos y su utilidad para el desarrollo social. Se ha de potenciar la solidaridad intergeneracional como valor bidireccional, teniendo en cuenta los aportes del anciano a la familia y el posterior cuidado no formal del anciano. Esta medida puede colaborar a evitar las situaciones de pobreza, garantizando el acceso a los recursos oportunos.
- b. *Salud y bienestar*: se han de paliar los efectos que la economía, la marginalidad y otros problemas sociales ejercen sobre la salud a lo largo de la vida, empleando en primer lugar las acciones que previenen la mala salud en el anciano (vacunación, hábitos de vida saludables, detección precoz de enfermedades, alimentación...). Es fundamental garantizar el acceso igualitario de toda la población a la alimentación adecuada, especialmente de los ancianos, así como el acceso a los recursos sociosanitarios necesarios. La atención primaria de salud ha de establecerse como

pilar fundamental en los cuidados del anciano. Las personas que se relacionen formal y/o informalmente con los ancianos han de recibir capacitación específica para administrar los mejores cuidados. La salud mental ha de ser considerada como un aspecto más del bienestar humano. Se ha de promover la independencia, intentando prevenir la discapacidad pero, una vez que esta aparece, la rehabilitación y adaptación al medio son fundamentales para mantener la independencia y autonomía del anciano el mayor tiempo posible.

- c. *El entorno*: se ha de promover el envejecimiento en el entorno en el que el anciano ha vivido, con políticas de adaptación de la vivienda, del transporte y de los entornos comunes. Se ha de articular un sistema de atención a las necesidades especiales del anciano y a la dependencia que pueda desarrollarse en su domicilio, apoyando los cuidados no formales administrados por las familias. Se ha de vigilar y luchar contra el abandono y la violencia sobre el anciano. La sociedad debe cambiar la imagen del anciano actual, reconociendo su potencial, sabiduría, autoridad y demás aportes.

Todas estas medidas han de ser plasmadas por los gobiernos nacionales en su legislación para conseguir su desarrollo social, apoyados siempre por los acuerdos internacionales y la cooperación entre estados⁴⁵.

d. Conclusiones.

Es así como desde el reconocimiento de los Derechos Básicos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se alcanzan acuerdos internacionales que reconocen el valor de las personas mayores, la necesidad de prevención de la enfermedad y dependencia y la obligación de los estados de crear sistemas de atención sociosanitaria que cubran las necesidades especiales de este grupo poblacional, fomentando la estancia de las personas en su entorno habitual y aportando una visión activa de las personas mayores.

Se reconoce de forma internacional la situación crítica en relación con el envejecimiento poblacional, estableciendo un consenso sobre la necesidad de la mejora en la atención a las personas mayores. Sin embargo, los compromisos alcanzados son

laxos. Estas declaraciones de principios requieren de la determinación de normas aplicadas por los Estados.

2.2. ANTECEDENTES LEGALES EN ESPAÑA.

2.2.1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1975 Y SUS VALORES⁴⁶.

Con la llegada de la democracia a España se redactó la Constitución Española de 1978, base de los valores y reglas de funcionamiento de la sociedad a partir de ese momento. La Constitución Española permite establecer una normas de juego desde las cuales enfocar las distintas líneas políticas, entre ellas las sociales y las sanitarias y, afinando, las relativas a la atención al anciano frágil. Todas estas acciones se sustentan sobre la dignidad de la persona como fundamento político y de la paz social, conforme a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 10), siendo responsabilidad de los poderes públicos crear las condiciones que permitan una igualdad y libertad efectivas entre todos los ciudadanos. Partiendo de la igualdad ante la Ley sin discriminación alguna, se recoge el derecho a la Protección de la Salud y a la Seguridad Social, así como al acceso a la Cultura y demás áreas que permitan el desarrollo personal en todos sus niveles (vivienda, medioambiente...). Se reconoce el derecho de los discapacitados a recibir una atención especializada que incluya aspectos como la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la integración (art. 49). En cuanto a la tercera edad, establece que se otorgarán pensiones que aseguren la suficiencia económica de los ancianos, así como prestaciones sociales de forma independiente a las obligaciones familiares en función de las necesidades que presenten en salud, vivienda... Así, la legislación y jurisprudencia derivadas de este texto han de velar por el desarrollo y protección de todos estos derechos (que intervienen en las situaciones relativas a la dependencia), desarrollando los métodos de aplicación de los mismos⁴⁶.

2.2.2. LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL SISTEMA SANITARIO:

Los distintos servicios sociosanitarios se encontraban en la época de los setenta dispersos en distintas organizaciones no relacionadas entre sí, que impedían una

correcta gestión de los recursos y un adecuado manejo de las diferentes situaciones. Por ello, en 1978 se modifica mediante Real Decreto la organización de la salud y recursos sociales, creando tres áreas centralizadas de gestión: una para la salud, otra relativa a la Seguridad Social y la otra a cargo de los servicios sociales. Las competencias agrupadas en estas áreas serían descentralizadas de forma progresiva⁴⁷.

a. Pensiones:

La Seguridad Social aglutinó paulatinamente los distintos regímenes de pensiones derivados de la etapa predemocrática⁴⁸, reafirmando la actitud protectora de estas ayudas (destaca en situaciones de jubilación, vejez, discapacidad...), y asumiendo que el acceso a los recursos sociales por parte de los ciudadanos se producirá solo si se carece de los recursos indispensables⁴⁹. Se consigue en 1995 un gran Pacto de Estado sobre las Pensiones, conocido como Pacto de Toledo. Este consenso entre los distintos grupos políticos contempla la acción preventiva de la Seguridad Social ante hipotéticas situaciones de necesidad y marginación, empleando para ello los principios de reparto de las riquezas y de solidaridad intergeneracional. Se contempla el mantenimiento de un alto nivel de protección social como factor de competitividad, apostando por la confluencia de modelos de pensiones con los del resto de países de la Unión Europea. Se contemplan distintos tipos de pensiones en función de la cotización laboral durante los años de trabajo del individuo, así como asignaciones no contributivas en determinadas situaciones para prevenir la pobreza⁵⁰. Se lucha así contra el principal determinante de marginación y riesgo del anciano según los textos internacionales nombrados previamente²⁴.

En 2003 se produce la renovación del Pacto de Toledo, reflexionando sobre la preocupación creciente por el envejecimiento poblacional, conforme con las políticas impulsadas desde la Unión Europea. Se matiza sobre los objetivos del sistema de pensiones, buscando la modernización de las mismas para asegurar a las personas mayores un nivel de vida digno, con participación activa en la vida pública, social y cultural, basado en la solidaridad intergeneracional⁵¹.

b. Atención sanitaria:

La descentralización prevista desde la creación del estado democrático español se plasma parcialmente en 1985 en la Ley Reguladora de Bases del Régimen Local, donde se otorga a los municipios competencias en asuntos sociales y participación en la atención primaria de salud⁵².

En 1986 aparece la Ley General de Sanidad, que establece la creación de un sistema sanitario público, gratuito, universal que busque en todo momento la protección de la dignidad del ser humano, respetando su intimidad a través de la información completa sobre sus procesos, la confidencialidad y el respeto a las decisiones del paciente. Se regulan los derechos y deberes de los ciudadanos en esta materia, proponiendo un modelo descentralizado en el que impere la integración de los diferentes niveles estructurales. A pesar de que se habla de conseguir un trato igualitario, equiparando las condiciones y la calidad de vida en las distintas regiones del país, se otorgan las competencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas, lo cual puede finalmente redundar en desigualdades al no crear un modelo único (este problema tratará de ser resuelto posteriormente a través de leyes que regulen la cohesión entre distintos territorios). Es importante que, desde un principio, esta ley recoge que no todas las prestaciones tienen por qué ser gratuitas. Se otorga gran importancia a la Atención Primaria de Salud como eje principal y puerta de acceso al resto del sistema sanitario, y pilar fundamental en las actuaciones prioritarias entendidas como aquellas relativas a la prevención de enfermedades y promoción de la salud, la rehabilitación y la inserción social. Se crean las “Áreas de Salud” como unidades básicas de funcionamiento que permita integrar todos los aspectos relativos a la atención al individuo en cuanto a aspectos sanitarios, sociales, familiares y comunitarios⁵³.

En 1990 una Comisión de expertos realiza un análisis sobre las tendencias en el Sistema Nacional de Salud. Refleja la preocupación sobre el envejecimiento poblacional y sus consecuencias financieras, aportando posibles soluciones para sostener económicamente al sistema. Sin embargo, no aporta novedades en cuanto al trato a las personas mayores⁵⁴.

En 2003, ante la diversidad de los sistemas sanitarios de las diferentes autonomías, se crea la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este proyecto busca, entre otros, la integración sanitaria y sociosanitaria, empleando criterios de equidad, calidad y participación, entendida como autonomía en las decisiones y persecución de las expectativas. Esta Ley recoge los siguientes principios generales: igualdad efectiva y calidad en un sistema universal y público, donde se atienda de forma integral a la salud. Se sustentaría sobre una financiación pública, bajo criterios de igualdad de oportunidades, libre circulación de profesionales y colaboración público-privada. Se articula nuevamente a la Atención Primaria como nivel básico de atención, gestor y coordinador, responsable de globalidad y continuidad de la atención sobre cada paciente. Esta ley integra además las distintas esferas del ser humano, hablando de prestaciones sociosanitarias que englobarían la atención sanitaria y la atención social a enfermos crónicos para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Se ha de garantizar la calidad del sistema a través del empleo de guías de práctica clínica y asistencial, generando planes de Salud nacionales para los distintos colectivos⁵⁵.

c. Servicios sociales y atención a la discapacidad:

Desde la transición democrática, como se ha explicado, se fueron agrupando los servicios sanitarios y sociales que anteriormente prestaban organizaciones muy diversas no coordinados entre sí. La Ley General de la Seguridad Social contempla prestaciones económicas y de hecho con acción protectora (invalidez, jubilación...). Es destacable que las prestaciones en forma de asistencia social se prestarán solo si el individuo carece de los recursos indispensables para ser atendido⁵⁰.

En 1982 aparece la primera ley referente a los discapacitados, la Ley de Integración Social de los Minusválidos. La importancia de la mentalización de la sociedad en cuanto a la discapacidad y la visión que se da de ella queda registrada, incluyendo la relación entre el anciano frágil y el minusválido y sus dificultades para la integración social y el desarrollo personal. La prevención de la discapacidad vuelve a nombrarse como el pilar fundamental para evitar las complicaciones derivadas de la

misma, pero una vez que se establece la misma se requiere una valoración por equipo multidisciplinar de cada caso, reconociendo el derecho de las personas con discapacidad a un subsidio, rehabilitación y asistencia por parte de los servicios sociales. Estas medidas deben fomentar el desarrollo personal, la integración comunitaria y la permanencia del individuo en su entorno familiar o al menos geográfico. Para ello, entre otras medidas, se contemplan distintas formas de ayuda a las familias con discapacitados a su cargo. Sin embargo, esta ley no contempla ayudas específicas para los ancianos. Otro aspecto innovador es el establecimiento de prioridades para la atención de los discapacitados: primero se cubrirán las necesidades en sanidad y gastos farmacéuticos, posteriormente aquellas relacionadas con los servicios sociales; finalmente se otorgarán ayudas económicas y pensiones, para dejar en último lugar otras prestaciones que puedan ser contempladas⁵⁶.

Como parte de la descentralización propuesta se comienzan a elaborar los acuerdos entre el Estado y las Comunidades Autónomas que permiten la creación de los Planes de Acción Social. Estos planes se basan en el desarrollo de convenios entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con cada comunidad Autónoma para prestación de servicios sociales para prevenir las causas de marginación. Se establece que las competencias en asuntos Sociales recaigan sobre los ayuntamientos al ser estos los más cercanos al individuo. Los servicios sociales comprenden: información y asesoramiento, ayuda a domicilio, alojamiento, prevención e inserción social. Se desarrollarán planes dirigidos a toda la población y otros a colectivos específicos, dirigidos a determinados grupos sociales, pero siempre bajo los principios de universalidad, racionalidad, normalización, descentralización y participación⁵⁷.

La familia se articula como el pilar fundamental en el cuidado del anciano, y se intentan propiciar las condiciones para que este cuidado sea efectivo. Por ejemplo, se reconoce el derecho a reducción de jornada y/o excedencia de los trabajadores que tienen a su cargo un familiar con alguna discapacidad o en situación de dependencia⁵⁸. Otras formas de apoyo, en este caso económico, incluyen la posibilidad de crear un patrimonio con exenciones fiscales que pueda ser empleado para futuras necesidades del discapacitado (incluyendo ancianos) que no estén cubiertas por la Seguridad Social⁵⁹.

A comienzos de S XXI se refuerza la ley para facilitar la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal. Se intentará fomentar un modelo de “vida independiente”, que permita la participación de todas las personas en la comunidad. Los discapacitados se contemplan como sujetos activos que toman decisiones, pero que pueden presentar algunas dificultades para satisfacer necesidades normales, por lo que precisan un apoyo personal y modificaciones del entorno. El objeto de la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad tiene por objetivo proteger el derecho a la igualdad de oportunidades, proponiendo no solo la ausencia de discriminación, sino además una serie de acciones positivas, basado en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil, transversalidad de las acciones, igualdad de derechos, autonomía, vida independiente, calidad de vida e integración⁶⁰.

Los planes de acción para las personas con discapacidad han constituido la principal herramienta para afrontar las peculiaridades de este colectivo. Aunque no van dirigidos especialmente a ancianos, sí que estos pueden beneficiarse de algunas de las medidas propuestas, teniendo en cuenta la relación entre edad y discapacidad. Entre los dos planes previos a la aparición de la Ley de Dependencia, destaca el segundo, elaborado en 2003, donde la definición de discapacidad nos recuerda a las situaciones en las que puede verse envuelto el anciano; emplea el término “discapacidad” como para englobar situaciones muy diversas: deficiencias corporales, limitaciones individuales de la actividad, restricciones en la participación social...Se interpretan varias dimensiones personales que interactúan entre sí, muchas veces relacionadas con un problema de salud de fondo, y en un contexto determinado. Se habla así de los factores ambientales y personales de la discapacidad. Este plan de acción destaca además por cambiar el objetivo de las políticas y líneas de actuación: no se basa en compensar las limitaciones de las personas, sino en proteger sus derechos. Se resalta la importancia de la lucha contra la discriminación, en términos de accesibilidad universal y medidas positivas para este colectivo. Se contempla la atención a los mayores en el seno familiar así como la importancia de la atención a la dependencia. Intenta otorgar a

los Servicios Sociales los valores de dignidad, enfoque holístico, humanización y proximidad de los servicios al entorno de la persona atendida⁶¹.

En el contexto del esfuerzo por el estudio de la situación de la discapacidad, e intentando orientar las políticas futuras, se elabora en 2003 el Informe sobre el estudio de la situación de la discapacidad y perspectivas de futuro. Este texto aporta una nueva definición de discapacidad como *“circunstancia personal y hecho social resultante de la interacción de un “entorno inadecuado” pensado para el parámetro de persona “normal” con la diferencia que presentan algunas personas, en una manifestación más de la diversidad humana, que una sociedad inclusiva y abierta ha de acoger como elemento enriquecedor que ensancha la humanidad y agrega valor”*. Según este informe, la discapacidad está claramente relacionada con la edad, siendo la incapacidad para desplazarse fuera del hogar la discapacidad más frecuente en el anciano. Se postula que se deben desarrollar y proteger los principios de autonomía personal, vida independiente, igualdad de oportunidades, no discriminación, participación activa, calidad de vida, protección y promoción de la salud entre otros para que los individuos desarrollen plenamente sus derechos. Además, se defiende que lo importante es valorar no las discapacidades, sino las capacidades de las personas. Se habla de la necesidad de crear un sistema que gestione las situaciones de dependencia, articulando a la familia como primer punto de referencia para inclusión social de personas discapacitadas, y facilitando el acceso a actividades de ocio, cultura...⁶²

Así fue como paulatinamente se fueron articulando los derechos constitucionales. Sin embargo, no existía una forma específica de tratar a las personas que precisan ayuda en las actividades básicas de la vida diaria. Ante esta necesidad se empieza a pensar en un sistema de atención a la dependencia.

2.2.3. EL LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA⁶³.

En 2004 el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de forma conjunta con el Instituto de Mayores y Servicios Sociales y otras organizaciones relacionadas con la

⁶¹ Cit p 19 Congreso de los Diputados: Informe de la subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad y perspectivas de futuro, creada en el seno de la Comisión de Política Social y Empleo, Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm 640, de 16 de diciembre de 2003

dependencia, publica este manual que describe la situación de la Dependencia en España. Este libro, es el antecedente más cercano a la Ley de la Dependencia, y establece las líneas generales sobre las que se apoya la misma.

a. Planteamiento del problema: cuestiones sociodemográficas.

En primer lugar, resume las características poblacionales de la dependencia. La dependencia y la edad son dos variables claramente ligadas (un 32% de las personas mayores de 65 años presentan algún tipo de discapacidad, 63% de los mayores de 85 años), aunque no inevitablemente. Es decir, aunque la tasa de dependencia aumenta cuanto mayor sea la edad de la población (sobre todo a partir de los 80 años), no toda la población anciana es dependiente. Existen variables individuales (genéticas, hábitos de vida...) y ambientales que influyen en el desarrollo de patologías y situaciones que pueden llevar al anciano a precisar ayuda en sus actividades diarias. Esto quiere decir que es posible realizar acciones que prevengan la aparición de la dependencia, centradas en buenos hábitos de vida, condiciones ambientales beneficiosas, detección precoz de enfermedades...⁶³

Es importante conocer algunos datos demográficos para comprender la necesidad de atención a la dependencia en cuanto a su relación con el envejecimiento, previos a la redacción del Libro Blanco. Estos datos se obtienen a través de la Encuesta Sobre Deficiencias, Discapacidades y Estados de Salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1999⁶³. El número de personas mayores de 65 años se duplicó en las últimas tres décadas del siglo XX, llegando a ser el 17% de la población, y con una expectativa de crecimiento de esta proporción hasta el 26% en el primer cuarto del siglo XXI. Estos datos se acompañan del “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, un incremento del número de ancianos por encima de los 80 años, siendo este grupo poblacional el que presenta mayores tasas de dependencia (hasta en torno al 80%). Por lo tanto, es comprensible que se producirá un aumento en la demanda de servicios sociales, además de una mayor presión económica en el sistema de pensiones. Las principales dificultades que encuentran los ancianos son el desplazamiento fuera del hogar, el control de las compras y suministros y la limpieza y

el mantenimiento de la casa. La discapacidad aparece antes y en mayor proporción en las mujeres que en los hombres, a pesar de que ellas viven más años. Son las hijas de mediana edad las que se responsabilizan en mayor medida del cuidado de sus mayores, con las consecuencias negativas sobre su vida laboral y su fecundidad que ello conlleva⁶³.

La relación entre dependencia y edad siempre ha estado presente en la sociedad, pero el envejecimiento acelerado y el cambio en la estructura familiar (con menos miembros, aumento de la movilidad geográfica, nuevos modelos de familia, incorporación de la mujer al trabajo...), junto con las crecientes expectativas en bienestar, han ampliado la dimensión de la problemática derivada de las situaciones de dependencia. Este cambio ha producido que la dependencia no solo se perciba como un problema familiar, sino que se ha creado una conciencia social que invita a actuar a nivel de protección social. Estas situaciones se basan en una serie de problemas sociales (cuidados, apoyo) interrelacionados con problemas sanitarios, ya que en muchas ocasiones, son las enfermedades las que desencadenan situaciones de dependencia, y además las personas dependientes son susceptibles de precisar determinados cuidados sanitarios. Una adecuada atención social podría disminuir la carga asistencial en el sistema sanitario. Sin embargo, mientras que el sistema sanitario es universal, el sistema de recursos sociales se encontraba muy poco desarrollado en España en el momento de redacción del texto⁶³.

b. Propuesta de creación de un Sistema de Atención a la Dependencia: recursos.

Con todos estos datos, se propone para España un sistema de atención a la Dependencia que atienda no solamente a los más dependientes, sino también las dependencias moderadas, protegiendo los derechos de participación en la sociedad de todos los individuos. Propone establecer así tres grados de dependencia: grado 1 o moderada (el individuo necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día), grado 2 o severa (precisa ayuda para dichas actividades 2 o 3 veces al día, sin necesidad de presencia continua de cuidador) y grado 3 o muy severa (la persona precisa atención continua). Se tendrán en cuenta tanto las necesidades para

realizar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, moverse, comer, aseo...) como las instrumentales (movilidad fuera del hogar, tareas domésticas). Se estima que un 55,4% de las personas a atender con el modelo español presentarán una dependencia moderada, el 30,5% una dependencia severa y el 14,01% un grado de dependencia muy severo. Estas proporciones varían para personas atendidas en residencias, siendo mayor el porcentaje de individuos con dependencia severa o muy severa. Además, el número de personas dependientes aumentará a medida que se alcanza la senectud la masa poblacional nacida desde finales de los años 50 del siglo XX⁶³.

Este texto asume la falta de un tratamiento unitario a la dependencia en la legalidad española, como ya se ha expuesto, y resalta la necesidad del mismo. Se reitera la especial protección que han de tener los derechos de las personas dependientes, en base a su especial vulnerabilidad. Esto incluye todos los Derechos Humanos, constitucionales y de cualquier otra índole ya expuestos⁶³.

Recoge las responsabilidades de los distintos niveles de organización administrativa del Estado. El Estado se encargará de la redacción de las leyes básicas acerca de sanidad y cobertura de la Seguridad Social y régimen económico (este último de forma exclusiva), incluyendo el planteamiento de beneficios fiscales, reducción de jornada laboral, obligación de alimentación, medidas de incapacitación y tutela, etc. Las Comunidades Autónomas se encargarán de la ejecución y desarrollo de ese marco base sanitario y social, ejecutando las medidas que se consideren oportunas, y son las únicas responsables de la gestión de los recursos sociales. Hay que destacar que son las comunidades las encargadas del reconocimiento y gestión de los distintos tipos de discapacidad. A su vez, las corporaciones locales han de intervenir en la prestación de servicios sociales (incluyendo los reinsertivos) y en la atención primaria de salud⁶³.

Es preciso que en aquellos casos en los que sea oportuno se produzca una interrelación entre la atención social y sanitaria, con el objetivo de mantener la autonomía del paciente, paliar sus sufrimientos y mejorar su inserción social, incluyendo los cuidados de larga duración, convalecencia y rehabilitación. Sin embargo, ya que las competencias en recursos sociales corresponden a la organización autonómica y local, no existían en España unos servicios mínimos similares en todo el

territorio. En general, estas prestaciones incluían atención domiciliaria, ayudas técnicas, residencias, asistencia personal, atención diurna y atención a los cuidadores. El análisis de la jurisprudencia y legalidad existentes deja en evidencia la necesidad de un texto de mínimos y bases que integre la regulación de todos los aspectos relativos a la dependencia, en especial la atención social y el reconocimiento y valoración unitaria de la dependencia⁶³.

Los cambios sociales descritos anteriormente conllevan la necesidad de un nuevo entendimiento de los conocidos como “cuidados informales”, es decir, aquellos dados de forma altruista por personas allegadas a los pacientes o a partir de organizaciones. El perfil de cuidador informal es asumido mayoritariamente por mujeres en la sexta década de la vida, con las consecuencias laborales y personales derivadas de tener que emplear el tiempo en el cuidado de las personas mayores. Es destacable el valor que en España tiene el modelo de atención a los ancianos, es decir, la importancia y valor que se otorga a que sea la propia familia la que se haga responsable del anciano. Sin embargo, las familias necesitan ayudas para poder llevar a cabo este trabajo, sobre todo cuando el cuidador principal tiene edad avanzada, o cuando los conflictos surgidos por la dificultad de la conciliación de los cuidados con la vida laboral y personal del cuidador suponen una merma en la calidad de vida del mismo, apareciendo consecuencias físicas, mentales y sociales, conocidas como “la carga del cuidador”. Por ello, muchas familias (en especial las de mayor poder adquisitivo) acuden a la contratación privada de personal como primera opción. El sistema de reparto social penalizaba a las familias que mayor apoyo prestaban a los ancianos, reservando los recursos a aquellos ancianos con menor apoyo social. Esto contrasta con la percepción mayoritaria de que las administraciones deben colaborar con las familias en la atención a los ancianos, permitiendo la estancia del individuo en su entorno, y cada vez más a través de la prestación flexible y profesional de servicios, en lugar de por medio de ayudas económicas, y reconociendo la labor de los familiares que dedican gran parte de su tiempo a la atención de los ancianos dependientes, lo que dificulta su inserción laboral⁶³.

El Libro Blanco de la Dependencia resume además la disponibilidad de recursos sociales para afrontar este fenómeno en los mayores. Los principales recursos empleados son la tele asistencia, ayudas técnicas, centros de día, la ayuda domiciliaria y las estancias temporales o definitivas en residencias. Además de exponer los objetivos (tanto para el paciente como para su familia) de estos recursos, entre los que destaca el mantenimiento de la autonomía, se evidencian desigualdades francas en la disponibilidad y cobertura de este tipo de recursos entre las diferentes comunidades autónomas. El bajo desarrollo y la pobre calidad de los recursos sociales dificulta la continuidad de cuidados del paciente y la coordinación sociosanitaria⁶³.

Se pone de manifiesto además la escasa adaptación de la vivienda, reflejando que los ancianos, en muchas ocasiones, viven sin calefacción, en pisos altos sin ascensor, o con otras condiciones que dificultan la movilidad. No se han desarrollado en España opciones de alojamiento distintas a las residencias convencionales. Por ello, aunque la prevención de la dependencia debería ser el pilar fundamental de actuación, se propone la creación de un sistema integral de atención a la dependencia de calidad que tenga en cuenta las preferencias del paciente, facilite el acceso a una mayor proporción de la población, apoye a las familias cuidadoras y garantice la continuidad de cuidados sociosanitarios⁶³.

c. Relación con la enfermedad y el Sistema Sanitario.

No se debe olvidar que la principal causa de dependencia es la enfermedad. La Medicina puede intervenir en este ámbito en la prevención de enfermedades y de complicaciones de las mismas⁶³.

- a) La polifarmacia y la pluripatología que presentan en muchas ocasiones los pacientes dependientes constituyen una dificultad añadida en la atención de estas personas.
- b) La Atención Primaria de Salud ha de ser la piedra angular del sistema como lugar donde desarrollar la prevención a través de vacunaciones, detección de factores de riesgo, educación sanitaria,

atención a enfermos crónicos, atención domiciliaria y a la tercera edad.

- c) La atención a ancianos en unidades de hospitalización aguda y de media o larga estancia supone gran cantidad porcentual del trabajo desempeñado en las mismas.
- d) La hospitalización domiciliaria es una modalidad todavía no muy explotada en España, e incluiría además cuidados de soporte, paliativos, y de convalecencia.

Se propone que el futuro sistema de Dependencia español tenga en especial consideración aquellas medidas sanitarias enfocadas a la prevención de enfermedades y de las complicaciones de las mismas, a la mejora de los cuidados de larga duración y a la creación de sistemas que permitan la rehabilitación. Estas medidas han de tener un acceso universal y gratuito, y se han de desarrollar lo más cercanamente posible al ámbito de vida habitual del paciente. Todas estas medidas se han de llevar a cabo teniendo en cuenta la situación social del anciano y sus necesidades, promoviendo una visión integral del paciente a través de la acción sociosanitaria integrada⁶³.

d. La valoración del grado de dependencia.

Se evidencia en el “Libro Blanco” una disparidad en los sistemas de evaluación de la dependencia, siendo imprescindible una valoración común para la aplicación homogénea del sistema de Dependencia. Para ello, se elige la Clasificación de Funcionamiento y Discapacidad o CIF, que determina el nivel de dependencia teniendo en cuenta las deficiencias personales (enfermedades o alteraciones corporales) y su influencia en las actividades que realiza el paciente, teniendo en cuenta la adaptación del entorno. En esta valoración son más relevantes aquellas actividades consideradas como “básicas” en la vida diaria (comer, beber, cuidado personal, aseo, vestido...) y son menos relevantes actividades como la resolución de problemas sociofamiliares, o el ocio y tiempo libre. Es necesario agrupar los distintos tipos de discapacidad con sus diferentes orígenes en isogrupos que permitan establecer niveles de protección, es decir, en grupos formados por distintas situaciones sociosanitarias que presenten una

intensidad de uso de recursos, gravedad, carga de trabajo y gasto similares. Para ello, la CIF clasifica los problemas en ausencia de problema, ligero, moderado, grave o completo. Se estimó que casi un millón de personas en España presentan algún grado de dependencia, y se contemplaba el importante ascenso esperado como consecuencia de los cambios demográficos⁶³.

e. Conclusiones del Libro Blanco de la Dependencia.

En el Libro Blanco se establecen las características básicas que la atención a la Dependencia deberá tener en España: universal, de carácter público, con igualdad en el acceso al derecho y parcialmente cofinanciada por los usuarios. Se proponen distintos sistemas de actuación: por un lado el económico, con aportación monetaria para la atención al Dependiente. Por otro, se propone un sistema de prestación de servicios, entre los que se incluye tele asistencia, atención domiciliaria, centros de día, ayudas técnicas, modificación de entornos y residencias. Como aspecto fundamental, se ha de facilitar la atención familiar, protegiendo la carrera laboral, el puesto de trabajo, la flexibilidad y la cotización social del cuidador informal que dedique su tiempo a la atención del dependiente, así como la conciliación de la vida familiar y laboral.

2.3. LA “LEY DE DEPENDENCIA”³.

2.3.1. ESTRUCTURA FORMAL³:

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia fue publicada en el Boletín Oficial del Estado del viernes 15 de diciembre de 2006 tras su aprobación definitiva en el Congreso de los Diputados. Tras la exposición de motivos aparece un título preliminar que incluye los cinco primeros artículos, en el que se define el objeto de la ley y sus principios generales, algunas definiciones, y se enuncian los derechos de las personas en situación de dependencia y quiénes son los titulares de los mismos.

En el Título Primero se establecen las características del Sistema que gestionará la atención a las personas en situación de dependencia. Este Título comprende cinco

capítulos. En el primero (artículos del 7 al 12) permite comprender la configuración del sistema, definiendo la finalidad del mismo, los distintos niveles de protección y la participación y colaboración entre las diferentes administraciones públicas (Estado, Comunidades Autónomas, corporaciones locales) y la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En el segundo capítulo (artículos del 13 al 25) establece las prestaciones y servicios del sistema tras enunciar los objetivos de los mismos, incluyendo tanto los asistenciales como los económicos, los de prevención primaria, rehabilitación y paliación de las situaciones de dependencia. El capítulo tercero solo está compuesto por dos artículos que permiten conocer los criterios de valoración de la dependencia y la gradación de la misma, lo que otorgará distintos niveles de protección y asistencia. El capítulo cuarto (artículos del 28 al 31) define los mecanismos para conseguir que a un individuo se le reconozcan los derechos derivados de esta ley, y las variaciones en la situación personal en función del tiempo. En el quinto capítulo (artículos 32 y 33) define la financiación del sistema³.

El Segundo Título de esta ley atiende a la calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en dos capítulos. El primero comprende los artículos 34 y 35, sobre medidas que garanticen la calidad tanto del sistema como de las prestaciones. El segundo capítulo, de un solo artículo, define las necesidades de formación y cualificación de los profesionales y cuidadores que van a atender a las personas dependientes. Los dos siguientes artículos componen el tercer capítulo de este título, que establece el sistema de información tanto para el ciudadano como entre las Administraciones, para facilitar la aplicación de esta ley. Prosigue un capítulo uniaxial que define la acción contra el fraude. Y un último capítulo donde se determinan los órganos consultivos en la aplicación de la ley³.

El tercer Título comprende seis artículos que establecen las sanciones en el caso de que exista incumplimiento de alguna de los derechos recogidos en la ley³.

La Ley contempla además dieciséis disposiciones adicionales que modifican las normas establecidas antes de la aprobación de la Ley y que intervienen en aspectos tan variados como la financiación autonómica, la atención a menores de tres años, la terminología o el empleo de instrumentos privados para la aplicación de la ley. Las

disposiciones transitorias y finales identifican los periodos de aplicación de la ley, el fundamento constitucional y otros aspectos sobre el desarrollo de la misma³.

	TEXTOS INTERNACIONALES	TEXTOS EUROPEOS	TEXTOS ESPAÑOLES
1948	- ONU: Declaración Universal de los Derechos Humanos		
1950		- CECA: Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales	
1961		- CEE: Carta Social Europea	
1966	- ONU: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. - ONU: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aplicación obligatoria desde 1976)		
1975			- Constitución española.
1982	- ONU: Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento		- Ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos
1986			- Ley General de Sanidad
1988			- Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.
1989		- CEE: Carta Comunitaria de los Derechos Sociales de los Trabajadores	
1992		- UE: Tratado de Maastricht	
1995			- Pacto de Toledo
1997		- UE: Tratado de Ámsterdam	
1999			- Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
2000		- UE: Consejo Europeo de Lisboa: - Informe "Construir una Europa que fomente la integración" - Informe de la Comisión sobre las	

Tabla 1.- Evolución de los principales hitos nacionales, europeos e internacionales en legislación o normativa legal en torno a la atención a la dependencia

2.3.2. OBJETO:

La Ley establece un nuevo derecho subjetivo que es la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, aumentando su calidad de vida y aportando un trato digno. Se atenderán además las actividades básicas de la vida diaria. Pretende alcanzar este derecho interviniendo en todas las áreas que afectan a estas. Se argumenta la necesidad de establecer este derecho ante el envejecimiento poblacional secundario al aumento de la supervivencia, lo que conlleva un aumento de las tasas de dependencia secundaria a enfermedad, discapacidad u otras limitaciones. Se asume que el Estado, en su deber de atender a las personas con discapacidad a través de un adecuado sistema de servicios sociales, ha de responder a

esta necesidad social de atención a las personas dependientes tras haber cubierto las necesidades sanitarias la Seguridad Social³.

Se define este derecho como universal, basado en la equidad y en la accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, con intención de respetar la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes. Sin embargo, simplemente pretende definir unos mínimos niveles de protección, aceptando que el nivel de atención final puede ser diferente en función de la inversión de cada Comunidad Autónoma en materia de dependencia³.

Otro principio destacable de la Ley es la valoración de las necesidades de las personas atendiendo a criterios de equidad que garanticen una igualdad real entre los individuos. Se establece un sistema de aportación económica por parte de los usuarios del sistema en función de sus ingresos y patrimonio, teniendo en cuenta el tipo de servicio a recibir. Se define así la equidad en este aspecto en función de un criterio económico, de modo que para acceder a un mismo servicio es posible que dos personas tengan que realizar un aporte económico distinto. Por lo tanto, independientemente del beneficio que la atención pueda representar para el dependiente, incluyendo efectos buenos para su salud, es posible que este tenga que realizar un desembolso monetario distinto en función de su patrimonio o ingresos. Así, el impacto que la enfermedad y la dependencia tienen sobre un individuo es mayor en el caso de las personas con más recursos económicos³.

El texto que nos ocupa busca atender a los individuos titulares del derecho recogido en la ley de forma integral, con medidas que incluyan la prevención, la rehabilitación y el estímulo social y mental en un sistema de calidad, sostenible accesible. Se hace necesaria por lo tanto una colaboración entre los servicios sociales y sanitarios, y entre las diferentes administraciones. Además, recoge la intención de atender al anciano en su entorno habitual o lo más cerca posible del mismo, de forma integrada en la comunidad. Además, se establecen criterios de control de calidad de los servicios y de atención e información a los ciudadanos, a los titulares de derecho y a sus allegados³.

2.3.3. PRESTACIONES COMPROMETIDAS:

La Ley asegura prestaciones en condición de servicios o de carácter económico, habitualmente ligado a la prestación de dichos servicios o a la adquisición de ayudas técnicas. Solo excepcionalmente se podrá sustituir estas prestaciones por ayudas económicas para cuidado del dependiente por familiar o personal no profesional, valorando previamente las condiciones de habitabilidad y convivencia. El cuidador deberá afiliarse y cotizar a la Seguridad Social. Cada ciudadano tendrá derecho a un nivel de prestación diferente en función de su grado de dependencia, siendo prioritaria la atención a los más dependientes.

Las prestaciones podrán incluir³:

- Prevención de situaciones de dependencia: actuaciones sociosanitarias que mejoren las condiciones de vida para evitar la aparición o desarrollo de situaciones ligadas potencialmente a la dependencia.
- Servicio de tele asistencia
- Atención domiciliaria para labores domésticas y realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Centros de Día y de Noche
- Atención residencial temporal o definitiva.

2.3.4. VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA:

Según la situación de cada individuo, este tendrá acceso a un nivel de protección u otro. Para ello, la ley define que se establecerá un baremo que permitirá establecer 3 grados de dependencia³:

- Dependencia moderada (grado I): necesidades de apoyo intermitente, con limitación para las actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día
- Dependencia severa (grado II): la persona requiere un apoyo extenso pero no constante en su actividad habitual, con limitación en las actividades básicas de la vida diaria que requieren ayuda dos o tres veces al día

- Gran dependencia (grado III): el individuo precisa el apoyo indispensable y continuo o de forma generalizada en su día a día, incluyendo las actividades básicas de la vida diaria.

El baremo empleado tiene voluntad de tener en cuenta la situación de la salud del individuo y las condiciones de su entorno. Se estableció por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril de 2007⁶⁴, homologando además la certificación de minusvalía de aquellas personas que tenían reconocida previamente esta situación. Pretende valorar la capacidad física y mental de la persona de llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria en su entorno habitual, siendo valorado por un profesional. Se tendrá en cuenta la necesidad de ayuda de un tercero para la realización de dichas actividades de forma parcial o total. Se evaluarán por tanto actividades como comer, beber, desplazarse dentro y fuera del edificio, asearse, vestirse, tomar decisiones básicas, tareas domésticas y mantenimiento de la salud. No se establecen patologías determinadas en el baremo que puedan modificar la puntuación obtenida en el mismo.

2.3.5. EL PAPEL DEL CUIDADOR INFORMAL:

La Ley 39/2006 solamente contempla de forma excepcional la concesión de ayudas económicas para la atención al dependiente en su domicilio siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad. Además, inicialmente se contemplaba la afiliación del cuidador informal a la Seguridad Social (RD 615/2007), de modo que contabilicen los años dedicados al cuidado del familiar como cotizados. Las demás ayudas contempladas por la Ley se contemplan como profesionales, ya sean domiciliarias y residenciales. En la adjudicación de ayudas no se contempla la capacidad del entorno familiar del paciente para dar ese apoyo, aunque sí se propone aumentar la formación en cuidados al dependiente por parte de sus allegados³.

2.3.6. PUNTOS DE CONFLICTO EN EL DESARROLLO DE LA LEY.

Se considera la atención a la dependencia como un derecho universal básico, que forma el cuarto pilar de la sociedad junto con la educación, la sanidad y las pensiones. Esta ley permite que las personas dependientes no dependan de la benevolencia del

prójimo para sobrevivir, sino que tengan aseguradas unas condiciones de vida y una atención básicas, respetando así su dignidad personal⁶⁵.

El Estado pasa a ser el encargado de proteger este nuevo derecho, disminuyendo la responsabilidad de las familias en el cuidado de los mayores dependientes (y en el de los demás grupos de edad en esa situación). Esta postura queda reflejada en el hecho de que la modalidad predominante es la prestación de servicios, y en último lugar la ayuda directa a las familias y el desarrollo de los cuidados en el entorno habitual del paciente. El sistema se basa así en la prestación de servicios, no en la elección de servicios por parte del paciente y la ayuda (económica o no) para el acceso a los mismos⁶⁶. Es posible que la aplicación de la ley lleve a que el Estado, o en su defecto el encargado de valorar cada caso, decide qué es mejor para cada paciente, haciendo uso de una actitud paternalista. Se teme que la ley no de libertad a las personas para decidir las ayudas que necesitan, sino que estas vengan impuestas. Dentro de esta crítica se refleja la preocupación por no dar el suficiente apoyo a las familias para mantener al dependiente en el seno de las mismas.

Este nuevo derecho no aparece explícitamente en la Constitución Española⁴⁶. No se liga a los servicios de la Seguridad Social ni al artículo 50 de la Constitución (“*Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio*”).

La ley desarrolla prestaciones sociales, que son competencia de las comunidades autónomas. Sin embargo, aunque intenta establecer un derecho igualitario para todos los sujetos del mismo, abre la puerta a una aplicación diferenciada en las distintas comunidades autónomas, lo que generaría una asimetría en la aplicación del derecho. Estas diferencias podrán derivarse de los presupuestos aportados para el desarrollo de la ley, así como de características sociodemográficas, sociales, sanitarias de diversa índole asociadas a cada territorio^{67, 68}.

^P Cit Art. 50 Constitución (1978). Boletín Oficial del Estado, 1978.

3. DEFINICIÓN CLÍNICA DEL TÉRMINO “DEPENDENCIA”: epidemiología y métodos de evaluación.

3.1. DEFINICIÓN CLÍNICA DE DEPENDENCIA.

Tras el análisis del concepto de dependencia aportado por la Ley, conviene comparar el mismo con la definición de dependencia que se emplea en la práctica clínica habitual, con objeto de comprobar la adecuación del mismo a la realidad sanitaria.

La conocida como “Ley de Dependencia” define la misma como *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*^q. Esta incapacidad para valerse por sí mismo⁶⁹ se relaciona, por lo tanto, con la capacidad del individuo para llevar a cabo las funciones que le son propias. Así, la dependencia aparece como opuesto al concepto de autonomía del paciente.

Esta autonomía, o capacidad de mantener la función, hace referencia a aquellas actividades que el ser humano realiza habitualmente en su día a día⁷⁰. La Real Academia de la lengua define la autonomía como la *“condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie”*⁶⁹. La Ley 39/2006 desarrolla la definición de este término, describiéndolo como *“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”*^s³. Otra forma de referirse a la autonomía es describirla como la capacidad funcional o habilidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria de forma

^q Cit p. 5. Congreso de los Diputados: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Texto consolidado: última modificación: 30 de diciembre de 2014. Boletín Oficial del Estado, legislación consolidada, 2014. [Internet] [revisado 27 de mayo de 2015] disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

^r Cit. RAE. Definición de dependencia y de autonomía. Diccionario de la lengua española. 2001.

^s Cit p. 5. Congreso de los Diputados: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Texto consolidado: última modificación: 30 de diciembre de 2014. Boletín Oficial del Estado, legislación consolidada, 2014. [Internet] [revisado 27 de mayo de 2015] disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

independiente y sin necesidad de ayudas externas. Tradicionalmente se han clasificado estas actividades como actividades básicas, instrumentales o avanzadas de la vida diaria⁷¹.

La pérdida de la capacidad funcional se puede clasificar, según el modelo de discapacidad de la Organización de la Salud en los siguientes niveles⁷¹:

- Deficiencia: pérdida de estructura o función corporal de forma secundaria a una enfermedad.
- Incapacidad: imposibilidad para llevar a cabo una acción que es propia de un sujeto, en función de su edad o condición.
- Dependencia: estado en el que un individuo precisa de ayudas externas para realizar una capacidad perdida, o para suplir los efectos de la misma.

Aunque estos tres términos están relacionados, no son sinónimos. Mientras que la deficiencia o la incapacidad hacen referencia a una función concreta, la dependencia nos aproxima a una visión más holística del individuo, describiendo no solo una ausencia de capacidad, sino un estado global que genera una necesidad en el individuo. Por ejemplo, una deficiencia en la dopamina de la sustancia negra como pueda ser la relacionada con la enfermedad de Parkinson, puede generar una incapacidad para caminar en el sujeto, que entonces será dependiente para la realización de determinadas funciones que le son propias, como por ejemplo, movilizarse en su día a día para ir al aseo o preparar la comida⁷¹.

Por lo tanto, como se ha expuesto, la definición de dependencia adoptada por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se correlaciona con el concepto clínico manejado en la práctica sanitaria habitual.

3.2. EPIDEMIOLOGÍA.

La última Encuesta Nacional de Salud se desarrolló en España entre los años 2011 y 2012. En la misma se reflejan diversos datos relevantes para la comprensión de la importancia social de la dependencia.

3.2.1. ESTADO DE SALUD.

La salud a lo largo de la vida se va empobreciendo. Esta afirmación se aprecia tanto en datos objetivos (uso de recursos sanitarios) como en la autopercepción de salud, que empeora paulatinamente con la edad. Un 14.8% de las personas entre 65 y 75 años considera su salud como mala o muy mala, porcentaje que se eleva a casi un cuarto de la población mayor de 75 años. Esta percepción, al igual que el resto de tendencias que se exponen en este texto, es más negativa para las mujeres⁷².

Esta mala percepción del estado de salud se asocia con la presencia de alguna enfermedad crónica autodeclarada en 73 de cada 100 personas mayores de 65 años, siendo más frecuente la presencia de alguna patología cuanto mayor es la edad del sujeto¹¹.

Entre las patologías detectadas en este grupo de edad, con diagnóstico médico, destaca la presencia de trastornos músculo esqueléticos como la artrosis, artritis, reumatismo o dolor de espalda, presente en cifras que alcanzan hasta el 60% de los ancianos más mayores. Otras enfermedades potencialmente limitantes y presentes de forma muy frecuente en nuestros mayores son los problemas cardiacos, la insuficiencia venosa crónica, la incontinencia urinaria y las cataratas⁷². Todas estas patologías se encuentran potencialmente relacionadas con la dependencia.

Es relevante que la depresión esté presente en cifras que se sitúan en torno del 11% en todos los grupos de edad mayor de 65 años, mientras que la ansiedad aparece en el 9% de la población de iguales características. La presencia de otros trastornos mentales se dispara en la población mayor de 85 años hasta más del 12%. Entre estos trastornos se sitúan patologías como la demencia⁷².

Los factores de riesgo cardiovascular son un problema relevante de salud, de modo que la tensión arterial aparece elevada en entre el 44 y 51% de la población mayor de 65 años, la diabetes entre el 17.5 y el 21,4% y la hipercolesterolemia entre el 22 y el 34%. Solo la hipercolesterolemia es más prevalente en los individuos de menor edad dentro del grupo estudiado, lo que puede estar en relación con la presencia malnutrición en los ancianos más mayores¹¹.

3.2.2. DEPENDENCIA FUNCIONAL.

La población anciana tiene una mayor tendencia a la dependencia, directamente relacionada con la edad. En torno a un 30% de las personas de entre 65 y 74 años presentan alguna limitación en las actividades de la vida diaria en los últimos seis meses. De entre estas personas, 15 de cada 100 se encuentran gravemente limitadas. En las personas mayores de 75 años estos datos se multiplican, alcanzando casi el 50% de la población situada en esta franja de edad. En este extremo de la vida se duplica la proporción de personas gravemente limitadas con respecto al grupo anterior. Por sexos, las mujeres se encuentran representativamente con más dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria que los hombres¹¹.

Si se analiza el tipo de actividad que la persona mayor ha visto restringida, se observa que la proporción de personas por grupos de edad que han visto limitada su actividad en los últimos meses es similar para las actividades de autocuidado que para las labores domésticas y la movilidad, con tendencia a una menor proporción de necesidad de ayuda en el autocuidado. De forma coherente con los datos anteriores, la proporción con respecto al total de personas con algún tipo de limitación aumenta con la edad. Ya que un individuo puede presentar más de un tipo de limitación a la vez, la similitud en los datos de las distintas categorías llevar a pensar que se produce cierta agrupación de la discapacidad en un mismo individuo⁷².

En cuanto a tareas concretas, destaca la limitación de los mayores en las actividades que requieren un mayor esfuerzo físico, ya sea en cuanto a resistencia (subir escalones, andar una hora seguida, limpiar, uso del transporte público) o complejidad de la tarea por la necesidad de coordinación entre diversos grupos musculares, la movilización compleja de articulaciones o el uso de los sistemas sensitivos (coser un botón, cortarse las uñas de los pies, hacer la cama, tareas que impliquen agacharse...). Llama así mismo la atención que nuestros mayores también se ven limitados en gran medida en aquellas actividades que requieren una planificación y ejecución compleja en cuanto al uso de las funciones superiores (raciocinio, planificación...), como el manejo del dinero, la preparación de la comida o el uso del teléfono y del transporte. En prácticamente todas las actividades estudiadas, es mayor la proporción de personas que no pueden realizar la actividad que aquella que puede realizarla con ayuda¹¹.

El hecho de que las personas mayores presentan sus mayores limitaciones en relación a problemas físicos se plasma también en la proporción de las mismas que tienen dificultad para caminar. Solo el 27% de las personas mayores de 85 años son capaces de caminar sin dificultad. Además, la transición entre la independencia funcional en este aspecto y la dependencia (en mayor o menor medida) se produce en un periodo de tiempo de unos diez años ya que el 70% de las personas de entre 65 y 75 años son independientes en sus desplazamientos. En cuanto a la discapacidad total para caminar oscila entre el 0.8% de los ancianos más jóvenes hasta el 8.8% de los ancianos más mayores¹¹.

Otro gran grupo de actividades que reflejan la dependencia funcional en la población anciana es la limitación en el autocuidado. Mientras que noventa de cada cien personas de entre 65 y 75 años son capaces de vestirse y lavarse sin dificultad alguna, menos de la mitad de los ancianos de más de 85 años pueden hacer estas actividades sin limitaciones. Esta incapacidad alcanza a casi el 15% de los individuos de más edad. En cuanto a otras actividades de la vida diaria, se aprecia una tendencia similar en la progresión del índice de discapacidad. En función de la edad, la limitación en la realización de otras actividades cotidianas se sitúa aproximadamente entre el 19% al 65% de la población, con una incapacidad total que alcanza al 18.6% de la misma. Así, entre un 12.95% y un 25.41% de nuestros mayores han visto limitada su actividad habitual en las últimas dos semanas, con entre un 5 y un 15% de situaciones que han requerido encamamiento. Como se ha indicado previamente, los individuos más mayores y las mujeres son los que presentan más dificultades en la realización de las actividades descritas⁷².

De forma global, la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 refleja un grado de limitación en las actividades cotidianas en los individuos de entre 65 y 75 años del 30.16% que asciende hasta el 64.65% de los mayores de 85 años. Esta limitación es grave en un 4.33% y un 27.64% respectivamente. Estos datos se traducen en un índice de dependencia funcional del 34.21% para el cuidado personal, del 37.45% para las tareas domésticas y del 36.72% para la movilidad en mayores de 65 años⁷².

Las cifras mostradas demuestran que la limitación funcional aumenta en las etapas finales de la vida, siendo mayor en las mujeres. Esto nos permite afirmar que las personas mayores de 65 años son un grupo en el que la vigilancia en la aparición de la

discapacidad (y de las enfermedades y condiciones que la producen y/o que se asocian a ella), prestando una atención todavía mayor a las mujeres. La aparición de más de un tipo de discapacidad en el mismo individuo y la mayor proporción de individuos que presentan discapacidad absoluta (no pueden realizar una acción) frente a la relativa (la realizan con ayuda) pueden llevar a pensar que se produce cierta transición relativamente rápida entre el estado en el que el individuo es capaz de realizar sus actividades diarias y el estado en el que ha perdido su capacidad funcional⁷².

3.2.3 USO DE RECURSOS SANITARIOS.

Las personas mayores emplean de forma frecuente los servicios de salud. Entre un 50 y un 60% de los mayores de 65 años han asistido a una consulta médica en las últimas cuatro semanas. La principal carga de estas visitas recae sobre la atención primaria de salud. Los principales motivos de consulta fueron en relación con el diagnóstico de problemas de salud agudos o nuevos en la misma proporción que en relación con condiciones crónicas. También fueron frecuentes las consultas por motivos administrativos (dispensación de recetas...) ⁷².

Es relevante el elevado número de pruebas diagnósticas a las que se someten los mayores. Como ejemplo, aproximadamente uno de cada tres ancianos se realizó una radiografía en el último año. Otras pruebas como un escáner, una ecografía o una resonancia magnética fueron realizadas a en torno una décima parte de las personas con más de 65 años respectivamente. Esto puede relacionarse con la mayor presencia de patologías y con aspectos psicológicos en relación con la situación funcional. La mayor cantidad de pruebas realizadas conlleva también un mayor riesgo de aparición de eventos adversos secundarios a las mismas⁷².

Entre un 80 y un 87% de los mayores de 65 años consumen de forma habitual al menos un fármaco. Destaca el uso de antihipertensivos y medicinas empleadas para el control del dolor, seguidas de los hipolipemiantes, antidiabéticos y medicinas empleadas en el manejo de enfermedades cardiopulmonares⁷².

No hay que olvidar que entre el 0.76 y el 1.71% de los mayores de 65 años no tienen acceso a la asistencia sanitaria. Este dato es llamativo en un sistema de salud de un país desarrollado. Los principales motivos de no asistencia fueron el excesivo tiempo de espera y la intención de esperar a la resolución espontánea del cuadro. Hasta un

4.28% reconoce dificultades económicas para acceder a la asistencia o tratamiento médicos, y entorno al 7% refiere no haber recibido asistencia sanitaria por tener que atender a sus obligaciones familiares⁷².

Nos encontramos por lo tanto ante una población envejecida que presenta unas necesidades sanitarias crecientes (consumo de fármacos, realización de pruebas, uso de recursos de salud) debido a la mayor morbimortalidad ligada a la edad.

3.3. CÓMO SE MIDE LA DEPENDENCIA.

Son diversos los instrumentos creados para objetivar y relativizar la capacidad funcional de los individuos. Estos instrumentos están diseñados para medir la habilidad del individuo en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, según el grado de complejidad de las mismas⁷¹.

La Encuesta Nacional de Salud mide los tipos de limitación que los individuos han encontrado en función de si ha sido presentada en el autocuidado (comer, vestirse, asearse, tomar las medicinas, quedarse solo durante la noche...), en las labores domésticas (utilizar el teléfono, comprar comida o ropa, preparar la comida, fregar, hacer la cama, lavar la ropa, coser...) o en la movilidad (andar, uso de transporte público, administrar el dinero, subir escalones). Esta organización agrupa en cada categoría elementos de distinta complejidad y que involucran a diferentes sistemas y funciones corporales, lo que dificulta el análisis en relación a problemas de salud específicos⁷². Sin embargo, en la práctica clínica habitual se siguen otras pautas de valoración de la capacidad funcional⁷¹.

3.3.1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

A la hora de comprender las dificultades en la realización de las tareas que habitualmente realiza el ser humano se ha de clasificar las mismas en función de su complejidad e importancia. Así, se establecen tres grupos de actividades: actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y actividades avanzadas de la vida diaria.

Las actividades básicas de la vida diaria incluyen aquellas destinadas al autocuidado del individuo como la alimentación, el vestido, la capacidad de ir al baño o el aseo. Las actividades instrumentales son aquellas que requieren que el individuo

interacción con el entorno, como por ejemplo cocinar o usar el teléfono. Por último, las actividades avanzadas de la vida diaria requieren que el individuo sea capaz de interactuar socialmente, trabajar, realizar actividades de ocio o ejercicio físico intenso⁹.

Para normalizar la evaluación funcional se emplean escalas. Las más usadas son las de Katz y Barthel.

El índice de Katz permite establecer siete clases funcionales, nombradas con las letras consecutivas desde la A (independiente en todas sus funciones) hasta la G (dependiente para todas las funciones), con un subgrupo especial o “grupo H” para individuos dependientes en al menos dos funciones, pero no clasificables en otras categorías. Este índice analiza la capacidad del paciente para realizar las actividades básicas de la vida diaria, otorgando diversas puntuaciones en función de la habilidad del paciente en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación⁷³.

A	Independiente en todas las funciones
B	Independiente en todas las funciones menos una
C	Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
D	Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
E	Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.
F	Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
G	Dependiente en todas las funciones.
H	Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Tabla 2.- Índice de Katz⁷¹.

El índice de Barthel, por su parte, establece cinco clases funcionales (dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia escasa e independencia) en función de la puntuación obtenida en un test que examina las actividades básicas de la vida diaria en 10 ítems: capacidad de alimentación, baño, vestido, arreglarse, deposición, micción, desplazamiento al retrete, traslados cama/sillón, deambulación y uso de escaleras, Cuanto mayor sea la puntuación del paciente en el cuestionario, mayor será su independencia (máximo de 100 puntos y mínimo de 20, las distintas clases comprenden consecutivamente tramos de 20 puntos)⁷⁴.

COMER		
10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
BAÑO		
5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión.
VESTIDO		
10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	Necesita apoyo intenso.
ASEO		
5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIÓN		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro
MICCIÓN		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
IR AL RETRETE		
10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
TRASLADOS		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento

5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado
DEAMBULACIÓN		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc....) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro
SUBIR BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Tabla 3.- Índice de Barthel⁷⁰.

3.3.2. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES Y AVANZADAS.

El ser humano realiza tareas de complejidad creciente conforme a su desarrollo y su estado mental y físico. Las actividades instrumentales son aquellas que permiten que el individuo se relacione con el entorno. Estas actividades no son universales ni transculturales, sino que dependen de la sociedad en la que se ubica el individuo, su sexo, su edad y otros factores que varían según la actividad. No está claro que estas actividades presenten un orden jerárquico. Algunos ejemplos de actividades instrumentales son cocinar, manejar dinero o usar el transporte público⁶². Diversos estudios han relacionado la aparición de déficits en este tipo de actividades con el inicio de la condición de fragilidad, dentro de un continuo en el contexto del envejecimiento. Como enuncian Martín Lesende y colaboradores, la fragilidad se encuadra en una atención que *“constituye una continuidad entre lo fisiológico y lo funcional con lo patológico, desde la falta de fragilidad a la fragilidad y posteriormente a la discapacidad y dependencia; a diferencia de otros síndromes y cuadros, no existe un*

*límite preciso biológico, fisicofuncional, o clínico, entre ambos estados, lo que dificulta su categorización y diagnóstico*⁷⁵

Una de las herramientas más empleadas para cuantificar la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria es el índice de Lawton (anexo 5). En el mismo se contemplan ocho ítems, analizando en cada uno de ellos la capacidad del individuo para llevarlos a cabo en un sistema gradual y progresivo. Estas clases incluyen la capacidad de usar el teléfono, de ir de compras, para preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, emplear medios de transporte, usar el dinero y controlar la medicación propia. La valoración de esta escala puede ser dicotómica (un punto por cada actividad que el paciente no puede realizar, con un máximo de 8) o gradual, con una puntuación máxima de 31 puntos. En este caso, la obtención de más de 20 puntos determina dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, mientras que los individuos con dependencia parcial obtendrían una puntuación de entre 8 y 20⁹.

	3	2	1	0
¿Maneja su dinero solo?				
¿Puede hacer solo/a la compra?				
¿Puede prepararse solo el café/te y luego apagar el fuego?				
¿Puede hacerse solo/a la comida?				
¿Está al corriente de las noticias de su entorno?				
¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?				
¿Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?				
¿Es capaz de manejar su propia medicación?				
¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?				
¿Saluda apropiadamente a sus amistades?				
¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?				
Puntuar cada ítem del modo siguiente: 0 Normal; o nunca lo hizo pero podría hacerlo solo/a 1 Con dificultad pero se maneja solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad 2 Necesita ayuda (pero lo hace) 3 Dependiente (no puede realizarlo)				

Tabla 4.- Índice de Pfeffer⁷⁰.

El índice de Pfeffer es otra herramienta para medir la capacidad del individuo en cuanto a la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. Además de los

¹ Cit. p 389. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Aten Primaria. 2010 Jul;42(7):388-93

ítems valorados por el índice de Lawton, examina la habilidad para participar en juegos o aficiones, mantenerse informado de las noticias del entorno y la capacidad de comprensión y atención a diversos medios de información. Además, esta escala disminuye la influencia del grado educativo y del sexo del encuestado, que es mayor en el índice de Lawton. Por el contrario, precisa de las respuestas de un allegado al paciente para completarse. Los once ítems se valoran de forma individual con una puntuación del 0 (totalmente independiente) al 3 (totalmente dependiente), de modo que la puntuación total varía entre 0 y 33 puntos. Una puntuación mayor a 6-7 puntos se relaciona con la aparición de demencia⁹.

Las actividades avanzadas de la vida diaria no son necesarias para mantener una vida independiente. Son actividades relacionadas con el desarrollo personal, y se modulan en función de la capacidad socioeconómica, el nivel cultural y la localización geográfica. Son variables, dependen de los gustos del individuo y su déficit no se relaciona necesariamente con una enfermedad o condición clínica. Por todo ello no suelen incluirse en el estudio del estado de salud⁷¹.

Así, se suele clasificar al individuo en cuatro estadios en función de su capacidad funcional⁷⁰:

- Funcional o independiente: el sujeto puede cuidar de sí mismo de forma autónoma y mantiene sus relaciones sociales.
- Inicialmente dependiente: aquel sujeto que precisa alguna ayuda externa para la realización de alguna actividad (por ejemplo, para manejar el dinero en las compras). Generalmente los pacientes comienzan a precisar ayuda en primer lugar para las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Parcialmente dependiente: aquel individuo que precisa ayuda para más de una de las actividades de la vida diaria, pero conserva cierta funcionalidad autónoma en otras.
- Dependiente funcional o totalmente dependiente: paciente que precisa ayuda para todas o casi todas las actividades de la vida diaria e, incluso, supervisión constante.

3.4. ASPECTOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA.

El aislamiento social es un problema muy prevalente entre los ancianos, y que se relaciona directamente con un empeoramiento del estado de salud del paciente. El aislamiento social es definido como un “*estado en el que el paciente no tiene sentimiento de pertenencia social, lazos con otros individuos, tiene un número limitado de contactos sociales y estos son deficientes para completar la calidad de las relaciones sociales*”^{u,76}.

Algunos estudios sitúan la prevalencia del aislamiento social entre el 10 y el 43%⁷⁷. Esta condición se asocia con un incremento en el riesgo de mortalidad debida a todas las causas⁷⁸, demencia⁷⁹, rehospitalización⁸⁰ y caídas⁸¹. Si se detecta precozmente, el aislamiento social puede ser prevenido y mitigado, disminuyendo sus complicaciones de salud asociadas. Sin embargo, la detección del aislamiento social no se realiza de forma rutinaria en Atención Primaria⁸².

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”^{v,83}. Por lo tanto, y atendiendo a esta definición, los sistemas sanitarios deberían atender de forma holística al individuo, incluyendo aquellos aspectos sociales que influyan en la salud. Entre estos aspectos sociales, no es tan importante la cantidad de los mismos como su calidad o características que permitan un correcto equilibrio. Un número excesivo de preocupaciones sociales puede ser tan perjudicial como la ausencia de relaciones con otros individuos⁸².

Una red social insuficiente provoca en el individuo peores conductas de salud (más tendencia al tabaquismo, al consumo de alcohol, a la falta de ejercicio...), incluyendo entre otras mayores tasas de suicidio. La relación con la aparición de demencia, eventos coronarios y hasta con una mayor incidencia de catarro común ha sido claramente establecida⁸².

Existen diversos factores que influyen en la pobreza de las relaciones sociales:

^u Cit. p. 1346. Nicholson N, Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. Journal of Advanced Nursing 65, 1342-1352. 2009

^v Cit Organización Mundial de la Salud, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946.

- Factores físicos: las personas con sobrepeso mantienen peores relaciones sociales debido a su imagen corporal y al hecho de que las personas con hábitos saludables en torno a la comida y al ejercicio se muestran reticentes a mantener relaciones con ellos⁸⁴. Además, la cantidad de morbilidad del paciente se relaciona de forma indirecta con la calidad de las relaciones sociales⁸⁵. La incontinencia urinaria y los déficits sensoriales dificultan además la interacción del individuo con el medio. El nivel de dependencia se relaciona directamente con el aislamiento social⁸².
- Factores psicológicos: es conocida la relación entre la depresión y la presencia de relaciones sociales empobrecidas⁸⁶. A mayor soporte social, mejor percepción de la calidad de vida, aunque no existen demasiados estudios que relacionen una peor calidad de vida con la presencia de aislamiento social⁸⁷. La religiosidad del individuo y las prácticas relacionadas con la misma, favorecen las relaciones sociales⁸².
- Factores económicos, sobretudo relacionados con la jubilación, favorecen el aislamiento de la persona⁸². La ausencia de recursos económicos o la presión por los mismos se relaciona con la presencia de relaciones sociales empobrecidas⁸⁸.
- Cambios en la estructura familiar y educación pobre: la pérdida de familiares directos o amigos produce aislamiento social de forma directa⁸⁹, así como vivir solo. El bajo nivel educativo también se relaciona con la situación descrita⁸⁶.

Entre las soluciones propuestas para intervenir sobre el aislamiento social, destaca la intervención en forma de grupos educativos. La importancia del aislamiento social en la salud es tan relevante que debe ser objeto de especial atención por parte de los profesionales sanitarios. Se deben crear herramientas que permitan a estos detectar e intervenir en las situaciones de empobrecimiento en las relaciones sociales. El conocimiento de los factores de riesgo que se relacionan con el aislamiento del individuo es fundamental para este fin, ya que esta situación se encuentra dentro de un sistema psico-fisiológico que produce eventos negativos para la salud. El profesional sanitario debe recabar información sobre el entorno social del individuo como parte de

la atención integral al anciano, dada la importancia de la misma en el proceso de enfermar⁹⁰.

Aunque es conocido que un entorno social facilitador se asocia con una mejor salud, no se han encontrado publicaciones que cuantifiquen los efectos de un entorno social inadecuado en la salud, así como la relación de la misma con el aislamiento social. Los estudios presentes no relacionan el aislamiento social tampoco con entidades que aparentemente pudieran estar relacionadas en el mayor, como la depresión⁹¹.

3.5. ASPECTOS RELEVANTES DE LA DEPENDENCIA CLÍNICA.

La dependencia a nivel sanitario es un concepto similar al descrito en la legalidad vigente. Es fácilmente medible, y debe ser detectado por los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes. Tiene implicaciones en la salud, sociales y económicas que adquieren mayor relevancia a medida que se acentúa el envejecimiento poblacional. Es necesario, por lo tanto, identificar a los individuos en las fases precoces para intentar minimizar el impacto de la dependencia y su desarrollo.

4. FRAGILIDAD:

fisiopatología, definición y relación con la dependencia.

4.1. IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE FRAGILIDAD.

Los cambios sociodemográficos conllevan un incremento de la población mayor de 65 años, que se asocia a un aumento en la incidencia y prevalencia de diversos problemas de salud y sociales. Se abre así un espacio con nuevas cuestiones sobre como afrontar el esperable ascenso en las tasas de dependencia y comorbilidad, así como el coste económico y social de las mismas.

En la actualidad, los sistemas sanitarios europeos se caracterizan por ser mayoritariamente reactivos en lugar de preventivos, se encuentran fragmentados en diversas especialidades que impiden la visión global del individuo y poco adaptados a la dependencia. Además, en torno al anciano existe una falta de conocimiento en lo relativo a conceptos, servicios, herramientas e instrumentos que intervienen en la atención a los mismos².

Por otro lado, se aprecia que individuos con la misma edad presentan estados de salud muy diferentes entre sí, por lo que puede existir una diferencia entre la “edad cronológica” y la “edad biológica” del individuo. La fragilidad es una forma de definir la edad biológica del individuo. Posee un posible poder predictivo sobre eventos de salud adversos y está definida por parámetros físicos detectables en el examen físico y en la medición de la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria¹⁰. Es por lo tanto un concepto relevante en la planificación sociosanitaria y en el manejo de la salud el individuo entendiéndole como un todo, dentro de la medicina biopsicosocial.

Además de servir como predictor de aparición de eventos negativos para la salud, la fragilidad puede ayudar en la toma de decisiones clínicas, como, por ejemplo, la pertinencia de una intervención quirúrgica en función no solo del riesgo de la misma, sino de las previsiones de supervivencia y calidad de vida del paciente teniendo en cuenta su estado de fragilidad⁶. Otro ejemplo de la utilidad de este diagnóstico es el uso de determinados fármacos o el control excesivo de condiciones como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Se ha comprobado que el número de reacciones adversas a medicamentos y de efectos secundarios, así como su gravedad, es mayor en el paciente anciano, y aún mayor en el anciano frágil. Además, este subgrupo poblacional no se beneficiaría de determinadas acciones preventivas y de tratamiento debido al corto pronóstico de vida que presentan por su enfermedad, y a las condiciones especiales en

las que se encuentra su organismo. Por el contrario, los pacientes que presentan este diagnóstico serían candidatos a un enfoque determinado, aún por concretar⁹².

La detección de fragilidad puede suponer, por lo tanto, un mecanismo de previsión de la necesidad de recursos sociales o sociosanitarios, ya que permite identificar una población con un riesgo muy elevado de eventos adversos que requerirán una atención específica⁹³. Además, en prácticamente todas las definiciones de fragilidad encontradas se encuentra una asociación directa con un incremento de la mortalidad⁹⁴.

El conocimiento teórico sobre la fragilidad permite afirmar que es recomendable su detección en la práctica clínica habitual⁹⁵. La detección y tratamiento del anciano frágil es relevante por su estrecha relación con la dependencia y comorbilidad, su relevancia pronóstica y anticipatoria, su importancia clínica y asistencial y su relación con los cambios sociodemográficos y epidemiológicos que están ocurriendo⁷⁵. La Unión Europea ha instado a conseguir una definición de fragilidad común, ya que los individuos frágiles consumen un mayor número de recursos de la comunidad, incluyendo plazas en instituciones y hospitalización. Se asume que una intervención temprana en estas personas podría mejorar su calidad de vida y reducir los costes de la atención a las mismas⁴.

4.2. EPIDEMIOLOGÍA

La fragilidad es un síndrome geriátrico que se relaciona con caídas, dependencia, aumento de la mortalidad, polimedicación, institucionalización y aumento del gasto sanitario, entre otros⁵. La ausencia de una definición clara de fragilidad hace que no se conozca con claridad la prevalencia de este síndrome. En función de los criterios empleados las tasas de fragilidad oscilan entre el 5.8 y el 27.3% de la población mayor de 65 años, aunque algunos estudios elevan la prevalencia hasta el 88% en determinados grupos de edad⁹⁶. Entre un 34.6 y un 50.9% de las personas en ese grupo de edad se encontrarían en situación de “prefragilidad”, es decir, no cumplirían los criterios necesarios para ser considerados frágiles, pero su organismo se encontraría en una situación homeostática cercana a la misma⁴. En términos generales, cuanta más anciana es la población, mayor es la prevalencia de fragilidad. Así, la tasa de fragilidad se situaría entorno al 5-7% en las personas de entre 65 y 69 años, y alcanzaría entre el 28 y el 36% en mayores de 85 años⁹⁷.

Según algunos estudios, en España la prevalencia de fragilidad alcanza hasta el 27% de los mayores de 65 años, similar a la de otros países mediterráneos y entre 5 y 6 veces mayor que la de los países nórdicos. Esta dinámica epidemiológica se aprecia también en otra serie de patologías sin encontrar una explicación clara. Además, tras ajustar los datos por edad y sexo, se mantiene esta diferencia entre norte y sur, lo que podría estar en relación con determinados factores culturales que impliquen una peor percepción de la salud y/o una interpretación diferente de las preguntas entorno a la fragilidad⁹⁸. Otros estudios más recientes sitúan la incidencia de fragilidad en mayores de 65 años con una prevalencia entre el 4 y el 17% empleando únicamente criterios físicos. Si ampliamos la definición, incluyendo determinantes psicosociales, esta cifra se eleva^{99,7}.

Como se evidencia, el cálculo real de la incidencia y prevalencia de fragilidad está claramente dificultado por la ausencia de unicidad de criterios para la definición de este síndrome. Esta falta de consenso se debe a que la fragilidad es un fenómeno biológico complejo⁹⁷.

De forma mayoritaria, los estudios disponibles demuestran que la fragilidad es más frecuente en mujeres (aunque estas toleran mejor y durante más tiempo la condición de fragilidad¹⁰⁰), en personas con menor nivel educativo y se asocia a la presencia de mayor número de patologías concomitantes. Es relevante la relación de la fragilidad con las enfermedades cardiovasculares y la clase funcional del paciente. También aparece en mayor medida en las personas que presentan cualquier tipo de dependencia¹⁰¹.

Como resumen, la fragilidad es un importante síndrome geriátrico de notable prevalencia que se relaciona con comorbilidad y aumento de mortalidad, afectando preferentemente a las minorías sociales y a las mujeres⁹⁴.

4.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE FRAGILIDAD.

A pesar del número creciente de publicaciones en torno a la fragilidad, no existe una definición consensuada de la misma⁹⁶. En 1978 el Consejo Federal del Envejecimiento de Estados Unidos empleó el término “frágil” en relación con las personas generalmente mayores de 75 años (aunque no necesariamente) que, debido a la acumulación de varios problemas continuos, requieren a menudo varios servicios de

apoyo para afrontar la vida diaria¹⁰². Desde ese momento se han desarrollado diferentes definiciones del término “fragilidad”, resumidos por diversos autores en sendas recopilaciones^{99, 103}.

4.3.1. MODELOS GENERALES DE FRAGILIDAD.

A nivel conceptual, la fragilidad se puede definir como un estado de incremento de la vulnerabilidad del individuo a eventos adversos. Este síndrome resulta de la disminución multisistémica de la capacidad de reserva fisiológica, en relación con la cercanía o presencia del fallo sintomático de los diversos sistemas fisiológicos². Por lo tanto, la fragilidad se podría relacionar con una menor capacidad de resistencia y reserva ante estresores, resultante de la acumulación del declinar de múltiples funciones fisiológicas¹⁰⁴ o a la disminución en la reserva de determinados dominios funcionales¹⁰⁵ que disminuiría la habilidad para mantener la homeostasis tras un evento desestabilizante¹⁰¹. Existe así un equilibrio precario entre el estado de salud del paciente y los déficits que lo amenazan¹⁰⁶, teniendo en cuenta la edad, la comorbilidad y otros factores¹⁰⁷.

Según Fried et al., la fragilidad se entendería así como un ciclo que se inicia con la pérdida de energía y masa muscular que lleva directa o indirectamente a una disminución de la movilidad y consecuentemente de la actividad. Estas alteraciones provocarían a su vez una disminución de la masa y de la fuerza muscular, lo que realimentaría el ciclo¹⁰⁴.

Bortz matiza esta definición añadiendo que es la acumulación del deterioro funcional y/o estructural de todos los distintos sistemas fisiológicos (musculoesquelético, cardiovascular, metabólico e inmunológico, entre otros), en relación con una alteración en la cuantía y uso de la energía, la que llevaría a la situación de fragilidad. Este estado conlleva determinadas manifestaciones, y se llega a él a través de hábitos inadecuados o de enfermedades. Así, la fragilidad no solamente se relaciona con la edad, si no que se pueden separar dichos conceptos, situando a la fragilidad como un fenómeno reversible sobre el que se puede intervenir a través de prevención primaria, secundaria o terciaria¹⁰⁸. Schuurmans et al. apoya esta tesis y asegura que son los potenciales criterios que definen la fragilidad los que seleccionan

mejor a las personas con mayor riesgo de aparición de eventos adversos, y sobre las que se debería intervenir, frente a la mera edad cronológica del individuo¹⁰⁵.

4.3.2. CURSO CLÍNICO DE LA FRAGILIDAD.

Aunque no existe un curso clínico único en el desarrollo de la fragilidad, e incluso es posible que diferentes formas de inicio del cuadro clínico lleven a diferentes manifestaciones del síndrome, existe una cierta jerarquía en la evolución del síndrome. La debilidad suele ser el primer síntoma en aparecer, asociada en mayor o menor medida a lentitud en la actividad física y disminución de la misma. Se ha observado que estos tres criterios predicen la aparición de cansancio y disminución de peso en el anciano, y aparecen en relación con la disminución de la masa muscular. Así, la sarcopenia podría ser la causa inicial del síndrome de fragilidad. Factores culturales y personales también contribuirían al desarrollo del cuadro, como la disminución en la actividad física y la malnutrición. Además, determinados cambios propios del envejecimiento como el estrés oxidativo, la inflamación y alteraciones en determinadas citoquinas podrían explicar la relación directa entre fragilidad y edad¹⁰⁹.

Es posible que existan diversos caminos fisiopatológicos que lleven a la situación de fragilidad, ya que, según el estudio realizado por Xue et al, las mujeres que presentaron como síntoma inicial la debilidad o la pérdida de peso desarrollaron la condición estudiada de forma más rápida que las que presentaron inicialmente otro criterio de fragilidad. Por lo tanto, pueden existir diversas vías fisiopatológicas diferenciadas en el orden de aparición de los síntomas y la velocidad de instauración de los mismos. Estos datos apoyan la hipótesis que defiende que una deficiencia en la cantidad de reserva energética o en su uso (se consumen las reservas y se produce pérdida de peso y el paciente presenta escasas reservas energéticas, lo que explica la debilidad) podría estar detrás de las manifestaciones físicas de fragilidad⁹⁹.

4.3.3. MODELO BIOPSIICOSOCIAL.

Hay autores que amplían la definición conceptual de fragilidad, incluyendo en la misma no solo cambios biológicos, sino admitiendo que también existen condiciones sociales y medioambientales relacionadas con la edad que propician un incremento en la vulnerabilidad a los cambios y a los factores de estrés¹¹⁰. Mientras que algunos autores

equiparan a los factores biológicos, psicológicos y sociales en cuanto a responsabilidad para la aparición de fragilidad¹¹¹, otros admiten como adyuvante la influencia de los procesos psicológicos del envejecimiento sobre las enfermedades en la aparición de la condición de fragilidad, admitiendo que tanto los genes como el entorno y el estilo de vida juegan un rol en el desarrollo sindrómico, aunque estos últimos no siempre son considerados igual de importantes en el desarrollo del cuadro. Morley et al considera incluso la fragilidad como una forma de “pre-discapacidad”⁷, y por lo tanto, previa a la dependencia. Existen incluso estudios que determinan que la presencia de relaciones sociales ricas se relacionan de forma inversa con la aparición de fragilidad, destacando así la importancia de las relaciones humanas en la salud¹¹².

4.3.4. FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA.

Son múltiples los modelos que asocian la fragilidad con la discapacidad, la dependencia u otras formas de incapacidad funcional. Fried considera que la fragilidad evoluciona hacia la discapacidad de forma independiente a las enfermedades subyacentes, remarcando que la fragilidad y la dependencia son entidades diferenciadas¹⁰⁴. Winograd et al definen la fragilidad como el estado en que la persona no es completamente independiente, presentando cierto estado de discapacidad que le pone en riesgo de aparición de eventos de salud adversos. Consideran que un screening rápido de esta condición es más útil en términos de riesgo que el diagnóstico per sé de las enfermedades en el anciano^{113, 97}. En este estado, el individuo tiene una capacidad disminuida para llevar a cabo determinadas actividades sociales y funcionales importantes en la vida diaria. Es por lo tanto dependiente en mayor o menor grado. En esta visión holística del individuo se consideran además factores sociales y ambientales que pueden colaborar en la prevención del desarrollo de la fragilidad y por lo tanto de la dependencia¹¹⁴.

A la disminución de las capacidades funcionales se puede añadir una autopercepción mala de salud como componente de la fragilidad¹¹⁵. Buchner y Warner describen un modelo que relaciona directamente la fragilidad con la discapacidad, creando el concepto de “discapacidad inestable” para aquella condición en la que la persona mayor presenta comprometidas sus capacidades y su salud ante pequeños factores de estrés debido a la disminución de su reserva funcional¹¹⁶. Tanto la fragilidad

como la discapacidad y la dependencia se suelen situar al final de la vida. Puede ser interesante estudiar la relación entre estas tres entidades⁵, pues algunos estudios han demostrado que las personas frágiles tienen más tendencia a ser dependientes¹⁰².

Se define por lo tanto al anciano frágil como aquel que presenta una vulnerabilidad aumentada frente a factores de estrés externos, que condiciona una mayor probabilidad de aparición de eventos adversos como caídas, institucionalización, hospitalización o muerte, así como de presencia de pérdida de función, discapacidad o dependencia. Este concepto es parte del continuo entre lo fisiológico y funcional con lo patológico, y no presenta límites claramente definidos⁷⁵.

4.4. FISIOPATOLOGÍA.

Se ha postulado que la fragilidad aparece como fruto del declinar de los sistemas moleculares, celulares y fisiológicos del individuo¹¹⁷. Este declinar se relaciona además con determinantes ambientales y comorbilidades psicosociales como la depresión, que conlleva, entre otros, una disminución de la actividad física con el consecuente deterioro muscular¹¹².

4.4.1. FRAGILIDAD, SARCOPENIA Y ALTERACIÓN DEL METABOLISMO.

Son muchos los autores que sitúan la sarcopenia como el desencadenante de la condición de “fragilidad”. La sarcopenia viene determinada por las características genéticas del individuo. Por ejemplo, diversos polimorfismos de la enzima convertidora de angiotensina condicionan una mayor capacidad de generar una contracción muscular más poderosa. Los mecanismos moleculares que regulan la atrofia y la regeneración del músculo también son determinados por la carga genética del individuo.

Sin embargo, la carga genética del individuo interacciona con el ambiente, de modo que éste influye en el desarrollo de la sarcopenia. Mayores niveles del factor de crecimiento de insulina, de vitamina D o de testosterona determinan una mayor masa muscular y mejor capacidad de respuesta de la misma. Dichos niveles vienen determinados no solo por la capacidad del individuo para producir esos factores (determinada genéticamente), sino además por las características del entorno del individuo, su edad y la presencia de diversas comorbilidades que pueden alterar la producción de estas hormonas, su procesamiento, su acción o su eliminación. Esto

incluye aspectos como la menor exposición solar, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, la alimentación o el efecto de la inflamación⁷.

El deterioro del músculo esquelético produce un déficit no solo en las funciones mecánicas del mismo, sino además en las metabólicas. El músculo liso tiene un papel relevante como sustrato de la acción de la insulina, con múltiples receptores para la misma que regulan la entrada de glucosa en la célula. Al disminuir la masa muscular, se genera un déficit en estos receptores, generando una resistencia a la insulina secundaria. Este mecanismo se potencia y refuerza a través de los procesos inflamatorios y hormonales que aparecen en la fragilidad. Es conocido el papel que dicha resistencia en la aparición de factores de riesgo cardiovascular como la diabetes mellitus tipo 2, y, por lo tanto, en la aparición de eventos adversos cardiovasculares, que son la primera causa de muerte en el anciano. Se ha observado que la sarcopenia se relaciona de forma directa con incremento de los niveles de lípidos y con una alteración en el metabolismo insulínico. Además, la disminución de la actividad física secundaria a determinadas enfermedades puede estar en relación con la secreción de las mioquinas, péptidos que comunican el músculo liso con otros tejidos y que disminuyen la capacidad contráctil del mismo. Ya se han iniciado ensayos clínicos con fármacos bloqueadores de esta vía para prevenir la atrofia musculoesquelética. Por lo tanto, el control de la resistencia a la insulina puede ser otro objetivo terapéutico en el manejo de la fragilidad¹¹⁸.

4.4.2. INMUNOSENESCENCIA.

Además de la sarcopenia, el sistema inmune “envejecido” presenta una tendencia a la inflamación crónica. La presencia de inflamación se ha relacionado con una disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de la marcha, así como con una mayor predisposición a la discapacidad funcional. Se han encontrado vías inflamatorias mediadas por monocitos que se encuentran supraestimuladas en los individuos con fragilidad, y que se relacionan con una alteración en la capacidad de respuesta a factores de estrés. Sin embargo, aunque se ha establecido una relación clara entre fragilidad e inflamación, se ha de discernir si esta relación es etiológica o si la alteración en el sistema inmune es parte del síndrome¹¹⁹. Es plausible que la inflamación además juegue un papel importante en el deterioro de otros sistemas fisiológicos produciendo no solo de enfermedades, sino además sarcopenia y alteraciones hormonales que

contribuirían a cerrar un círculo fisiopatológico¹²⁰. Esta tendencia a la inflamación crónica de escasa potencia interviene en el desarrollo de múltiples enfermedades como el síndrome metabólico, además de en la aparición de fragilidad y en el envejecimiento prematuro, habiéndose acunado el término “inflammaging” para definir este proceso¹²¹. Actualmente se estudia si es posible intervenir en el proceso de inflamación crónica a través de la dieta¹²².

Se produce además una disfunción en el sistema inmune con “memoria”, con un incremento en la producción de autoanticuerpos y una disminución en la capacidad de generación de memoria inmune. Esta desregulación en el sistema inmune adquirido se ha comprobado en pacientes clasificados como “frágiles” y podría estar en relación con la mayor susceptibilidad a infecciones que presentan estos pacientes¹²⁰.

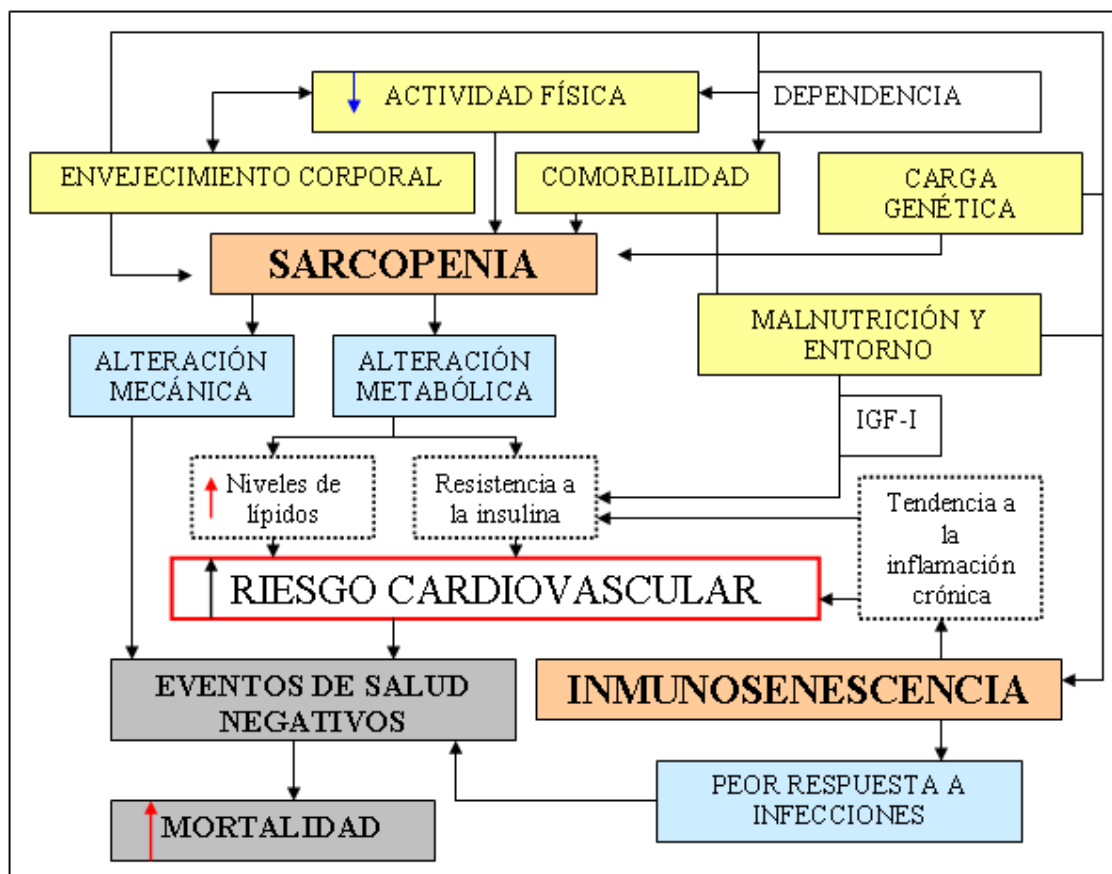


Figura 1.- Fisiopatología de la fragilidad.

4.4.3. IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN.

La importancia de la malnutrición en el desarrollo de la fragilidad se establece a través de la relación del factor de crecimiento de la insulina 1 (IGF-1) con la presencia de inflamación y con el desarrollo de fragilidad. Este factor disminuye en condiciones de ayuno o desnutrición, regulándose en pocos días tras una adecuada ingesta calórica, y sobretudo con una adecuada ingesta proteica. El envejecimiento normal también produce una disminución en los niveles de esta sustancia. El déficit de determinados minerales como zinc, magnesio o selenio (entre otros) conllevaría un incremento del estrés oxidativo que, a través de mecanismos inflamatorios, contribuiría en la desregulación de IGF-1¹²³. Niveles bajos de este factor se han relacionado con la aparición de fragilidad y la disminución de la masa ósea en el anciano¹²⁴.

Está por ver la posible influencia del aporte exógeno de vitaminas como mecanismo de prevención de fragilidad, así como el valor de IGF-1 como diana terapéutica¹²³. Se ha comprobado que el ejercicio aumenta los niveles de IGF-1, por lo que la prevención de la sarcopenia se enlaza así con la influencia de la nutrición, ya que mayores niveles de esta sustancia se relacionan con menor inflamación y esta, a su vez, con un descenso de la actividad de los mecanismos que producen la sarcopenia¹²⁵.

4.4.4. BIOMARCADORES DE FRAGILIDAD.

Los mecanismos fisiopatológicos explicados permiten afirmar la existencia de determinados biomarcadores de la situación de fragilidad. El aumento de los niveles de interleukina 6, de factor de necrosis tumoral alfa, proteína C reactiva y neutrófilos, así como el descenso de los niveles de albúmina, linfocitos y de la relación entre linfocitos T de memoria y linfocitos T indiferenciados se han relacionado de forma directa con la presencia de fragilidad según los criterios de Fried y Roockwood, que serán explicados ulteriormente. Estos resultados apoyan la relación entre la presencia de inflamación y fragilidad, así como la importancia del papel de la inmunosenescencia en la disminución de las capacidades fisiológicas y su representación clínica en la fragilidad. No se ha encontrado relación entre el estrés oxidativo, la longitud de los telómeros o la alteración en la capacidad de reparación del ADN con la aparición de fragilidad. Sin embargo, estos estudios han analizado la relación de la fragilidad con cada una de las condiciones de forma individualizada, sin tener en cuenta que es posible que la aparición de esta

condición no esté mediada por un único mecanismo fisiopatológico, sino por la conjunción de múltiples mecanismos desencadenados por el envejecimiento y la comorbilidad¹²⁶.

Por lo tanto, la presencia de inflamación crónica, la sarcopenia y la desregulación neuroendocrina en relación al envejecimiento y a la comorbilidad adquirida contribuyen a la aparición del síndrome de fragilidad. El incremento en la Proteína C Reactiva y de la actividad de citoquinas inflamatorias, así como la disminución de la vitamina D, son secundarios, entre otros, a la disminución de la actividad física y a la presencia de enfermedades crónicas, condiciones típicas del envejecimiento. Estos factores producirían una disminución en la capacidad de reserva de las funciones físicas, y son campos potenciales de intervención para la prevención de la fragilidad¹²⁷.

Este carácter parcialmente reversible de la fragilidad es apoyado por estudios científicos desde el inicio del estudio de este síndrome, reconociendo la influencia de las enfermedades así como de los estilos de vida en el desarrollo del mismo¹²⁸. Existe, por lo tanto, un potencial lugar de acción para frenar o minimizar la aparición y el desarrollo del síndrome de fragilidad¹²⁹. El uso de indicadores de fragilidad como cribado podría ser útil en la identificación de individuos de riesgo¹²⁸

4.5. DEFINICIÓN OPERATIVA DE FRAGILIDAD.

Son muchos los autores que han sugerido definiciones prácticas de fragilidad, es decir, han intentado generar una serie de criterios que permitan la clasificación de un paciente como frágil a través de medidas observacionales⁹⁶. El consenso acerca de una definición operativa de fragilidad puede ayudar en la prevención de los efectos negativos que la misma tiene en el anciano¹³⁰.

Existen dos formas de aproximación práctica a la fragilidad. Por un lado aparece el modelo fenotípico, que, como punto fuerte, representa un modelo extensamente estudiado que se ha correlacionado con la probabilidad de eventos de salud adversos y con la aparición o desarrollo de diversos parámetros clínicos. Por el contrario, este modelo define la fragilidad en función de parámetros que pueden corresponderse no solo con este término, sino además con otros como la discapacidad o determinadas enfermedades¹⁰⁰.

Frente a este modelo, surge el modelo de fragilidad como acumulación de déficits en distintos sistemas que llevan a la disminución de capacidad de respuesta ante estresores. Esta corriente afirma que la acumulación de déficits es un reflejo de la pérdida de reserva funcional, ya que cada uno de ellos representa la incapacidad del organismo de mantener la homeostasis, produciendo un balance negativo en su función¹⁰⁰.

4.5.1. MODELO FENOTÍPICO.

Teniendo en cuenta la fisiopatología explicada previamente, la disminución de la masa muscular asociada a la edad conllevaría una disminución de la fuerza, de la resistencia y del equilibrio, así como una disminución de la actividad física y alteraciones en la deambulación. Estos cambios podrían plasmarse en determinados criterios que indicaría fragilidad. Así, Fried define a la persona frágil como aquella que cumple al menos tres de los siguientes criterios¹⁰⁴:

- Disminución de peso no intencionada.
- Cansancio o astenia.
- Disminución de la fuerza o debilidad.
- Disminución de la velocidad de deambulación
- Disminución de la resistencia a actividad física.

El término “prefrágil” o “fragilidad intermedia” describiría la situación de aquellas personas que cumplen uno o dos criterios de esta lista. Sin embargo, estos criterios no podrían ser empleados en pacientes con deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson o en tratamiento con determinados fármacos (antidepresivos, levodopa...), ya que los signos de fragilidad podrían ser consecuencia de estas condiciones en solitario, en lugar de ser el resultado de una condición global¹⁰⁴. Solo la debilidad y la pérdida de peso no intencionada se han asociado con progresión más rápida del síndrome de fragilidad¹⁰⁹. Este modelo es de difícil aplicación, ya que implica el uso de materiales no siempre disponibles como por ejemplo un dinamómetro para medir la fuerza, así como conocer los valores poblacionales de referencia con los que comparar al individuo problema¹³¹.

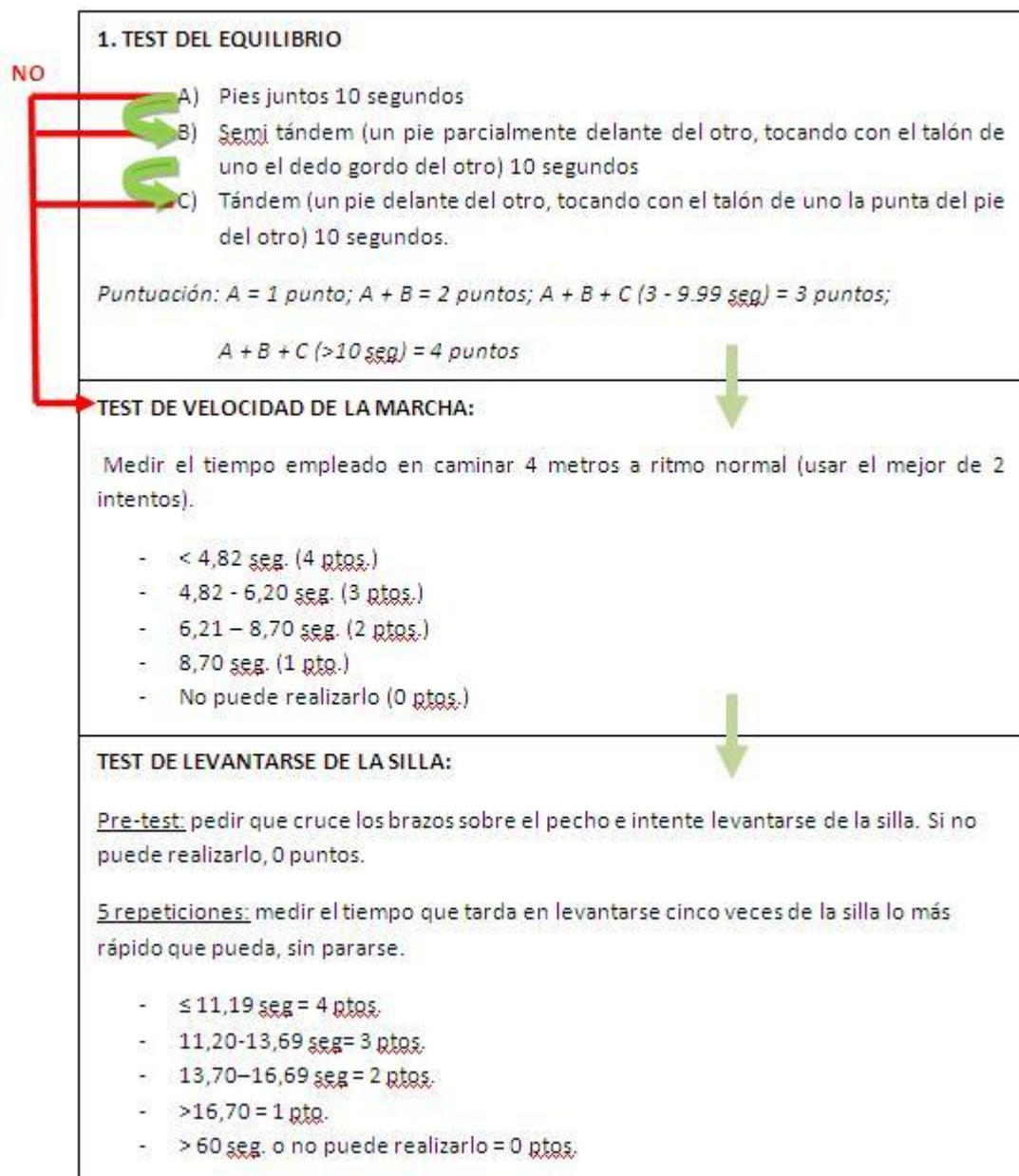


Figura 2.- Aplicación de la Short Physical Performance Battery

El Ministerio de Sanidad recomienda el uso de la escala SPPB APRA detectar la fragilidad. La *Short Physical Performance Battery* (SPPB o Test de Guralnik) es una prueba de ejecución que permite estratificar al paciente según sus limitaciones físicas, y que tiene un gran grado de recomendación en la determinación de fragilidad en el momento actual. Requiere entrenamiento por parte del profesional que las va a administrar, y tiene una reconocida validez predictiva y fiabilidad. La puntuación se relaciona con la morbilidad, los ingresos hospitalarios y la mortalidad. Se basa en

tres pruebas físicas que puntúan de 0 a 4 puntos cada una. Cuanta mayor sea la puntuación global del test (hasta 12), mejor es la situación general del paciente, estableciendo una limitación severa (de 0 a 3 puntos), moderada (de 4 a 6 puntos), media (de 7 a 9 puntos) o mínima (de 10 a 12 puntos)¹. La aplicación de este test está limitada por las necesidades de tiempo y espacio en una consulta médica de Atención Primaria.

4.5.2. MODELO DE ACUMULACIÓN DE DÉFICITS.

Fried establece por lo tanto un fenotipo de fragilidad. Sin embargo, son mayoritarias las escalas que aprecian la fragilidad como una acumulación de déficits¹⁰⁰. En este tipo de escalas, es más importante el número de sistemas que no funcionan correctamente que cuáles son esos sistemas⁶. Dentro de estos modelos, existen escalas que únicamente emplean criterios físicos, mientras que en otras se contemplan además criterios psicológicos y sociales.

Dentro de esta corriente, algunos autores definen como frágil al individuo que presenta un deterioro funcional y/o algún síndrome geriátrico (caídas, delirium, incontinencia, polifarmacia...), alguna enfermedad crónica incapacitante o problemas sociales. Cualquiera de estos criterios se asocia a una prolongación en la estancia hospitalaria y mortalidad a un año. Si el individuo no presenta ninguna de estas características, es definido como “independiente”. La conjunción de estos factores haría que el individuo se considerase “dependiente”, y la fragilidad se definiría por lo tanto como un estadio intermedio¹¹³.

Otra terminología empleada ha sido la de “frágil”, “vigoroso” o “en transición” según cumplan al menos cuatro, menos de dos o un término medio de los siguientes criterios respectivamente¹³²:

- Edad mayor a 80 años
- Depresión
- Uso de fármacos sedantes
- Alteración en la visión
- Alteración en la marcha o equilibrio
- Disminución de la fuerza en el hombro o en la rodilla

- Disminución de la frecuencia de caminar
- Discapacidad de los miembros inferiores.

Estos criterios se relacionan con la mayor frecuencia de caídas en un año¹³².

Dentro de las clasificaciones que emplean únicamente parámetros relacionados con la salud física o biológica del individuo es la de Strawbridge, que define como frágil a aquel individuo que presenta deficiencias en al menos dos de los siguientes dominios: salud física (equilibrio, debilidad...), nutrición (pérdida de apetito o de peso inexplicable), cognitivo o sensorial¹³³.

La inactividad combinada con la pérdida de peso resultó ser un predictor del declinar funcional y de la muerte del paciente en los siguientes 3 años¹³⁴. La valoración geriátrica integral se vislumbra así como una forma de llegar a la identificación del anciano frágil¹⁰.

Determinados autores generaron escalas complejas de fragilidad como el test de rendimiento físico de Brown. Este índice clasifica al paciente en “no frágil”, “levemente frágil” o “moderadamente frágil” en función de la puntuación obtenida en una serie de pruebas que evalúan la fuerza, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la marcha, la coordinación y velocidad de reacción y la capacidad sensitiva¹³⁵

4.5.3. MODELOS BIOPSICOSOCIALES.

Los factores sociales, así como otros, influyen en la comprensión global del individuo que contemple el término “fragilidad”. Estos factores podrían hacer que el individuo fuese más vulnerable a eventos de salud adversos¹³⁶. Rockwood amplía los criterios que definen la fragilidad más allá de los meramente físicos. Se incluyen, además de dependencia funcional y la movilidad reducida, la autopercepción negativa de salud, el acceso limitado a los recursos sociales y el uso aumentado de los recursos sanitarios⁹³. Destaca por tener en cuenta los factores sociales el indicador de fragilidad de Groningen, aunque entre ellos no incluye solo la soledad, sino también la depresión y la ansiedad, creando un subgrupo de factores psicosociales. Este indicador también recoge otros aspectos como la alimentación, la morbilidad, aspectos cognitivos, alteración de la visión o de la audición, capacidad de movimiento y aptitud física¹⁰⁵.

Se desarrolló un indicador británico de fragilidad que comprendía siete ítems de fácil recogida y reconocimiento y que solventó los problemas detectados en el CSHA como la agrupación en determinados grados de fragilidad de un importante número de individuos de la muestra. Para analizar la fragilidad se emplean siete parámetros, de modo que cada uno de ellos recoge distintos aspectos empleados en otras escalas de fragilidad. La habilidad física incluye actividades como la capacidad de subir y bajar escaleras, lavarse y vestirse, la realización de actividades domésticas o si el paciente camina al aire libre. Se incluye como criterio de fragilidad además los problemas de visión, la presencia de síntomas o enfermedades cardíacas y/o pulmonares, problemas psicológicos (ansiedad, depresión, fallos de memoria...), marcadores fisiológicos (cifras tensionales, índice de masa muscular, circunferencia de cintura...) y comorbilidades (diabetes, hipertensión, arritmias...). En este índice, conocido por sus siglas como BFI (British Frailty Index), aporta un peso específico a cada categoría y subcategoría, obteniendo una puntuación que se correlaciona directamente con el índice de hospitalización y mortalidad¹³⁷. No se ha encontrado traducción y validación en castellano de este índice.

4.5.4. MODELOS QUE INCLUYEN LA DEPENDENCIA COMO MARCADOR DE FRAGILIDAD.

La relación entre fragilidad y dependencia ha llevado a que muchos autores crearan escalas de identificación de fragilidad en las que la dependencia es uno de los factores que contribuyen a dicha condición.

El indicador conocido como “frailty index” resultó ser predictor de mortalidad e institucionalización. Este indicador recoge una serie de discapacidades o alteraciones funcionales en campos como el humor, la comunicación, la movilidad, el estado cognitivo, la función intestinal y vesical (incontinencias), la nutrición, la dependencia (medida a través de la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria), la situación social y la comorbilidad del paciente. Este cuestionario se conoce por las siglas de FI-CGA (Frailty Index–Comprehensive Geriatric Assessment). Sin embargo, este índice otorga el mismo peso a variables con carácter pronóstico muy distinto, y aumenta el número de errores y la dificultad para la recogida de datos debido a su gran número de variables¹³⁸.

A partir del índice de fragilidad de 70 ítems, se creó la “CSHA (Canadian Study of Health and Aging) Clinical Frailty Scale” o escala de fragilidad clínica. Esta escala emplea solo 7 clases que abarcan todo el espectro de fragilidad, entendiendo la misma como un continuo que comienza en el paciente “en muy buena forma” hasta el paciente en “muy frágil” en función de las capacidades del mismo para la realización de las actividades de la vida diaria y la presencia de síntomas físicos. Bajo este criterio, se relacionó la clasificación en la que se enmarca el paciente con el riesgo de institucionalización y muerte⁹³.

Existen otros indicadores de fragilidad como la Escala de Fragilidad de Edmonton. Esta escala también tiene en cuenta el soporte social, el uso de medicación, la independencia funcional, aspectos cognitivos, la autopercepción de salud, la hospitalización, aspectos de nutrición, el estado de ánimo, la continencia y la independencia funcional. Esta escala se relaciona con la puntuación obtenida en el índice de Barthel (que mide la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria y el nivel de dependencia del individuo) y con la impresión clínica de fragilidad desde la evaluación integral geriátrica¹³⁹.

Modelo de fragilidad	Parámetros físicos	Deterioro funcional	Comorbilidad	Edad	Alteración psicológica o del ánimo	Uso de recursos/ problema social
Fried	X					
Winogard ¹¹¹		X	X			
Speechley ¹³⁰	X			X	X	
Strawbridge ¹³¹	X				X	
Brown ¹³³						
Rockwood ¹⁰⁵	X	X			X	X
Schuurmans ¹⁰³	X		X		X	X
British Frailty Index ¹³⁵	X	X	X			
Frailty Index ¹³⁶	X	X	X			
CSHA Clinical Frailty Scale ¹⁰⁵	X	X				
Edmonton ¹³⁷	X	X			X	X
Rockwood (2) ¹⁰⁵	X	X			X	

Tabla 5.- Comparación de los distintos modelos de fragilidad según Fried¹⁰⁴, Winogard¹¹³, Speechley¹³², Brown¹³⁵, Strawbridge¹³³, Rockwood¹⁰⁷, Schuurmans¹⁰⁵, Kamaruzzaman¹³⁷, Jones¹³⁸ y Rolfson¹³⁹.

La relación con la dependencia también aparece en las definiciones operativas de fragilidad, que se define como la capacidad reducida para llevar a cabo las actividades sociales y funcionales de la vida diaria¹¹⁴. Rockwood elaboró una escala de fragilidad en función de la movilidad, la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el estado cognitivo y la continencia. Esta escala se relacionaba directamente con el riesgo de institucionalización y muerte⁹³. La incapacidad para realizar alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria ha sido usada como marcador de fragilidad y predictor de comorbilidad, inactividad social, deterioro cognitivo, caídas y alteraciones nutricionales¹⁴⁰.

4.6. FRAGILIDAD, DEPENDENCIA Y COMORBILIDAD

Aunque se consideran entidades completamente diferenciadas, la fragilidad, la comorbilidad y la discapacidad son entidades relacionadas entre sí. Muchas veces se entremezclan estos términos debido a que tanto en la fragilidad como en la discapacidad aparecen de forma constante comorbilidades y eventos de salud adversos. Ambas condiciones aparecen además de forma simultánea en muchos individuos. Sin embargo, como enuncia Fried, la fragilidad y la dependencia “*tienen una base fisiopatológica diferente y son síndromes distintos*”^w. Se calcula que entre un 23% y un 26% de los pacientes con fragilidad no presentan discapacidad ni comorbilidad¹.

Theou et al. Encontró que no sólo es mayor en las mujeres la incidencia de fragilidad, sino también la incidencia de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, los hombres presentan una mayor tasa de enfermedades crónicas y de mortalidad. En ambos sexos, tanto el uso de la definición fenotípica de fragilidad como la de acumulación de déficits (definición operativa de Fried y Frailty Index modificado en cada caso) demostraron similar relación con la presencia de discapacidad o dependencia⁶.

En los modelos de fragilidad que se basan en una puntuación a través de la acumulación de déficits, las mayores puntuaciones de fragilidad se relacionan con mayores tasas de dependencia. La mayoría de la población presenta en primer lugar

^w Cit. p 146. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar; 56(3):M146-56

deficiencias en las actividades instrumentales de la vida diaria que dan paso posteriormente a la dependencia en las actividades básicas. Esa transición podría determinar el punto donde se debe actuar para proveer un mejor cuidado al anciano. Algunos estudios han llegado a determinar incluso un orden en la pérdida de capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, siendo el baño la primera en perderse. Solo menos del 10% de las personas que fueron definidas como “frágiles” no presentaban en el momento del estudio ninguna comorbilidad ni discapacidad⁷⁵.

Mientras que la fragilidad emerge de una conjunción de déficits o fallos en múltiples sistemas, la discapacidad puede aparecer como consecuencia de una única enfermedad o alteración. Sin embargo, la discapacidad puede ser empleada como un factor de fragilidad ya que su presencia incrementa el riesgo de aparición de eventos adversos⁷⁵.

La relación fragilidad-discapacidad es tan evidente que incluso el grupo de trabajo de prevención de la dependencia en las personas mayores de la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España estableció una clasificación del anciano en personas mayores sanas, personas mayores con enfermedad crónica, personas mayores en riesgo de deterioro funcional, personas mayores en situación de dependencia transitoria o permanente y personas mayores en situación de final de la vida. Cada grupo enunciado conlleva un mayor grado de dependencia y de fragilidad de forma progresiva⁷⁵.

La relación fragilidad-discapacidad/dependencia es bidireccional. Las personas frágiles tienen altas tasas de dependencia, y la discapacidad (y su dependencia asociada) conllevan un mayor riesgo de aparición de fenómenos de salud negativos y, por lo tanto, un mayor índice de dependencia, independientemente del modelo empleado para detectar la misma. La comorbilidad sería el tercer elemento relacionado bidireccionalmente con los dos anteriores, ya que puede generar discapacidad, que condiciona a su vez incremento de la incidencia de enfermedades, y una mayor probabilidad de presentar consecuencias físicas secundarias a esas enfermedades⁶. Sin embargo, al igual que la dependencia, el estudio de la comorbilidad va dirigido a problemas puntuales, mientras que la fragilidad valora de forma holística al individuo⁴.

Se contemplaría por lo tanto a la fragilidad como una variable integrada por diversos aspectos, entre los cuales aparecen en un gran número de ocasiones, pero no de

forma constante, la discapacidad y la comorbilidad. Se puede llegar a esa variable denominada “fragilidad” por diversos caminos, sin que todos ellos comprendan la dependencia o la presencia de enfermedades bien definidas⁶.

La prevención primaria, secundaria o terciaria para la aparición de enfermedades y de discapacidades puede estar relacionada con un incremento de la longevidad y una disminución en las tasas de fragilidad. Por lo tanto, la actuación en el campo de la fragilidad como método de control de la dependencia podría beneficiar al paciente en términos de descenso de mortalidad y mejor calidad de vida al ayudarlo a conservar mejor funcionalidad física⁶. Se ha comprobado que mejorar la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria disminuye la mortalidad por causas respiratorias y asociadas a la edad¹⁴¹.

4.7. CARACTERÍSTICAS DE UNA DEFINICIÓN APLICABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ante la gran cantidad de definiciones de fragilidad y la variedad de criterios empelados en las mismas, cabe preguntar cuál de ellas es más adecuada. Una definición de fragilidad aceptable debe tener en cuenta que un número elevado de ítems puede producir defectos en la recogida de datos. Además, en las escalas más amplias (como, por ejemplo, el “frailty index”) se ha demostrado que la predicción de eventos adversos es similar para el indicador global y para algunos de los ítems que el mismo incluye examinados por separado. Por lo tanto, es posible que en esas escalas existan elementos que no interfieran en la condición de “fragilidad”. Por otro lado, los criterios que emplean impresiones clínicas conllevan un mayor riesgo de variabilidad interobservador, por lo que existirían ciertos individuos que podrían ser catalogados como frágiles o no en función del clasificador. Además, existen muchas definiciones que le dan la misma importancia a ítems muy diversos, *“asumiendo que “cáncer” y “artritis” tienen la misma importancia en la fragilidad”*^{x,137}.

La definición aplicada de fragilidad debe ser fácil de obtener y con una comprensión inmediata de los resultados. Además, debe recoger todos los factores que

^x Cit. p 2. Kamaruzzaman S, Ploubidis GB, Fletcher A, Ebrahim S. A reliable measure of frailty for a community dwelling older population. Health Qual Life Outcomes. 2010 Oct 28;8:1-23

pueden influir en el constructo. Dicha definición nacerá de un contexto clínico concreto y con una aplicabilidad determinada⁸.

Ya que la fragilidad es considerada como una forma de “prediscapacidad”, no debieran aparecer ni en la definición de discapacidad ni en sus instrumentos de medida parámetros de franca dependencia o pérdida de funcionalidad⁷⁵.

Actualmente, la última recomendación del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria sobre el anciano frágil proviene del consenso de 2009. En la misma se admite que no se dispone de evidencia, ni a favor ni en contra, del cribado de fragilidad en la población anciana general, sobretodo debido a la incertidumbre sobre las herramientas para el mismo. Sin embargo, se destaca por su uso el empleo del índice de Lawton como medición de las actividades instrumentales de la vida diaria por su relación con el deterioro funcional y la dependencia, así como el análisis de factores de riesgo capaces de predecir la aparición de eventos adversos o de deterioro de la funcionalidad. Entre estos se incluyen: edad superior a 80 años, hospitalización, caídas, alteración de la movilidad y del equilibrio, presencia de comorbilidad, debilidad muscular, disminución de la actividad física, condicionantes sociales o presencia de polifarmacia⁷⁵.

Sin embargo, estos factores no constituyen una definición cerrada de fragilidad, ni se apoyan en un estudio científico que los avale como sistema de detección de fragilidad. Surge así la necesidad de emplear una escala que permita la detección de esta condición de una manera sencilla y aplicable a la práctica clínica, sobretodo en el contexto de la Atención Primaria como núcleo de cuidados y de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La escala FRAIL (*Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness, and Loss*) es capaz de predecir la mortalidad, las limitaciones físicas y aquellos eventos de salud adversos relacionados con la fragilidad. No emplea mediciones que requieran conocer valores poblacionales, identifica estadios de prefragilidad y es fácilmente aplicable dentro de la valoración geriátrica integral⁴. Se ha comprobado que mediciones fenotípicas sencillas como esta escala tienen la misma validez y capacidad de predicción que los enfoques multidimensionales basados en la acumulación de déficits¹³¹. Se compone únicamente de cinco preguntas: ¿se encuentra fatigado? ¿no puede subir un tramo de escaleras? ¿no puede caminar una manzana? ¿tiene más de cinco enfermedades? ¿ha perdido más del

5% de su peso en los últimos 5 meses? ⁴ Esta escala, por lo tanto, cumple a priori las condiciones necesarias para la aplicabilidad de una escala en la práctica clínica. La escala completa se puede valorar en la siguiente tabla:

	Puntos
<p>Fatigabilidad: ¿qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado?</p> <p>1 = Todo el tiempo 2 = La mayoría de las veces 3 = Parte del tiempo 4 = un poco del tiempo 5 = En ningún momento</p> <p>Las respuestas de “1”o “2”se califican como 1 y todos los demás como 0.</p>	
<p>Resistencia: ¿tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?</p> <p>1 = Sí 0 = No</p>	
<p>Deambulaci3n: por ti mismo y no el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?</p> <p>1 = Sí 0 = No</p>	
<p>Comorbilidad: para 11 enfermedades, se pregunta “¿Alguna vez un m3dico le dijo que usted tiene [la enfermedad]?”. Las enfermedades son: hipertensi3n, diabetes, c3ncer (que no sea un c3ncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar cr3nica, ataque card3aco, insuficiencia card3aca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal. Las enfermedades totales (0-11) est3n recodificados como</p> <p>1 = 5-11 enfermedades 0 = 0-4 enfermedades</p>	
<p>P3rdida de peso: ¿cu3nto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual] y hace un a3o en, ¿cu3nto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [peso hace 1 a3o] “.</p> <p>1 = Porcentaje de cambio > 5% 0 = Porcentaje de cambio < 5% como 0.</p>	
<p>TOTAL:</p> <p>0 puntos = NO FR3GIL 1-2 punto = PREFR3GIL >2 puntos = FR3GIL</p>	

Tabla 6.- Escala FRAIL⁴.

4.8. RESUMEN DE UN MODELO DE FRAGILIDAD.

La fragilidad puede ser definida por lo tanto como un “*síndrome médico con múltiples causas y contribuidores que se caracteriza por la disminución de la fuerza, de la resistencia y de las funciones fisiológicas que incrementa la vulnerabilidad individual para el desarrollo de una mayor dependencia o muerte*”^y. Este síndrome conlleva también una mayor tendencia al declinar fisiológico y funcional, mayor riesgo de sufrir efectos adversos de salud como hospitalización, caídas, institucionalización o muerte y una mayor tendencia a la discapacidad y a la dependencia⁹². La fragilidad también se relaciona con la aparición de deterioro cognitivo. Todo ello lo hace a través de mecanismos fisiopatológicos que convergen en el síndrome de fragilidad, y que incluyen la tendencia a la inflamación, la resistencia a la insulina y defectos nutricionales entre otros¹⁴².

La definición de fragilidad debe ir enfocada a la detección de casos en situación de prediscapacidad, para intentar evitar o retrasar el desarrollo de la misma. Todas las personas mayores de 70 años deben ser sometidas a un cribado de esta condición, así como aquellas que, debido a una enfermedad, hayan sufrido una pérdida de peso mayor al 5%⁴. Sin embargo, las implicaciones clínicas y sociales de la identificación de fragilidad no están aclaradas, y requieren estudio ulterior¹⁴³.

Para ello, se pueden emplear escalas como la FRAIL scale^{129, 144}, la CSHA⁹³ y Gérontopôle Frailty Screening Tool⁹⁵, que son fácilmente aplicables en la consulta de Atención Primaria. Es en este ámbito donde se debe realizar la detección de casos. Existen además marcadores biológicos en relación con el sistema inmune, endocrino y musculoesquelético que también pueden ser útiles en la determinación del síndrome⁹².

Existen al menos cuatro formas de intervenir sobre el desarrollo de fragilidad: ejercicio físico, aporte de vitamina D, reducción de la polifarmacia, soporte calórico y proteínico⁴. En algunas regiones ya se han ideado planes de cuidados sobre el anciano frágil que demuestran que la intervención precoz retrasa la aparición de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, incluyendo entre esas medidas la rehabilitación y el apoyo social¹⁴⁵.

^y Cit. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jun; 14(6):392-7. *pág 393*

5. JUSTIFICACIÓN.

El reconocimiento de la dignidad humana ha propiciado la promulgación de leyes que protegen a la persona en su vejez. Este ordenamiento legal ha propiciado el desarrollo de derechos en materia sanitaria y social como en materia de pensiones o atención médica. En última instancia, se ha producido el reconocimiento y atención a la dependencia como un derecho más del individuo¹⁷⁹.

El envejecimiento de un individuo, y los cambios fisiológicos y funcionales secundarios al mismo, se asocian a un mayor número de comorbilidades y deterioro funcional, con un incremento consecuente de las necesidades sanitarias, económicas y sociales⁷⁵.

La cercanía al fallo progresivo en los distintos órganos y sistemas corporales en el paciente mayor produce la aparición del síndrome de fragilidad. Este síndrome permite estratificar a los individuos en función de su probable evolución clínica y pronóstico vital, sabiendo que los individuos frágiles presentan mayores tasas de morbimortalidad. Además, aunque no son sinónimos, la fragilidad, la dependencia y la pluripatología mantienen una estrecha relación⁶.

El síndrome de fragilidad se relaciona con un uso de recursos sociosanitarios mayor y con la aparición de cuestiones médico-legales relevantes, tales como la equidad en el acceso a los recursos materiales y personales, la planificación de los cuidados o la justicia distributiva en el reparto de los recursos, entre otros¹⁷⁷. Es también marcador que interviene en la prevención cuaternaria, y en la contención del gasto sanitario incrementando la efectividad y eficacia de las acciones sanitarias¹⁴⁸.

En el momento socioeconómico en el que nos encontramos, se hace imperativo girar las políticas sanitarias hacia la prevención y la promoción de la salud¹, encontrando en la fragilidad un elemento para poder identificar a individuos de riesgo en los que estas medidas permitan retrasar o evitar la presencia de enfermedad y dependencia, y los costes de toda índole asociados a las mismas. Se conoce que la fragilidad supone “*un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor, un riesgo de nueva discapacidad 2,5 veces mayor y un riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor*”² en los mayores de 70 años.

² Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. 2014.

La relación entre la fragilidad y la dependencia está establecida, pero no se ha encontrado bibliografía que aclare esta relación o la evolución sincrónica en la aparición de estas entidades. Es oportuno, por lo tanto, estudiar la relación entre ambas entidades para comprobar las interacciones entre ambas, con el fin de mejorar el abordaje integral del individuo y colaborar en la resolución de conflictos médico-legales de gran impacto social, como los expuestos previamente en este trabajo.

6. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

Se plantea por lo tanto un estudio de campo como parte de la investigación general con la **hipótesis** de que la identificación de individuos con el síndrome físico de fragilidad nos permitirá relacionar esta entidad con la aparición de la dependencia, relacionando cronológicamente el deterioro físico con el funcional, y aflorando una serie de problemas médico-legales y deontológicos asociados. Si la hipótesis es cierta, la fragilidad debería ser considerada como un elemento de cribado poblacional para identificar a individuos con mayor riesgo de dependencia, intentando establecer medidas que retrasen esta condición. Permitiría además una adecuada y justa gestión de los recursos sanitarios y sociales en función de las necesidades y con carácter preventivo, logrando el mayor nivel de salud posible tal y como se exige desde los textos legales.

Se definieron los siguientes **objetivos**:

Los objetivos de esta tesis doctoral son:

1. **Objetivo principal:** analizar las relaciones entre fragilidad, dependencia, comorbilidad y riesgo social, así como las implicaciones médico-legales y deontológicas derivadas del propio síndrome de fragilidad y de su relación con las variables descritas.

Se propone conocer si la identificación del síndrome de fragilidad a través de un cribado poblacional permitiría incrementar el nivel de salud de los individuos, sus capacidades físicas, la planificación de cuidados y la optimización de la respuesta a los conflictos médico-legales y deontológicos surgidos desde dicha condición.

2. **Objetivos secundarios:**
 - a. Conocer los principales problemas médico-legales y deontológicos asociados a la condición de fragilidad.
 - b. Analizar los conocimientos actuales sobre el síndrome de fragilidad, discerniendo cuál de las definiciones validadas es aplicable en la práctica clínica habitual según criterios de disponibilidad, eficacia y eficiencia.
 - c. Analizar si es viable la implantación de fragilidad como cribado para detectar a individuos en riesgo de ver mermada su salud física y funcional.

- d. Analizar la evolución del derecho a la atención sanitaria y social en relación con la edad y la dependencia, comprobando si los términos empleados en el mundo legal son adecuados a la realidad clínica y se corresponden con las estrategias políticas presentes.

7. MATERIAL Y MÉTODO.

7.1. MATERIAL Y MÉTODO.

Estudio observacional descriptivo transversal que toma como población de estudio a los pacientes 70 o más años adscritos al Centro de Salud Los Alpes en Madrid que acuden al mismo. Se incluyeron en el estudio a todos aquellos pacientes de la población diana que cumplieran todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

- Criterios de inclusión: edad igual o superior a 70 años, adscritos al centro de salud Los Alpes.
- Criterios de exclusión:
 - o Ausencia de consentimiento informado
 - o Presencia de deterioro cognitivo o enfermedad mental severa que dificulte o impida la comprensión de la información sobre el estudio y/o de las escalas empleadas.
 - o Barrera idiomática: severa que dificulte o impida la comprensión de la información sobre el estudio y/o de las escalas empleadas.
 - o Pacientes institucionalizados.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en base a la prevalencia estimada de fragilidad en estudios previos realizados en población similar con la misma herramienta. Para una prevalencia esperada de fragilidad de 10.7% y una población adscrita al centro de salud Los Alpes mayor de 70 años de 3806 pacientes, precisión de 5% e IC 95%, se precisan 145 sujetos.

Se seleccionaron a los individuos a través de un muestreo consecutivo no aleatorizado según acudieron al centro de salud Los Alpes en los meses de octubre y noviembre de 2014, hasta completar la muestra.

Los sujetos seleccionados, tras ser informados sobre las características del estudio de forma verbal y escrita (anexo 1), y tras completar el proceso de consentimiento informado (anexo 2), fueron entrevistados personalmente y se completó una hoja de recogida de datos que permitió registrar las siguientes variables:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica (hombre/mujer)
- Edad: registrada por año de nacimiento y agrupada en conjuntos quinquenales.

- Comorbilidades y pluripatología según las indicaciones para el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología avaladas por la SEMFYC, la SEMI y la FAECAP (anexo 3)¹⁸⁰.
- Fragilidad a través de la escala FRAIL, clasificando al paciente en “no frágil”, “prefrágil” o “frágil” (anexo 4)⁴.
- Dependencia, reflejada a través de las actividades instrumentales de la vida diaria, según la escala de Lawton (anexo 5)⁹.
- Riesgo social, medido según la escala de valoración sociofamiliar de Gijón (anexo 6)⁹.

Los datos recogidos se incorporaron a una base de datos en Microsoft Excell para la gestión de los mismos. Esta base de datos se encontraba disociada de la identificación de los pacientes, garantizando el tratamiento anónimo de los datos. Se calcularon las frecuencias y el intervalo de confianza de las variables cualitativas. La edad se midió también como variable cuantitativa continua, presentándose como mediana y desviación típica.

Se realizó un análisis bivariante con la prueba de χ^2 para medir la asociación entre las variables, tomando como variable dependiente la fragilidad, así como el cociente de regresión de Pearson para cuantificar la potencia de la asociación si la hubiere.

Se realizó posteriormente un análisis multivariante en el que se analizaron dentro de un modelo global las variables asociadas de forma bivariante con la fragilidad, identificando aquellas que pudieran ser consideradas factor de confusión y creando un modelo con las variables asociadas en el análisis multivariante a fragilidad. Se empleó regresión logística para identificar un modelo final de fragilidad, dicotomizando la variable fragilidad en frágiles y no frágiles (no frágiles y prefrágiles). El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 22.0 para Windows.

7.2. ASPECTOS ÉTICOS.

En este estudio se respeta el derecho a la intimidad del paciente y el trato confidencial de los datos conforme a la *Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal* y a la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la*

autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se solicitó consentimiento informado para la realización de la entrevista clínica y para poder acceder a la historia clínica informatizada de los pacientes, en un proceso que incluyó la información verbal y escrita.

El estudio fue analizado y aprobado por la Comisión de Investigación de la dirección Asistencial este de Atención primaria de la comunidad de Madrid.

7.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

El estudio presenta las siguientes limitaciones:

- Al ser un estudio descriptivo y transversal podremos establecer asociaciones, pero no causalidad.
- El muestreo consecutivo puede hacer que no toda la población esté representada en la muestra. Se eligió este muestreo porque se intentaba analizar la capacidad de detección desde una consulta habitual, y por motivos organizativos que impidieron cualquier otra aleatorización.
- El uso de escalas conlleva la presencia de sesgos como el de memoria, por el que el paciente no refleja la realidad en sus respuestas porque no las recuerda.
- La realización del estudio en un entorno sanitario puede condicionar las respuestas de los pacientes, habitualmente maximizando sus alteraciones.

8. RESULTADOS.

Un 17.81% de los individuos se clasificaron como frágiles, y un 39.72% como prefrágiles (figura 1). No existen diferencias significativas en la proporción de fragilidad según sexos. La fragilidad fue más frecuente a mayor edad del subgrupo estudiado, como se muestra en la figura 2. La edad media de los individuos frágiles fue de 85 años, con una desviación estándar de un año. La mediana de edad de los mismos fue de 84 años, mientras que de los prefrágiles fue de 81.

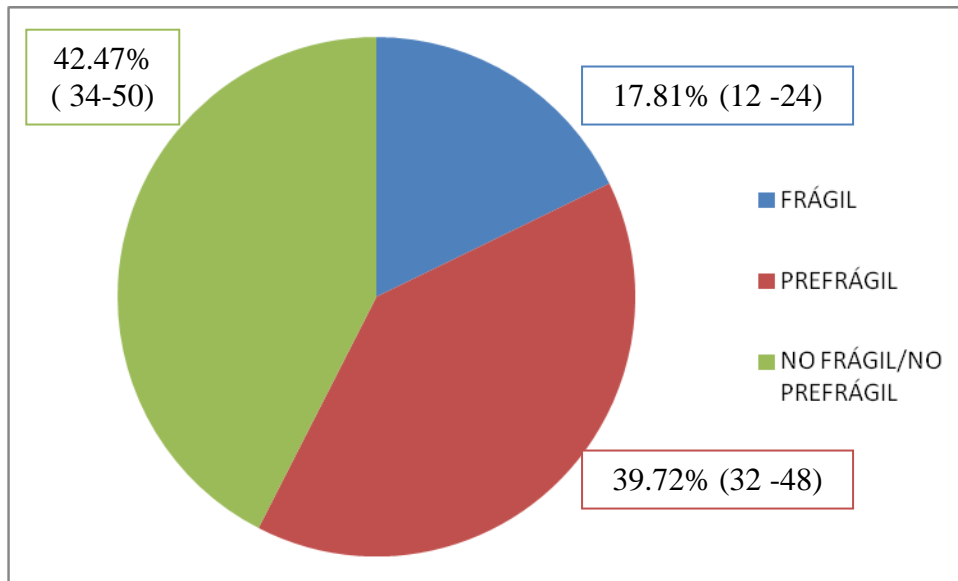


Figura 3.- Prevalencia de fragilidad.

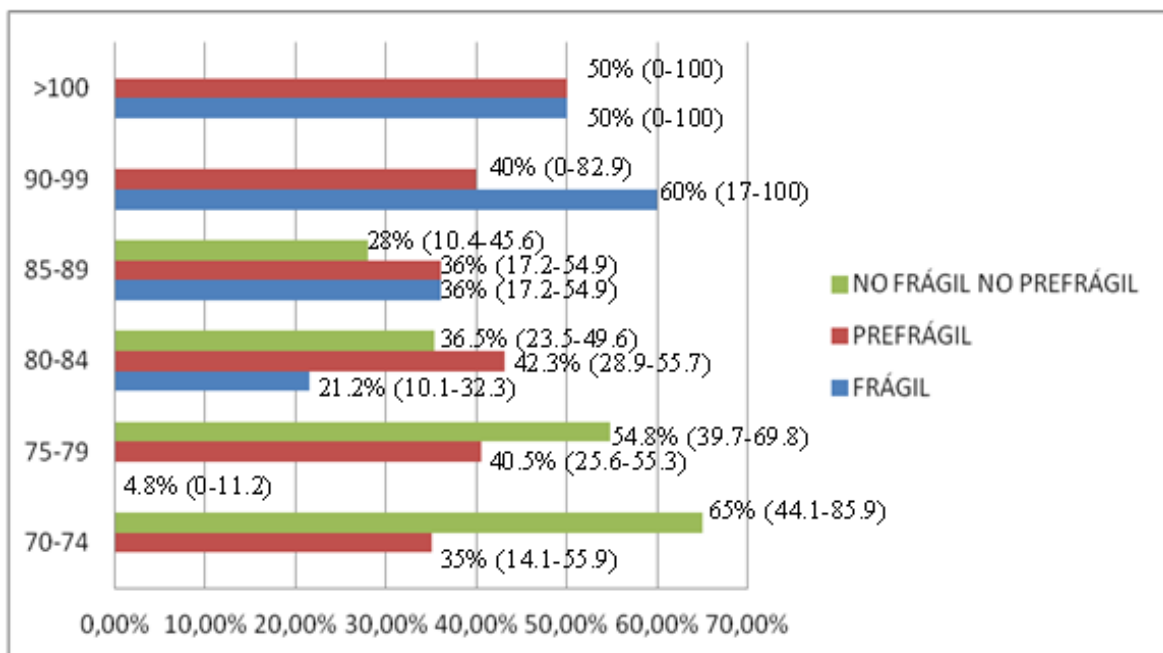


Figura 4.- Prevalencia de fragilidad según edad.

La fatiga fue la característica de fragilidad presentada de forma más frecuente, en un 75% (65.7%-84.32%) de los pacientes frágiles y prefrágiles. La siguiente característica más frecuente fue la disminución en la resistencia, que apareció en el 69% (59.2%-78.9%) de los casos. Le sigue la disminución en la capacidad aeróbica, presente en el 40.5% (30%-51%) de los pacientes frágiles y prefrágiles, seguida de la pérdida de peso (13.1%, 5.9%-20.3%) y de la presencia de cinco o más enfermedades (11.9%, 0.5%-18.8%). Estos datos quedan representados en la figura 3.

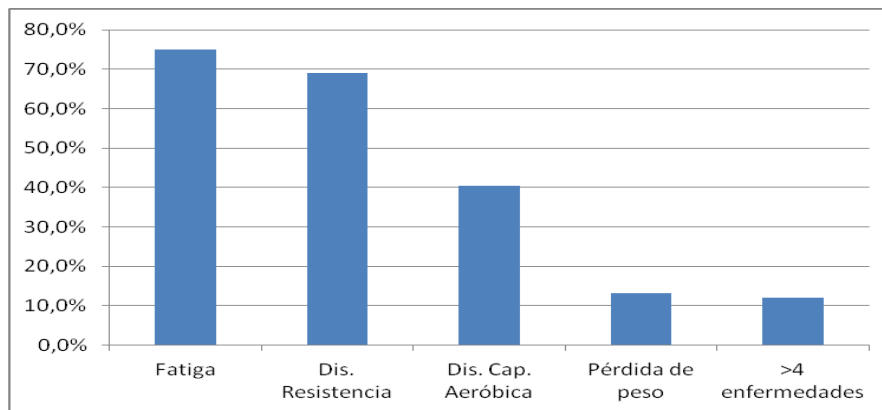


Figura 5.- Prevalencia de las distintas características de fragilidad en los individuos frágiles y prefrágiles

Un 45.89% de los individuos (37.8-54) resultó ser independiente para las actividades instrumentales de la vida diaria, frente al 27.4% (20.3-34.6) que presentó un nivel de dependencia leve, un 15.07 (9.8-20.9) moderada, un 8.22% (3.8-12.7) severa y un 3.42% (0.5-6.4) total (figura 4). No se reflejaron diferencias en los niveles de dependencia según sexos. El nivel de dependencia fue mayor cuanto mayor era el subgrupo de edad. Se produce un incremento en el nivel de dependencia de los individuos entre los no frágiles ni prefrágiles y los prefrágiles (figura 5).

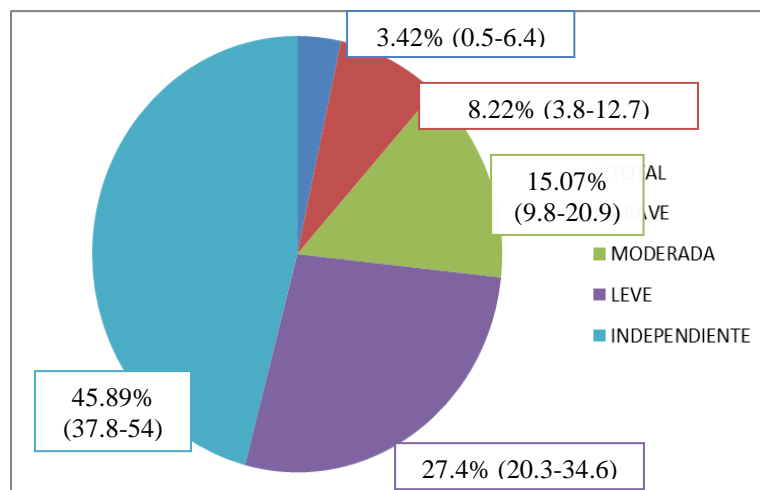


Figura 6.- Prevalencia de los distintos niveles de dependencia.

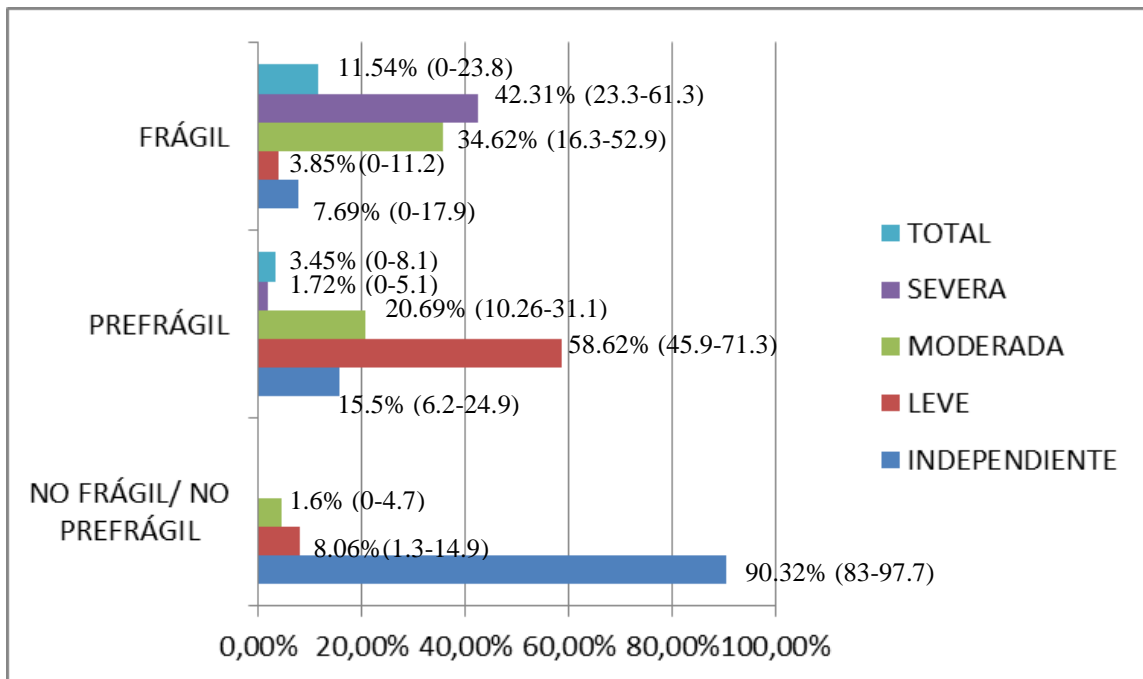


Figura 7.- Distribución del nivel de dependencia en función de la presencia de fragilidad.

Características sociodemográficas y clínicas de la población.

De los 146 sujetos que entraron a formar parte del estudio, un 45.20% eran varones y un 54.80% mujeres. La distribución de los distintos grupos de edad según sexos aparece en la figura 6. Las principales características de la población se resumen en la siguiente tabla (tabla 1).

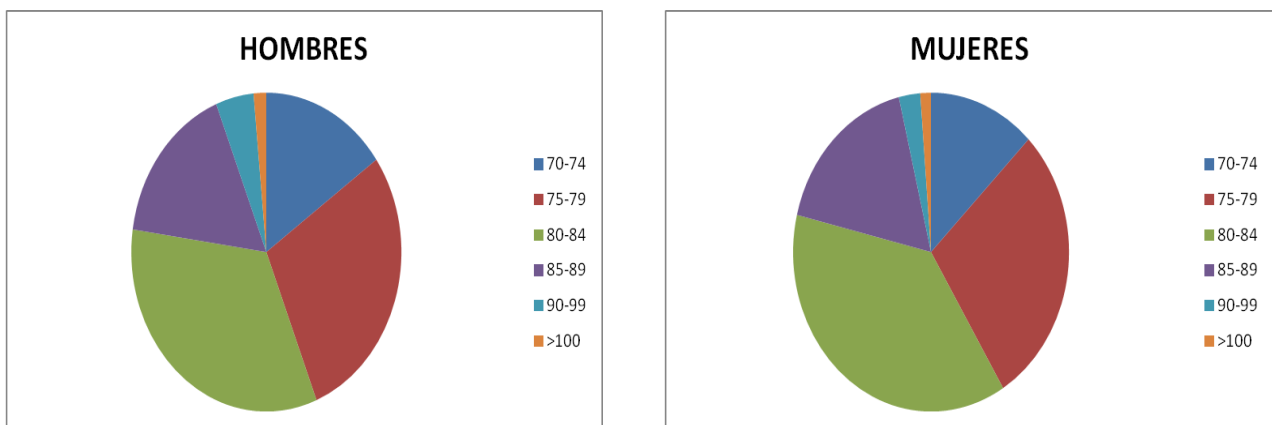


Figura 8.- Distribución de los distintos grupos de edad según sexos

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Mediana de edad	80 (79-81)	81 (80-82)	80 (79-80)
70-74 años	13.70% (6.2-21.2)	15.2% (6.5-23.8)	12.5% (5.3-19.7)
75-79 años	28.77% (18.8-37.7)	28.8% (17.9-39.7)	28.8% (18.8-38.7)
80-84 años	35.62% (25.1-46.1)	33.3% (22-44.7)	37.5% (26.1-48.1)
85-89 años	17.12% (8.9-25.4)	16.7% (7.7-25.7)	17.5% (9.2-25.8)
90-99 años	3.42% (0-7.4)	4.6% (0-9.6)	2.5% (0-5.9)
>100 años	1.37% (0-3.9)	1.5% (0-4.5)	1.2% (0-3.6)
TOTAL		45.2%(37.1-53.3)	54.8%(46.7-62.9)
Fragilidad (según escala FRAIL)			
Frágil (3 o más ítems)	17.81% (12 -24)	16.67% (7-9-25.9)	18.75% (10.2-27.3)
Prefrágil (1 o 2 ítems)	39.72% (32 -48)	34.85% (23.3-46.3)	43.75% (32.9 -54.6)
No frágil/no prefrágil	42.47% (34-50)	48.48% (36.4-60.5)	37.50% (26.8-48.1)
Pluripatología (enfermedades de dos o más grupos según las indicaciones para el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología avaladas por la SEMFYC, la SEMI y la FAECAP)			
SÍ	45.20% (37.1-53.3)	51.52% (39.5-63.6)	40% (29.3-50.7)
Comorbilidades más frecuentes (según grupos de enfermedades de las indicaciones para el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología avaladas por la SEMFYC, la SEMI y la FAECAP)			
E. osteoarticular	49.31% (42.6-58.8)	33.33% (22-44.7)	65% (53.5-73.5)
E. cardiovascular	28.76% (21.4-36.1)	28.79% (17.9-37.9)	28.75% (17.8-39.7)
Diabetes mellitus complicada o arteriopatía	17.81% (11.6-24)	19.70% (10.1-29.3)	16.25% (7.3-25.2)
E. respiratoria	16.43% (10.4-14.4)	18.18% (8.9-27.5)	15% (6.4-23.6)
Vasculitis o e. renal	11.45% (7.6-11.45)	18.18% (8.9-27.5)	8.75% (1.9-15.6)
Dependencia (según puntuación en escala de Lawton-Brody)			
Total	3.42% (0.05-6.4)	4.55% (0-9.6)	3.33% (0-5.9)
Grave	8.22% (3.8-12.7)	6.06% (0.3-11.9)	10% (3.4-16.6)
Moderada	15.07% (9.8-20.9)	13.64% (5.4-22)	15% (8.2-24.3)
Leve	27.40% (20.1-34.7)	21.21% (11.4-31.1)	32.50% (22.2-42.8)
Independiente	45.89% (37.9-54)	54.55% (42.5-66.6)	38.75% (28.1-49.4)
Riesgo social (según escala sociofamiliar de Gijón)			
Bajo	76.03% (69.1-82.9)	75.56% (65.4-86.1)	76.25% (66.9-85.6)
Medio	23.29% (16.4-30.1)	24.24% (13.9-34.6)	22.5% (13.4-31.7)
Alto	0.68% (0-2)	0% (0-0)	1.25% (0-3.7)

Tabla 7.- Características de la población

Un 45.20% de la población presentó criterios de pluripatología según las indicaciones para el desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con

comorbilidad y pluripatología avaladas por la SEMFYC, la SEMI y la FAECAP. El 51.51% que presentan pluripatología son hombres, y el 48.49% mujeres. La frecuencia de pluripatología se incrementa con la edad, como se muestra en la siguiente figura (Figura 7).

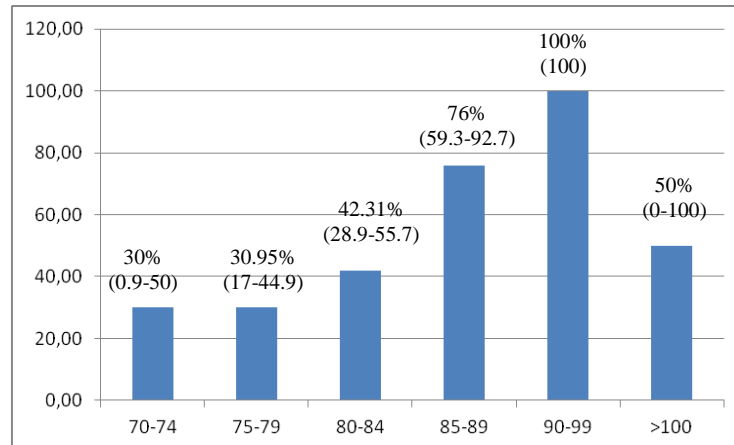


Figura 9.- Prevalencia de pluripatología según grupo de edad.

En torno a la mitad de la muestra (49.31%; 42.6-58.8) presenta patología osteoarticular. El segundo grupo de patología según frecuencia es la cardiovascular, presente en un 28.76% (21.4-36.1), seguido de la diabetes mellitus complicada y/o arteriopatía, que aparece en el 17.81% (11.6-24) de la población. Posteriormente, en el 16.43% (10.4-14.4) de la muestra existe patología respiratoria, la enfermedad renal en el 11.45% (7.6-11.45), las neoplasias o patologías hematológicas en el 9.55% (4.8-14.37), las alteraciones neurológicas en el 7.53% (3.25-11.82) y la enfermedad inflamatoria intestinal y/o hepatopatía en el 4.11% (0.89-7.3).

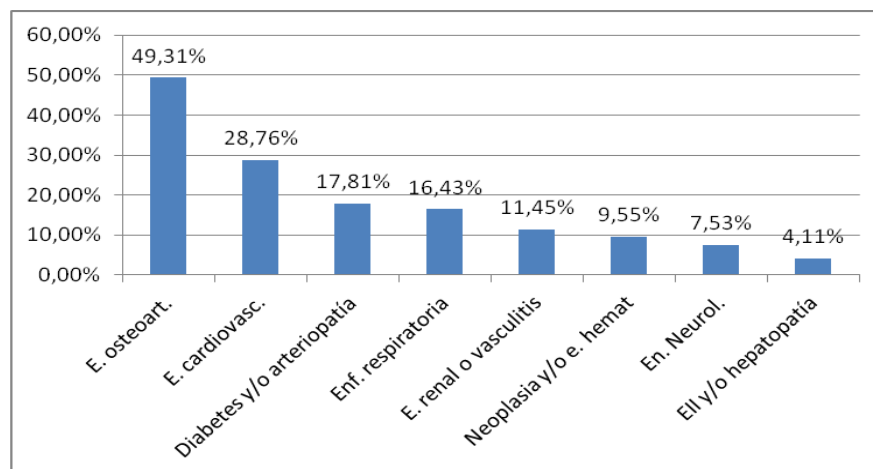


Figura 10.- Prevalencia de los distintos grupos de patología

La patología más frecuente en los individuos con pluripatología es la osteoarticular con un 72.73% (61.98-83.47), seguida de las enfermedades en el ámbito cardiovascular que aparecen en un 51.52% (39.46-63.57). Posteriormente se encuentran la diabetes mellitus y/o arteriopatía en el 28.78% (17.86-39.71), las patologías relacionadas con el aparato respiratorio, con la misma frecuencia, y la enfermedad renal en un 25.72% (15.25-36.31) de la población con pluripatología. Finalmente, un 16.67% (7.68-25.66) de los individuos con pluripatología presenta enfermedad hematológica o neoplasia, un 12.12% (4.25-20) enfermedad neurológica y 9.09% (2.1-16) de los enfermos pluripatológicos presentan enfermedad inflamatoria intestinal o hepatopatía.

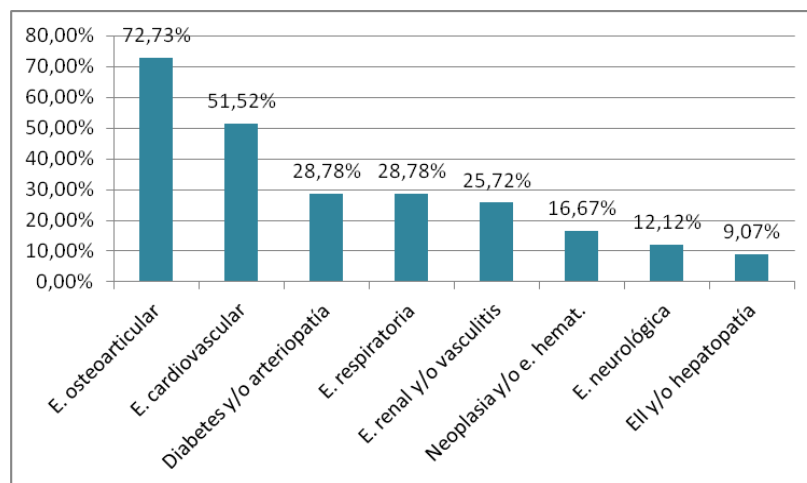


Figura 11.- Prevalencia de los distintos grupos de patología en los individuos con pluripatología.

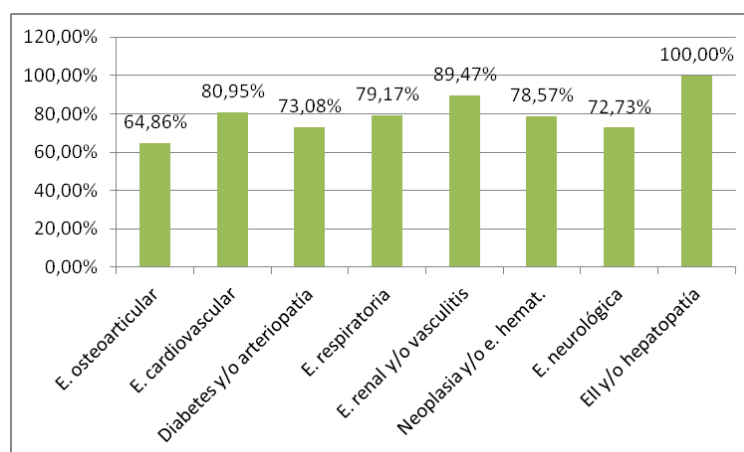


Figura 12.- Prevalencia de pluripatología según grupo de enfermedad.

La frecuencia de pluripatología en cada grupo de comorbilidad se muestra en la figura 13. Destaca que el 100% (100-100) de los individuos con patología gastrointestinal son pluripatológicos, seguido de los individuos con enfermedad renal o vasculitis (89.47%; 84.5-94.95), enfermedad cardiovascular (80.95%; 74.58-87.32), enfermedad respiratoria (79.17%; 72.58-85.75), neoplasia o enfermedad hematológica (78.57%; 71.92-85.23), diabetes (73.08%; 65.88-80.27), enfermedad neurológica (72.73%; 65.5-79.95) y finalmente los individuos con enfermedad osteoarticular (64.86%; 57.12-72.61).

En la población, un 0.68% (0-2) presenta un riesgo social elevado, un 23.29% (16.4-30.1) moderado y un 76.03% (69.1-82.9) un riesgo social bajo. No existen diferencias significativas en el riesgo social según sexo y edad.

De los pacientes que presentaron pluripatología, un 33% (25.69-40.98) cumplen criterios de fragilidad, y un 42.42% (34.41-50) de prefragilidad. Los pacientes que no cumplieron criterios de pluripatología, presentaron una frecuencia de fragilidad del 5% (1.46-8.54) y de prefragilidad del 37.5% (29.65-45.35). Estos resultados nos indican que un 84.62% (78.76-90.47) de los pacientes frágiles presentan pluripatología, así como un 48,28% (40.17-56.38) de los prefrágiles. Solo el 25.81% (18.71-32.90) de los pacientes sin fragilidad cumplen la condición de pluripatología.

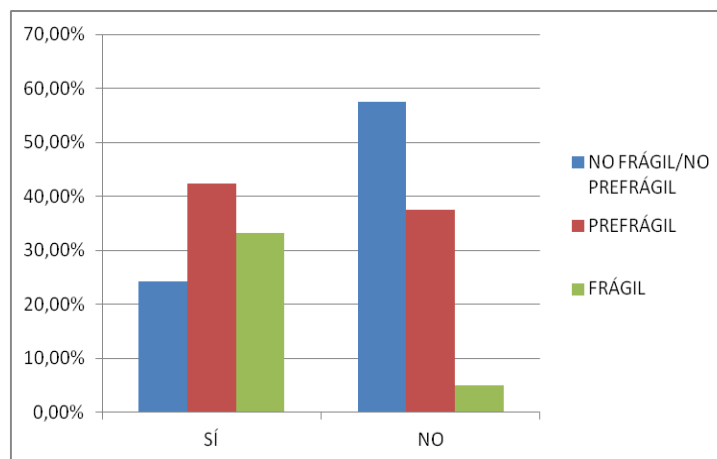


Figura 13.- Prevalencia de fragilidad en función de la presencia de pluripatología (sí/no).

El análisis bivalente entre la fragilidad y las distintas variables mostró unos valores de p (tabla 9) que permitieron establecer una posible asociación entre la primera y el nivel de

dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, la presencia de pluripatología, las enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares y digestivas y la edad.

Variable relacionada con fragilidad	P
Dependencia	0.00
Edad	0.00
Pluripatología	0.00
Enfermedad cardiovascular	0.001
Enfermedad hepática o inflamatoria intestinal	0.004
Enfermedad osteoarticular	0.04

Tabla 8.- Valores de asociación entre la fragilidad (variable dependientes) y las variables asociadas estadísticamente con la misma.

Se realizó un análisis multivariante en el que se incluyeron las variables asociadas con fragilidad en el análisis bivariante, además del sexo, intentando identificar posibles factores de confusión a través de una regresión logística. Para ello, se agruparon los individuos no frágiles y prefrágiles en una única categoría, manteniendo los frágiles por separado y convirtiendo la fragilidad así en variable dicotómica. En dicho análisis multivariante solamente se obtuvo relación significativa entre la fragilidad y la edad, la dependencia y las enfermedades del aparato digestivo.

Variable relacionada con fragilidad	P
Dependencia	0.00
Edad	0.03
Enfermedad hepática o inflamatoria intestinal	0.004
Enfermedad cardiovascular	0.06

Tabla 9.- Valores de asociación más significativos entre la fragilidad (variable dependientes) y variables previamente asociadas en el análisis bivariante dentro de un modelo multivariante.

9. DISCUSIÓN I:

modelo de fragilidad y característicos poblacionales.

9.1. SOBRE LA PRESENCIA DE FRAGILIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA.

En el estudio se observó una frecuencia de fragilidad similar a la conocida en estudios previos, si bien es cierto que los criterios empleados para la detección de esta entidad no son homogéneos en los diversos estudios presentes⁷. Ciertos artículos sitúan las tasas de fragilidad entre el 5.8% y el 27.3%⁹⁶. La frecuencia de prefragilidad es también similar a la encontrada en trabajos anteriores, que la sitúan entre el 34.6% y el 50.9%⁷⁵. Es necesario continuar con la investigación en este campo para poder establecer unos criterios comunes de fragilidad que permitan conocer el impacto real de esta entidad.

En la agrupación según sexos, se aprecia que la fragilidad ha sido más frecuente en términos relativos en los hombres que en las mujeres, aunque éstas han presentado una mayor frecuencia relativa de prefragilidad. El análisis estadístico, sin embargo, asume que no existen diferencias significativas en la distribución de fragilidad según sexo. Este resultado se enfrenta con aquellos que enuncian que la fragilidad es más frecuente en la mujer, y que esta mantiene esta condición durante más tiempo que el hombre¹⁰⁰.

Tal y como se ha demostrado ya en la literatura, y siguiendo la lógica científica, la presencia de fragilidad se incrementa con la edad⁴. Los resultados obtenidos en el estudio concuerdan con los obtenidos en trabajos previos. No aparecen individuos con criterios de fragilidad hasta los 75 años, siendo la mediana de edad de los individuos prefrágiles de 81 y de 85 en el caso de los frágiles. Por lo tanto, el rango de edad situado y los 81 años puede ser el momento donde el cribado poblacional de la fragilidad consiga detectar a un mayor número de casos incidentes.

En cuanto a las características que permiten definir el síndrome de fragilidad según la escala FRAIL (fatiga, disminución de la resistencia, disminución de la capacidad aeróbica, presencia de cinco o más enfermedades y pérdida de peso), la más frecuente fue la presencia de fatiga. Si bien es cierto que esta condición tiene una versión subjetiva (dos individuos en iguales condiciones pueden tener una percepción distinta de su fatiga, en función de sus expectativas), este síntoma puede relacionarse

con la sarcopenia, punto clave en la evolución de la fragilidad¹⁸¹, apoyando la hipótesis fisiopatológica del síndrome.

Los siguientes ítems de la escala de fragilidad FRAIL más frecuentes fueron la disminución en la resistencia física y en la capacidad aeróbica. Estas condiciones también se relacionan con la capacidad del músculo liso, debilitado en la fragilidad, como se ha explicado, por la presencia de sarcopenia¹⁸². En último lugar aparecen la pérdida de peso y la presencia de más de cinco enfermedades. La fragilidad supone por lo tanto una condición global del individuo con afectación multisistémica secundaria debida al propio envejecimiento, sin perjuicio para que exista una relación entre la presencia de fragilidad y la pluripatología. Es posible que esta relación no sea directa, sino a través de las relaciones bidireccionales entre edad y pluripatología y edad y fragilidad.

Al igual que este estudio, existen otros que señalan la relación entre la presencia de fragilidad y la de dependencia. Sin embargo, la falta de consenso sobre los criterios de fragilidad dificulta el establecimiento de una asociación. El uso de escalas complejas impide discernir si es la entidad completa entendida como “fragilidad” la que produce el deterioro en las capacidades funcionales del paciente, o si es alguno de los ítems que compone esta realidad la que se asocia con el déficit funcional.

Existen trabajos que relacionan solamente la disminución en la velocidad de marcha con la aparición de dificultades en la realización de las actividades instrumentales u básicas de la vida diaria¹⁸³. Otros estudios establecen la relación entre el déficit funcional con un fenotipo que incluye, entre otros, debilidad, lentitud motora, disminución de la capacidad física o disminución en la resistencia¹⁸⁴.

En este dilema sobre si la dependencia se relaciona con la fragilidad como síndrome o solamente con alguno de los ítems que ponen dicho cuadro, el estudio actual inclina la balanza hacia una relación con el fenotipo, ya que el trabajo parte de una definición fenotípica de fragilidad. Como se puede apreciar en el análisis de resultados, la distribución de los distintos ítems de la escala FRAIL en función del nivel de dependencia es similar para todos los niveles de la misma. Esto hace pensar que es la conjunción de los mismos la que se relaciona con la disminución en las capacidades

funcionales del individuo. La escasa frecuencia de los criterios “pérdida de peso” y “presencia de cinco o más patologías” impide que el análisis de asociación entre los ítems de fragilidad por separado y la dependencia tenga una significación relevante, precisando estudios más amplios para determinar la importancia de cada factor de fragilidad de forma individual.

En cualquier caso, queda establecida una asociación relevante entre la aparición de la fragilidad y la dependencia, acorde con los resultados de estudios previos¹⁸⁵. Este estudio se centra en la medición de la dependencia a través de las actividades instrumentales de la vida diaria. Estas actividades son habitualmente las primeras en las que el anciano precisa ayuda, precediendo por lo tanto al déficit en las actividades básicas de la vida diaria como el aseo o la comida entre otras. Mientras que los individuos que no son frágiles ni prefrágiles son mayoritariamente independientes, los individuos prefrágiles presentan algún grado de dependencia en su mayoría. A la vez, los individuos frágiles presentan niveles de dependencia más severos que los prefrágiles. La detección temprana de fragilidad, en su variante incompleta o prefragilidad, es una herramienta útil en la detección del inicio de la dependencia funcional. Este hallazgo no ha sido encontrado en la bibliografía empleada.

Esta determinación tiene consecuencias médico-legales muy diversas. La fragilidad se relaciona con problemas en este ámbito que abarcan desde la organización de cuidados y decisiones a la planificación de los recursos sociosanitarios necesarios. Estas implicaciones pueden marcar el desarrollo de las políticas sociosanitarias, permitiendo una mejor gestión de los recursos y planificando con anterioridad las necesidades futuras, además de permitir el desarrollo de actividades que permitan prevenir o endentecer el desarrollo de la fragilidad y, de forma asociada, de la dependencia¹⁷⁷.

La relación fragilidad-dependencia es bidireccional. Según los resultados de la investigación presente, así como de la revisión bibliográfica, los pacientes con mayores tasas de dependencia tienden a ser más frágiles, y las personas más frágiles tienden a presentar mayor dependencia funcional⁴, generando situaciones que no solamente implican a los sistemas sanitarios, sino también a los sociales.

Se ha demostrado por lo tanto una importante interacción entre la dependencia (que se asocia a costes socioeconómicos altos) y la fragilidad (y sus implicaciones sanitarias en morbilidad). De acuerdo con la bibliografía consultada, los resultados demuestran que una atención global al individuo ha de integrarse dentro de un sistema sociosanitario conjunto, en el que las prestaciones tengan no solo un carácter paliativo o rehabilitador, sino además preventivo, llegando para ello también a las personas cuyos niveles de fragilidad y dependencia sean bajos, con el objetivo de que no progresen. Estas medidas preventivas han demostrado ser más rentables en términos económicos, apoyando la viabilidad del sistema⁷⁵. La Atención Primaria de salud, con un perfil de gastos más óptimo, ha de ser el centro de la atención al individuo⁹².

9.2. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

9.2.1. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS. NIVEL DE DEPENDENCIA, RIESGO SOCIAL Y PLURIPATOLOGÍA DE LA POBLACIÓN.

La distribución de la muestra según sexos se corresponde con las cifras de la población española, donde se observa una distribución en los mayores de 70 años en la que predominan las mujeres, con algo más del 50%¹⁸⁶. No se aprecia una diferencia relevante en la distribución por grupos de edad según sexos de los pacientes que acuden al centro de salud, lo que ayuda a homogeneizar las comparaciones entre los dos grupos.

El nivel de dependencia (el 45.89% de los sujetos son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria) obtenido en el estudio es similar al de otros estudios (48.7%)¹⁸⁷, si bien en nuestra muestra no se incluyeron a personas inmovilizadas o que no acudan al centro de salud, algunas de las cuáles pueden presentar un mayor nivel de dependencia. Por lo tanto, es posible que desde las consultas de Atención Primaria no se detecten situaciones de dependencia por dificultades en el acceso a los recursos sanitarios.

La tasa de personas en riesgo de exclusión social en España se situó en el periodo comprendido entre 2008 y 2012 en el 28.2% según la tasa AROPE (*At Risk Of Poverty and/or Exclusion*)¹⁸⁸. Aunque no se empleó el mismo indicador para medir el

riesgo social del individuo, llama la atención la gran diferencia entre los resultados del estudio (riesgo social bajo en torno al 75% de la población, alto en menos del 1%) y esta tasa.

La realización del estudio en un único centro de salud de un área con unas características sociodemográficas concretas condiciona unos resultados de riesgo social acordes a la situación del barrio donde se realiza el estudio, que es homogénea por datos de localización y nivel socioeconómico. Este sesgo se solucionaría con la realización de un estudio multicéntrico que consiguiera una muestra más heterogénea y acorde con los distintos estratos socioeconómicos. Además, es posible que los individuos con un mayor riesgo social presenten dificultades para el acceso a los recursos sanitarios y no acudan al centro de salud, por lo que no estén representados en esta muestra.

Estas limitaciones condicionan una interpretación cautelosa de los datos obtenidos. Aunque no se ha obtenido una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo social y la fragilidad ni entre el riesgo social y la dependencia, la frecuencia baja de riesgo social en la muestra impide que estas asociaciones aparezcan. Es posible que empleando una muestra más heterogénea estas asociaciones se hagan detectables.

No se ha encontrado evidencia en estudios comunitarios que permita relacionar la presencia de riesgo social con un incremento en la dependencia funcional o en la mortalidad¹⁸⁹. Existen estudios que demuestran que a menor calidad de los recursos psicosociales en el anciano frágil hospitalizado, existe una mayor mortalidad, un mayor riesgo de rehospitalización y una estancia hospitalaria más prolongada¹⁹⁰, pero se pone en duda la utilidad del riesgo social como marcador de la posible evolución del individuo¹⁹¹.

Se ha observado una prevalencia más alta de pluripatología (45.20%) que en otros estudios, que las sitúan en torno al 36.1%¹⁹², si bien es cierto que nuestra población presenta una mayor edad (mayores de 70 años frente a mayores de 65). Además, nuestro estudio se basa en población que acude al centro de salud y que, por lo tanto, es más susceptible de presentar patología. Es destacable la elevada presencia de pluripatología en los enfermos con patología cardiovascular y/o renal., en relación con

la estrecha asociación de la enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo que la producen con el envejecimiento y el deterioro de todos los sistemas fisiopatológicos¹⁹³.

9.2.2. PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS COMORBILIDADES.

a. Enfermedad osteoarticular.

La frecuencia de enfermedad osteoarticular en otras poblaciones similares se sitúa en el 41%¹⁹⁴ mientras que en la nuestra es del 49.31%. Esta diferencia con respecto a la bibliografía puede ser debida a que no solamente se ha incluido la artrosis de rodilla en el grupo, sino otras localizaciones, como la artrosis en manos que alcanza a más del 20% de la población femenina en España¹⁹⁵, además de otras formas de artritis. Una gran cantidad de los enfermos que presentan una enfermedad articular crónica son pacientes pluripatológicos. La enfermedad osteoarticular se relaciona con otras patologías como la diabetes mellitus¹⁹⁶ o las enfermedades cardiovasculares¹⁹⁷. A través de caminos fisiopatológicos comunes entre la aterosclerosis y el daño en las articulaciones, además de la existencia de un circuito retroalimentado en estas patologías: la limitación a la movilidad produce un empeoramiento de las enfermedades cardiovasculares, y las enfermedades cardiovasculares agravan la artrosis¹⁹³.

b. Enfermedad cardiovascular.

La prevalencia de enfermedad cardiovascular aumenta con la edad, al igual que la mortalidad asociada a la misma, con cierto predominio masculino. No se han encontrado datos globales de enfermedad cardiovascular en España¹⁹⁸.

Estudios recientes determinan que la prevalencia de insuficiencia cardiaca crónica se sitúa entre el 12.8 y el 14.7% en los individuos octogenarios. Es más frecuente en mujeres, aunque presenta una mayor gravedad en los varones, que presentan una mayor y más precoz mortalidad asociada a esta condición. Menos del 15% de las mujeres que presentan insuficiencia cardiaca sobreviven más allá del periodo entre los 8 y 12 años tras el diagnóstico¹⁹⁹.

Sobre la cardiopatía isquémica, algunos estudios sitúan la prevalencia de la misma en casi el 20% en la población de Estados Unidos en mayores de 80 años²⁰⁰. En España no existen datos concretos sobre esta entidad, pero en la última Encuesta Nacional de Sanidad se recoge que hasta un 8% de los encuestados mayores de 85 años respondieron positivamente acerca de si habían tenido un infarto de miocardio, así como un 5.5% de los que tenían entre 75 y 84 años²⁰¹. Sin embargo, estos datos nacionales no incluyen la presencia de cardiopatía isquémica estable o angina.

La estimación de la prevalencia de enfermedad cardiovascular es complicada. Es conocido que aumenta con la edad, además de la mortalidad asociada a la misma, con cierto predominio masculino. No se han encontrado datos globales de enfermedad cardiovascular en España¹⁹⁸.

En esta investigación se ha obtenido una prevalencia de enfermedad cardiovascular (insuficiencia cardiaca clase I o II o cardiopatía isquémica) del 28.76%. Estos datos no presentan una disparidad muy elevada con respecto a los descritos, aunque es difícil interpretar si responden con exactitud a los parámetros medidos en estudios previos. Es llamativo que en torno a la mitad de los enfermos que presentan pluripatología tienen además alguna de las formas de enfermedad cardiovascular registradas, y casi tres cuartas partes de los pacientes con enfermedad cardiovascular presentan pluripatología. Esto puede estar en relación con la estrecha relación de la enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo que la producen con el envejecimiento y el deterioro de todos los sistemas fisiopatológicos, debido a las interrelaciones fisiológicas del sistema cardiovascular con los demás aparatos y sistemas¹⁹³.

c. Diabetes.

En la población estudiada se obtuvo una prevalencia de diabetes del 17.8%. En torno a tres de cada cuatro de los pacientes con diabetes presentan otras condiciones que derivan en la presencia de pluripatología. Así, la presencia de diabetes se relaciona con una mayor frecuencia de aparición de otras enfermedades, originando enfermos complejos en cuanto a su morbilidad.

En nuestro medio, unos estudios destacan que la prevalencia de diabetes en mayores de 65 años es del 21.6%, alcanzando hasta el 26% en el anciano frágil²⁰². Otros, la sitúan en el 15% de los mayores de 65 años, y en más del 20% en los mayores de 80²⁰³. Esta prevalencia se eleva hasta el 30.7% de los varones y el 33.4% de las mujeres por encima de 75 años, siendo desconocida su presencia en un 10% de los casos. Un 23.1% de las personas mayores de 75 años presenta intolerancia a la glucosa o una glucemia basal alterada. Estos datos suponen que más de la mitad de la población mayor de 65 años en España presenta diabetes o alteraciones relacionadas con el metabolismo de los hidratos de carbono²⁰⁴. Las diferencias en la prevalencia de diabetes con respecto a nuestro estudio pueden ser originadas por las características del registro, en el que solo se contabilizaron a pacientes con diabetes mellitus complicada o arteriopatía.

Llama la atención que hasta el 30.78% de los pacientes frágiles de la población presentan diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática, lo que significa que esta entidad es más frecuente entre los pacientes frágiles que en la población general. Este resultado ha de ser interpretado teniendo en cuenta que el estudio ha sido realizado en un centro sanitario, por lo que los resultados pueden mostrar una mayor prevalencia de enfermedad que la real en la población total (incluyendo a los individuos que no acuden al centro de salud). La fragilidad puede influir en la respuesta al tratamiento, habiéndose detectado una menor reducción de la mortalidad asociada al tratamiento con metformina con respecto a la población general²⁰⁵.

d. Enfermedades respiratorias.

La prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano en España se sitúa en torno al 10.5% de la población, siendo hasta veinte veces más frecuente en hombres que en mujeres. La presencia de EPOC se ha relacionado con un incremento de la morbimortalidad y no está clara su relación con la discapacidad^{206, 207}.

El asma y la hiperreactividad bronquial, sin embargo, afectan a alrededor de un 9.1% de la población, siendo más frecuentes en mujeres (11.8%) que en hombres

(5.1%). Esta patología no se ha relacionado directamente con un incremento de la morbimortalidad.

En nuestro estudio, un 16.43% de los individuos presentaron enfermedades respiratorias que limitaron su actividad hasta una disnea moderada o que cursaron con una obstrucción al flujo aéreo moderada ($FEV_1 < 65\%$ del teórico). Este resultado es menor que la suma de la prevalencia de EPOC y asma en estudios previos, lo que puede estar en relación con que no se han recogido a todos los pacientes con asma o EPOC; sino solo a aquellos con una disnea u obstrucción compatible con lo exigido en la clasificación. Además, tal y como demuestran los últimos documentos de consenso, existen formas de enfermedad que suponen una mezcla de los mecanismos fisiopatológicos de ambas entidades, por lo que la prevalencia de enfermedad respiratoria no se correspondería con la suma de las prevalencias de asma y EPOC²⁰⁸. Por otro lado, las características de la clasificación empleada pueden limitar el número de pacientes clasificados dentro de este grupo.

La EPOC está relacionada de forma directa con una disminución en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, produciendo mayores tasas de disnea que en población más joven con dicha patología²⁰⁹. Sin embargo, no se ha encontrado en la bibliografía una relación directa entre la presencia de EPOC y fragilidad. En la muestra estudiada, el 75% de los individuos con EPOC presentaron características de fragilidad (25%) o de prefragilidad (50%), resaltando así la posible importancia de esta patología con el estado de envejecimiento de los diversos sistemas fisiológicos, y la relación de la decadencia en el sistema respiratorio con las capacidades físicas del organismo. Es llamativo, además, que el 75% de los individuos con enfermedades respiratorias fueron clasificados como pluripatológicos al coexistir, al menos, una enfermedad de otro de los subgrupos estudiados.

e. Vasculitis y enfermedad renal crónica.

La prevalencia de enfermedad renal crónica se situó en nuestra población en el 11.45%, de forma asociada a la pluripatología en prácticamente 9 de cada 10 pacientes. Además, una cuarta parte de los enfermos pluripatológicos presentaron enfermedad

renal. Esta presentación conjunta define la importancia de la interrelación de la enfermedad renal crónica con otras enfermedades como las cardiovasculares o la diabetes mellitus, siendo en muchos casos consecuencia de las mismas o participando en las mismas vías fisiopatológicas²¹⁰.

Llama la atención que la frecuencia encontrada de insuficiencia renal crónica en la población es claramente inferior a la referida por la Sociedad Española de Nefrología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, que la cifra en un 20%²¹¹. Es reconocido que la insuficiencia renal crónica está infradiagnosticada en nuestro medio, y esta puede ser una de las causas de la disparidad en las cifras. Las características de la clasificación, una vez más, también pueden influir en la prevalencia hallada.

Existen estudios que relacionan la presencia de enfermedad renal crónica con la fragilidad, debido a la presencia de mecanismo fisiopatológicos comunes. Entre estos destacan la inflamación, el estrés oxidativo o las disfunciones en el metabolismo proteico. Esta asociación entre fragilidad y enfermedad renal puede relacionarse con una mayor morbimortalidad y evolución a necesidad de diálisis en los pacientes frágiles²¹². También existe una relación demostrada entre la presencia de enfermedad renal crónica y disminución de las capacidades físicas²¹³, produciendo de forma secundaria un incremento en las tasas de dependencia y alimentando la secuencia de disminución de masa muscular secundaria a la inactividad física, que acelera la aparición y desarrollo de la fragilidad.

Los resultados obtenidos en el estudio son limitados, ya que la población total de pacientes con enfermedad renal es escasa, lo que condiciona que la frecuencia esperada de enfermedad renal no sea la misma que la observada, y la distribución de pacientes con enfermedad renal crónica según su estado de fragilidad sea homogénea entre los pacientes frágiles, prefrágiles y no frágiles.

f. Otros grupos de patología.

La frecuencia en términos absolutos y relativos de las enfermedades neuronales, hepáticas, intestinales, hematológicas y neoplásicas en la muestra dificulta su traslación

y comparación con las cifras poblacionales. Sin embargo, existen algunos datos sobre los que es conveniente una reflexión.

- El 100% de los enfermos con hepatopatía y/o enfermedad inflamatoria intestinal presentan al menos una patología más, lo que les convierte en pluripatológicos. La presencia de pluripatología en pacientes con enfermedad neurológica, hematológica y/o neoplásica es también elevada.
- Estas entidades son las menos frecuentes en la muestra estudiada, manteniendo esa frecuencia baja entre el total de los pacientes con pluripatología.
- La totalidad de los pacientes con hepatopatía y/o enfermedad inflamatoria intestinal son frágiles o prefrágiles, al igual que el 80% de los pacientes con una neoplasia o enfermedad hematológica. Esta asociación es coherente con la fisiopatología de las entidades y es demostrable a través de la literatura²¹⁵. Las enfermedades neurológicas parecen no relacionarse tanto con la fragilidad, ya que casi la mitad de los individuos con estas patologías no presentan ninguna de las características de la fragilidad.

De entre los resultados descritos destaca la posible relación de la presencia de fragilidad con distintas patologías de forma asimétrica, no siendo posible negar que la condición de fragilidad pueda estar asociada en mayor medida a unas enfermedades que a otras. Este es el caso de las enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular y las enfermedades respiratorias. Para investigar esta posible asociación se realizó un análisis bivariante que se expondrá posteriormente.

9.3. MODELO DE FRAGILIDAD.

A través de este estudio se ha demostrado asociación entre la fragilidad y la edad, la dependencia y la enfermedad inflamatoria intestinal o hepatopatía activa.

Existen otros trabajos que señalan la asociación entre la presencia de fragilidad y la de dependencia. Aunque no se ha encontrado asociación entre fragilidad y pluripatología en el análisis multivariante, la relación lineal entre estas entidades es coherente con la literatura científica¹⁹⁰, así como la existente entre fragilidad y dependencia¹⁸⁸, apoyada en diversos datos obtenidos en esta investigación:

- Los pacientes sin pluripatología a penas cumplen criterios de fragilidad, mientras que la frecuencia de pacientes frágiles entre los que presentan pluripatología alcanza a uno de cada tres. La distribución de prefragilidad entre los dos grupos (pacientes con pluripatología y pacientes sin la misma) es similar.
- Los pacientes frágiles son en su mayoría pluripatológicos. Esta proporción disminuye entre los prefrágiles y desciende todavía más en los pacientes no frágiles.

Es posible que la asociación entre estas variables esté ligada al factor que las une, que es la edad de los pacientes. Sin embargo, la fragilidad (y la discapacidad o dependencia) son mejores predictores de morbimortalidad y necesidades sociosanitarias que la pluripatología¹⁹⁰.

Los grupos de patología relacionados de forma directa con la fragilidad son la patología cardiovascular, la osteoarticular y la digestiva, siendo esta última la única que mantiene esa relación en el modelo multivariante.

Aunque no se ha obtenido un nivel de significación estadística que permita afirmar la asociación entre fragilidad y enfermedad cardiovascular, es posible que la misma se encontrara solventando las limitaciones y sesgos de este estudio. Los resultados obtenidos concuerdan con los obtenidos en el estudio de la cohorte de Framingham, en los que la incidencia de fragilidad y prefragilidad se relaciona con la presencia de enfermedad cardiovascular²¹⁵. Esta asociación puede estar debida a los mecanismos fisiopatológicos comunes que unen la patología cardiovascular con la fragilidad, y que incluyen la resistencia insulínica y el incremento de factores proinflamatorios que alteran el endotelio. En cierta forma, se postula que el envejecimiento corporal es fruto del envejecimiento del árbol cardiovascular²¹⁶. Existe una mayor incidencia de factores de riesgo cardiovascular en las personas frágiles o prefrágiles. Algunos estudios demuestran esta asociación en el caso de patologías como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus²¹⁷. La presencia de fragilidad condiciona la aparición de eventos cardiovasculares, así como un peor pronóstico que incluye mayor mortalidad. Es por eso que la presencia de fragilidad puede ser empleada en la toma de

decisiones diagnóstico-terapéuticas, debido al menor beneficio de las mismas en los pacientes frágiles¹⁹².

Sobre la patología osteoarticular, existen estudios previos que relacionan la aparición de artrosis de rodilla con un mayor riesgo de aparición de fragilidad, enunciando que la artrosis es causa directa de la misma²¹⁸. Se han descrito resultados similares en el caso de la artrosis de cadera, relacionando incluso la colocación de prótesis de cadera con la aparición de fragilidad²¹⁹. La fragilidad es un marcador de mortalidad en pacientes con osteoartrosis que ha de ser tenido en cuenta a la hora de afrontar reposiciones articulares quirúrgicas. Es necesario, por lo tanto, una evaluación del estado de fragilidad del paciente con artrosis para decidir el tratamiento más oportuno de forma individualizada, siendo la fragilidad uno de los condicionantes del mismo²²⁰.

En la revisión bibliográfica no se han encontrado estudios que apoyen la relación entre la presencia de fragilidad y las enfermedades del aparato gastrointestinal. La relación encontrada en este estudio ha de ser desarrollada en futuras investigaciones, pues puede ser fruto de la escasa frecuencia de estas patologías en nuestra muestra. Sin embargo, las alteraciones en la absorción de nutrientes se pueden relacionar con el inicio de la sarcopenia fisiopatológicamente.

Al contrario que en estudios disponibles, en la investigación presente no se ha encontrado relación entre la fragilidad y el sexo femenino, ni entre la fragilidad y el riesgo social. Es posible que las mujeres frágiles y las personas con menos recursos sociales tengan problemas para acceder al centro de salud, y esa sea la causa de no encontrar estos hallazgos.

10. DISCUSIÓN II:

aspectos médico-legales y deontológicos acerca de
la fragilidad en el anciano.

10.1. DERECHO A LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

El reconocimiento de la dignidad del hombre¹³ y la extensión de la longitud temporal de la vida humana han creado la necesidad de atender una nueva realidad: la del ser humano que debido a la progresiva disminución de las capacidades de sus diversos sistemas fisiológicos asociada al envejecimiento, precisa de ayuda para llevar a cabo las actividades que le son propias. Así, aunque la presencia de individuos dependientes ha sido una constante a lo largo de la humanidad (niños, personas discapacitadas...), la proporción numérica en aumento de individuos dependientes con respecto al total asociada al envejecimiento poblacional lleva a las distintas administraciones nacionales e internacionales a establecer políticas para afrontar esa nueva realidad¹¹.

Paulatinamente se enunciaron recomendaciones internacionales que ligaban la atención en el periodo siguiente a la finalización de la vida laboral del individuo a las cotizaciones asociadas a la misma, fortaleciendo la atención social y sanitaria. Algunas de estas recomendaciones se plasmaron en pactos internacionales de obligado cumplimiento por los estados firmantes²⁰. Se pretende conseguir que *“toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental^{aa}”*.

La cuantificación del envejecimiento poblacional permite cuestionar además los modelos de financiación de los estados. Ante un número de ancianos y personas cada vez mayor, existe un número de personas en activo que paulatinamente va disminuyendo en su proporción con respecto al total. Esta situación conlleva necesariamente un incremento del gasto sociosanitario al que hay que hacer frente con una menor cantidad de recursos. Por lo tanto, las actuaciones propuestas deben intentar garantizar no solo el respeto a los derechos humanos y la promoción de la salud, sino además la viabilidad económica del sistema de atención³⁰.

Es en ese sentido donde la prevención de la discapacidad, de la progresión de la misma o de sus complicaciones tiene un papel fundamental. Cumple dos funciones principales: protege al ser humano en su totalidad, disminuyendo el sufrimiento y

^{aa} *Cit. Art. 12.* Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) [Internet]. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966 Dec 16 [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0014>

mejorando su salud, y reduce los costes asociados a la dependencia y a la atención sanitaria y social, entendiéndose que la prevención es económicamente más efectiva que la atención de la dependencia establecida o complicada¹⁴⁶. La detección del estadio intermedio de fragilidad, llamado prefragilidad, identifica a los individuos que comienzan a sufrir un deterioro funcional. Por lo tanto, la detección de esta condición permitiría establecer medidas que frenasen el desarrollo de niveles de dependencia mayores.

En España la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se encarga de dar a las personas en situación de dependencia los servicios que precisan para mantener una vida normalizada, y de la promoción de sus capacidades, intentando disminuir la progresión de la dependencia y las complicaciones asociadas a la misma³. Es el sistema sanitario el encargado de atender a las personas en las situaciones previas a la dependencia, intentando preservar la salud del individuo el mayor tiempo posible⁵³. El médico, a través de la detección de fragilidad, adquiere un papel fundamental al coordinar la información médica pericial que permita acceder a los individuos a este sistema de ayudas.

Sin embargo, la atención a la dependencia presenta ciertos conflictos médico-legales que se han de afrontar, unos ligados a la propia condición de fragilidad y dependencia, y otros ligados al sistema de atención actual.

10.2. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS Y CONTROL DEL GASTO.

10.2.1. RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES SUFICIENTES.

El individuo que se encuentra en situación de fragilidad presenta un deterioro de sus sistemas fisiológicos cercano al fallo sintomático y con menor capacidad de respuesta a los factores estresantes y agresores. Por ello, presenta una mayor tendencia a enfermar¹⁴⁷. Como se ha visto previamente en el apartado relacionado con la dependencia, el anciano es un gran consumidor de los recursos sanitarios. Además, estos datos se refuerzan con la afirmación de que la esperanza de vida al nacimiento con buena salud no llega a los 65 años ni en hombres ni en mujeres. A los 65 años, la

esperanza de vida con buena salud se sitúa en torno a los 9 años en varones y a los 12 en mujeres. Sin embargo, la mayor esperanza de vida de las mujeres hace que la afectación global de la salud tenga más impacto en estas que en los hombres⁷².

Después de la aparición de las enfermedades crónicas, aparece la limitación para las actividades de la vida diaria. El anciano frágil, además, presenta una mayor tasa de dependencia que el resto de la población, lo que conlleva un mayor uso de recursos sociales⁶. Se estima que a los 65 años, los varones vivirán a lo largo de lo que les queda de vida durante cinco años con discapacidad, mientras que las mujeres lo harán ocho. La fragilidad se encuadra como estadio intermedio entre la enfermedad crónica y la dependencia.

Es necesario conocer el alcance del síndrome de fragilidad en términos de prevalencia e incidencia para poder estimar la cantidad de recursos sanitarios y sociales que van a ser requeridos por los individuos de una sociedad, ya que se ha identificado la relación entre esta entidad y la dependencia, creando un sistema de atención integral que permita la planificación de recursos y cuidados⁹³, prevenga la aparición de enfermedades o complicaciones sanitarias que reduzcan la calidad de vida e incrementen la dependencia funcional, y sea económica y socialmente sostenible⁴. Todo esto ha de estar encaminado a proteger el derecho a la salud y a la protección de la vida, recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la Constitución Española.

La Atención Primaria de salud es el entorno donde se ha de detectar esta condición de forma preferente por ser el punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario, sin detrimento de la detección de este síndrome por otros facultativos que atiendan al paciente⁷⁵. Esta relación de la Atención Primaria con la fragilidad será detallada posteriormente.

10.2.2. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS.

El progresivo envejecimiento poblacional y los cambios sociales conllevan el reto de asegurar una atención sanitaria y social de calidad a una población de edad cada vez más avanzada, y con una prevalencia de enfermedades en números absolutos y

relativos mayor respecto a la población general^{72, 10}. Por lo tanto, debemos asegurar una distribución de los recursos materiales, económicos y personales equitativa y que permita el mantenimiento o mejora del estatus económico y social. Entran en juego así los valores de equidad y justicia distributiva.

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos actuales permiten identificar un mayor número de alteraciones corporales que no siempre significan enfermedad, lo que, asociado al envejecimiento poblacional y a la demanda social que exige una medicalización de situaciones comunes, hace que el incremento del gasto sanitario parezca ineludible. No hay que olvidar el efecto de la presión de la industria y la influencia de la política y de los medios informativos en el manejo de las expectativas de la población en cuanto a su salud. En ancianos, además, se multiplica el gasto sanitario no por su longevidad, sino debido a su multimorbilidad¹⁴⁸.

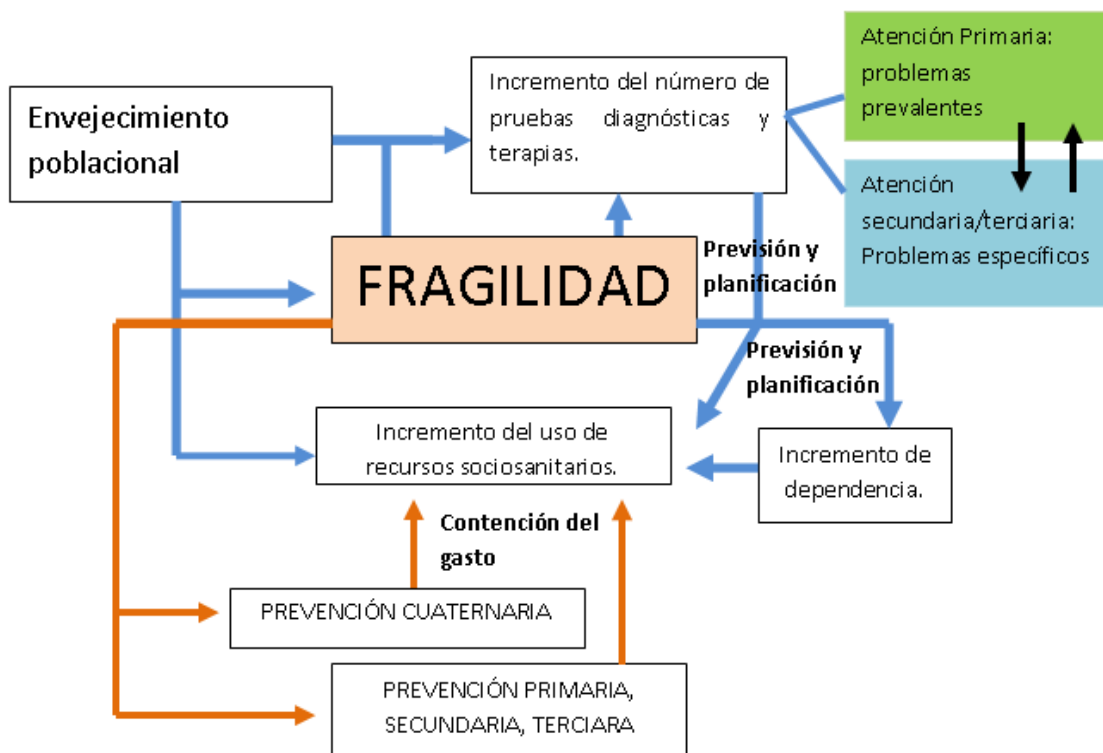


Figura 14.- Importancia de la fragilidad en la distribución de recursos.

Los problemas económicos vividos en los últimos años y la modificación de la conciencia social han llevado a evaluar mecanismos de contención de gasto y de incremento de la eficiencia del sistema sanitario, que comportan entre otros la racionalización de las actuaciones médicas en función de los beneficios y riesgos reales para el paciente, buscando equilibrar el bienestar social con las preferencias de cada individuo¹⁴⁹.

Es conocido el efecto beneficioso de la prevención del enfermar o de las complicaciones del mismo no solo a nivel individual, sino además como medida de contención de gasto. La mayor parte del gasto sanitario en el periodo comprendido entre 2008 y 2012 se destinó a medidas curativas y rehabilitadoras (un 58.1% en 2012). En dicho periodo, además se incremento hasta el 10.3% el porcentaje del gasto destinado a cuidados de larga duración, probablemente bajo la influencia del envejecimiento poblacional. Sin embargo, el gasto en servicios de prevención y salud pública descendió en un 6.6% hasta alcanzar solamente el 2.08% de la partida presupuestaria. Estas cifras reflejan, por lo tanto, una discordancia entre la distribución del gasto ideal teórica y la distribución real. Esta desviación puede ser debida a múltiples factores no solamente relacionados con la gestión de los recursos, sino también con el coste mayor de los servicios curativos y rehabilitadores frente a la economía de las actividades preventivas¹⁵⁰.

Dentro de los servicios de atención de larga duración, cabe destacar que el 64.0% del gasto en este ámbito fue destinado a la atención hospitalaria por gran dependencia o enfermedad. El gasto en atención domiciliaria, ya sea mediante cuidados profesionales o informales, llegó al 24.7%, siendo la partida con mayor incremento proporcional dentro de los cuidados de larga duración. Estos datos no concuerdan con el conocimiento de que la atención domiciliaria no solo evita los efectos secundarios de la hospitalización a nivel sanitario y social, sino que además optimiza el uso de los recursos económicos¹⁵⁰.

Cabe destacar, además, el menor coste de la actividad de la Atención Primaria de Salud con respecto a los hospitales en términos absolutos. Mientras que en la atención hospitalaria se invirtieron en 2012 40.464 millones de euros, solo se destinaron

6.106 millones a la atención en consultorios médicos. Sin duda los mayores costes de las actividades hospitalarias (tratamientos, pruebas diagnósticas, intervenciones) son relevantes a la hora de interpretar estos datos, pero sitúan a la Atención Primaria de Salud como un lugar de trabajo eficiente, eficaz y con un perfil de gastos mejor, así como un menor impacto social en la vida de los pacientes¹⁵⁰.

10.2.3. EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

La visión holística del individuo dentro de su contexto longitudinal, es decir, como individuo con una historia previa que puede influir en su situación actual que no es comprendida únicamente por episodios de patología aislados, sino entrelazados entre sí e influidos por factores psicológicos, sociales y culturales, requiere replantear el modelo de atención actual.

La Atención Primaria de Salud supone un claro beneficio para el paciente anciano y frágil. Ya que estas dos condiciones se encuentran dentro de un espectro continuo, la visión longitudinal y el seguimiento continuo aportados por el Médico de familia son beneficiosos en el manejo de estos pacientes. Además, al desarrollar la actividad asistencial en el entorno del paciente, el profesional sanitario de Atención primaria puede ser más consciente de los problemas sociales y económicos que influyen en la salud del paciente. Esta visión holística del individuo es claramente buena para la salud¹⁵¹.

El principal papel de la Atención Primaria excluye el manejo de enfermedades y dolencias poco prevalentes, es decir, poco frecuentes en la población. El manejo de estas enfermedades queda reservado a la atención especializada, siendo papel del médico de cabecera la identificación de estos casos. Aún así, la centralización del manejo del paciente en la Atención Primaria evita la duplicación de pruebas diagnósticas y procesos terapéuticos. El médico de familia es además puerta de entrada y filtro en el sistema sanitario, y reduce la frecuencia de uso inapropiado de recursos. La fragilidad, al ser una entidad con elevada prevalencia e incidencia, pertenece al ámbito de la Atención Primaria de salud¹⁵¹. Además, *“la eficiencia sanitaria y económica de la*

atención médica primaria se basa, conceptualmente, en la longitudinalidad y el papel de filtro de la atención médica primaria y en la visión global del paciente^{bb}”.

Para mejorar la Atención primaria es necesario incrementar su capacidad resolutoria mediante el acceso a procesos diagnósticos y terapéuticos, y a través del refuerzo de su estructura. Un sistema con más médicos de familia per cápita es más barato y eficiente, y reduce el número de hospitalizaciones y consultas sanitarias¹⁵¹.

Los sistemas sanitarios en los que la Atención Primaria de Salud tiene un mayor peso consiguen mejores resultados en cuanto a mejor acceso a los servicios y calidad de la atención, mejor capacidad de promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades con una gestión precoz de los problemas de salud y mejoría en los cuidados. Cuanto mejor es el sistema de Atención primaria de un país, menor es su gasto sanitario, entre otros motivos por la reducción de la atención secundaria innecesaria o dañina iniciada desde las especialidades de atención secundaria o terciaria. Los estudios actuales permiten definir la Atención Primaria como un sistema adecuado, eficaz y eficiente, seguro para el paciente y equitativo, al poder distribuirse con preferencia en regiones de mayor demanda. La calidad del cuidado de la salud es mayor que en sistemas en los que la Atención primaria tenga menor peso, ya que al trabajar más la prevención de enfermedades se consiguen menores tasas de enfermedad y por lo tanto, una salud de mejor calidad¹⁵².

Sin embargo, la Atención Primaria de Salud debe enfrentarse a una mala percepción social y política derivada, entre otros motivos, de la visión de la salud exclusivamente como ausencia de enfermedad, la especialización y la pretensión curativa. Aunque beneficioso, el trabajo en Atención Primaria no genera atención mediática ni visibilidad política¹⁵².

La Atención Primaria debe adaptarse a las necesidades de una población cada vez más envejecida. En esta adaptación, el principal objetivo ha de ser desarrollar la vida del anciano dentro del “envejecimiento activo”, definido por la Organización Mundial de la Salud como el “*proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida*

^{bb} Cit. p 98. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficacia de la Atención Médica Primaria. Med. Clín. V 106:33, 97-102, 1996.

que las personas envejecen^{cc,43}. Actualmente el centro de salud lleva en torno del 80% del peso de la atención al paciente anciano, destacando como elementos positivos su cercanía con el medio del paciente y el cuidado longitudinal y global del mismo. Algunos de los problemas frecuentes en la atención en el centro de salud incluyen largas esperas, dificultades en el acceso físico al centro o poco tiempo de consulta. La Atención Primaria debe integrar la atención sanitaria y social del anciano, y asegurar el acceso a las mismas sin discriminación¹⁵³.

Partiendo de la premisa de que la atención comunitaria es mejor que la atención institucionalizada en términos de mantenimiento de la salud y términos económicos, se ha de orientar el sistema sanitario a la misma. Los servicios de salud han de seguir unas líneas generales basadas en la disponibilidad, accesibilidad, integralidad, calidad, eficiencia, ausencia de discriminación y adaptación a la edad, generando políticas de salud comunes y estandarizadas, con una posterior aplicación de forma individualizada. La salud está influida por aspectos sociales como la capacidad de alimentación o el lugar de residencia, que deben ser tenidos en cuenta y mejorados dentro del manejo de la salud del paciente. Además, se ha de facilitar un entorno adaptado a las personas mayores, no solo en cuanto a barreras físicas sino con medidas como una correcta información, adaptada a las características de estos individuos, y un entorno agradable (identificación del personal, adaptación de procesos administrativos...)¹⁵³.

Por todo ello siguen vigentes las palabras de la Declaración de Alma-Ata de 1972: *“La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación”*^{dd 154}.

El médico de familia es el encargado, por lo tanto, de la realización de los informes médico periciales que puedan establecer los flujos de decisiones que permitan

^{cc} Cit. p 79. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2):74-105

^{dd} Cit. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978

el acceso a los recursos sanitarios y sociales oportunos para cada caso. Sin embargo, la estructura actual del sistema debe ser modificada con los siguientes objetivos:

- Potenciar la importancia de la Atención Primaria, cualificando adecuadamente a sus profesionales y otorgando los medios personales y técnicos que permitan llevar a cabo medidas preventivas orientadas a mantener el máximo nivel de salud posible, con contención secundaria del gasto sanitario a medio y largo plazo.
- Disminuir la presión asistencial a los facultativos de este primer escalón, de modo que puedan realizar las labores preventivas correspondientes, y planteando la exigencia de cumplimiento de objetivos a los mismos.
- Incrementar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de salud, evitando derivaciones a otros niveles asistenciales salvo casos seleccionados.
- Fortalecer los lazos de comunicación y actuación entre los servicios sanitarios y sociales, como forma de potenciar la salud del individuo al mejorar la accesibilidad y eficacia de las medidas rehabilitadoras y preventivas.
- Apoyar social y políticamente a la Atención Primaria de Salud para vencer las reticencias sociales a la misma, generando un sistema en el que la excelencia profesional en este nivel asistencial sea la norma general.

10.2.4. PREVENCIÓN CUATERNARIA: CÓMO EVITAR LA MEDICALIZACIÓN DE LA NORMALIDAD.

La mayor disposición de métodos diagnósticos hace que la medicina exponga al paciente a una mayor cantidad de pruebas para identificar los factores de riesgo que pueden intervenir en el enfermar, multiplicando las intervenciones y los tratamientos para paliar estos factores de riesgo e incrementando el gasto sanitario. Esta exposición más intensa propicia la aparición de un mayor número de eventos adversos secundarios a todas estas intervenciones, disminuyendo la distancia entre el beneficio y el riesgo de la atención sanitaria¹⁵⁵.

Las intervenciones sanitarias son cada vez son más variadas e intensas, y se asocian en muchos casos a una mayor probabilidad de efectos secundarios ya sean

derivados de la propia técnica o de los hallazgos encontrados en las diversas exploraciones. Estos hallazgos no siempre son significativos, pero encontrarlos mueve al médico a actuar, generando nuevos efectos secundarios de las sucesivas intervenciones en cadena¹⁴⁸.

A pesar de tener los mejores indicadores de salud en la historia, la sociedad cada vez es más dependiente del sistema sanitario. Esto se asocia a la idea generalizada en la opinión pública de que toda situación es prevenible o curable, influenciada en ocasiones por la creación de programas preventivos que carecen de una adecuada base científica¹⁵⁶.

La prevención cuaternaria es la actividad médica que impide o atenúa las consecuencias de una excesiva o innecesaria intervención sanitaria, clarificando el balance riesgo/beneficio de cada actuación. Esta actividad incluye la administración de terapias y cuidados que comporten un menor riesgo para el paciente con similar beneficio, como pueda ser la aplicación de tratamientos domiciliarios que eviten hospitalizaciones, disminuyendo la aplicación de tecnología diagnóstica y terapéutica innecesaria. Se trata de ajustar, la cantidad, la calidad y el lugar de aplicación de las intervenciones¹⁵⁵, evitando el exceso en el uso de fármacos y promoviendo la adquisición de hábitos de vida saludables.

Otras formas de evitar la medicalización excesiva incluyen evitar la prescripción farmacológica de efectividad no demostrada o en problemas de resolución espontánea, no sobrevalorar la importancia de un factor de riesgo, no realizar cribados poblacionales no justificados o aplicar terapias no farmacológicas si no procede. Este trabajo precisa cambiar la actitud médica y la forma de realizar medicina en muchas ocasiones, a través de una escucha activa que permita delimitar las demandas del paciente y clarificarlas, ajustar las expectativas que profesionales y pacientes tenemos de la actuación médica y reconvertir las creencias ya instauradas, fomentando el reconocimiento de la normalidad, aplacando miedos y tolerando la incertidumbre. Finalmente se logrará así redirigir la demanda del paciente y conseguir tomar las mejores decisiones clínicas de forma conjunta con el mismo¹⁵⁷.

La identificación de la fragilidad ayuda a la identificación de pacientes en los que la prevención cuaternaria ha de ser desarrollada de forma más intensa al presentar un beneficio inferior en muchas de las intervenciones, colaborando así en la normalización del envejecimiento y en la consecución de una mejor calidad de vida para el paciente. Por lo tanto, el síndrome de fragilidad es un aspecto clave en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Los límites y el alcance de este tipo de actuaciones están por definir en el anciano frágil y en su relación con la aparición de la dependencia. Este criterio puede ser útil en la evaluación de la eficacia y utilidad de las intervenciones sanitarias.

Algunos ejemplos de la influencia del síndrome de fragilidad en la toma de decisiones, que han de ser comprobados con estudios posteriores, pueden ser el empleo de estatinas o la prescripción de anticoagulantes de nueva generación (dabigatrán, apixabán...), teniendo en cuenta las limitaciones físicas y funcionales atribuibles a los pacientes frágiles.

10.2.5. LA FRAGILIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL INFORME MÉDICO PERICIAL PARA LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS.

Nos encontramos por lo tanto en una situación de demanda creciente de recursos sociosanitarios en relación con el envejecimiento poblacional. La detección de la fragilidad puede servir como cribado para conocer aquellos pacientes que van a necesitar una serie de cuidados específicos en torno a la última etapa de la vida, que incluyen servicios sociales y sanitarios, así como disposiciones familiares y personales¹⁵⁸.

Sin embargo, los cambios económicos y sociales dificultan el mantenimiento de las estructuras relacionadas con la seguridad social actuales, que pueden caer bajo una presión económica cada vez mayor. Es por eso que se hace urgente el establecimiento de un sistema de atención integral al individuo que reduzca costes e incremente su eficacia y efectividad en el establecimiento de niveles de salud óptimos e individualizados¹⁵⁸.

Este sistema no comprende obligatoriamente la introducción de nuevos métodos diagnósticos o tratamientos específicos. Se debe evitar caer en la inercia diagnóstica y terapéutica que lleva al profesional sanitario a convertir en sujeto de intervención todas las situaciones vitales aunque sean normales, ya que una intervención excesiva puede reducir el beneficio de la actuación médica¹⁵⁸.

El médico, en especial el de Atención Primaria, reúne las características esenciales para liderar una intervención multidisciplinar que evalúe la situación, posibilidades y necesidades de cada individuo no solo en la distribución de recursos sanitarios, sino además en la adecuación de los recursos sociales que garanticen el bienestar personal social y económico del individuo, que se relaciona en gran medida con la salud. Un sistema que interrelacione la atención sanitaria y social del individuo, garantizando una visión holística del mismo, es adecuado a la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*^{ee,158}.

Las funciones del médico como emisor de un informe médico-legal pericial en estas situaciones se han de orientar hacia la equidad en el acceso a los servicios sociosanitarios, dando a cada uno lo que necesita en función de su situación personal sanitaria, social y económica y evitando la acumulación de recursos por parte de individuos que no los precisen. El médico de familiar aparece como colaborador necesario en la elaboración de este informe junto con los médicos legistas, como especialista en fragilidad. Para ello es necesaria la estandarización de servicios y métodos diagnósticos y clasificadores de gravedad. La toma de decisiones ha de estar basada en la demostración empírica de la utilidad de las mismas conforme no solo en términos de longevidad o prolongación de la vida, sino además como calidad de la misma. Esta afirmación se basa en que no solamente se ha de buscar prolongar la vida de individuos que, como las personas frágiles, presentan una esperanza vital limitada, sino incrementar su bienestar durante esos años.

^{ee} *Cit. p. 100* Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Official Records of the World Health Organization, N° 2

10.3. LIBERTAD DE ELECCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

10.3.1. CARTERA DE SERVICIOS SANITARIOS¹⁵⁹.

Los servicios de Atención Primaria de Salud se encuentran actualmente estandarizados. En la Comunidad de Madrid, las personas mayores son sujeto de un programa de detección de problemas que se aplica a los mayores de 75 años que visitan los centros de salud, y que ha de ser llevado a cabo de forma conjunta por medicina y enfermería. Como medida inicial, se propone una valoración integral que incluya las patologías crónicas del paciente, si ha perdido la pareja en el último año, si se ha cambiado de domicilio en los últimos seis meses y si ha estado hospitalizado en el último año. Además, se incluye una valoración de riesgo social que abarca con quién vive el paciente, si ha tenido problemas económicos en los últimos años, si tiene que cuidar a algún enfermo, o si su vivienda se encuentra adaptada¹⁵⁹.

Como criterios de buena práctica clínica, cada dos años el paciente debe ser evaluado en los siguientes aspectos¹⁵⁹:

- Anamnesis que incluya presencia o riesgo de caídas, valoración de audición y visión, valoración de incontinencia urinaria.
- Plan de acción que fomente la aparición y mantenimiento de conductas saludables: ejercicio físico, dieta, uso de ayudas para la audición o visión, u otras ayudas técnicas, consejo sobre cumplimiento de tratamiento farmacológico, etc.

Se considera anciano frágil, sujeto de un programa específico, a aquella persona mayor de 75 años que presenta al menos uno de los siguientes ítems¹⁵⁹:

- Patología crónica invalidante: accidente cerebrovascular con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva en los últimos seis meses; o enfermedad de Parkinson, EPOC, enfermedad osteoarticular, caídas recurrentes, déficit visual severo, hipoacusia severa, demencia, depresión, enfermedad terminal, en los 2 últimos años.
- Viudedad en los últimos 12 meses.
- Cambio de domicilio en los últimos seis meses.

- Hospitalización en el último año
- Presencia de algún indicador de riesgo social.

Estos criterios de fragilidad no se corresponden con la visión de la fragilidad descrita como síndrome o como fenotipo, y no siempre se corresponden con un incremento de riesgo de forma necesaria para el individuo de sufrir complicaciones de salud a corto o medio plazo. La presencia de invalidez, entendida como discapacidad, no es sinónimo de fragilidad, y que fragilidad y dependencia no son sinónimos. Cambios sociales relevantes como la viudedad, el cambio de domicilio u otros indicadores de riesgo social pueden no ser sinónimos de fragilidad, aunque sí incrementan la vulnerabilidad de determinados individuos. Las sociedades científicas y el análisis de la información científica disponible apuntan hacia el uso de una definición de fragilidad distinta, enunciada con anterioridad en este trabajo.

CRITERIOS DE FRAGILIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID	CRITERIOS DE FRAGILIDAD SEGÚN ESCALA FRAIL. (Frágil: 3 o más criterios; prefrágil: 1 o 2 criterios).
Aspectos sociales: viudedad, cambio de domicilio, presencia de indicador de riesgo social	Fatiga o astenia
Hospitalización en el último año	Capacidad de subir un piso de escaleras (resistencia)
Patología crónica invalidante	Capacidad de caminar una manzana (deambulación)
Revisión anual: dependencia, estado físico, riesgo de caídas, indicadores sociales, estado cognitivo, revisión de tratamiento farmacológico.	Comorbilidad (presencia de 5 o más enfermedades)
	Pérdida de peso (mayor al 5% en los últimos 6 meses)

Tabla 10.- Comparación entre los criterios de fragilidad empleados por la Comunidad de Madrid y la escala FRAIL.

En la cartera de servicios de Atención primaria de la Comunidad de Madrid se incluyen como criterios de buena práctica clínica para el anciano frágil los siguientes¹⁵⁹:

- a) Revisión anual del motivo de fragilidad, lo que puede considerarse como una visión reversible de la fragilidad.
- b) Revisión de salud que incluya la presencia o riesgo de caídas, la pérdida de peso, el ejercicio físico, el estado cognitivo, las características del sueño, el autoestima del paciente y su rol social. Esta valoración, más completa, se enfoca a detectar problemas de nueva aparición.
- c) Valoración del nivel de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria y el estado mental del paciente, con escalas como la de Lawton-Brody y la de Yesavage.
- d) Valoración cognitiva a través del examen Mini-Mental.
- e) Plan de actuación, control farmacológico y derivación a servicios sociales si precisa.

Dentro de estos criterios de buena práctica clínica, sí se incluyen algunos de los parámetros definitorios de fragilidad, como la pérdida de peso o la capacidad física. Se abordan, además, parámetros relacionados con la dependencia que permiten una valoración más holística del individuo. Sin embargo, de acuerdo con los criterios científicos actuales, se define al anciano frágil con parámetros no estandarizados internacionalmente ni con sensibilidad y especificidad suficientes para detectar a aquellos individuos frágiles y excluir a aquellos que no lo son. Es en la caracterización posterior a la definición cuando se emplean algunos de esos parámetros que en la actualidad son considerados definitorios de fragilidad.

Estos criterios están siendo revisados en la actualidad, de modo que se va a incluir la *Short Physical Performance Battery* y la escala FRAIL como métodos para detectar la fragilidad. La asociación entre fragilidad, comorbilidad y dependencia descrita en este trabajo ha de obligar al profesional a registrar en la historia clínica del paciente no solo el episodio de fragilidad, sino también la condición de prefragilidad, pues puede concatenar una serie de decisiones diferentes a las que se toman en el anciano no frágil ni prefrágil.

10.3.2. SERVICIOS SOCIALES AL SERVICIO DEL ANCIANO FRÁGIL Y PARA LA ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

Una vez analizada en apartados anteriores la conocida como “ley de Dependencia”, se puede resumir que los servicios sociales que aparecen para atender al anciano frágil dependiente son^{3, 160}:

- Teleasistencia: servicio que permite una conexión telefónica con una centralita en caso de necesidad. Para ello, el anciano, en caso de necesidad, solamente tiene que pulsar un botón. Además, personal de la empresa que gestiona el servicio se pone en contacto de forma periódica con el anciano.
- Ayuda domiciliaria: en función de sus recursos y la estadificación de la dependencia, un auxiliar acude al domicilio del paciente para ayudarle en las tareas básicas de la vida diaria y/o en la alimentación o limpieza. El usuario no decide cuántas horas va a recibir el servicio ni en qué momentos del día o de la semana, y tampoco elige al auxiliar que le va a ayudar en tareas tan personales como el aseo o el vestido.
- Centros de día o de noche, residencias temporales o definitivas: se basan en el traslado del paciente temporal o definitivamente a un centro donde serán atendidas sus necesidades ya ministradas las terapias necesarias para su rehabilitación y para la ralentización de la pérdida de capacidades. Aunque en algunos casos (como por ejemplo en las residencias definitivas) el paciente puede solicitar traslado preferentemente en función de preferencias en la localización de la residencia, el residente no puede elegir en qué lugar quiere recibir estos cuidados ni el carácter de los mismos, sino que estos le son administrados de forma sistematizada.
- Las ayudas económicas mayoritarias están ligadas a la prestación de servicio, aunque la ley contempla ayudas para el cuidado no profesional o para la asistencia personal. La menor cuantía de estas ayudas pone en situación de desventaja a los individuos que optan por las mismas. Las prestaciones por servicios se priorizan frente a las económicas.

Este análisis crítico de los recursos no minimiza la importancia de atender a las personas mayores, aunque no siempre sea en las mejores condiciones. Hay que destacar, sin embargo, que es la Administración a través del sistema que crea para la atención a las personas dependientes la que evalúa cada caso y propone qué recursos son los más adecuados del paciente, reduciendo la libertad de elección del mismo¹⁶⁰.

Los servicios sociales y sanitarios no se encuentran coordinados. Esto produce en muchas ocasiones duplicidad en las intervenciones, enlentece los procesos, dificulta la formación y la investigación y heterogeniza las actuaciones.

10.3.3 LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

En la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* se define “autonomía” como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria^{ff}”.

Como forma de respetar la dignidad humana se ha de permitir al individuo elegir cómo quiere vivir, lo que incluye qué cuidados quiere recibir y quién quiere que se los administre. En este sentido, la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* establece que, tras recibir la información adecuada, todo paciente tiene derecho a elegir entre las distintas opciones terapéuticas que se le plantean¹⁶¹. Los cuidados en torno a la fragilidad y la dependencia tienen un carácter terapéutico³, por lo que podrían ser considerados como susceptibles de ese mismo carácter electivo.

La regulación actual orienta a cada paciente hacia unos servicios determinados, llevados a cabo por personal que no es elegido por el paciente, y con unos contenidos estandarizados en lugar de personalizados. Es por ello que la autonomía del paciente no es plenamente respetada.

^{ff} Cit. p 44144. Congreso de los Diputados. *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Boletín Oficial del Estado núm. 299, de 15 de diciembre de 2006,

10.4. DERECHO A LA INFORMACIÓN.

La aparición de la condición de fragilidad presenta una serie de consecuencias en relación con la salud (enfermar, incremento de dependencia, incremento de mortalidad) que pueden modificar la actitud y las decisiones no solo de los profesionales que lo atienden (adecuación de tratamientos, intensidad de los procesos diagnósticos y terapéuticos...) ⁹² sino además del propio paciente y de su entorno ⁹³.

El paciente tiene derecho a conocer toda la información relativa a su salud, así como las opciones terapéuticas o los procesos diagnósticos a los que puede ser sometido. Una vez recibida toda la información de forma comprensible, es el propio paciente el que podrá tomar las decisiones oportunas en torno a su salud. También existe el derecho a no ser informado ¹⁶¹.

El único sujeto titular del derecho de información es el propio paciente, aunque se puede informar a los allegados del mismo si el paciente lo consiente. Si el paciente no está en condiciones de recibir o comprender la información por proceso agudo o por un deterioro crónico, serán los allegados por razones familiares o de hecho los receptores de la comunicación sanitaria. El paciente tiene derecho a la confidencialidad de los datos responsables en torno a su salud, tanto en la comunicación de los mismos a terceros como en la salvaguarda de la historia clínica, cuya custodia es responsabilidad del centro sanitario ¹⁶¹.

La fragilidad es una situación clínica detectable de forma sencilla, y, al igual que otras entidades, ha de ser diagnosticada en la consulta rutinaria. Solo de esta manera el paciente podrá ser consciente, si lo desea, de su estado físico real y, a partir de esta información, generar las conductas que considere oportunas para afrontar esta etapa vital. El profesional sanitario ha de emplear esta información para ajustar el tipo e intensidad de los procesos diagnósticos y terapéuticos en el paciente de forma individualizada, y ha de ser capaz de explicar al paciente toda la información relativa a su salud. Solo de esta forma, el anciano podrá hacer uso de su libertad y de su autonomía personal.

A partir de este hecho surgen nuevos interrogantes éticos y deontológicos, basados entre otros en la deliberación de las decisiones a tomar en el cuidado del paciente, o la legitimidad de otros interlocutores durante este proceso.

El derecho a la información se debe apoyar en la realización de una historia clínica que refleje la realidad del paciente, no episodios aislados de salud. Este modelo de historia clínica se debe apoyar en relatos prospectivos que permitan adelantarnos a la enfermedad siempre que sea posible, sin menospreciar el efecto que los eventos pasados clínicos, psicológicos y sociales puede tener en la salud presente y futura.

10.5. CAPACIDAD DE DECIDIR.

La presencia de fragilidad se relaciona con un incremento de las tasas de deterioro cognitivo que puede dificultar la capacidad del individuo en tomar sus propias decisiones¹². La discapacidad y dependencia, relacionadas como se ha explicado con la presencia de fragilidad, son originadas en muchas ocasiones por la presencia de demencia¹⁶². Es por ello que la detección de fragilidad puede ser un momento adecuado para que el paciente y su entorno se planteen diversos modelos de supervisión legal a emplear cuando el paciente carezca de capacidades suficientes como para supervisar su vida y sus bienes, así como las conductas a llevar a cabo en relación con su salud y cuidados.

10.5.1. INCAPACITACIÓN, TUTELA, CURATELA.

La incapacitación, la tutela y la curatela son tres formas contempladas en la legislación española para proteger al incapaz. El peritaje médico de la incapacidad es uno de los pilares de esta protección como herramienta que garantiza la aplicación de estas medidas en los casos requeridos. Una aplicación de estas herramientas demasiado laxa puede conllevar una anulación de la autonomía personal o a situaciones de abuso (financiero o de otra índole) o influencia indebida sobre los ancianos¹⁶³, mientras que la aplicación en casos demasiado estrictos puede producir una falta de protección del paciente incapaz.

La incapacitación es una forma de protección al individuo que por enfermedad física o mental no puede gobernarse por sí mismo¹⁶⁴. Es decir, implica la designación de un representante que tome las decisiones relativas al individuo y/o a sus bienes en su lugar. Las funciones de tutela suponen un deber, se realizarán siempre en beneficio del tutelado y pueden ser auditadas por la autoridad judicial. El tutor no puede recibir un beneficio de sus funciones, representar al tutelado si existe conflicto de intereses en el que el tutor se vea inmerso ni adquirir o transmitir bienes desde o hacia el tutelado¹⁶⁵.

a. El tutor.

Para definir el tutor, se preferirá el que, en plena posesión de sus capacidades, haya elegido el tutelado ante notario previamente a la pérdida de aquellas. En su defecto, se preferirá por el siguiente orden al cónyuge, a un descendiente, ascendiente o hermano o a la persona que por sus relaciones con el tutelado y en beneficio de éste sea más idónea. Es preferible la designación de un único tutor, salvo que por beneficios para el protegido sea conveniente que un tutor se dedique a sus bienes y otro a su persona. Si no existe ninguna persona conocida del tutelado que pueda ejercer como tutor, y este se encuentra en situación de desamparo, asumirá la tutela una entidad pública autonómica¹⁶⁶.

Para ser tutor, el individuo ha de estar en pleno ejercicio de sus derechos civiles y no encontrarse inhabilitado o incapacitado. Pueden ser tutores además las personas jurídicas sin ánimo de lucro constituidas a tal fin. No pueden ser tutores las personas que cumplan alguno de los siguientes criterios¹⁶⁷:

- Privación o suspensión del ejercicio de patria potestad, o de los derechos de guarda y educación total o parcialmente.
- Suspensión de ejercicio de tutela previa.
- Privación de libertad por condena, mientras su cumple la misma.
- Condena por cualquier delito que haga presuponer la mala ejecución de la tutela.
- Imposibilidad para ejercer la tutela de hecho.
- Enemistad manifiesta con el incapacitado.
- Mala conducta o ausencia de medio de vida.

- Presencia de conflicto de interés con el tutelado, deuda o pleito.
- Presencia de quiebra o concurso si la tutela incluye los bienes del incapaz.
- Exclusión expresa por parte del tutelado previa a la pérdida de sus capacidades.

b. Del ejercicio de la tutela¹⁶⁸.

Al inicio de la tutela, el juez puede exigir al tutor una fianza que asegure el cumplimiento de sus obligaciones si lo considera necesario. El tutor está obligado a hacer un inventario de los bienes del incapacitado que será evaluado en el juzgado. Parte de esos bienes pueden ser depositados fuera del alcance del tutor si el juez lo considera oportuno¹⁶⁸.

El tutor es el representante del incapacitado salvo para aquellos actos que el mismo pueda realizar solo, o que queden reflejados en la sentencia. Las acciones que emprenda deben ser acordes con la personalidad del pupilo, y han de incluir al menos la alimentación, la recuperación e integración de las funciones perdidas si es posible, y la información anual al juzgado sobre la situación del incapaz¹⁶⁸.

El tutor precisa de autorización judicial, en el caso del anciano, para el ingreso en un centro de salud mental, la venta o adquisición de bienes inmuebles, la renuncia de derechos, la aceptación o rechazo de herencias, la realización de gastos relevantes, la puesta en marcha de querellas en nombre del tutelado (salvo urgencia o escasa cuantía), la adquisición de préstamo, la cesión de bienes en arrendamiento o las modificaciones de créditos a terceros¹⁶⁸.

El tutor tiene derecho a una retribución siempre que el patrimonio del tutelado lo permita. Esta debe ser fijada por el juez¹⁶⁸.

c. De la extinción de la tutela.

La finalización de la tutela puede deberse a tres hechos¹⁶⁹:

- a) Fallecimiento del tutelado.
- b) Suspensión judicial por mal ejercicio de la tutela, incumplimiento de los deberes de la misma o mala convivencia.

- c) Excusación por razones de edad, ocupación, enfermedad o ausencia de vínculos entre tutor y tutelado, así como otras causas especialmente gravosas que impidan el ejercicio.

Al final de la tutela el tutor presentará el balance de la misma, de modo que el juzgado puede exigirle o adjudicarle una cuantía si detecta irregularidades en el ejercicio de la misma¹⁷⁰.

d. La curatela, el defensor judicial y la guarda de hecho.

La curatela de los incapacitados supone la asistencia del tutor solamente en aquellos actos para los que el tutelado no está capacitado, en función de la sentencia. Si la sentencia no especifica cuáles son esos actos, la curatela podrá extender a los mismos que la tutela. Los hechos sujetos a curatela no supervisados realizados por el incapaz no son válidos judicialmente¹⁷¹. Supone una forma de supervisión más laxa que la tutela.

En caso de presencia de conflicto de intereses entre el tutor y su defendido, o cuando la tutela deja de ejercerse de forma efectiva por hecho o por alguna de las causas anteriormente expuestas, se nombrará un defensor judicial que vele por los intereses del defendido mientras sea necesario. Esta figura aparece también durante la resolución judicial de un proceso de incapacitación. Cuando una persona asume la protección de la persona incapaz y de sus bienes, sin estar designado judicialmente, debido a la capacidad de obrar disminuida de un individuo, está ejerciendo la guarda de hecho¹⁷².

La cercanía con la enfermedad y por lo tanto con la mayor probabilidad de pérdida total o parcial de las capacidades cognitivas del paciente frágil puede ser determinante a la hora de planificar los recursos, actitudes y personas encargados de velar por sus intereses según su voluntad cuando el individuo no sea capaz de gobernarse. Es una forma de respetar la autonomía del paciente a través de la previsión. Sin embargo, es posible que las decisiones tomadas en un momento dado no sean las mismas que se tomarían en futuro al cambiar los factores del entorno, lo que cuestionaría la planificación de estas medidas. Para velar por el interés del individuo, la autoridad judicial supervisa la tutela del mismo. El papel del médico como evaluador de

las capacidades del individuo es fundamental para garantizar el respeto a los derechos del paciente.

10.5.2 VOLUNTADES ANTICIPADAS.

La presencia de fragilidad conlleva un incremento en las tasas de mortalidad. Nos encontramos ante individuos con sistemas próximos al fallo, que puede conllevar el fallecimiento¹⁷⁰. Es por eso que el individuo en esta situación puede querer plantear no solo el futuro de sus bienes y la defensa de sus derechos civiles, sino además planificar los cuidados en torno al final de su vida¹⁷³.

El respeto a la autonomía del paciente ha de guiar en la medida de lo posible los actos en relación con el final de su vida. El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina del Consejo de Europa de 1997 (Convenio de Oviedo) es la base de la legislación en este campo. Este convenio ratifica que el interés del ser humano y de la vida prima sobre el interés de la sociedad, de modo que se ha de garantizar un acceso equitativo a los recursos sanitarios de calidad¹⁷⁴. Para ello, el paciente ha de dar su consentimiento en todas las acciones sanitarias llevadas a cabo. En caso de no poder dar su consentimiento por la situación clínica, un representante del paciente lo hará por él. Otra forma de adelantarse a esa situación, es la expresión por anticipado de la voluntad del paciente con respecto a una hipotética situación, que ha de ser tomada en cuenta en la toma de decisiones¹⁷⁵.

Este derecho a registrar la voluntad de forma anticipada queda regulado en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. En ella, se establece que cualquier persona mayor de edad, capaz y libre, puede dejar por escrito su voluntad para que esta se cumpla en aquellas circunstancias en las que el sujeto no pueda expresarla. El individuo puede, incluso designar un representante para que haga de interlocutor con el equipo que le atiende y defienda sus voluntades. No serán aplicables las instrucciones contrarias a la “lex artis” o en situaciones que no se adapten

por completo a las previstas por el paciente, aunque debe quedar relegado en la historia clínica por qué no se siguen las mismas¹⁶¹.

Las instrucciones previas pueden ser revocadas por el paciente en cualquier momento. Son las Comunidades Autónomas las encargadas de desarrollar las normas y estructuras relativas al registro y aplicación de las voluntades previas¹⁶¹. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid las voluntades anticipadas pueden ser registradas en la oficina destinada a tal fin, ante notario, o con la presencia de tres testigos que queden claramente identificados¹⁷⁶.

La aplicación de las voluntades previas se ha encontrado con distintos problemas médico-legales, deontológicos y éticos¹⁷⁷.

- En algunos de los documentos de esta índole quedan registradas peticiones que van en contra de la buena práctica clínica o incluso la ley, solicitando en ocasiones medidas activas que finalicen con la vida del individuo y conocidas habitualmente bajo el término de “eutanasia”. Ante estas peticiones, tal y como recoge la ley, la voluntad del sujeto no ha de ser seguida, primando la protección de la vida.
- Como el registro de las voluntades previas está sujeto a regulación autonómica, se crean diferencias en la aplicación de las mismas en función del territorio en el que se desarrollen, creando desigualdades. Una regulación estatal común permitiría solventar este problema¹⁷⁸.
- El conocimiento médico ha de ser tenido en cuenta en la regularización de términos que han de ser comunes para el manejo e identificación de las diversas situaciones que pueden plantearse al final de la vida, tales como: eutanasia activa (muerte producida por actividad de un tercero), suicidio asistido (un tercero facilita los medios para finalizar la vida al paciente, sin producir ese fin directamente); encarnizamiento terapéutico (uso de medidas desproporcionadas con poco beneficio sobre el paciente con el fin de alargar la vida a toda costa); sedación paliativa y sus límites; la limitación del esfuerzo terapéutico (interrupción de la

actividad médica activa al objetivar ausencia de beneficio, con el inicio de medidas paliativas)...

La proximidad del final de la vida en los individuos frágiles hace que el individuo y su entorno se enfrenten a situaciones que presentan aristas médico-legales importantes, y que requieren de desarrollo para identificar claramente las conductas y hechos legales y moralmente aceptables, así como los niveles de culpa en caso de no respetar los derechos del paciente. Pueden aparecer situaciones en las que se enfrenten dos derechos, como por ejemplo el derecho a la autonomía frente a la protección de la vida. En esos casos, el derecho superior regulado (en este ejemplo la protección de la vida) ha de prevalecer sobre el inferior. No se deben olvidar los derechos del profesional que se enfrenta a estas situaciones, tales como la objeción de conciencia.

10.6. PRINCIPALES PROBLEMAS MÉDICO-LEGALES Y DEONTOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO FRÁGIL Y A LA DEPENDENCIA.

La presencia de fragilidad conlleva una serie de problemas médico legales y deontológicos que requieren una atención específica. Entre estos problemas destacan:

- El derecho a recibir toda la información de forma comprensible y adaptada a las capacidades del anciano, para que el mismo pueda tomar las decisiones de forma libre y autónoma. Este derecho plantea dilemas éticos en torno a la deliberación de decisiones y el derecho a la autonomía del paciente.
- El derecho a decidir qué tipo de atención y tratamiento recibir en sus cuidados relativos a la condición de fragilidad y prevención de la dependencia y de sus consecuencias.
- Asegurar la protección del derecho a la salud y a la vida, así como los demás derechos humanos, a través de la creación de sistemas sociosanitarios integrales y eficientes. Los problemas médico-legales en relación con la equidad y la justicia distributiva cobran especial relevancia en este ámbito.
- Disminuir los efectos secundarios de una asistencia sanitaria excesiva, teniendo en cuenta las características del anciano frágil, su menor expectativa de vida, sus problemas específicos y el menor margen de

beneficio de las distintas intervenciones en esta población. La prevención cuaternaria ha de ser desarrollada en el paciente frágil, analizando sus ventajas y desventajas.

- Facilitar la planificación de las decisiones personales y con respecto a la salud del individuo en caso de que pierda sus capacidades mentales, así como la oportunidad de decidir los cuidados a recibir en los últimos momentos de su vida.

Para afrontar estas situaciones, nuestro sistema sociosanitario y legal ha de adaptarse a los cambios sociales y a los conocimientos científicos, consiguiendo a través de la colaboración multidisciplinar un sistema eficiente que permita la identificación de individuos de riesgo sobre los que actuar como sujetos de una especial protección. Es el caso de la detección de las etapas iniciales de la dependencia a través del cribado de la condición de fragilidad si es posible, como medio para la optimización en la planificación de la vida del paciente desde su autonomía, de los recursos sociosanitarios y de las acciones legales que protejan sus derechos y su dignidad en el tiempo vital restante.

11. CONCLUSIONES.

La investigación realizada permite obtener las siguientes conclusiones respondiendo al objetivo principal:

- 1°. Se ha identificado que la instauración en el individuo del estadio conocido como “prefragilidad” coincide con el momento en el que el paciente comienza a presentar deficiencias en las actividades instrumentales de la vida diaria. La identificación por parte del profesional sanitario del síndrome garantiza el mayor nivel de salud posible a través de la adquisición de medidas que prevengan su desarrollo o al menos lo ralenticen, y que rehabiliten la función si es posible.
- 2°. La relación demostrada entre fragilidad y dependencia hacen de la primera una herramienta en la toma de decisiones, siendo una condición a reflejar en los informes médicos periciales que son empleados con posterioridad en la asignación de los recursos sociales y sanitarios, influyendo positivamente en los valores de equidad y justicia distributiva.
- 3°. Las enfermedades de aparato digestivo ($p= 0.004$) y posiblemente las cardiovasculares ($p = 0.06$) se relacionan con la aparición de fragilidad. Ha de ser estudiado el beneficio de la intervención sobre estas patologías en relación con la evolución del síndrome de fragilidad.
- 4°. La edad aparece como una entidad ligada a la aparición de fragilidad y dependencia. Por lo tanto, los individuos a partir de los 70 años han de ser sometidos a un cribado poblacional de la condición de fragilidad, pues la misma es clave en la toma de decisiones con respecto a los diagnósticos y tratamientos que les pueden ser aplicados.
- 5°. El riesgo social no se relaciona con el síndrome de fragilidad de forma directa. Es necesario estudiar la influencia de las condiciones sociales sobre la salud que pueden incidir de forma secundaria en la aparición y desarrollo del síndrome de fragilidad.

Sobre los objetivos secundarios cabe concluir:

- 1°. El síndrome de fragilidad es una herramienta que permite afrontar la etapa final de la vida de un individuo atendiendo a los principales problemas médico-legales y deontológicos asociados a la misma, y que han de ser desarrollados. Estos problemas incluyen cuestiones en torno a la justicia

distributiva, el acceso a recursos sociales y sanitarios, la equidad, la autonomía, la información, la limitación del esfuerzo terapéutico, la supervisión legal y la estructura del sistema sanitario actual.

- 2°. La detección poblacional de fragilidad puede ser una herramienta de planificación sociosanitaria que permita calcular las necesidades de cuidados poblacionales, tanto sanitarios como sociales. La escala FRAIL, es un modelo validado y aplicable en Atención Primaria para la detección de esta condición. Solo la correcta identificación del síndrome permite informar de forma adecuada al paciente para que pueda hacer un uso completo y responsable de su autonomía en las decisiones que puedan ser modificadas por la presencia de fragilidad.
- 3°. La implantación de un sistema de cribado de fragilidad es viable, y obtiene beneficios individuales. Los beneficios poblacionales y sociales de este cribado han de ser estudiados en investigaciones posteriores en torno al control del gasto, la distribución de recursos y el manejo de la dependencia.
- 4°. La Atención Primaria de Salud constituye el lugar donde se han de producir las actividades diagnósticas, preventivas y terapéuticas en torno a la fragilidad, pues se constituye como la rama de la Medicina especialista en este síndrome. El médico de familia puede colaborar con los médico-legistas en la elaboración de informes médico-legales periciales oportunos.
- 5°. El sistema sanitario ha de ser reforzado para permitir realizar una correcta medicina preventiva, desde el entorno del paciente, apoyándose en una historia clínica preventiva y narrativa, de corte longitudinal.
- 6°. El carácter preventivo y rehabilitador de la detección de la condición de fragilidad es coherente con el desarrollo legal internacional y nacional en torno a la atención al anciano, buscando el máximo nivel de salud posible.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. 2014.
2. De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract.* 2009 May; 59(562):e177-82
3. Congreso de los Diputados: *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, p 44142-44156
4. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Jun;14(6):392-7. *pág 393*
5. Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA. A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr.* 2010 Aug 24;10:57
6. Theou O, Rockwood MR, Mitnitski A, Rockwood K. Disability and co-morbidity in relation to frailty: How much do they overlap? *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 Sep-Oct;55(2):e1-8.
7. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1487e1492.
8. Berrut G, Andrieu S, Araujo de Carvalho I, Baeyens JP, Bergman H, Cassim B, Cerreta F, Cesari M, Cha HB, Chen LK, Cherubini A, Chou MY, Cruz-Jentoft AJ, De Decker L, Du P, Forette B, Forette F, Franco A, Guimaraes R, Gutierrez-Robledo LM, Jauregui J, Khavinson V, Lee WJ, Peng LN, Perret-Guillaume C, Petrovic M, Retornaz F, Rockwood K, Rodriguez-Manas L, Sieber C, Spatharakis G, Theou O, Topinkova E, Vellas B, Benetos A. Promoting acces to innovation for frail old persons. IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics), WHO (World Health Organization) and SFGG (Société Française de Gériatrie et de Gérontologie) Workshop--Athens January 20-21, 2012 Tool (GFST). *J Nutr Health Aging.* 2013;17(8):688-93.
9. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración Geriátrica integral. VV.AA. Tratado de Geriátria para Residentes. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. 2006.
10. Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ, Rockwood K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatr* 2002; 2:1
11. Pujol Rodríguez R, Abellán García A., Los mayores en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Algunos resultados. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 3. Sept. 2013.
12. Kulmala J, Nykänen I, Mänty M, Hartikainen S. Association between frailty and dementia: a population-based study. *Gerontology.* 2014;60(1):16-21. Epub 2013 Aug 17.

13. Naciones Unidas [Internet]. Historia de la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Sección de servicios de Internet/Departamento de Información de las Naciones Unidas, Nueva York; 2012. [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/history.shtml>
14. Parlamento de Inglaterra [Internet]. La Declaración de Derechos de 1689. Biblioteca Virtual del Instituto de Estudios Jurídicos de la universidad Nacional de México. [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2698/20.pdf>
15. Asamblea Nacional Constituyente Francesa [Internet]. Declaración sobre los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789. Consejo Constitucional de la República Francesa, 2013; Aug 26 [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank_mm/espagnol/es_ddhc.pdf
16. Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica [Internet]: The declaration of Independence and the constitution of The United States of America, 1776 July 4. Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos de América; 2007-2008. [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.uscis.gov/USCIS/Office%20of%20Citizenship/Citizenship%20Resource%20Center%20Site/Publications/PDFs/M-654.pdf>
17. Naciones Unidas [Internet]. La Declaración Universal de Derechos Humanos: fundamento de las normas internacionales de derechos humanos; sección de Servicios de Internet/Departamento de Información de las Naciones Unidas,. Nueva York; 2012 [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>
18. Naciones Unidas [Internet]. Art 1, Art2, Art3, Declaración Universal de Derechos Humanos; 1948 Dec 10. Sección de Servicios de Internet/Departamento de Información de las Naciones Unidas, Nueva York; 2012. [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
19. Naciones Unidas [Internet]. Art 16, Art22, Art25, Declaración Universal de Derechos Humanos; 1948 Dec 10. Sección de Servicios de Internet/Departamento de Información de las Naciones Unidas, Nueva York; c2012. [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
20. Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) [Internet]. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966 Dec 16 [revisado 26 de mayo de 2015]; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0014>
21. Congreso de los Diputados. Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente; Boletín Oficial del Estado; de 10 de octubre de 1979, núm. 243, p 23564-23570

22. Unión Europea [Internet]. Tratado constitutivo de la Unión Económica europea, 1957 Mar 25. EUR-Lex página oficial de la Unión Europea; 2013. [revisado 26 de mayo de 2015]; [4pantallas]. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/Result.do?typedate=GRP_DATE&startaaaa=1957&startmm=&startjj=&endaaaa=&endmm=&endjj=&RechType=RECH_date&idRoot=3&Submit=Buscar
23. Consejo de Europa [Internet]. Carta Social Europea (Número 035 Del Consejo De Europa), hecha en Turín, 1961 Oct 18 [revisado 26 de mayo de 2015]; [1pantalla]. Disponible en: http://www.urjc.es/ceib/espacios/panorama/instrumentos/cohesion_social/ce/documentos/Carta_Social_Europea.pdf
24. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU; 1982.
25. Unión Europea [Internet]. Carta Comunitaria de los Derechos Sociales de los Trabajadores, 1989 Dec 9 [revisado 26 de mayo de 2015]; [1pantalla]. Disponible en: http://www.urjc.es/ceib/espacios/panorama/instrumentos/cohesion_social/ue/documentos/Carta_DS_Trabajadores.pdf
26. Unión Europea. Tratado de la Unión Europea, firmado en Maastricht el 7 de febrero de 1992. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 29 de julio de 1992, núm. 191, pp. 1-112.
27. Unión Europea. Tratado de Ámsterdam por el que se modifica el Tratado de la Unión Europea y los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas la Unión Europea, firmado en Amsterdam el 2 de octubre de 1997. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 10 de noviembre de 1997, núm. 340
28. Unión Europea [Internet]: Conclusiones de la Presidencia del consejo de Lisboa del 23 y 24 de Marzo de 2000. *Consejo Europeo* [revisado 26 de mayo de 2015], disponible en http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/00100-r1.en0.htm
29. Unión Europea [Internet]. Construir una Europa que fomente la integración. EUR-Lex página oficial de la Unión Europea; 2013 Comisión de las Comunidades Europeas COM(2000) 79 final, [revisado 26 de mayo de 2015] [1pantalla]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2000:0079:FIN:ES:PDF>
30. Unión Europea [Internet]: Tendencias Sociales: perspectivas y retos. EUR-Lex página oficial de la Unión Europea. 2013 Comisión de las Comunidades Europeas COM/2000/0082 final [revisado 26 de mayo de 2015] [1pantalla]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52000DC0082:ES:HTML>
31. Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 18 de diciembre de 2000, núm. 364, pp. 1-22.
32. Unión Europea. Agenda Social Europea aprobada por el Consejo Europeo de Niza de 7, 8 y 9 de diciembre de 2000. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 3 de mayo de 2001, núm. 157, pp. 4-12.

33. Unión Europea [Internet]. Conclusiones de la Presidencia del Consejo de Estocolmo del 23 y 24 de Marzo de 2001. *Consejo Europeo*, [revisado 26 de mayo de 2015] [1pantalla]. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ec/ACF429.html
34. Unión Europea [Internet]. Conclusiones de la Presidencia del Consejo de Goteburgo del 15 y 16 de junio de 2001. *Consejo Europeo*, [revisado 26 de mayo de 2015] disponible en http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ec/00200-r1.es1.pdf
35. Unión Europea. Informe del Comité de Protección Social sobre la sostenibilidad de las pensiones, 18 de mayo de 2001. *Consejo de la Unión Europea*.
36. Unión Europea [Internet]. Conclusiones de la Presidencia del Consejo de Laeken del 14 y 15 de Diciembre de 2001. *Consejo Europeo*, [revisado 26 de mayo de 2015] disponible en: europa.eu/rapid/press-release_DOC-01-18_es.pdf
37. Unión Europea [Internet]. Conclusiones de la Presidencia del consejo de Estocolmo del 23 y 24 de Marzo de 2001. *Consejo Europeo*, [revisado 10 de mayo de 2015] disponible en http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/ACF429.html
38. Unión Europea [Internet]. Informe conjunto de la Comisión y del Consejo, de 13 de marzo de 2003, sobre asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social ,2005 Oct 14. EUROPA Síntesis de la legislación de la UE; 2010. [revisado 26 de mayo de 2015]; [1pantalla]. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11310_es.htm
39. Unión Europea. Tratado por el que se establece una Constitución para Europa. *Diario oficial de la Unión Europea*, 16 de Diciembre de 2004, num 310
40. AA.VV. aportando una base de evidencias en apoyo al plan internacional sobre el envejecimiento del año 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(Supl 2):38-56.
41. AA.VV. Programa de investigación sobre el envejecimiento para el S XXI. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(Supl 2):57-64
42. Foro Mundial de ONG sobre el envejecimiento 2002. Declaración final y recomendaciones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(Supl 2):66-72.
43. Organización Mundial de la Salud. envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(Supl 2):74-105
44. Organización de las Naciones Unidas. Declaración política sobre la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento, 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(Supl 2):8-10
45. Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(Supl 2):12-36
46. *Constitución española* (1978). Boletín Oficial del Estado, 1978. Edición online [revisado 26 de mayo de 2015]; disponible en: <http://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

47. *Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo*, Boletín Oficial del Estado, núm. 276, de 18 de noviembre de 1978, pág 26246 a 26249.
48. Congreso de los Diputados. *Ley 26/1985, de 31 de julio, de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social*, Boletín Oficial del estado, núm. 183, de 1 de agosto de 1985, pág 24452 a 24454.
49. *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, Boletín Oficial del Estado, núm. 154, de 29 de junio de 1994, pág 20658 a 20708.
50. Congreso de los Diputados. Aprobación por el pleno del Congreso de los Diputados del texto aprobado por la Comisión de presupuestos en relación con el Informe de la ponencia para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que deben acometerse, Boletín Oficial del Estado, núm 134, de 12 de abril de 1995, pág 1-49
51. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. renovación del Pacto de Toledo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, colección Seguridad Social núm 23, 2003
52. Congreso de los Diputados. *Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local*, Boletín Oficial del estado, núm. 80, de 3 de abril de 1985, pág 8945 a 8964
53. Congreso de los Diputados. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, Boletín Oficial del Estado núm. 102, de 29 de abril de 1986, pág 15207 a 15224.
54. Comisión presidida por Fernando Abril Martorell. (20-26 de septiembre de 1991). «Informe Abril». *Jano XLI* (963). pág 45-69
55. Congreso de los Diputados. *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, Boletín Oficial del Estado núm. 128, de 29 de mayo de 2003, páginas 20567 a 20588
56. Congreso de los Diputados. *Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos*, Boletín Oficial del Estado, núm. 103, de 30 de abril de 1982, páginas 11106 a 11112.
57. Gutiérrez A., El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de los Servicios Sociales (Once años de Plan Concertado), *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 2001, núm 93, pág 89-130.
58. Congreso de los Diputados. *Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras*, Boletín Oficial del Estado, núm. 266, de 6 de noviembre de 1999, pág 38934 a 38942.
59. Congreso de los Diputados. *Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad*, Boletín Oficial del Estado, núm. 277, de 19 de noviembre de 2003, pág 40852 a 40863.

60. Congreso de los Diputados. *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*, Boletín Oficial del Estado, núm 289, de 3 de diciembre de 2003, pág 43187 a 43195.
61. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007. Página web del ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
62. Congreso de los Diputados. Informe de la subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad y perspectivas de futuro, creada en el seno de la Comisión de Política Social y Empleo, Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm 640, de 16 de diciembre de 2003, pág 17-40
63. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales et al. Atención a las Personas e situación de Dependencia, Libro Blanco, Diciembre de 2004, [Internet] [revisado 26 de mayo de 2015] disponible en:
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
64. *Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, núm. 96, de 21 de abril de 2007, pág 17646 a 17685.
65. Cortes Generales: Sesión plenaria núm 191 celebrada el jueves, 5 de octubre de 2006; Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, núm 207, año 2006. Boletín Oficial del Estado n. 96 de 21 de abril de 2007, p 17646-17685.
66. Cortes Generales: Sesión plenaria núm 203 celebrada el jueves, 30 de noviembre de 2006; Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, núm 219, año 2006.
67. Cortes Españolas: Artículo 50, Constitución Española. Cortes Constituyentes. 1978.
68. Cortes generales: Sesión Plenaria núm. 176 celebrada el jueves, 22 de junio de 2006; Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, núm 187, 2006, páginas 9444-9466.
69. RAE. Definición de dependencia y de autonomía. Diccionario de la lengua española. 2001.
70. Lazcano Botello G, Rodríguez García R. Evaluación geriátrica en Rodríguez García R, Lazcano Botello G, Medina Chávez H, Hernández Martínez MA, Práctica de la Geriátrica, 3ª edición. Mc Graw Hill. 2011.
71. González Montalvo JI, Pallardo Rodil B. Valoración Geriátrica. Evaluación de la función física y de la marcha. En Ribera Casado JM, Cruz-Jentoft AJ. Geriátrica en Atención Primaria. 4ª Edición. Biblioteca Aula Médica. 2008.
72. INEBASE. Encuesta Nacional de Salud. Año 2012. Estado de salud. Cifras absolutas y relativas. Instituto Nacional de Estadística, 2013
73. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standarized measure of biological and psycosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919.
74. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.

75. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010 Jul;42(7):388-93
76. Nicholson N, Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009 Jun; 65(6):1342-52.
77. Smith TF, Hirdes JP, Predicting social isolation among geriatric psychiatry patients. *International Psychogeriatrics* 21, 50-59. 2009.
78. Eng PM, Rimm EB, Fitzmaurice G, Kawachi I, Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am Jour of Epidemiology*, 155, 700-709. 2002.
79. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B., An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*. 2004 Jun;3(6):343-53.
80. Mistry R, Rosansky J, McGuire J, McDermott C, Jarvik L; UPBEAT Collaborative Group. Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT Program. *Unified Psychogeriatric Biopsychosocial Evaluation and Treatment*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 Oct; 16(10):950-9.
81. Faulkner, K. A., Cauley, J. A., Zmuda, J. M., Griffin, J. M., & Nevitt, M. C. Is social integration associated with the risk of falling in older community-dwelling women? *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, M954–M959. 2003.
82. Nicholson NR, A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev*. 2012 Jun;33(2-3):137-52.
83. Organización Mundial de la Salud, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946.
84. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *The New England Journal of Medicine*, 357, 370–379, 2007.
85. Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T. Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging*, 23, 129–140. 2004.
86. Iliffe, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., & Stuck, A. E. Health risk appraisal in older people 2: The implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *The British Journal of General Practice*, 57, 277–282. 2007
87. Gallicchio, L., Hoffman, S. C., & Helzlsouer, K. J. (2007). The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16, 777–786
88. Ackley, B., & Ladwig, G. *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care* (9th Edn.). Maryland Heights, Mo.: Mosby. 2010
89. Wenger, G. C., & Burholt, V. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging*, 23, 115–127. 2004.

90. Nicholson NR, A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev.* 2012 Jun; 33(2-3):137-52.
91. Peerenboom L, Collard RM, Naarding P, Comijs HC. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *J Affect Disord.* 2015 Apr 25;182:26-31.
92. Baena Díez JM, Cervera León M, Burdoy Joaquín E. Objetivo terapéutico en el anciano frágil. No siempre más es mejor. *FMC.* 2012;19(4):206-10
93. Rockwood K (3), Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan D.B., Mc Dowell I., Mitnitski A, A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005 August 30; 173(5): 489–495
94. Shamliyan T, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Ageing Res Rev.* 2013 Mar;12(2):719-36.
95. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B; Platform Team. The integration of frailty into clinical practice: preliminary results from the GÉrontopôle. *J Nutr Health Aging.* 2012 Aug;16(8):714-20.
96. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook.* 2010 Mar-Apr; 58(2):76-86
97. Crews DE, Zavotka S. Aging, disability and frailty: implications for universal design. *J Physiol Anthropol.* 2006 Jan; 25(1):113-8.
98. Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R, Zhou J, Fried LP. Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Sep;63(9):984-90.
99. Morley JE, Haren MT, Rolland Y, Kim MJ. Frailty. *Med Clin North Am* 2006; 90:837-47.
100. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med.* 2011 Feb;27(1):17-26.
101. Gary R. Evaluation of frailty in older adults with cardiovascular disease: incorporating physical performance measures. *J Cardiovasc Nurs.* 2012 Mar;27(2):120-31
102. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15:1-29
103. Aminzadeh F, Dalziel WB, Molnar FJ. Targeting frail older adults for outpatient comprehensive geriatric assessment and management services: An overview of concepts and criteria. *Rev Clin Gerontol* 2002; 12:82-92
104. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research

- Group. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar; 56(3):M146-56
105. Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JP. Old or frail: What tells us more? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59:M962-5
106. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: An evolving concept. *CMAJ* 1994; 150:489-95.
107. Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet* 1999; 353:205-6
108. Bortz WM 2nd. A conceptual framework of frailty: a review *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002 May;57(5):M283-8.
109. Xue QL. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clin Geriatr Med*. 2011 Feb; 27(1):1-15
110. Nourhashémi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Vellas B, Albarede JL, Grandjean H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M448-53
111. Bergman H, Béland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. English translation of article published in 'Gérontologie et société'. Développement d'un cadre de tra-vail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société* 2004; 109:15-29
112. Jürschik P, Nunin C, Botigué T, Escobar MA, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Nov-Dec;55(3):625-31
113. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F Jr, Vallone R. Screening for frailty: Criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:778-84
114. Raphael D, Cava M, Brown I, Renwick R, Heathcote K, Weir N, et al. Frailty: A public health perspective. *Can J Public Health* 1995; 86:224-7
115. Dayhoff NE, Suhrheinrich J, Wigglesworth J, Topp R, Moore S. Balance and muscle strength as predictors of frailty among older adults. *J Gerontol Nurs* 1998; 24:18-27 (quiz 54-15)
116. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997; 26:315-8.
117. Strandberg TE, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2007 Apr 21;369(9570):1328-9. Erratum in: *Lancet*. 2007 Jun 2;369(9576):1860
118. Krentz AJ, Viljoen A, Sinclair A. Insulin resistance: a risk marker for disease and disability in the older person. *Diabet Med*. 2013 May;30(5):535-48
119. Li H, Manwani B, Leng SX. Frailty, inflammation and immunity. *Aging Dis*. 2011 Dec;2(6):466-73.

120. Yao X, Li H, Leng SX. Inflammation and Immune System Alterations in Frailty. *Clin Geriatr Med*. 2011 Feb;27(1):79-87
121. Szarc vel Szic K, Declerck K, Vidaković M, Vanden Berghe W. From inflammaging to healthy aging by dietary lifestyle choices: is epigenetics the key to personalized nutrition? *Clin Epigenetics*. 2015 Mar 25;7(1):33.
122. Santoro A, Pini E, Scurti M, Palmas G, Berendsen A, Brzozowska A, Pietruszka B, Szczecinska A, Cano N, Meunier N, de Groot CP, Feskens E, Fairweather-Tait S, Salvioli S, Capri M, Brigidi P, Franceschi C; NU-AGE Consortium. Combating inflammaging through a Mediterranean whole diet approach: the NU-AGE project's conceptual framework and design. *Mech Ageing Dev*. 2014 Mar-Apr;136-137:3-13.
123. Maggio M, De Vita F, Lauretani F, Buttò V, Bondi G, Cattabiani C, Nouvenne A, Meschi T, Dall'Aglio E, Ceda GP. IGF-1, the Cross Road of the Nutritional, Inflammatory and Hormonal Pathways to Frailty. *Nutrients*. 2013 Oct 21;5(10):4184-205
124. Mohamad MI, Khater MS. Evaluation of insulin like growth factor-1 (IGF-1) level and its impact on muscle and bone mineral density in frail elderly male. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015 Jan-Feb;60(1):124-7.
125. Krentz AJ, Viljoen A, Sinclair A. Insulin resistance: a risk marker for disease and disability in the older person. *Diabet Med*. 2013 May;30(5):535-48
126. Collerton J, Martin-Ruiz C, Davies K, Hilkens CM, Isaacs J, Kolenda C, Parker C, Dunn M, Catt M, Jagger C, von Zglinicki T, Kirkwood TB. Frailty and the role of inflammation, immunosenescence and cellular ageing in the very old: cross-sectional findings from the Newcastle 85+ Study. *Mech Ageing Dev*. 2012 Jun;133(6):456-66
127. Mohandas A, Reifsnnyder J, Jacobs M, Fox T. Current and future directions in frailty research. *Popul Health Manag*. 2011 Dec; 14(6):277-83
128. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992;8:1-17.
129. Jeffery CA, Shum DW, Hubbard RE. Emerging drug therapies for frailty. *Maturitas*. 2013 Jan;74(1):21-5.
130. Souto (de) Barreto P. One operational definition by population: the need for local evaluations of frailty. *J Physiol Anthropol*. 2011; 30(6):259-62.
131. Woo J, Leung J, Morley JE. Comparison of Frailty Indicators Based on Clinical Phenotype and the Multiple Deficit Approach in Predicting Mortality and Physical Limitation. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60(8):1478-86
132. Speechley M, Tinetti M. Fall and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatric Soc* 1999; Jan; 39; (1):46-52

133. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53:S9-16
134. Chin APMJ, Dekker JM, Feskens EJ, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol* 1999; 52:1015-21
135. Brown M, Sinacore DR, Binder EF, Kohrt WM. Physical and performance measures for the identification of mild to moderate frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55:M350-5
136. Drubbel I, Bleijenberg N, Kranenburg G, Eijkemans RJ, Schuurmans MJ, de Wit NJ, Numans ME. Identifying frailty: do the Frailty Index and Groningen Frailty Indicator cover different clinical perspectives? A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2013 May 21;14:64.
137. Kamaruzzaman S, Ploubidis GB, Fletcher A, Ebrahim S. A reliable measure of frailty for a community dwelling older population. *Health Qual Life Outcomes.* 2010 Oct 28;8:123
138. Jones DM, Song X, Rockwood K. Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 2004;52: 1929-33.
139. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006; 35:526-9.
140. Nourhashémi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Vellas B, Albarede JL, Grandjean H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M448-53.
141. Takata Y, Ansai T, Soh I, Awano S, Nakamichi I, Akifusa S, Goto K, Yoshida A, Sonoki K. Activities of daily living dependency and disease-specific mortality during 12-year follow-up in an 80-year-old population. *Aging Clin Exp Res.* 2013 May;25(2):193-201
142. Halil M, Cemal Kizilarlanoglu M, Emin Kuyumcu M, Yesil Y, Cruz Jentoft AJ. Cognitive aspects of frailty: mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. *J Nutr Health Aging.* 2015 Mar;19(3):276-83.
143. Hogan DB, Freiheit EA, Strain LA, Patten SB, Schmaltz HN, Rolfson D, Maxwell CJ. Comparing frailty measures in their ability to predict adverse outcome among older residents of assisted living. *BMC Geriatr.* 2012 Sep 14;12:56
144. Lopez D, Flicker L, Dobson A. Validation of the frail scale in a cohort of older Australian women. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Jan;60(1):171-3
145. Eklund K, Wilhelmson K, Gustafsson H, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial; "Continuum of care for frail older people". *BMC Geriatr.* 2013 Jul 22;13(1):76.

146. Foguet-Boreu Q, Violan C, Roso-Llorach A, Rodriguez-Blanco T, Pons-Vigués M, Muñoz-Pérez MA, Pujol-Ribera E, Valderas JM. Impact of multimorbidity: acute morbidity, area of residency and use of health services across the life span in a region of south Europe. *BMC Fam Pract.* 2014 Mar 26;15:55.
147. Abizanda Soler P, Espinosa Almendro JM, Juárez Vela R, López Rocha R, Martín Lesende I, Megido Badía MJ et al [Internet]. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría general de Sanidad y Consumo. [última revisión 16 de junio de 2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad_yCaídas_personamayor.pdf
148. Gervás J. Prevención cuaternaria en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(6):266–269
149. Martínez González C, Riaño Galán I, Sánchez Jacob M, González de Dios J. Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *ANPEDI* 2014; 1631
150. Rodríguez Blas MC, Lillo Fernández de Cuevas JM [Internet]. Sistema de Cuentas de Salud 2012. Principales resultados. Unidad responsable del Sistema de Cuentas de Salud. Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. [última revisión 16 de junio de 2015] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>
151. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficacia de la Atención Médica Primaria. *Med. Clín.* V 106:33, 97-102, 1996.
152. Vilaça Mendes E [Internet]. Las condiciones crónicas en la Atención primaria de Salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Consejo Nacional de Secretarios de Salud. 2014. [última revisión 16 de junio de 2015] Disponible en: http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/05/At_Cronicas_APS_Esp_2014_resumo.pdf
153. Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(5/6), 2005
154. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978
155. Gervás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gaceta Médica* 2006; 20(1):127-134
156. Martínez González C, Riaño Galán I, Sánchez Jacob M, González de Dios J. Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *ANPEDI* 2014; 1631

157. Zapater F, Vila R. Habilidades para no medicalizar. FMC. 2008;15(10):672-7
158. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100
159. Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid [Internet]. Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. [última revisión 16 de junio de 2015] Disponible en: <https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Cartera%20de%20Servicios/Cartera%20de%20Servicios%20Estandarizados%20AP.%20Actualización%202014.pdf>
160. Campos JR, Fernández AM, García MA, Merino M, Moya A, Ramos LM, Ramos P, Sanz EM, Valle MA. Manual práctico sobre las dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2012.
161. Congreso de los Diputados. *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132
162. Ávila-Funes JA, Pina-Escudero SD, Aguilar-Navarro S, Gutierrez-Robledo LM, Ruiz-Arregui L, Amieva H. Cognitive impairment and low physical activity are the components of frailty more strongly associated with disability. J Nutr Health Aging. 2011 Aug; 15(8):683-9.
163. Blum B, Gómez-Durán EL, Richards D. Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. Rev Esp Med Legal. 2013;39:63-9.
164. *Artículo 200 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 44.
165. *Artículos 215-221 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 44.
166. *Artículos 234-240 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 46-48.
167. *Artículos 241-246 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 46-48.
168. *Artículos 259-275 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 50-51.
169. *Artículos 246-258 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 48-50
170. *Artículos 276-285 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 52.
171. *Artículos 286-298 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 53-54.

172. *Artículos 299-302 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.* Boletín Oficial del Estado, núm. 206, de 25 de julio de 1989, p 54
173. Dapp U, Minder CE, Anders J, Golgert S, von Renteln-Kruse W. Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens - results from the longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS). *BMC Geriatr.* 2014 Dec 19;14(1):141.
174. Casado M, de Lecuona I, Royes A. Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39:26-31.
175. Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830
176. *Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.* 2006. BOCM, n 283, de 28 de noviembre de 2006, p 37-39.
177. Acosta Benito MÁ. Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. *Rev Esp Med Legal.* 2015;41:58-64
178. Requero JL. El testamento vital y las voluntades anticipadas. Aproximación al ordenamiento español. *La Ley. Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía.* 2002;4:1899-904.
179. Acosta Benito MÁ. Evolución de la aparición del Derecho a la Atención a la Dependencia en España y análisis de su aplicación. *Revista Cefgestión. CEF,* núm. 197 (enero 2015).
180. Alonso Coello P, Bernabeu Wittel M, Casariego Vales, E, Rico Blázquez M, Rotaache del Campo R, Sánchez Gómez S. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. SEMFYC/SEMI/FAECAP, 2013 Apr.
- 181. Spira D, Buchmann N, Nikolov J, Demuth I, Steinhagen-Thiessen E, Eckardt R, Norman K. Association of Low Lean Mass With Frailty and Physical Performance: A Comparison Between Two Operational Definitions of Sarcopenia-Data From the Berlin Aging Study II (BASE-II). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2015 Jan 31.**
182. Mijnaerends DM, Schols JM, Meijers JM, Tan FE, Verlaan S, Luiking YC, Morley JE, Halfens RJ. Instruments to Assess Sarcopenia and Physical Frailty in Older People Living in a Community (Care) Setting: Similarities and Discrepancies. *J Am Med Dir Assoc.* 2014 Dec 17.
183. Gobbens RJ, van Assen MA. The Prediction of ADL and IADL Disability Using Six Physical Indicators of Frailty: A Longitudinal Study in the Netherlands. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2014;2014:358137.
184. Gobbens RJ, van Assen MA, Schalk MJ. The prediction of disability by self-reported physical frailty components of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *Arch Gerontol Geriatr.* 2014 Sep-Oct;59(2):280-7.

185. Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Martínez-Reig M, Alfonso-Silguero SA, Rodríguez-Mañas L. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? *J Nutr Health Aging*. 2014;18(6):622-7.
186. Instituto Nacional de Estadística (INE): censos de población y viviendas 2011. Resultados Nacionales, por Comunidades Autónomas y Provincias. Población por sexo, edad (año a año) y nacionalidad (española/extranjera). Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística. 2011.
187. Millán-Calenti JC et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 50 (2010) 306–310
188. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.
189. Hoogendijk EO, van Hout HP, van der Horst HE, Frijters DH, Dent E, Deeg DJ, Huisman M. Do psychosocial resources modify the effects of frailty on functional decline and mortality? *J Psychosom Res*. 2014 Dec;77(6):547-51.
190. Dent E, Hoogendijk EO. Psychosocial factors modify the association of frailty with adverse outcomes: a prospective study of hospitalised older people. *BMC Geriatr*. 2014 Sep 28;14:108.
191. O'Caomh R, Gao Y, Svendrovski A, Healy E, O'Connell E, O'Keeffe G, Cronin U, O'Herlihy E, Cornally N, Molloy WD. Screening for markers of frailty and perceived risk of adverse outcomes using the Risk Instrument for Screening in the Community (RISC). *BMC Geriatr*. 2014 Sep 19;14:104.
192. Hervás A, García de Jalón E. Cognitive state as a conditioner of frailty in the elderly. Perspective from a health centre. *An Sist Sanit Navar*. 2005 Jan-Mar;28(1):35-47.
193. Uchmanowicz I, Lisiak M, Wontor R, Łoboz-Rudnicka M, Jankowska-Polańska B, Łoboz-Grudzień K, Jaarsma T. Frailty Syndrome in cardiovascular disease: Clinical significance and research tools. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015 Jan 16
194. Singh AK, Kalaivani M, Krishnan A, Aggarwal PK, Gupta SK. Prevalence of Osteoarthritis of Knee Among Elderly Persons in Urban Slums Using American College of Rheumatology (ACR) Criteria. *J Clin Diagn Res*. 2014 Sep;8(9):JC09-11
195. Rodríguez Solís J, Palomo Martínez VM, Bartolomé Blanco S, Hornillos Calvo M. Osteoartrosis. En *Tratado de Geriatria para residentes*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2011.
196. Eymard F, Parsons C, Edwards M, Petit-Dop F, Reginster JY, Bruyere O, Richette P, Cooper C, Chevalier X. Diabetes is a risk factor for knee osteoarthritis progression. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015 Feb 2.

197. Fernandes GS, Valdes AM. Cardiovascular Disease and Osteoarthritis: Common Pathways and Patient Outcomes. *Eur J Clin Invest.* 2015 Jan 29
198. Ferreira González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev. Esp. Cardiología*, 67:2 (2014); 139-144.
199. Azad N, Lemay G. Management of chronic heart failure in the older population. *J Geriatr Cardiol.* 2014 Dec;11(4):329-37.
200. A.S. Go, D. Mozaffarian, V.L. Roger, E.J. Benjamin, J.D. Berry, W.B. Borden, *et al.* Executive summary: heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association *Circulation*, 127 (2013), pp. 143–152.
201. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE) 2011-2012 [última revisión 16 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do%3Fpath=/t15/p419/a2011/p04/10/%26file=04008.px%26type=paxis%26L=0>
202. Nicolás Martínez Velilla, Arturo Vilches Moraga. Conferencia de consenso: Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Medicina Clínica*, Volume 142, Issue 2, 21 January 2014, Pages 89-90
203. Cano Megias M, Guisado Vasco P. Type 2 diabetes mellitus in elderly institutionalized patients. *Revista Clínica Española (English Edition)*, Volume 214, Issue 9, December 2014, Pages 521-528
204. Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, Menéndez E, Sangrós J, en nombre del Grupo de Trabajo para el Documento de Consenso sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el anciano *Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano.* Volume 140, Issue 3, 2 February 2013, Pages 134.e1–134.e12
205. Wang CP, Lorenzo C, Espinoza SE. Frailty Attenuates the Impact of Metformin on Reducing Mortality in Older Adults with Type 2 Diabetes.
206. Silguero SA, Martínez-Reig M, Gómez Arnedo L, Juncos Martínez G, Romero Rizos L, Abizanda Soler P. Enfermedad crónica, mortalidad, discapacidad y pérdida de movilidad en ancianos españoles: estudio FRADEA. Volume 49, Issue 2, March–April 2014, Pages 51–58
207. N.A. Spiers, R.J. Matthews, C. Jagger, F.E. Matthews, C. Boult, T.G. Robinson, *et al.* Diseases and impairments as risk factors for onset of disability in the older population in England and Wales: Findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60 (2005), pp. 248–254
208. Miravittles M, *et al.* Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. *Arch Bronconeumol.* 2012.
209. Kobayashi S, Yanai M, Hanagama M, Yamanda S. The burden of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly population. *Respir Investig.* 2014 Sep;52(5):296-301. Epub 2014 Jun 19.

210. Yang W, Xie D, Anderson AH, Joffe MM, Greene T, Teal V, Hsu CY, Fink JC, He J, Lash JP, Ojo A, Rahman M, Nessel L, Kusek JW, Feldman HI; CRIC Study Investigators. Association of kidney disease outcomes with risk factors for CKD: findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study. *Am J Kidney Dis.* 2014 Feb;63(2):236-43. Epub 2013 Oct 30.
211. Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González Parra E., Álvarez Guisasola F., Górriz JL, Navarro JF, Martín de Francisco AL. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; 28 (3) 273-282
212. Walker SR, Wagner M, Tangri N. Chronic kidney disease, frailty, and unsuccessful aging: a review. *J Ren Nutr.* 2014 Nov;24(6):364-70. Epub 2014 Oct 22.
213. Walker SR, Gill K, Macdonald K, Komenda P, Rigatto C, Sood MM, Bohm CJ, Storsley LJ, Tangri N. Association of frailty and physical function in patients with non-dialysis CKD: a systematic review. *BMC Nephrol.* 2013 Oct 22;14:228.
214. Owusu C, Berger NA. Comprehensive geriatric assessment in the older cancer patient: coming of age in clinical cancer care. *Clin Pract (Lond).* 2014;11(6):749-762.
215. Gale CR, Cooper C, Sayer AA. Framingham cardiovascular disease risk scores and incident frailty: the English longitudinal study of ageing. *Age (Dordr).* 2014;36(4):969-72.
216. Phan HM, Alpert JS, Fain M. Frailty, inflammation, and cardiovascular disease: evidence of a connection. *J Geriatr Cardiol.* 2008 Mar-Apr;17(2):101-7.
217. Ricci NA, Pessoa GS, Ferriolli E, Dias RC, Perracini MR. Frailty and cardiovascular risk in community-dwelling elderly: a population-based study. *Clin Interv Aging.* 2014 Oct 6;9:1677-85.
218. Misra D, Felson DT, Silliman RA, Nevitt M, Lewis CE, Torner J, Neogi T. Knee Osteoarthritis and Frailty: Findings From the Multicenter Osteoarthritis Study and Osteoarthritis Initiative. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014 Jul 25.
219. Wise BL, Parimi N, Zhang Y, Cawthon PM, Barrett-Connor E, Ensrud KE, Lane NE; Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Group. Frailty and hip osteoarthritis in men in the MrOS cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014 May;69(5):602-8.
220. Cacciatore F, Della-Morte D, Basile C, Mazzella F, Mastrobuoni C, Salsano E, Gargiulo G, Galizia G, Rengo F, Bonaduce D, Abete P. Long-term mortality in frail elderly subjects with osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2014 Feb;53(2):293-9.

13. ANEXOS.

ANEXO 1: HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE DEL ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA.

*Investigador principal: Miguel Ángel Acosta Benito
Centro de Salud Los Alpes, Madrid*

Nos dirigimos a usted para informarle que se está realizando un estudio en este centro de salud en el que se le invita a participar. Este estudio ha sido aprobado por el la Comisión Local de Investigación de la Dirección Asistencial Este, en la que se inscribe el centro de salud Los Alpes.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio consiste en contestar tres cuestionarios distintos para poder saber si existen las siguientes condiciones:

- Fragilidad: condición del individuo secundaria a la disminución de las reservas de funcionamiento del cuerpo humano, y asociada al envejecimiento, que supone un incremento en el riesgo de aparición de eventos negativos de salud.
- Dependencia: necesidad del individuo de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria.
- Riesgo social: características socioeconómicas asociadas a un mayor aislamiento social.

El estudio pretende estudiar la presencia de estas entidades y relacionarlas entre sí. Además, se estudiarán las patologías crónicas del individuo, intentando analizar las características clínicas que se asocian a las entidades descritas previamente.

Los datos se recogerán a través de una entrevista clínica con una duración estimada de entre 10 y 15 minutos, así como con el acceso a la historia clínica del paciente para cumplimentar los datos clínicos necesarios. No serán necesarias visitas posteriores para completar el estudio. El paciente no se someterá a ninguna prueba complementaria. Se necesita cumplimentar el proceso de consentimiento informado de

forma escrita para poder registrar los datos y acceder a la historia clínica del paciente, la cual será consultada en una única ocasión, con el único objetivo de anotar otras patologías que pueda presentar el paciente, y sin que se pueda hacer uso de otra información que no sea la recogida en la hoja de recogida de datos que el encargado de recoger los datos empleará en la entrevista.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Los beneficios directos para el paciente son los derivados de la detección de la condición de fragilidad, la estratificación del nivel de dependencia y su riesgo social. Estas entidades pueden ser relevantes para la atención sanitaria posterior, ya que se relacionan con la aparición de eventos adversos de salud. Además, pueden ser relevantes en la planificación de cuidados. De forma indirecta, el paciente contribuye así a la investigación científica que puede llevar en el futuro a mejorar la calidad de la atención sanitaria a los pacientes valorados en Atención Primaria.

No existe ningún riesgo derivado de la participación en el estudio, ya que es un estudio descriptivo que no necesita realizar ninguna prueba

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su médico del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones caso de urgencia médica o requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores.

Le agradecemos de antemano el tiempo que nos ha dedicado y su inestimable colaboración.

ANEXO 2: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA
EL ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE FRAGILIDAD
EN EL ANCIANO Y SU RELACIÓN CON LA
DEPENDENCIA.

Madrid de de .

Yo D/Dña,
con DNI número..... certifico que:

- He sido informado/a por parte del Dr/Dra
de las características del “Estudio sobre la prevalencia de fragilidad
en el anciano y su relación con la dependencia. ”, así como de los
datos que van a ser solicitados y recogidos sobre mi persona, los
riesgos y beneficios de participar en el estudio y la gestión
confidencial de los mismos.
- Toda esta información se me ha proporcionado de forma verbal y
escrita, a través de la hoja informativa diseñada a tal fin.
- Me muestro de acuerdo con el acceso a mi historia clínica en el
programa informático “AP Madrid” para el registro de los datos
necesarios para el estudio.
- Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, sin que ello
suponga ningún perjuicio para mi persona.

Y por todo ello, otorgo mi consentimiento para participar en este
estudio.

Estudio: Estudio sobre la prevalencia de fragilidad en el anciano y su relación con la dependencia.

C.S Los Alpes de Madrid.

Ejemplar para el paciente:

Código del paciente:

Yo (nombre y apellidos del participante),

.....
He leído la hoja de información que se me ha entregado. He recibido suficiente información sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente.

Estudio: Estudio sobre la prevalencia de fragilidad en el anciano y su relación con la dependencia.

C.S Los Alpes de Madrid.

Ejemplar para el investigador:

Código del paciente:

Yo (nombre y apellidos del participante),

.....
He leído la hoja de información que se me ha entregado. He recibido suficiente información sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente.

ANEXO 3: CRITERIOS DEFINITORIOS DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICO MODIFICADOS¹⁸⁰.

Se considerará paciente pluripatológico al que presente enfermedades de dos o más de los siguientes grupos:	
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia cardiaca que haya presentado en alguna ocasión clase funcional II de la NYHA (síntomas con actividad física habitual) - Cardiopatía isquémica
Vasculitis o enfermedad renal	<ul style="list-style-type: none"> - Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas - Enfermedad renal crónica (Cr>1.4 mg/dl en hombre o 1.3 en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina>300 300mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200µg/min), mantenidas más de tres meses.
Enfermedad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRCc (disnea a paso habitual en llano) o FEV1 < 65 %, o SaO2 ≤ 90 %.
Hepatopatía crónica o EEI	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad inflamatoria intestinal (EEI) - Hepatopatía crónica.
Enfermedad neurológica	<ul style="list-style-type: none"> - Accidente cerebrovascular - Enfermedad neurológica con déficit motor permanente. - Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores).
Diabetes mellitus complicada o arteriopatía	<ul style="list-style-type: none"> - Arteriopatía periférica sintomática. - Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
Enfermedad de la sangre o neoplasia	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. - Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
Enfermedad osteoarticular	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad osteoarticular crónica.

ANEXO 4: ESCALA DE FRAGILIDAD “FRAIL⁴”

	Puntos
Fatigabilidad: ¿qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado? 1 = Todo el tiempo 2 = La mayoría de las veces 3 = Parte del tiempo 4 = un poco del tiempo 5 = En ningún momento Las respuestas de “1”o “2”se califican como 1 y todos los demás como 0.	
Resistencia: ¿tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda? 1 = Sí 0 = No	
Deambulaci3n: por ti mismo y no el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros? 1 = Sí 0 = No	
Comorbilidad: para 11 enfermedades, se pregunta “¿Alguna vez un m3dico le dijo que usted tiene [la enfermedad]”? “. Las enfermedades son: hipertensi3n, diabetes, c3ncer (que no sea un c3ncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar cr3nica, ataque card3aco, insuficiencia card3aca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal. Las enfermedades totales (0-11) est3n recodificados como 1 = 5-11 enfermedades 0 = 0-4 enfermedades	
P3rdida de peso: ¿cu3nto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual] y hace un a3o en, ¿cu3nto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [peso hace 1 a3o] “. 1 = Porcentaje de cambio > 5% 0 = Porcentaje de cambio < 5% como 0. Prevalencia de referencia = 21,0 %.	
TOTAL: 0 puntos = NO FR3GIL 1-2 punto = PREFR3GIL >2 puntos = FR3GIL	

ANEXO 5: ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY PARA LA VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA⁹.

		H	M
Capacidad para usar el teléfono	Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
	Sabe marcar números conocidos	1	1
	Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
	No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
Compras	Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
	Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	0
	Ha de ir acompañado para cualquier compra	0	0
	Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
Preparación de la comida	Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	-	1
	Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	-	0
	Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	-	0
	Necesita que le preparen y le sirvan la comida	-	0
Tareas domésticas	Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	-	1
	Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	-	1
	Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	-	1
	Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	-	1
	No participa ni hace ninguna tarea	-	0
Lavar la ropa	Lava sola toda la ropa	-	1
	Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	-	1
	La ropa la tiene que lavar otra persona	-	0
Transporte	Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
	Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
	Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
	Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
	No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad sobre la medicación	Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
	Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
	No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de uso del dinero	Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
	Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
	Incapaz de utilizar el dinero	0	0
TOTAL			
Hombres:		Mujeres	
0 ptos = dependencia total		0-1 ptos = dependencia total	
1 pto = dependencia grave		2-3 ptos = dependencia grave	
2-3 ptos = dependencia moderada		4-5 ptos = dependencia moderada	
4 ptos = dependencia leve		6-7 ptos = dependencia leve	
5 ptos = independiente		8 ptos = independiente	

ANEXO 6.- ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN⁹.

Situación familiar	Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
	Vive con cónyuge de similar edad.	2
	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.	3
	Vive solo y tiene hijos próximos.	4
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
Situación económica	Más de 1,5 veces el salario mínimo	1
	Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente.	2
	Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva.	3
	Pensión no contributiva.	4
	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	5
Vivienda	Adecuada a las necesidades.	1
	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...).	2
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción).	3
	Ausencia de ascensor, teléfono	4
	Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	5
Relaciones sociales	Relaciones sociales diversas.	1
	Relación social sólo con familia y vecinos	2
	Relación social sólo con familia o vecinos.	3
	No sale de su domicilio, recibe familia.	4
	No sale, no recibe visitas.	5
Apoyos red social	Con apoyo familiar o vecinal.	1
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria.	2
	No tiene apoyo.	3
	Pendiente de ingreso en residencia geriátrica.	4
	Tiene cuidados permanentes.	5
< 10 puntos: normal o riesgo social bajo. 10-16 puntos: riesgo social intermedio. > 17 puntos: riesgo social elevado (problema social).		TOTAL

ANEXO 7: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA.

Fecha:

Sexo: Varón Mujer Fecha de nacimiento:

COMORBILIDAD:

<input type="checkbox"/>	Cardiovascular
<input type="checkbox"/>	Vasculitis o enfermedad renal
<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria
<input type="checkbox"/>	Hepatopatía crónica o EEI
<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus complicada o arteriopatía
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la sangre o neoplasia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad osteoarticular
<input type="checkbox"/>	PLURIPATOLOGÍA (2 O MÁS)

RESULTADO ESCALA LAWTON-BRODY:

Hombres:

- 0 pts = dependencia total
- 1 pto = dependencia grave
- 2-3 pts = dependencia moderada
- 4 pts = dependencia leve
- 5 pts = independiente

Mujeres

- 0-1 pts = dependencia total
- 2-3 pts = dependencia grave
- 4-5 pts = dependencia moderada
- 6-7 pts = dependencia leve
- 8 pts = independiente

RESULTADO ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN:

- < 10 puntos: normal o riesgo social bajo.
- 10-16 puntos: riesgo social intermedio.
- > 17 puntos: riesgo social elevado (problema social).

14. PUBLICACIONES Y **PONENCIAS.**

Durante la investigación presente se han realizado las siguientes publicaciones:

a) **Publicaciones escritas:**

1. Acosta Benito MÁ. Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. Rev Esp Med Legal.2015;41:58-64
2. Acosta Benito MÁ. Evolución de la aparición del derecho a la atención a la dependencia en España y análisis de su aplicación. CEF gestión. 2014.
3. Acosta Benito MÁ, Rodríguez Robles C. Sevilla Machuca I. Identificando la fragilidad. Revista Médicos de Familia. Vol 16, nº1, marzo 2014 (anexo).

b) **Comunicaciones orales:**

1. Fragilidad en el anciano y calidad asistencial. I Jornadas de la Asociación Madrileña de calidad Asistencial para estudiantes de posgrado. Septiembre 2015.
2. Acosta Benito MÁ Estudio sobre la prevalencia de fragilidad en el anciano y su relación con la dependencia. Elegida mejor comunicación de las V Jornadas de Investigación UDM Este. Abril 2015. IV Jornadas Investigación de la Comunidad de Madrid. Mayo 2015.
3. Acosta Benito MÁ, Sevilla Machuca I. Entendiendo el círculo entre la insuficiencia renal crónica y la fragilidad. Premio a la mejor comunicación III Jornadas de Nefrourología SEMERGEN. Abril 2015.
4. Acosta Benito MÁ, Sevilla Machuca I. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el anciano frágil. Métodos de diagnóstico y utilidad del tratamiento. I Jornadas Casos Clínicos EPOC Comunidad de Madrid. póster. Diciembre 2014
5. Acosta Benito MÁ. El anciano frágil: una cuestión sanitaria, social y legal. Cursos de Verano de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). Julio 2014.
6. Acosta Benito MÁ. La fragilidad como determinante de la limitación del esfuerzo terapéutico. Cuestiones éticas. II Congreso Nacional de Residentes SEMERGEN. Mayo 2014
7. Acosta Benito MÁ. Caprara G. Envejecimiento activo y dependencia: actualización del modelo de dependencia y la importancia de la promoción

hábitos saludables. XIII Semana de la Ciencia de la Comunidad de Madrid.
Noviembre 2013.

8. Acosta Benito MÁ, Caprara MG. Atención a la dependencia en las
personas mayores: aspectos clínicos, psicológicos y legales. Cursos de
Verano de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). Julio 2013.

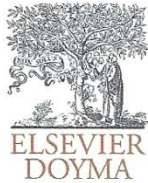
c) **Pósters**

1. Acosta Benito MÁ, Rodríguez Robles C, Sevilla Machuca I. Identificando
la fragilidad. XVI Jornadas de Residentes de Medicina Familiar y
Comunitaria de la Comunidad de Madrid. Marzo 2014.

+Model
REML-113; No. of Pages 7

ARTICLE IN PRESS

Rev Esp Med Legal. 2014;xxx(xx):xxx-xxx



REVISTA ESPAÑOLA DE
MEDICINA LEGAL

www.elsevier.es/mlegal



REVISIÓN

Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal

Miguel Ángel Acosta Benito

Centro de Salud Los Alpes, Madrid, España

Recibido el 10 de octubre de 2014; aceptado el 26 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Anciano frágil;
Capacidad de
decisión;
Planificación social;
Planificación sanitaria

Resumen El envejecimiento poblacional progresivo produce un incremento en las tasas de dependencia y en la presencia de determinadas comorbilidades cuya atención supone una importante carga económica y sociosanitaria. La fragilidad, como síndrome clínicamente detectable, permite identificar a los pacientes con mayor riesgo de deterioro físico, y que van a precisar un mayor nivel de atención médica y social. La detección de la condición de fragilidad en el anciano se relaciona con problemas médico-legales como los relacionados con la capacidad de decidir, el acceso a los recursos sanitarios, la supervisión del paciente y el final de la vida. El texto pretende describir los problemas médico-legales asociados a la condición de fragilidad y evaluar el diagnóstico precoz de la misma como medio para mejorar la calidad del cuidado al anciano, así como su planificación y la toma de decisiones.

© 2014 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Frail elderly;
Decision making;
Social planning;
Health planning

Frailty in the elderly: from the syndrome to social, health and legal planification

Abstract Population aging produces a gradual increase in the rates of dependency and the presence of certain comorbidities whose attention is an important economic and social load. Frailty, as a clinically detectable syndrome, can identify patients at increased risk of physical damage that will require a higher level of health and social care. The detection of the condition of frailty in the elderly is related to medical and legal problems, such as those related to the ability to decide, access to health services, patient's supervision and end of life decisions. The text tries to describe the medical and legal problems related to frailty and evaluate early diagnosis of this entity as a way to improve the quality of care provided as well as the planning of the elder's care and decision making in advance.

© 2014 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Correo electrónico: maacostabenito@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2014.11.001>

0377-4732/© 2014 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Acosta Benito MÁ. Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. Rev Esp Med Legal. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2014.11.001>

Laboral y Seguridad Social

«EVOLUCIÓN DE LA APARICIÓN DEL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y ANÁLISIS DE SU APLICACIÓN»

Miguel Ángel Acosta Benito

Licenciado en Medicina
Profesor Máster en Gerontología Psicosocial en la
Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA)
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (en formación)

La atención a las personas en situación de dependencia es uno de los derechos sociales más importantes reconocidos en el siglo XXI. Este derecho nace del reconocimiento del valor de la vida humana y de la dignidad del hombre, articulado desde la Declaración Internacional de los Derechos Humanos.

En España, este derecho está recogido por la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta ley es fruto del análisis de una realidad social en la que el envejecimiento poblacional y los cambios sociales invitan a generar un sistema que proteja los derechos de los individuos dependientes y que permita enfrentarnos al progresivo incremento de los costes sociales, sanitarios y económicos derivados de esta realidad.

La legislación española se fundamenta en normativas internacionales a nivel comunitario y extracomunitario que persiguen conseguir un nivel de vida lo más alto posible para los ciudadanos, teniendo en cuenta la necesidad de conseguir una estabilidad económica que permita el creci-

.../...

060 IDENTIFICANDO LA FRAGILIDAD.

Miguel Ángel Acosta Benito, Cristian Rodríguez Robles, Ignacio Sevilla Machuca

Palabras clave: Frail elderly, immunosenescence, inflammation

Presentación:

Varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC clase B y Diabetes Mellitus no insulino-dependiente. Ha perdido 3 kg en un año, sin objetivarse causa orgánica en estudio profundo. En la exploración física destaca walking-test de 4m en 6 segundos, disminución de la fuerza y de la capacidad aeróbica. No hay datos de infección ni inflamación aguda. Analítica: 14.000 neutrófilos, PCR 30, linfopenia relativa con disminución de linfocitos CD4.

Desarrollo:

Tras descartar organicidad del síndrome constitucional buscamos significado a los hallazgos clínicos y analíticos. Se establece como primera opción diagnóstica un proceso infeccioso o inflamatorio agudo, que se descarta por la ausencia de clínica y la presencia de diversos cultivos negativos. Ante la ausencia de sintomatología clínica sugestiva de patología aguda, y con buen control de las enfermedades crónicas presentes, se establece el diagnóstico de "anciano frágil" según los criterios de Fried. Se realiza una búsqueda bibliográfica que permite relacionar las alteraciones encontradas con la condición de fragilidad.

Conclusiones:

La fragilidad es un síndrome frecuente en el anciano, con importancia pronóstica. La utilidad de su detección, aunque discutida, radica en su capacidad anticipatoria de eventos de salud negativos. La importancia del diagnóstico se relaciona directamente con el progresivo envejecimiento poblacional y sus consecuencias sociosanitarias. Existen criterios clínicos para su diagnóstico, así como parámetros analíticos que apoyan una fisiopatología basada en la sarcopenia, la inflamación crónica, la inmunosenescencia y las alteraciones hormonales ligadas a la edad y a la comorbilidad.



**DÑA. ANA MIQUEL GÓMEZ, PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR Y
CIENTÍFICO DE LA "IV JORNADA DE INVESTIGACIÓN Y DESPEDIDA DE
RESIDENTES DE UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES DE ATENCIÓN
FAMILIAR Y COMUNITARIA DE MADRID"**

CERTIFICA: Que **D. Miguel Ángel Acosta Benito**, ha presentado la comunicación titulada " Estudio sobre la prevalencia de fragilidad en el anciano y su relación con la dependencia", en la IV Jornada de Investigación y Despedida de residentes de Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid, celebrada el 7 de mayo de 2015 en el Salón de Actos del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Y para que así conste donde proceda y surta los efectos oportunos, expido y firmo el presente certificado en Madrid a siete de mayo de dos mil quince.


Ana Miquel Gómez
Presidenta del Comité Organizador y Científico



Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid

EL COMITÉ CIENTÍFICO DE LAS V^ª JORNADAS DE LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA ESTE DE MADRID,

CERTIFICA, que D. MIGUEL ÁNGEL ACOSTA BENITO

Ha presentado la COMUNICACIÓN ORAL: "Estudio sobre la prevalencia de fragilidad en el anciano y su relación con la dependencia" en las V^ª JORNADAS DE LA UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA ESTE DE MADRID, que se han celebrado el día 15 de abril de 2015 en el Salón de Actos del Centro de Salud "Canal de Panamá".

Y para que conste, expido la presente certificación en Madrid, a dieciséis de abril de dos mil quince.

BEGOÑA ROMÁN CRESPO

PRESIDENTA DEL COMITÉ CIENTÍFICO

B.R.

PALOMA CASADO PÉREZ

PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR



III Jornadas Nefrourológicas de SEMERGEN

Granada
24-25 de abril de 2015
Hotel Abades Nevada Palace
www.jornadasnefrourologicas.com
info@jornadasnefrourologicas.com



Certificado de Premio

Los Comités Organizador y Científico otorgan el presente diploma a la
Mejor Comunicación/Caso Clínico Residente

Título:

159/2. Entendiendo el círculo entre la insuficiencia renal crónica y la fragilidad

del/de los autor/es

Acosta Benito, Miguel Ángel; Sevilla Machuca, Ignacio

presentada en las **III Jornadas Nefrourológicas de SEMERGEN**,
celebradas en el Hotel Abades Nevada Palace de Granada,
los días 24 y 25 de abril de 2015

En Granada, a 25 de abril de 2015

Dr. D. Leandro Fernández Fernández
Presidente del Comité Organizador

Dra. D.ª Noemí Pérez León
Presidenta del Comité Científico





El Comité Organizador y Científico de la I Jornada de Casos Clínicos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de la Comunidad de Madrid certifican que el Póster nº titulado:

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN EL ANCIANO FRÁGIL: MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO Y UTILIDAD DEL TRATAMIENTO.

Miguel Ángel Acosta Benito, Ignacio Sevilla Machuca.

Ha sido presentado en esta I Jornada de Casos clínicos de EPOC de la Comunidad de Madrid, celebrada en las instalaciones de la Dirección Asistencial Norte de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid, el Día 15 de diciembre de 2014

Fdo. Comité Organizador y Científico
I Jornada de Casos Clínicos EPOC

Con la colaboración de 



D^a. ANA LANDETA ETXEBERRIA, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE I+D+i DE LA UDIMA Y D. EDUARDO JAVIER BUENO CAMPOS, VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN DE LA UDIMA.

ACREDITAN:

D. Miguel Ángel Acosta Benito, con DNI 52884492 V, ha impartido la conferencia de verano "El anciano frágil: una cuestión sanitaria, social y legal", a través de la herramienta Hangout, de una duración de 2 horas, enmarcada dentro de la Unidad de Cultura Científica y Extensión Universitaria de la OTRI, el 29 de julio de 2014.



En Collado Villalba, a 1 de octubre de 2014.

D^a. Ana Landeta Etxeberria

VB^o D. Eduardo Javier Bueno Campos

II JORNADAS NACIONALES
RESIDENTES SEMERGEN

9 y 10 Mayo 2014 **MADRID**

Hospital Universitario Clínico San Carlos



CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

La Presidenta del Comité Científico de las
II Jornadas Nacionales Residentes SEMERGEN

CERTIFICA QUE:

M.Á. Acosta Benito, C. Rodríguez Robles, I. Sevilla Machuca

han presentado la comunicación ORAL:

**"LA FRAGILIDAD COMO DETERMINANTE DE LA LIMITACIÓN DEL
ESFUERZO TERAPÉUTICO. CUESTIONES ÉTICAS. "**

en las II Jornadas Nacionales Residentes SEMERGEN, celebradas en Madrid el 09 y
10 de mayo de 2014.

Y para que conste se expide el presente certificado
en Madrid, el 10 de mayo de 2014.

Dra. Eva Trillo Calvo
Presidenta del Comité Científico

O-29



Don Eugenio Lanzadera Arencibia, Secretario General de la
Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA),

HACE CONSTAR:

que Don Miguel Ángel Acosta Benito, Profesor del Grado en
Psicología de la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA),
ha participado como ponente en la conferencia
"Envejecimiento activo y dependencia: Actualización del
modelo de dependencia y la importancia de la promoción de
hábitos saludables" celebrado en el marco de la *XIII
Semana de la Ciencia* en Madrid el día 15 de noviembre del
2013.

Madrid, 8 de abril de 2014.



Don Eugenio Lanzadera Arencibia
Secretario General de la UDIMA



D^a. ANA LANDETA ETXEBERRIA, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE I+D+i DE LA UDIMA Y D. EDUARDO JAVIER BUENO CAMPOS, VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN DE LA UDIMA.

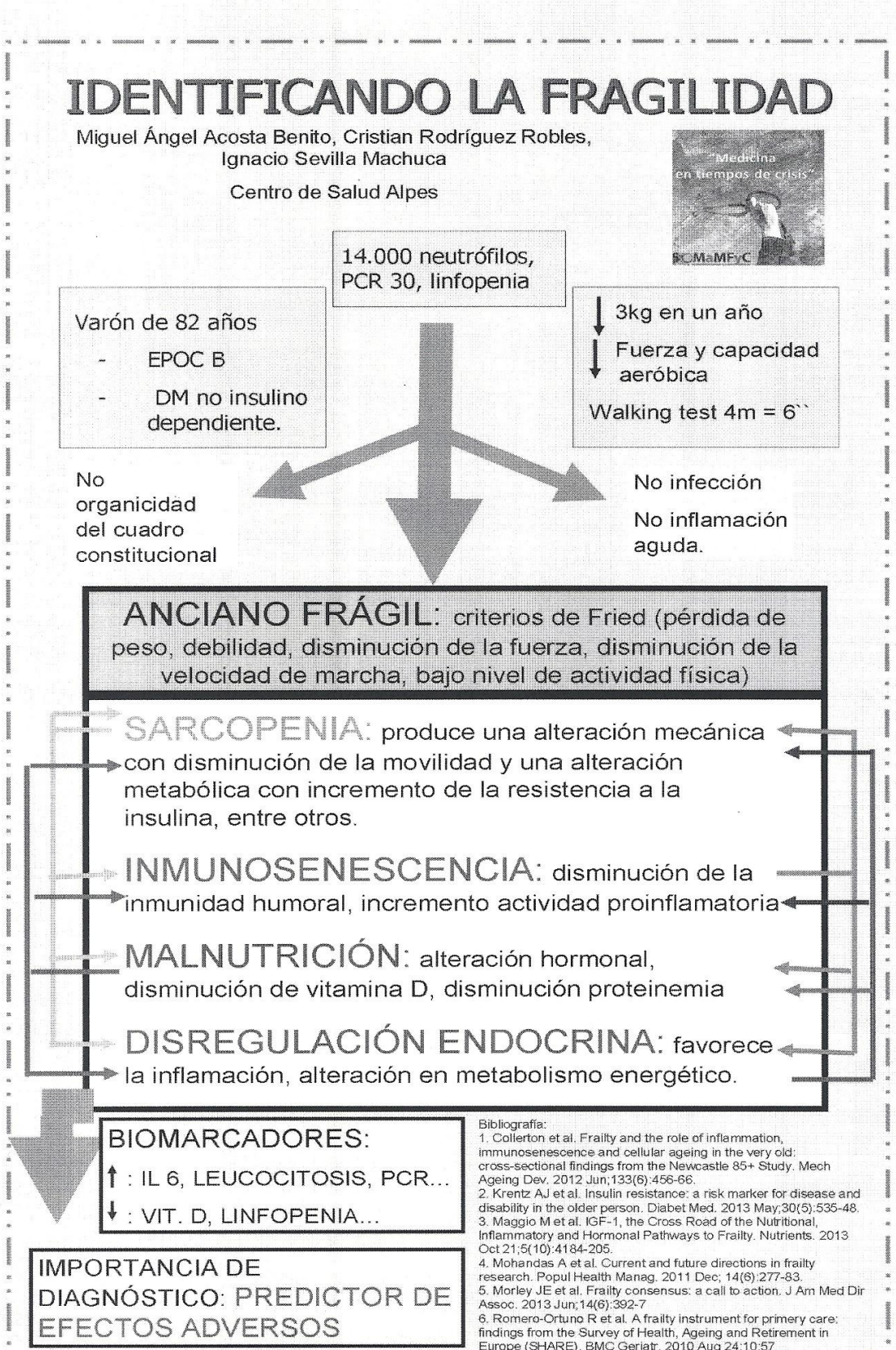
ACREDITAN:

D. Miguel Ángel Acosta Benito, con DNI 52884492V, ha impartido el curso de verano "Atención a la dependencia de las personas mayores: aspectos clínicos, psicológicos y legales", a través de la herramienta de Blackboard Collaborate, de una duración de 1 hora y 30 minutos, enmarcado dentro de la unidad de Cultura Científica y Extensión Universitaria de la OTRI, el 25 de Julio de 2013.

D^a Ana Landeta Etxeberria
VB^o D. Eduardo Javier Bueno Campos

En Collado Villalba a 8 de abril de 2014.

Póster N° : A60





XVI Jornadas Residente de MFyC
Medicina en tiempo de crisis

**XVI JORNADAS DE RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA DE MADRID**

El Comité Organizador y Científico de las XVI Jornadas de Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Madrid, certifican que el Póster nº **A60** titulado:

IDENTIFICANDO LA FRAGILIDAD

Miguel Ángel Acosta Benito; Cristian Rodríguez Robles; Ignacio Sevilla Machuca

Ha sido presentado en estas Jornadas, celebradas en la Facultad de Ciencias de la Salud. Campus de Alcorcón. Universidad Rey Juan Carlos, el veintiuno de marzo de dos mil catorce.

Fdo.: María Ballarín González
Presidenta XVI Jornadas Residentes MFyC

