



Marco Jurídico y Social de las personas mayores y de las personas con discapacidad

M.^a Dolores Díaz Palarea
Dulce M.^a Santana Vega
(Coordinadoras)

M. ^a DOLORES DÍAZ PALAREA	CARMEN ESTÉVEZ CONZÁLEZ
DAVID GIMÉNEZ GLÜCK	CARMEN GRAU PINEDA
JAVIER MONTERO LA RUBIA	PEDRO DE PABLO CONTRERAS
CARMEN SIMÓN RODRÍGUEZ	FRANCISCO CAPELLÁN SANZ
M. ^a JOSÉ MEILÁN RAMOS	ÁNGEL LOBO RODRIGO
CAROLINA MESA MARREO	VÍCTOR M. SÁNCHEZ BLÁZQUEZ
CARLOS MARÍN CALERO	DULCE M. ^a SANTANA VEGA
JOSÉ ANTONIO RIERA ÁLVAREZ	NICOLÁS ACOSTA GONZÁLEZ
JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ ÁLVAREZ	FRANCISCO GONZÁLEZ DE CHAVES CALAMITA
DRA. ROSALÍA ESTUPIÑÁN CÁCERES	ANA SOFÍA FERNÁNDEZ ARTILES
ANA CANO RAMÍREZ	JOAN J. QUERALT JIMÉNEZ

Jornadas

COLECCIÓN JURÍDICA GENERAL

TÍTULOS PUBLICADOS

- El incumplimiento no esencial de la obligación**, *Susana Navas Navarro* (2004).
- Derecho nobiliario**, *Carlos Rogel Vide (Coord.)* (2005).
- La liberalización del ferrocarril en España. Una aproximación a la Ley 39/2003, del Sector Ferroviario**, *José Antonio Magdalena Anda (Coord.)* (2005).
- Derecho agrario**, *Carlos Vattier Fuenzalida e Isabel Espín Alba* (2005).
- Matrimonio homosexual y adopción. Perspectiva nacional e internacional**, *Susana Navas Navarro (Directora)* (2006).
- Democracia y derechos humanos en Europa y en América**, *Amaya Úbeda de Torres* (2006).
- Derecho de obligaciones y contratos**, *Carlos Rogel Vide* (2007).
- Comentarios breves a la Ley de arbitraje**, *Ernesto Díaz-Bastien (Coord.)* (2007).
- La figura del Abogado General en el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas**, *Rosario León Jiménez* (2007).
- Estudios de Derecho Civil**, *Carlos Rogel Vide* (2008).
- Deporte y derecho administrativo sancionador**, *Javier Rodríguez Ten* (2008).
- Código civil concordado con la legislación de las Comunidades Autónomas de Galicia, País Vasco, Navarra, Aragón, Cataluña y Baleares**, *Carlos Rogel Vide (Coord.)* (2008).
- Derecho de la persona**, *Carlos Rogel Vide e Isabel Espín Alba* (2008).
- Historia del Derecho**, *José Sánchez-Arcilla Bernal* (2008).
- Derecho de cosas**, *Carlos Rogel Vide* (2008).
- De los derechos de la nieve al derecho de la nieve. Tres estudios jurídicos relacionados con la práctica del esquí**, *Ignacio Arroyo Martínez* (2008).
- Código civil concordado con la legislación de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Ceuta y Melilla, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia y Valencia**, *Carlos Rogel Vide (Coord.)* (2008).
- La interpretación del testamento**, *Antoni Vaquer Aloy* (2008).
- Marco jurídico y social de las personas mayores y de las personas con discapacidad**, *M^a Dolores Díaz Palarea y Dulce M^a Santana Vega (Coords.)* (2008).

COLECCIÓN JURÍDICA GENERAL
Jornadas

Director: CARLOS ROGEL VIDE
Catedrático de Derecho Civil
Universidad Complutense de Madrid

MARCO JURÍDICO Y SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES Y DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

M^a Dolores Díaz Palarea
Dulce M^a Santana Vega
Coordinadoras

M ^a Dolores Díaz Palarea	Carmen Estévez González
David Giménez Glück	Carmen Grau Pineda
Javier Montero La Rubia	Pedro de Pablo Contreras
Carmen Simón Rodríguez	Francisco Capellán Sanz
M ^a José Meilán Ramos	Ángel Lobo Rodrigo
Carolina Mesa Marrero	Víctor M. Sánchez Blázquez
Carlos Marín Calero	Dulce M ^a Santana Vega
José Antonio Riera Álvarez	Nicolás Acosta González
José Ignacio González Álvarez	Francisco González de Chaves Calamita
Dra. Rosalía Estupiñán Cáceres	Ana Sofía Fernández Artiles
Ana Cano Ramírez	Joan J. Queralt Jiménez



Madrid, 2008

© Editorial Reus, S. A.
Preciados, 23 - 28013 Madrid
Tfno: (34) 91 521 36 19 - (34) 91 522 30 54
Fax: (34) 91 531 24 08
E-mail: reus@editorialreus.es
<http://www.editorialreus.es>

1ª edición REUS, S.A., 2008

ISBN: 978-84-290-1520-1
Depósito Legal: Z. 4020-08
Diseño de portada: María Lapor
Impreso en España
Printed in Spain

Imprime: Talleres Editoriales COMETA, S. A.
Ctra. Castellón, Km. 3,400 – 50013 Zaragoza

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

PROLOGO

La actual tendencia demográfica y social que se está produciendo en las sociedades desarrolladas del siglo XXI determina un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, se observa un importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, y por otro se asiste al incremento del colectivo de población mayor de 80 años, que se ha multiplicado por dos en los últimos veinte años, fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento». Asimismo, diversos estudios evidencian la marcada relación entre la edad y la discapacidad, ya que más del 32% de las personas mayores de 65 años presentan algún grado de discapacidad y por tanto están en situación de dependencia. Al envejecimiento poblacional debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras situaciones que también se han acrecentado en los últimos años determinadas, fundamentalmente, por el aumento de las tasas de prevalencia de enfermedades crónicas y por las consecuencias derivadas de los altos índices de siniestralidad vial y laboral.

Hasta ahora han sido las familias, en especial las mujeres, las que han asumido el cuidado de las personas dependientes. Sin embargo, los cambios en el modelo familiar y la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral hacen imprescindible el desarrollo de nuevas instituciones jurídicas y mecanismos sociosanitarios, o la adaptación de los existentes.

La Constitución española de 1978 ya preveía, dentro del marco del estado social y bajo los principios rectores de las política social y económica (en especial, en sus artículos: 1.1, 9.2., 41, 43 ó 49), la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad. La popularmente conocida «Ley de Dependencia», no sin cierta controversia competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas, viene a desarrollar estas previ-

siones constitucionales, intentando adecuar el sistema tradicional de atención socio-sanitaria a las nuevas necesidades asistenciales, así como asegurar una efectiva oferta de servicios a aquellas personas que lo requieran. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituyen uno de los principales retos de la política socio-sanitaria de los países desarrollados.

Los mencionados cambios sociales y el desarrollo legislativo de los citados preceptos constitucionales se han ido plasmando también en diferentes instituciones jurídicas. Así, en el ámbito del Derecho civil y mercantil habría que destacar la novedad que ha supuesto la autoincapacitación y la autotutela, los denominados patrimonios especialmente protegidos, el contrato de alimentos, el todavía no expresamente regulado contrato de ingreso en residencia, la introducción de las hipotecas inversas, así como la protección sucesoria del incapaz o la regulación del testamento vital.

En el Derecho tributario habría que reseñar el estudio de las bonificaciones fiscales introducidas en el IRPF. Dentro del Derecho administrativo se aborda la normativa sobre medidas de accesibilidad, las cuales atienden a las especiales necesidades de movilidad de personas mayores o con discapacidad.

Especial atención merece también en la presente obra la regulación de las políticas de fomento del empleo dirigidas a personas con discapacidad, así como la aproximación a la realidad sociolaboral de las personas longevas.

En el ámbito del Derecho penal se aborda tanto la especial protección de las personas mayores o con discapacidad cuando son víctimas de delitos, como las especificidades en la respuesta punitiva del Estado cuando son aquéllas quienes los comenten.

La obra concluye con un análisis médico y jurídico de la eutanasia, institución especialmente controvertida en las sociedades occidentales ante los avances de la medicina y el progresivo proceso de laicización de los Estados.

En suma, afrontar el enfoque de la dependencia como concepto multicausal y multidimensional conduce inevitablemente hacia la «actuación interdisciplinar» como principio básico de acción. Interdisciplinariedad entendida como actuación conjunta y de manera integrada de los diferentes agentes y disciplinas jurídicas y sociosanitarias hacia un objetivo común. Bajo este principio nace el presente libro. Se ha querido partir en esta obra de la necesidad de crear espacios de comunicación multidisciplinar que per-

mitan el estudio y el tratamiento trasversal de la situación de dependencia. Sólo así se podrá acometer la coordinación entre las iniciativas sanitarias de promoción de la salud, prevención de la dependencia y atención a la persona dependiente, con las iniciativas sociales, sus diversos sistemas y dispositivos de ayuda, así como con las diferentes vías normativas que articulen su correcto funcionamiento.

M^a Dolores DÍAZ PALAREA
Dulce M^a SANTANA VEGA

SALUD, ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

DRA. M^a DOLORES DÍAZ PALAREA.

Catedrática de Enfermería Geriátrica
Universidad de Las Palmas de G.C.

Sumario: 1. Introducción– 2. Salud, envejecimiento y dependencia.– 3. El desarrollo de la gerontología: 3.1.– Paciente mayor, paciente geriátrico, mayor de riesgo. 3.2. La valoración en gerontología.– 4. Prevención de la dependencia durante el envejecimiento: 4.1. Objetivos prioritarios. 4.2. La asistencia geriátrica: geriátria de sector: 4.2.1. Concepto de asistencia geriátrica. 4.2.2. Sector geriátrico: niveles asistenciales. 4.3. La asistencia geriátrica en Atención Primaria: 4.3.1. La Atención Primaria y el cuidado al mayor. 4.3.2. Programas para el mayor en Atención Primaria: A) Los protocolos de actuación. B) El diagnóstico de salud en gerontología. C) La priorización de los problemas, D) La planificación-ejecución del programa. E) Actividades de educación para la salud, F) Actividades preventivas, G) Atención a procesos crónicos. H) Programas de atención a domicilio, I) Evaluación del programa. 4.3.3. Cuidados continuados: Papel de los Servicios de Geriátria en la Atención Primaria.

1. INTRODUCCION

Desde mediados del siglo XX el crecimiento de la población mundial está condicionando un considerable cambio en la configuración demográfica actual. Esta expansión poblacional no ocurre por igual en todos los países, ni en todos los grupos de edad. En los países desarrollados se está produciendo un progresivo incremento de la población mayor en relación con otros grupos de edad.

Las definiciones categóricas de viejo, tercera edad, mayor y envejecimiento no son ni claras ni universalmente aplicables. Una definición cronológica de mayor se usa con mucha frecuencia, si bien es cuestionada. La ONU utilizaba tablas con cifras tanto para personas de 60 años como de

65, y para más mayores¹, posibilitando estimaciones y previsiones más detalladas para las personas de avanzada edad de la mayoría de los países. La OMS utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años y a los 80 años (Tabla 1).

Tabla 1: Categorías del grupo de personas mayores

Categoría	Grupo de edad (años)
Mayores	65+ (a veces 60+)
Muy mayores	80+

Diferentes factores intervienen en este envejecimiento de la población, entre ellos debemos destacar el *descenso de la mortalidad* o la *disminución de la tasa de natalidad*. España, por ejemplo, está dentro de los 51 países con menor tasa de fecundidad, los datos de la última encuesta del Instituto Nacional de Estadística² asegura que sólo nacen 1,07 hijos por cada mujer fértil, por lo tanto, muy por debajo del los 2.1 nacimientos necesarios para la reposición de la población. Otro factor a tomar en consideración, y especialmente en las zonas cálidas y costeras, es el *fenómeno migratorio*, donde mucha población mayor acude buscando la bondad del clima, o la concentración de población mayor en las zonas rurales donde los jóvenes en edad productiva emigran en busca de mejores perspectivas laborales. Por lo tanto, y hablando en términos generales, al referirnos al envejecimiento de un país estamos hablando tanto del número total de mayores como, y sobre todo, del porcentaje que éstos representan dentro del total de la población.

Entre los años 2000 y 2050, la proporción mundial de personas de más de 65 años se espera que alcance más del doble de la actual: del 6,9% al 16,4%³. La proporción de personas muy mayores (aquéllas mayores de 79 años) aumentará durante este período del 1,9% al 4,2%. La población de personas centenarias en 2050 será 16 veces mayor que en 1998 (2,2 millones frente a 135.000). Las poblaciones se hacen proporcionalmente más mayores y las medias de esperanza de vida siguen aumentando en todas las regiones del mundo.

¹ United Nations. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. New York: United Nations, 1999.

² Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Fecundidad. Madrid: INE, 1999.

³ Department of International Economic and Social Affairs. *Periodical on Ageing*. New York: United Nations, 1985;1:1-61.

La esperanza de vida del hombre sigue siendo, de media, 7-8 años más corta que la de la mujer. La diferencia media en la mayoría de los países desarrollados está entre 5 y 8 años (la media es de 7,4 años)⁴.

De acuerdo con las previsiones, una de cada cuatro personas de las zonas más desarrolladas del mundo tendrán más de 65 años en el año 2050, y la proporción en las zonas menos desarrolladas se llegará a triplicar hasta alcanzar el 15% en el mismo período.

La población de personas muy mayores, los de más de 79 años, constituye una proporción relativamente pequeña de la población actual, pero hoy en día es el segmento de población de crecimiento más rápido. Los países del norte, oeste y sur de Europa tienen las mayores proporciones de personas muy mayores (casi el 4,8% de la población total de Suecia), mientras que China tiene el mayor número total de personas muy mayores: 10,5 millones. Las previsiones medias de las variantes sobre el crecimiento de la población calculan que para el año 2050, el 16% de la supuesta futura población mundial de 9.000 millones de personas será mayor de 65 años.

En el caso de España, si en el año 2000 el 16,9% de la población española es mayor de 65 años, la proyección para el 2010 se sitúa en el 18% y que supere el 20% para el 2020 (el 25% de los mismos mayores de 80 años)⁵.

Además de la proporción de mayores de 65 años, es de especial relevancia la distribución por grupos de edad. En este sentido, aumento de la esperanza de vida (o expectativa de años que vivirá una persona) está condicionando un incremento de los estratos de población de más edad, en España se cifra en torno a 73,3 años para los hombres y de 80,5 años para las mujeres. En España los mayores de 80 años representan en torno al 20-25% de la población mayor de 65 años.

2. ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Si bien la Organización mundial de la salud (OMS) define la salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia», la salud, en su concepto global,

⁴ Murray CJL, Lopez, AD. Global Health Statistics. Boston: The Harvard School of Public Health, 1996:1-906.

⁵ Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Madrid:INE, 1993.

constituye un estado acumulativo que debe cuidarse a lo largo de toda la vida con el fin de asegurar el disfrute de todos sus beneficios a las edades más avanzadas, época que se caracteriza por una mayor vulnerabilidad a sufrir problemas de salud. La buena salud es esencial para que las personas mayores conserven una calidad de vida aceptable, y para asegurar su contribución continuada en la sociedad⁶.

En este sentido, es importante distinguir el envejecimiento como proceso, del proceso de envejecimiento. El *envejecimiento como proceso* («envejecimiento normal») representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. No todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas.

Por el contrario, el *proceso de envejecimiento* está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí. A menudo, lo que una vez se consideró que era una consecuencia del envejecimiento normal se atribuye ahora, más apropiadamente, a factores relacionados con el envejecimiento. En este contexto, las definiciones comunes del envejecimiento raramente separan los dos procesos. Por ejemplo, el envejecimiento se ha definido como un «deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad»⁷. Un objetivo importante de la investigación es el de identificar los dos factores que contribuyen a la mala salud de las poblaciones mayores. El concepto de envejecimiento activo, fomentado ahora por la OMS, anima al «proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida»⁶.

Sin embargo, el progresivo envejecimiento poblacional, conlleva una serie de consecuencias que ahora mismo están determinando las relaciones entre los diferentes grupos humanos que han de compartir unos recursos limitados. Las consecuencias sociales y económicas de esta transición demográfica sobre las proporciones de personas dependientes serán enormes,

⁶ Ageing – exploding the myths. *Ageing and Health Programme (AHE)*. Geneva: WHO, 1999. p. 1-21.

⁷ Kirkwood T. In Ebrahim S, Kalache A, eds. *Mechanisms of Ageing in Epidemiology in Old Age*. London: BMJ Publishing Group, 1996 p. 3.

donde la contribución de las personas mayores incrementa la tasa de personas dependientes. Según la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre «*hombres, envejecimiento y salud*» dentro del Programa de Envejecimiento y salud, la proyección de personas dependientes se incrementa progresivamente, estimándose para el 2025 una proporción del 35% de la población (ver tabla 2). De esta proporción el 10% corresponde a personas mayores de 65 años, dado el considerable envejecimiento poblacional, la contribución a la dependencia por la población de mayores será cada vez mayor (ver tabla 3)

Tabla 2: Población Dependiente en el mundo (%)

Grupo de edad	2000	2025	2050
Menores 15 años	30	24	21
Mayores de 65 años	7	10	16
Total	3	35	37

Fuente: OMS, Ginebra, 2001.

Tabla 3: Población mundial de personas mayores y muy mayores (%)

Población	2000	2025	2050
Total (millones)	6.055	7.823	8.900
Personas mayores (>65 años)	6,9	10,4	16,4
Mayores muy mayores (>80 años)	1,1	1,9	4,2

Fuente: OMS, Ginebra, 2001.

Estas evidencias demográficas apuntan hacia la necesidad de que los gobiernos aseguren unos recursos que proporcionen atención a este creciente colectivo. Este fenómeno, además, entraña importantes repercusiones en la estructura sociosanitaria de un país. El paciente mayor, por su mayor morbilidad, es el principal consumidor de recursos sociosanitarios, camas hospitalarias, estancias más prolongadas y mayor número de reingresos. También, es el principal usuario de los servicios de Atención Primaria de Salud, y primer consumidor de fármacos.

Las políticas sanitarias han de ir orientadas a la creación y aplicación de programas destinados a satisfacer las demandas derivadas del envejecimiento.

Sin embargo, cuando nos referimos a la atención de los mayores, solemos limitar este campo a aquellos aquejados de procesos invalidantes, en régimen de institucionalización, ya sea en hospitales, residencias o cualquier otra institución sociosanitaria. Este tipo de identificación es errónea y debe ser

corregida. Hay que tener en cuenta que, aproximadamente más del 95% de la población mayor de 65 años viven en el medio comunitario y que el 90% las personas entre 75 a 84 años mantienen un alto grado de independencia para las tareas de autocuidado⁸, esto en términos asistenciales representa que, es en el ámbito comunitario donde se va a llevar a cabo la gran mayoría del cuidado a los mayores. En este sentido, la OMS en su manifiesto «Salud para todos en el siglo XXI», en su objetivo 5 (envejecer en buena salud) especifica «*para el año 2020, las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel socialmente activo*» concretando en el apartado 2 *la necesidad de incrementar el porcentaje, al menos en un 50%, de personas mayores de 80 años que son capaces de disfrutar de un nivel de salud en su entorno doméstico*⁹.

En el año 2002 la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento determina la adopción del Plan Internacional de Viena para la Acción sobre el Envejecimiento (*Vienna International Plan of Action on Ageing, o IPAA*), plan posteriormente aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y que constituye el primer documento con un programa sobre el envejecimiento adoptado por consenso internacional. Su objetivo primordial fue el de reforzar la capacidad de los gobiernos y de la sociedad civil para responder a las necesidades de las poblaciones que están envejeciendo al mismo tiempo que promueven la figura de las personas mayores como recurso vital para todas las sociedades.

En España el Ministerio de Asuntos Sociales publica el Plan Gerontológico Nacional¹⁰, que posteriormente el Insalud recoge en su manifiesto «Bases de ordenación de servicios sanitarios para la salud de las personas mayores». Destaca como objetivo principal del equipo de atención primaria (EAP) «*colaborar en el mantenimiento de la mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud*»¹¹.

En Octubre de 2006 al Congreso de los Diputados del Gobierno español aprueba la Ley de la Dependencia y comienza su puesta en vigor en

⁸ Alarcón M.T. Valoración Funcional. En:Salgado A, Gonzalez J.I., Alarcón MT directores. Fundamentos prácticos de la asistencia al mayor. Barcelona: Masson, 1996. p. 57-64.

⁹ OMS Europa: Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo Salud 21: Salud para todos en el siglo XXI, 1998 cap. 3:23-41.

¹⁰ Plan Gerontológico Nacional. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid: M.A.S, 1993.

¹¹ INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Ministerios de Sanidad y Consumo. Madrid: INSALUD; 1996.

Enero de 2007. En España se calcula una población de aproximadamente 1,3 millones de personas dependientes, y se prevé que las ayudas del gobierno para el 2015 alcance la cobertura de toda la población dependiente. Las prestaciones que se ofertan incluyen servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de tele-asistencia, ayuda en el domicilio, centros de día y de noche y de atención residencial.

Sin embargo, La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología advierte que el Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de atención a la dependencia, pero es imposible garantizar dichos servicios sin un compromiso formal del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹².

3. EL DESARROLLO DE LA GERONTOLOGIA

El término **gerontología**, lo introduce por primera vez Mechnikov, Premio Nobel de Medicina en 1904, como *el estudio del envejecimiento en todos sus aspectos*. En realidad, la gerontología es de interés para muchas disciplinas dado que abarca todos los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y/o culturales relacionados con el proceso del envejecimiento.

El término **geriatria** aparece por primera vez en 1909 de la mano del americano I.L. Nascher en su obra titulada *Geriatrics, the disease of old age and their treatment*, donde la define como *la rama de la medicina relativa a la vejez y sus enfermedades*. Actualmente, el término geriatria es el que se ha implantado en la mayor parte de los países para denominar aquella parte de la asistencia sanitaria que se encarga de los *aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del mayor, en situación de salud o enfermedad*.

La primera constancia de la **geriatria** fue en el Reino Unido, a finales del siglo XIX y principios del XX, a través de Marjorie Warren, quien, en 1930, trabajaba como supervisora en el West Middlesex Hospital. Gracias a sus aportaciones se demostró que muchos mayores crónicos y dependientes considerados incurables, se recuperaban total o parcialmente tras una serie de cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, hasta tal punto que muchos podían reintegrarse en la familia y la comunidad. Considerada la madre de la geriatria, Marjorie Warren sienta los principios básicos de los actuales cuidados geriátricos.

¹² SEGG. Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología sobre el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41 (Supl 1):61-3.

3.1. Paciente mayor, paciente geriátrico, mayor de riesgo

Es frecuente encontrar entre la población sanitaria el error conceptual de considerar al mayor como un «adulto mayor», nada más lejos de la realidad. Durante el curso del **envejecimiento** acontecen una serie de modificaciones fisiológicas, morfológicas y psicológicas. Cambios que se suceden de manera *individual* (no todos los individuos envejecen en el mismo grado ni velocidad), *heterogénea* (no todos los órganos del cuerpo humano se deterioran a un mismo ritmo) e *irreversible* (conducen a una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo). En este «proceso de envejecimiento» inciden tres tipos de factores muy relacionados entre sí. Un primer grupo relacionado con los *procesos fisiológicos* propiamente dichos, un segundo grupo más relacionado con todos los *procesos patológicos* que han ido aconteciendo a lo largo de la vida del mayor y un tercero determinado por los *factores ambientales*, que en si mismos, pueden constituir un factor de riesgo de pérdida de salud. Estos factores confieren al mayor una serie de **características** diferenciadoras que quedan resumidas en la Tabla 4. El conocimiento de la existencia de estos cambios, cuáles son y como se manifiestan se hace ineludible a la hora de hacer la valoración diagnóstica y la planificación de los cuidados.

Tabla 4: Características generales del mayor

- Aumento de la **Vulnerabilidad a enfermar** frente a cualquier estímulo interno o externo que obligue a poner en marcha las reservas orgánicas.
- Su *reserva* fisiológica es menor.
- Sus mecanismos de **defensa** son más limitados con disminución de la capacidad de *adaptación*.
- Dificultad para **delimitar** los procesos relativos al propio envejecimiento y los relacionados con procesos patológicos.
- Padecen una mayor incidencia de enfermedades que cursan a la vez y que evolucionan a la **cronicidad**.
- La **manifestación de la enfermedad** en muchos casos es de forma atípica y solapada.
- La **terapéutica** es más compleja. Mayor requerimiento de rehabilitación y readaptación.
- Variación en la cinética de los fármacos.
- En mayor medida que en otras edades estos procesos vienen determinados por **problemas sociofamiliares, económicos y/o psicológicos**.

Cuando nos referimos al *mayor enfermo* y según el grado de dependencia diferenciamos:

Paciente mayor: persona generalmente mayor de 75 años portador de algún problema de salud agudo o crónico sin implicaciones funcionales, psíquicas o sociales de dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD) y el criterio de diferenciación es la edad.

Paciente geriátrico: persona generalmente mayor de 75 años que presenta *pluripatología* con evolución hacia la *incapacidad física o psíquica* y/o *problemática social asociada* que determina *dependencia* en las AVD.

mayor frágil ó de riesgo: es aquel que reúne al menos dos factores de la Tabla 5 o un sólo factor que sea deterioro cognitivo o enfermedad terminal y que le confieren una mayor vulnerabilidad o riesgo de dependencia. Aquí, por lo tanto, se define «riesgo» como una mayor facilidad para sufrir incapacidad en las AVD. Esta dependencia dificulta su cuidado en la comunidad e incrementa la posibilidad de institucionalización o fallecimiento.

Tabla 5.– Criterios de fragilidad o de riesgo en el mayor

- Edad igual o mayor de 80 años
- Patología crónica invalidante (física o psíquica): ACVA con secuelas, infarto de miocardio con insuficiencia cardiaca reciente (< 6 meses), enfermedad de Parkinson, EPOC, enfermedad osteoarticular incapacitante, caídas recurrentes, déficit visual severo, hipoacusia profunda, deterioro cognitivo (demencia), depresión crónica.
- Vivir solo. Aislamiento.
- Problemática social con incidencia sobre la salud: ausencia de familiares o allegados de apoyo, malas condiciones de habitabilidad, condiciones económicas precarias.
- Viudedad reciente (< 1 año)
- Ingreso hospitalario en el último año.
- Polimedicación: ≥ 4 fármacos
- Malnutrición
- Enfermedad en fase terminal.

3.2. La valoración en gerontología

El progresivo incremento de la población mayor de 65 años en los países occidentales, ha ido cambiando la tipología del usuario demandante de cuidados, así como, de la problemática socio-sanitaria que ello plantea. El cuidado de las personas mayores difiere respecto del que se presta

a los jóvenes por diversas razones, muchas de ellas implicadas en los cambios biológicos relativos al propio envejecimiento (Tabla 4) y otras más relacionadas con la situación psicológica o sociofamiliar y que inciden sobre su estado de salud. La vejez, además de un proceso fisiológico, es una *época de pérdidas*, donde un compendio de circunstancias como la jubilación, la disminución de recursos económicos, el cambio en la estructura familiar y de la red social, la pérdida de seres queridos, el temor ante la dependencia y/o el aislamiento, entre otros, va a conferir a la población mayor una problemática que hace ineludible la utilización de una evaluación integral que contemple estas circunstancias. Por la complejidad de sus problemas, muchos mayores necesitan de una aproximación diagnóstica y terapéutica más amplia e interdisciplinaria que los más jóvenes. Desde esta concepción, la evaluación gerontológica sería la piedra angular de la asistencia geriátrica y fue a partir de la Conferencia del Consenso celebrada en el Instituto Nacional del Envejecimiento (EE.UU.) donde se delimita y define a la valoración geriátrica como la *nueva tecnología de la geriatría*¹³.

La valoración en gerontología^{14,15} es un *proceso diagnóstico estructurado* que se caracteriza por ser integral, dinámico, multidisciplinar y estandarizado:

- **Integral:** atendiendo a las facetas básicas del ser humano donde se contemple el estudio y análisis de los parámetros biológicos, funcionales, psíquicos y sociales.
 - **La evaluación biológica:** determina el estado clínico del mayor y su relación con las manifestaciones de dependencia para la satisfacción de sus necesidades básicas.
 - **La evaluación funcional:** valora el grado de vida independiente del individuo en su medio habitual y se determina por la capacidad para la ejecución de las AVD. Estas actividades se han dividido:

¹³ Epstein AM, Hall JA, Besdine R.: The emergence of geriatric assessment units. The «new technology of geriatrics. Ann. Intern. Med 1987; 106(2 Suppl): 299-303.

¹⁴ Consensus Development Panel, Solomon D Chairman; National Institutes of Health Consensus Development: Conference Statement, Geriatric Assessment methods for clinical decision making. J Am Geriatr So 1998; 36: 342-347.

¹⁵ Rubenstein LZ. Assessment instruments. En: Abrams, IB; Berkow, R directores: The Merk Manual of Geriatric. Rahway: Merk, 1990; p. 1189-1200.

- *Básicas (ABVD)*: reflejan la capacidad para la realización de tareas de autocuidado como, por ejemplo, aseo, alimentación, vestido, continencia, baño y deambulaci3n.
- *Instrumentales (AIVD)*: indica la capacidad del individuo para mantener una vida comunitaria independiente, por ejemplo, tareas del hogar, realizar compras, manejo de asuntos econ3micos, llevar la medicaci3n y usar el tel3fono.
- *Avanzadas (AAVD)*: denotan actividades humanas m3s complejas como por ejemplo actividades de ocio, relaciones sociales, ejercicio, viajar, etc.
- **La evaluaci3n ps3quica**: estudia el estado mental del individuo y su relaci3n con las manifestaciones de dependencia en la satisfacci3n de sus necesidades b3sicas. Se valoran las esferas *cognitiva*, *afectiva* y del *comportamiento*.
- **La evaluaci3n social**: determina los recursos sociofamiliares con los que cuenta el mayor y la relaci3n de los mismos con las manifestaciones de dependencia en la satisfacci3n de sus necesidades b3sicas. Se valoran los:
 - *Recursos humanos*:
 - Familia, Amigos, Red social (funcionamiento social).
 - Cuidadores: formales (profesionales sociales y sanitarios) e informales (cuidadores habituales, cuidador principal).
 - *Recursos materiales*
 - Individuales: recursos econ3micos, vivienda.
 - Colectivos: recursos sanitarios y recursos sociales.
- **Dinámico**: llevada a cabo en distintos momentos de desarrollo del proceso salud-enfermedad del mayor. Esto permite valorar tanto la evoluci3n del nivel de independencia como el determinar la eficacia de las intervenciones realizadas.
- **Multidisciplinar**: realizada por los diferentes profesionales implicados en el cuidado del mayor. El equipo geri3trico b3sico est3 constituido por el m3dico, la enfermera y el trabajador social. Sin embargo, dependiendo de la situaci3n individual de cada mayor y de los recursos humanos disponibles, se puede incorporar fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psic3logo, dietista, odont3logo, oftalm3logo, psiquiatra, etc., estos se re3nen de manera formal o informal para intercambiar informaci3n, colaborar y elaborar planes, tomar decisiones y determi-

nar acciones. El trabajo en equipo desde esta óptica interdisciplinar garantiza la acción conjunta de distintos profesionales implicados en un objetivo común.

- **Estandarizado:** la utilización, en la medida de lo posible, de instrumentos estandarizados de detección o evaluación se hace imprescindible a la hora del común entendimiento entre los diferentes miembros del equipo. Cada miembro puede cumplimentar los instrumentos propios de su disciplina y puede aportar los instrumentos más sensibles, fiables y válidos de su área, incrementando considerablemente la eficacia en la detección y evaluación de los problemas en estudio. Dentro de los objetivos fundamentales de la valoración geriátrica se encuentran los que se resumen en la Tabla 6.

Tabla 6: Objetivos de valoración gerontológica
<ul style="list-style-type: none">• Identificación de los problemas y diagnóstico integral• Detección de problemas no referidos• Planificación terapéutica individualizada• Ubicación adecuada del paciente• Utilización apropiada de los recursos• Seguimiento de la evolución del paciente• Facilidad de comunicación entre el equipo profesional.

— Por otro lado, cada vez existen más evidencias científicas de que la utilización de programas multidimensionales de valoración geriátrica, incluso en diferentes sistemas socio-sanitarios, incrementan la calidad y efectividad de los cuidados geriátricos. Rubenstein LZ y Rubenstein LV, 1995¹⁶ realizaron una revisión de la literatura científica, tanto en estudios descriptivos como en ensayos controlados, relativos a los beneficios obtenidos con los programas de evaluación geriátrica y estos se pueden resumir en: mejora estado afectivo y cognitivo, reduce la utilización de medicamentos, reduce la utilización de Residencias Geriátricas, reduce el uso de servicios hospitalarios, reduce los gastos médicos globales, prolonga la supervivencia, aumenta la utilización de los servicios de Atención Primaria.

¹⁶ Rubenstein LZ, Rubenstein LV. Multidimensional geriatric assessment. En: Brocklehurst JC, Talli RC, Fillit HM directores: Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology 4th. New Yor: Churchill Livingstone, 1995; 12:150-159.

Tomando en consideración este último punto, la valoración geriátrica en el mayor que está en la comunidad, cada vez se hace más necesaria. La utilidad real, en Atención Primaria, de los instrumentos de valoración gerontológica queda reflejada en la tabla 7¹⁷.

Tabla 7: Utilidad de los instrumentos de valoración en Atención Primaria de Salud

- Describir la situación basal del paciente.
- Realizar screening para la detección de factores de riesgo o problemas no referidos
- Ayudar al diagnóstico conocido
- Fijar metas de intervención
- Monitorizar el curso evolutivo del paciente.
- Planificar el cuidado y evaluar los resultados de los programas.

4. PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

4.1. Objetivos prioritarios

Según el Libro Blanco de la Dependencia publicado por la SEGG, las estrategias de prevención de la dependencia deben llevarse a cabo simultáneamente a tres niveles: primario, secundario y terciario¹⁸.

4.1.1. Prevención Primaria de la dependencia

Tratará de que la dependencia no aparezca evitando que lo haga la causa. Las medidas que se han mostrado más eficaces son:

- Práctica de un ejercicio físico adecuado.
- Alimentación correcta y peso apropiado.
- Evitar tóxicos como el tabaco.
- No consumir más medicamentos que los necesarios.
- Consumo muy moderado de bebidas alcohólicas.
- Mantener una actividad social adecuada.

¹⁷ Pinholt EM, Kroenke K, Hauley JF, Kussman MS, Twymen PL, Carpenter JL: Functional assessment of the elderly: a comparison of standard instruments with clinical judgement. Arch Intern Med; 1987; 147:484-488.

¹⁸ SEGG, Libro Blanco sobre la dependencia, 2006.

ÍNDICE

<i>Prólogo</i>	5
<i>Salud, envejecimiento y dependencia</i>	9
Dra. M^a Dolores Díaz Palarea (CEU de Enfermería Geriátrica, ULPGC)	
<i>Estado social y acciones positivas: Especial consideración de las personas mayores y de las personas con discapacidad</i>	39
Dr. David Giménez Glück (Profesor de Derecho Constitucional, Universidad Carlos III)	
<i>El Fiscal en el proceso de incapacitación</i>	63
Ilmo. Sr. Javier Montero La Rubia (Fiscal de Protección del TSJ de Canarias)	
<i>Declaración de incapacidad: Cuestiones procesales y Jurisprudencia</i>	73
Ilma. Sra. Carmen Simón Rodríguez (Magistrado)	
<i>Aspectos psiquiátricos-forenses de la incapacitación</i>	83
M^a José Meilán Ramos (Especialista en Medicina Legal y Forense. Médico Forense. Directora de la Clínica Médico Forense de Las Palmas)	
<i>Los contratos de alimentos y de ingreso en residencia</i>	95
Dra. Carolina Mesa Marrero (Profesora de Derecho civil, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)	
<i>Los patrimonios especialmente protegidos</i>	115
Carlos Marín Calero (Notario. Asesor de la Junta Directiva de Down España)	

<i>Protección sucesoria de las personas discapaces</i>	141
José Antonio Riera Álvarez (Notario. Delegado de la Fundación Aequitas del Colegio Notarial de las Islas Canarias)	
<i>Manifestaciones anticipadas de voluntad (el testamento vital)</i>	161
Iltmo. Sr. José Ignacio González Álvarez (Notario. Secretario de la Junta Directiva del Iltre. Colegio Notarial de las Islas Canarias)	
<i>La hipoteca inversa y otros productos financieros en torno a la vivienda de las personas mayores</i>	197
Dra. Rosalía Estupiñán Cáceres (Profesora de Derecho Mercantil, ULPGC)	
<i>Evolución en los modelos de respuesta social a las personas con limitaciones</i>	211
Ana Cano Ramírez (Profesora de Trabajo Social. Directora de Cooperación al Desarrollo y Compromiso Social de la ULPGC)	
<i>Aproximación a la realidad sociolaboral del colectivo de trabajadores de cierta edad: las personas longevas ante el mercado de trabajo y las políticas de empleo</i>	227
Dra. Carmen Estévez González (Profesora Titular del Derecho del Trabajo, ULPGC)	
<i>Panorámica general sobre las políticas de fomento del empleo dirigidas a trabajadores discapacitados: ¿empleo protegido versus empleo ordinario?</i>	241
Carmen Grau Pineda (Profesora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, ULPGC)	
<i>Asistencia social y lealtad al sistema de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas</i>	269
Dr. Pedro de Pablo Contreras (Catedrático de Derecho Civil, Universidad La Rioja)	
<i>La protección por el Sistema de la Seguridad Social de las situaciones de incapacidad, discapacidad y dependencia. Especial estudio de la Ley 39/2006 y su incidencia en las situaciones anteriormente reconocidas</i>	293
Francisco Capellán Sanz (Letrado de la Seguridad Social)	
<i>Régimen jurídico de la accesibilidad. Estudio específico de las barreras urbanísticas y arquitectónicas</i>	311
Dr. Ángel Lobo Rodrigo (Profesor de Derecho administrativo, Universidad de La Laguna)	

<i>Las prestaciones por incapacidad en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas: El fundamento de su régimen fiscal</i>	329
Dr. Víctor M. Sánchez Blázquez (Profesor de Derecho Financiero y Tributario, ULPGC)	
<i>Protección jurídico-penal de las personas con discapacidad y personas mayores (I)</i>	343
Dra. Dulce M^a Santana Vega (Profesora Titular de Derecho penal, ULPGC)	
<i>Protección jurídico-penal de las personas con discapacidad y personas mayores (II)</i>	373
Il^{to}. Sr. Nicolás Acosta González (Magistrado)	
<i>Eutanasia: aspectos médico-legales</i>	393
Dr. Francisco Javier González de Chaves Calamita / Ana Sofía Fernández Artilles (Profesores de Medicina Legal y Deontología, ULPGC)	
<i>Algunas respuestas jurídicas ante el final de la vida</i>	407
Dr. Joan J. Queralt Jiménez (Catedrático de Derecho penal, Universidad de Barcelona)	

