

VI Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida
Atención integrada y centrada en la persona

Anexo 1: Informe conclusiones



CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población unido al incremento de la longevidad, la cronicidad y la pluripatología, asociadas en muchos casos a situaciones de dependencia, están teniendo un gran impacto sobre la organización de los servicios sanitarios y sociales en todo el mundo y España no es una excepción.

En anteriores ediciones del Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida se ha tratado en profundidad esta temática. Los lemas de las ediciones de 2013 y 2015 fueron: *Integrar para Avanzar* y *El reto de la cronicidad* respectivamente.

El lema elegido en esta ocasión: *Atención integrada y centrada en la persona*, ha pretendido dar continuidad a los aspectos abordados en anteriores ediciones del Congreso y avanzar en la construcción de un modelo integrado de atención sociosanitaria en España, que dé respuesta a las necesidades de una población que envejece y que lo hace, en su mayoría, aquejada de alguna –a menudo más de una- enfermedad crónica.

La Atención Centrada en la Persona es un enfoque que conlleva tener en cuenta las necesidades y preferencias de las personas en su atención y cuidados. Implica nuevas formas de organización, nuevos protocolos y la potenciación de nuevas habilidades profesionales para poder llevarla a cabo.

En esta edición del Congreso, se ha puesto de manifiesto que lo que tal vez al principio fue un discurso, hoy es una realidad: el “empoderamiento” (empowerment), creciente del paciente, cada día más co-decisor de todo lo que concierne a su salud y situación social.

Avanzar hacia la Atención Centrada en la Persona requiere liderazgo, esfuerzo y compromiso de los responsables en las organizaciones, tanto públicas como privadas, así como una implicación importante por parte de los profesionales.

El Congreso ha profundizado en todos estos aspectos, de la mano de expertos nacionales e internacionales, que han compartido con todos los asistentes proyectos y experiencias de atención integrada y centrada en la persona. Abarcando diferentes ámbitos: reflexiones sobre el hospital del futuro, como estructura que se alejará del hospital tradicional que hemos conocido, en función del desarrollo de alternativas a la hospitalización para todos, en especial para mayores dependientes con pluripatología crónica; la atención a la cronicidad y la larga estancia; la adherencia terapéutica y el autocuidado; la planificación de decisiones anticipadas; la humanización de la salud; o la alimentación y nutrición entre otros temas.



SESIONES PLENARIAS

La estrategia de la OMS en servicios de salud integrados y centrados en las personas

La Conferencia inaugural, a cargo del Dr. Hernán Montenegro, ha aportado la visión de la OMS en relación a los servicios de salud: *«Que todas las personas tengan acceso equitativo a servicios de salud de calidad, coproducidos de forma tal que respondan a sus necesidades a lo largo de la vida y respeten sus preferencias, que estén coordinados a través del continuo de cuidados y sean integrales, seguros, efectivos, oportunos, eficientes y aceptables; y que todos los prestadores de servicios de salud estén motivados, sean competentes y operen en un entorno favorable».*

En este sentido, recomienda cinco estrategias para impulsar unos servicios de salud integrados y centrados en las personas:

1. **Comprometer y empoderar** a las personas y a las comunidades para que tomen un rol activo en su salud y en los sistemas de salud
2. Fortalecer la **gobernanza**, la **responsabilidad** y la **rendición de cuentas** para ganar en legitimidad, transparencia y confianza
3. Reorientar los servicios de salud para asegurar la **provisión de los cuidados en el lugar más apropiado** y maximizar los resultados en la salud
4. Fortalecer la **coordinación de la atención** entre proveedores, organizaciones y dispositivos de atención más allá del sector sanitario, para incluir a los servicios sociales y otros
5. Crear un **entorno que facilite el cambio**

Los servicios de atención integrada y centrada en la persona son el mejor enfoque para construir modelos de atención robustos y resultan cruciales para progresar hacia una cobertura universal de la salud y hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Con el objetivo de avanzar en la atención integrada y centrada en la persona la OMS ha impulsado la creación del portal **Integratedcare4people**¹, una plataforma que aglutina: **conocimiento, información y una red global de profesionales y organizaciones** que trabajan de forma conjunta en servicios de atención integrada y centrada en la persona en todo el mundo.

La atención a la cronicidad en los hospitales de agudos: el hospital del futuro

El gasto público en sanidad se incrementará en todos los países de la OCDE en los próximos años. El factor más determinante no será el demográfico, como podría pensarse teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población. El incremento de precios, la tecnología y la influencia de las instituciones y políticas que se impulsen, tendrán un peso más determinante en el incremento del gasto sanitario futuro. Por otro lado, el gasto en cuidados de larga duración, aunque se incrementará en los próximos años, tendrá un peso mucho menor que el gasto en sanidad.

¹ <http://www.integratedcare4people.org/>



Por ello, es absolutamente oportuno **repensar el rol del hospital del futuro**. Actualmente, los hospitales de agudos, dispositivos con un elevado coste, están empezando a atender a personas con enfermedades crónicas, que requieren de atención sanitaria y social, así como un tiempo de estancia más prolongado que el necesario para la atención de un proceso agudo. La reconversión del hospital tradicional ha de actuar como motor de desarrollo de la red sociosanitaria institucional y domiciliaria.

Un reciente estudio del IESE² ha tratado de definir hacia donde debería orientarse el hospital del futuro:

- El Hospital del futuro deberá hacer frente a un **contexto difícil**, en el que se incrementará la demanda, los recursos disminuirán y los pacientes serán cada vez más exigentes.
- Se espera que los hospitales líderes se enfoquen en proporcionar **servicios de alto valor y alta complejidad** y que consigan altos niveles de eficiencia sin necesitar grandes volúmenes de actividad.
- Incorporarán **nuevos servicios** como la medicina personalizada, los diagnósticos sobre genoma, y servicios extendidos como la gestión a la cronicidad.
- Deberán **combinar la prestación de servicios complejos** a los pacientes derivados y la provisión de **todo tipo servicios, tanto para pacientes agudos como crónicos** de su área de influencia.
- El hospital del futuro no se definirá en función de sus estructuras físicas, sino que se organizará para poder **proveer servicios en distintas ubicaciones y entornos**.
- Los hospitales líderes serán **centros de referencia** para el diseño de servicios de atención de salud y para la innovación de procesos y tecnologías.
- Los hospitales líderes seguirán siendo los **núcleos principales de investigación, docencia y educación** de nuevos profesionales, generando nuevos conocimientos, capacidades y perfiles, como el coach en salud.
- Desarrollarán **nuevos modelos de riesgo compartido** con aseguradoras, servicios nacionales de salud, industria y otros proveedores.
- Los **profesionales del hospital** participarán activamente en la definición de la estrategia y ocuparán **posiciones de liderazgo de la institución**.
- Los hospitales líderes se organizarán por **equipos orientados a procesos** y se orientarán a la creación de **modelos de atención integrados** (virtualmente o por fusión de instituciones).
- Para mejorar la experiencia del paciente, los **gestores de casos** se conectarán con otros profesionales para coordinar la atención en el domicilio.

² <http://www.iese.edu/research/pdfs/ST-0388.pdf>



- Los hospitales líderes **rediseñarán de manera continuada su experiencia de servicio** para el paciente y otros clientes con innovación realmente centrada en la persona.

En este contexto, la **transición de los cuidados** entre los hospitales de agudos y otros dispositivos de atención post-aguda, o el propio domicilio, será un elemento esencial tanto para los objetivos de calidad de vida de las personas, como para su recuperación funcional, evitando reingresos inmediatos.

Las **personas mayores** y sus **cuidadores** están destinadas a asumir un **rol más activo** en la gestión de sus condiciones de salud y para ello es necesario dotarlos de los **conocimientos, habilidades y herramientas** para que puedan ejercer el **autocuidado** con la confianza necesaria.

La atención a la cronicidad en el territorio: integración de servicios

En este módulo se ha puesto de manifiesto que los esfuerzos realizados para integrar los distintos servicios de salud y sociales, en los diferentes niveles asistenciales, redundan en una mejora evaluable de la atención a las personas mayores con patologías crónicas.

Para ello se han presentado experiencias a nivel nacional e internacional con resultados evaluados.

La experiencia de la Veterans Health Administration

La Administración de Salud de los Veteranos (VHA) es el mayor sistema de salud integrado de los Estados Unidos, prestando servicio a más de 9,5 millones de personas (veteranos de guerra). En 1996 inició su transformación para ofrecer una red de servicios integrados de salud, más allá de los servicios hospitalarios. Su éxito se fundamenta, entre otros, en los siguientes elementos:

- Una **única fuente de financiación** que promueve la atención integrada
- **Indicadores** de resultados **comunes**
- **Gobierno uniforme** en todo el sistema
- Múltiples oficinas que garantizan una **implementación consistente en todo el sistema**

El **envejecimiento de la población** de veteranos se ha acentuado en los últimos años, por lo que los servicios que se ofrecen a la población se están adaptando bajo el paraguas de dos importantes premisas: **mantener la autonomía** de las personas el máximo tiempo posible y **preservar sus preferencias**. Para ello se han desarrollado programas para impulsar el auto-cuidado, la atención en la comunidad y en el domicilio y se ha involucrado a las personas en las decisiones sobre sus cuidados al final de la vida.

Te Whiringa Ora. Una experiencia de atención integrada y centrada en la persona en Nueva Zelanda

Te Whiringa Ora es un servicio de atención integrada basado en la comunidad, el cual facilita una red de cuidados interdisciplinarios a pacientes (y familiares) con necesidades complejas, de larga duración y que utilizan intensivamente los servicios hospitalarios.

El **objetivo** del servicio es favorecer la **auto-gestión**. Para conseguirlo son esenciales los siguientes elementos:

- **Gestores de caso** que trabajen conjuntamente con el paciente y su familia
- **Visión holística** que tenga en cuenta el bienestar de la persona en su conjunto



- **Planes individuales de atención**
- **Coach de salud** que proporcione la formación necesaria
- Uso de la **tecnología** y la **telemedicina**

Los **resultados** evaluados del proyecto demuestran que los pacientes mejoraron su experiencia y su calidad de vida, pudiendo conseguir sus objetivos vitales (no solamente médicos). Además, disminuyeron los ingresos hospitalarios y en centros sociosanitarios, reduciéndose también los costes totales de atención.

Para desarrollar este tipo de proyectos se recomienda tener muy en cuenta la primera línea estratégica de la OMS en servicios de salud integrados y centrados en las personas: **Comprometer y empoderar a las personas y a las comunidades para que tomen un rol activo en su salud y en los sistemas de salud**. Además, se recomienda **mantenerse fiel a la filosofía** del proyecto, **establecer objetivos**, usar la **evidencia** para desarrollar el modelo y **evaluar** los resultados.

Atención integrada en el marco del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) y en el Programa Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria en Cataluña (PIAISS)

La **atención a las situaciones de complejidad clínica** constituye, en gran medida, el núcleo paradigmático y diferenciador de las estrategias de atención a la cronicidad desde una triple visión poblacional, territorial y comunitaria. En el abordaje de la complejidad a menudo se sobreponen dos visiones necesariamente complementarias: la de los sistemas de salud -por quien la complejidad es sinónimo de planificación sanitaria- y la de los profesionales -donde la complejidad está directamente relacionada con la toma de decisiones difíciles y con la atención de necesidades multidimensionales de las personas-. La clave del éxito está en **armonizar el modelo de atención con visión poblacional** (modelos organizativos) **con el modelo centrado en la persona** (plan de intervención individualizado), teniendo en cuenta que el **objetivo** no es tanto mejorar los procesos (visitas, pruebas, número de ingresos...), como los **resultados de salud en las personas** -considerando que, si un proyecto no se traduce en la mejora de los resultados de salud de las personas, no se puede considerar exitoso-.

Las situaciones de cronicidad van ligadas a la edad de las personas. Envejecer significa tener más posibilidades de desarrollar una enfermedad crónica, pero también existen diferencias por género o por nivel socio-económico. Todo ello debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar un modelo integrado de atención.

Las líneas estratégicas del **Programa de Prevención y atención a la Cronicidad en Cataluña** son las siguientes:

- **Prevención** y promoción de la salud, **autorresponsabilidad** y fomento del **autocuidado** centrados en la persona.
- **Atención a la complejidad**
- Desarrollo de **instrumentos transversales de soporte** al modelo de atención a la complejidad
- **Formación e investigación**

Las **tres experiencias** evidencian que más que hablar de modelos o soluciones universales, cada vez más se aprecian **elementos comunes** a todos los sistemas de cuidados integrados y centrados en la persona como: preservar las **preferencias** y **“empoderar”** a las personas, mantener al máximo la **autonomía**, diseñar **planes de cuidados individualizados** o la propia integración de servicios.



La larga estancia y su relación con el sistema sanitario en España

En este módulo se ha tratado un problema que afecta en mayor o menor medida a todas las Comunidades Autónomas: La atención sanitaria en centros residenciales de larga estancia, dispositivos que actualmente dependen de servicios sociales.

Las soluciones deficitarias a esta problemática conllevan sobrecostes, desaprovechamiento de recursos existentes y descoordinación entre profesionales, servicios y centros de las redes de salud y social.

Durante todo el Congreso se ha hecho un esfuerzo para estimular la reflexión sobre el “porqué” en España se da esta situación, superada adecuadamente en la mayor parte de países desarrollados del mundo. Se ha interpelado al respecto a los responsables de las administraciones.

A la vista de las dificultades para definir un modelo más o menos homogéneo que permita pasar de la situación de “servicios sociales más o menos –y mejor o peor- medicalizados” a un verdadero sistema de atención sociosanitaria integrado con todos los recursos sociales y de salud, hemos optado por la presentación de casos prácticos de éxito que están actualmente en funcionamiento en España.

Proyecto BPSO en una Organización Sanitaria Integrada del Servicio Vasco de Salud: un enfoque poblacional

En este proyecto, profesionales del ámbito sanitario y social, trabajan conjuntamente para mejorar procesos asistenciales. En concreto, se explica la experiencia en la implantación de Guías de Práctica Clínica, con una metodología común, compartiendo conocimiento para transferir la evidencia a la práctica clínica en dos ámbitos: prevención de caídas y lesiones derivadas, y valoración y riesgo de úlceras por presión.

Dos claves muy importantes para el éxito del proyecto: el **apoyo directo de la Gerencia** y la **participación de los profesionales asistenciales** que están liderando los cambios en la práctica clínica para dar una atención excelente.

Evaluación de un programa de conciliación de la medicación en centros sociosanitarios

El objetivo del proyecto es demostrar que es posible reducir los potenciales errores de medicación que se producen en las transiciones asistenciales desde Atención Primaria o Atención Especializada a Centros Sociosanitarios o Residenciales, mediante la implantación de un programa de Conciliación de la Medicación.

Hasta un 50% de los errores en la medicación se deben a problemas de comunicación entre profesionales y están relacionados con las transiciones asistenciales.

La Conciliación de la Medicación **es un proceso interdisciplinar**, en equipo, que implica la comunicación entre todos los profesionales sanitarios responsables del paciente, que incluye a personal médico, personal de enfermería y farmacéuticos. En el caso que se presenta es importante el papel de la Unidad de Apoyo a Residencias como hilo conductor entre niveles asistenciales del paciente institucionalizado.



Experiencia con enfermos respiratorios con necesidades complejas

A raíz del caso de un paciente con enfermedad respiratoria compleja se presentan un conjunto de reflexiones para poder ofrecer una atención centrada en la persona y no en la enfermedad.

- Valoración de las **necesidades** y **preferencias** de las personas, más allá del diagnóstico
- Intervención de **equipos multidisciplinares** del ámbito social y sociosanitario
- Existencia de profesionales o equipos de **profesionales “referente”**
- Elaboración de **planes de atención individuales y compartidos**
- Toma de **decisiones compartidas y anticipadas**
- Educación y formación en la **adherencia** y el **autocuidado**
- **Seguimiento proactivo** en periodos de estabilidad
- Fomento de la **autonomía** y la **calidad de vida**

Además, se apunta como un aspecto clave: la **formación de los futuros profesionales**.

Rediseño de procesos del hospital universitario Rey Juan Carlos

Este proyecto surge de la necesidad de **mejorar la atención de las personas institucionalizadas en centros sociosanitarios o residenciales**, la mayoría de ellas con un perfil de pluripatología, polimedicación y susceptibles de presentar reagudizaciones frecuentes precisando de ingresos hospitalarios. En estos casos es necesario **garantizar la continuidad asistencial con circuitos y herramientas que permitan actuar coordinadamente al conjunto de profesionales implicados** (de atención primaria, centro sociosanitario y hospital):

- Creación de una **unidad hospitalaria de referencia** (Geriatra, enfermera de continuidad asistencial, Trabajadora Social)
- Diseño de una herramienta web: **Portal Sociosanitario**, que permite a los profesionales de los centros sociosanitarios acceder a la historia clínica del hospital, previo consentimiento de los pacientes. Esta herramienta integra además, la posibilidad de comunicarse con profesionales del hospital, permite la consulta y modificación de citas y facilita la realización de consultas no presenciales.

Planificación de decisiones anticipadas

La **Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA)** ha sido recientemente **definida por la European Association for Palliative Care**, como una herramienta que permite *«capacitar a los individuos para establecer objetivos y preferencias sobre futuros tratamientos médicos y cuidados, discutiendo estos objetivos y preferencias con la familia y con los proveedores de cuidados, documentando y revisando estas preferencias si es necesario»*.

El alcance de la definición busca ir más allá de las necesidades físicas, incluyendo un alcance psicológico, social y espiritual.

Aunque sería deseable realizar la Planificación de Decisiones Anticipadas en cualquier momento de la vida, resulta especialmente indicado llevarla a cabo en aquellas personas con enfermedades crónicas, progresivas, incurables y con un pronóstico de vida limitado.



El **objetivo principal de la PDA** es promover un proceso de toma de decisiones compartidas para construir un plan de atención lo más cercano y respetuoso para y con la persona.

Para desarrollar un **modelo de PDA** es esencial:

- Trabajar con un **enfoque de Atención Centrada en la Persona**
- Conseguir la **implicación de las instituciones** y su **equipo directivo**, los cuales deberían promover las medidas estructurales y organizativas necesarias.
- Definir claramente el **proceso y los roles** de cada miembro del equipo, entendiendo que la estrategia de PDA debería responder a un modelo de **intervención multidisciplinar**.
- **Formar** al equipo en los **conocimientos y competencias** necesarias.
- Establecer un **dinamizador o facilitador** del proceso dentro de las organizaciones.
- **Documentar** los resultados de la planificación.
- Establecer los mecanismos que permitan **que el plan esté disponible** para todas aquellas personas y profesionales involucradas en la toma de decisiones.

La Planificación de Decisiones Anticipadas **cobra especial sentido en el ámbito residencial**. Planificar los cuidados en este entorno debería empezar con una interacción con el residente, o si hay una discapacidad cognitiva, con sus familiares o cuidadores, buscando clarificar los valores y objetivos que les guiarán en el uso del tratamiento médico y los cuidados. El plan debe estar documentado y disponible en la residencia. También si la persona es trasladada a un hospital de agudos.

La experiencia de llevar a cabo procesos de Planificación de Decisiones Anticipadas en centros residenciales, demuestra que es necesario que éstos tengan capacidad real de ofrecer servicios paliativos en el propio centro residencial, evitando el traslado a un hospital de agudos. Asimismo, en los hospitales de agudos debería existir la posibilidad de no entrar en la UCI, si así lo ha solicitado la persona.

SESIONES PARALELAS

Humanización de la Salud

La Humanización de la salud es un concepto que va calando en los agentes y organizaciones dedicadas a la atención y el cuidado de personas enfermas, en situación de dependencia y de final de vida. Compete a todos: instituciones públicas y privadas, profesionales, pacientes y familiares.

Actualmente hay una importante corriente para impulsar y recuperar la humanización de la salud, dotándola de los medios y la formación necesarios para contrarrestar la creciente deshumanización de las últimas décadas, causada por factores como la mejora de la tecnología y la súper-especialización de la medicina; la masificación; la burocracia; la negación social del sufrimiento; las condiciones de trabajo de los profesionales sociosanitarios y el *burn out*, entre otros.



En España no existe una Estrategia Nacional de Humanización, pero sí que hay algunas Comunidades Autónomas que han empezado a crear Planes de Humanización, e incluso se han puesto en marcha Direcciones Generales de Humanización Asistencial. Es el caso de la **Comunidad de Madrid**.

El **Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019** en esta Comunidad se ha elaborado con la participación de profesionales, pacientes, cuidadores, asociaciones de pacientes, vecinales y de la sociedad civil. El plan aborda momentos clave de la asistencia, como la acogida y la despedida o el inicio y el final de la vida, y contempla dimensiones como la información, la comunicación, la formación, el trato, el entorno y la relación alcanzando todos los ámbitos asistenciales. Asimismo, pone en valor la capacitación de las personas en el autocuidado de su salud y la autogestión de la enfermedad.

La continuidad asistencial y la coordinación sociosanitaria

La **continuidad asistencial** no puede darse sin la **coordinación entre la atención social y la sanitaria**.

La eventual adopción de una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria debería representar una doble oportunidad: por una parte, la de optimizar los recursos públicos y privados destinados a la atención de las personas que necesitan cuidados de larga duración, con enfermedades crónicas o en situación de dependencia y, por otra, la de avanzar en una atención más eficaz, centrada en la persona y sus necesidades, basada en la cultura del cuidado. Con la definición de procesos e itinerarios de atención adaptados a las necesidades reales de las personas, equipos de atención multidisciplinarios y una puerta de entrada única al sistema.

Adherencia terapéutica y autocuidado en las personas mayores

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «*el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario*». La falta de adherencia terapéutica conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad. La mejora de la adherencia terapéutica así como el autocuidado de la salud, para mantener el bienestar y prevenir enfermedades, pueden promoverse desde todos los ámbitos, principalmente por parte de los profesionales sanitarios en contacto directo con la población. Su fomento es esencial en un contexto de incremento de la cronicidad y la pluripatología en poblaciones cada vez más envejecidas.

Algunas **claves** para mejorar la **adherencia terapéutica** y fomentar el **autocuidado** son:

- Una **comunicación** efectiva entre profesional sanitario y paciente, creando **vínculos de confianza**.
- **Informar, motivar y apoyar** al paciente.
- **Individualizar el tratamiento** buscando simplicidad, ajustándose al máximo a su rutina.



- **Empoderar al paciente y tomar decisiones de forma compartida.** Para ello es necesario mejorar los niveles de **alfabetización en salud** de la población.
- Una buena **coordinación entre los profesionales sanitarios.**
- Potenciar el **rol del farmacéutico comunitario**, que por su cercanía al paciente y su potencial asistencial, le convierten en un agente relevante en la revisión, valoración y seguimiento de la medicación.
- Potenciar el **rol de los profesionales de enfermería** en la formación en el **autocuidado.**

Presentación de la “Guía de actuación en el ámbito de la asistencia farmacéutica en depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios o residenciales

La Fundación Edad&Vida y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) han promovido una línea de trabajo conjunta que ha tenido como resultado la elaboración de una Guía de consenso que pueda ser utilizada como modelo de gestión y dispensación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, con la finalidad de mejorar la efectividad y eficiencia en su utilización, por los pacientes ingresados en centros residenciales.

En la Guía se describen las funciones generales a realizar por los farmacéuticos en el ámbito de los medicamentos y los productos sanitarios y se detallan las funciones asistenciales y de gestión que deberían llevar a cabo en su actuación en el ámbito de los centros sociosanitarios o residenciales. En este sentido, el farmacéutico debe formar parte del equipo multidisciplinar del centro e impulsar, coordinar y desarrollar con el resto del equipo asistencial la Comisión de Farmacia, Productos Sanitarios y Dietoterápicos del centro.

Alimentación y Nutrición centrada en la persona

Los **factores nutricionales** son determinantes en el **retraso del envejecimiento** y la **prevención** de determinadas **patologías**.

En los países occidentales la **malnutrición**, o el riesgo de padecerla, se concentra principalmente en las **personas mayores**.

A pesar de que los españoles mayores mantienen mejores hábitos alimentarios que los de los mayores en otros países de su entorno, en los últimos años la tradicional **dieta mediterránea está en retroceso**.

Combinar una adecuada **nutrición con ejercicio físico** mejora la masa muscular, la fuerza, el balance y la velocidad en las personas mayores de 65 años.

Por todo ello, los **sistemas de salud pública** deberían impulsar **estrategias** para prevenir los problemas de malnutrición.



Gestión eficiente del ahorro tras la jubilación

El envejecimiento de la población y el incremento de la longevidad impactan directamente en las necesidades de financiación de las personas en la etapa de la jubilación.

Conseguir que el ahorro acumulado durante la vida activa sea suficiente hasta el momento del fallecimiento implica distribuir este ahorro a lo largo de un periodo de tiempo del cual desconocemos su duración.

Ante esta realidad, las **entidades financieras y aseguradoras, así como la Administración**, deberán desarrollar **nuevos procesos de asesoramiento** e impulsar **productos y servicios que permitan gestionar eficaz y eficientemente el ahorro de las personas mayores**, dando respuesta a los **riesgos** asociados a la **longevidad**, las posibles situaciones de **dependencia**, la **iliquidez** (teniendo en cuenta las elevadas tasas de inversión en bienes inmuebles que presentan las personas mayores) y las **decisiones financieras** futuras.

El Seguro de Dependencia

En España no existe conciencia social sobre la necesidad de prever el riesgo de dependencia. A ello contribuye la confusión existente entre los conceptos de cronicidad, dependencia y minusvalía.

También es confuso el nivel de financiación pública de las situaciones de dependencia, así como su grado de homogeneidad entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Además existe una clara incertidumbre sobre cuál será el número de personas en situación de dependencia en el futuro, así como el coste de sus cuidados.

Todo ello tiene como consecuencia que el seguro privado de dependencia no se haya desarrollado en España a diferencia de lo que ocurre en otros países de nuestro entorno.

Para dar un impulso definitivo a su desarrollo, se ha propuesto que el **Estado asuma parte del riesgo de la contingencia**, además de fomentar el **seguro colectivo** y de **concienciar a la población** sobre el riesgo al que se enfrentan y los **límites de la cobertura**. Además, se ha apuntado que el **sistema regulatorio debería ser claro y favorable**.

TALLERES

Rutas asistenciales de atención a la complejidad en un escenario de atención integrada

En este taller se han presentado ejemplos de atención integrada a personas con patologías crónicas y necesidades de atención social y sanitaria complejas. Según el conductor del taller, los próximos años van a ser decisivos en la consolidación de modelos óptimos de atención a las personas con mayor vulnerabilidad.



La vida al aire libre como medio para mejorar la calidad de vida de las personas mayores

Los jardines terapéuticos son espacios donde puede trabajarse la relajación y el bienestar de las personas mayores. En centros residenciales permiten incorporar terapias ocupacionales al aire libre. Se han obtenido excelentes resultados en personas mayores, especialmente en aquellas personas con demencia, disminuyendo los síntomas de depresión, mejorando el sueño, el apetito y el bienestar en general.

Modelos de identificación y abordaje asistencial de los pacientes crónicos complejos y con enfermedades crónicas avanzadas

En este taller se han abordado algunos de los retos habituales en este ámbito: la formación de profesionales; la educación e implicación de la ciudadanía, los aspectos culturales, los dilemas éticos y la evaluación del impacto.

Escuela de cuidadores del Hospital de Guadarrama: una oportunidad para aprender de la mano de tu enfermera entrenadora

La escuela de cuidadores tiene como objetivo principal mejorar el cuidado y el manejo de las personas en su transición del hospital al domicilio. Para ello se ha creado la figura del enfermero/a tutor, el cual realiza un plan de formación individualizado para los cuidadores que se encargarán de la atención del paciente en el domicilio, dotándole de los conocimientos y habilidades necesarias para que se sienta seguro y capaz de proporcionar el cuidado adecuado a su familiar.

POSTERS

El Congreso ha contado, por primera vez, con la presentación de posters en los ámbitos de:

- Atención integrada y centrada en la persona
- Alimentación y Nutrición en personas mayores
- Atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario
- Final de Vida

Se han presentado un total de 23 posters, reservándose un espacio para el intercambio de impresiones entre los autores y los congresistas a lo largo de los 2 días de Congreso.

Pueden consultarse los proyectos presentados en la página web de la Fundación Edad&Vida www.edad-vida.org.