

Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España

Eduardo Zafra^a / Rosana Peiró^b / Nieves Ramón^b / Carlos Álvarez-Dardet^c / Carme Borrell^d

^aServicio de asistencia sociosanitaria, Dirección General para la prestación asistencial, Consejería de Sanidad, Generalitat Valenciana, Valencia, España; ^bCentro de Salud Pública de Alzira, Dirección General de Salud pública, Consejería de Sanidad, Generalitat Valenciana, Alzira, Valencia, España; ^cUniversidad de Alicante, Alicante, España; ^dAgència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España.

(Analysis of the formulation of policies on aging in plans for social and health care and care of the elderly in autonomous communities in Spain)

Resumen

Objetivo: Describir y comparar la formulación de las políticas autonómicas sobre envejecimiento en España disponibles en el año 2002.

Material y método: Se analiza la formulación de las políticas sobre envejecimiento en las comunidades autónomas que tienen publicado un plan específico de atención a las personas mayores o un plan sociosanitario, que incluye atención a las personas mayores, comparando con un estándar de referencia.

Resultados: Siete comunidades autónomas tenían en 2002 un documento de las características del estudio. Seis de ellos son planes sociosanitarios, que incluyen una parte específica de atención a las personas mayores; en Canarias hay un plan específico de atención a las personas mayores en el nivel primario de salud. Existen diferencias en el número de intervenciones que propone cada región, entre un rango de 14 (Cataluña) hasta 44 acciones (Cantabria), de las 62 propuestas en el estándar de referencia. Cantabria y Extremadura son las únicas que plantean acciones en todos los ámbitos posibles. Existe una gran variabilidad en los planes, en función de su orientación al aspecto individual y curativo (Extremadura), o hacia los aspectos sociales y preventivos (Cantabria).

Conclusiones: El número de propuestas de los diferentes planes está por debajo de lo que sería posible realizar según el estándar de referencia utilizado en esta comparación. En general, los planes están más orientados hacia fases más tardías de la dependencia y al entorno próximo de las personas mayores.

Palabras clave: Planes sociosanitarios. Políticas sobre envejecimiento. Personas mayores.

Abstract

Objective: To describe and compare the formulation of policies on aging in the autonomous communities of Spain available in 2002.

Material and method: The formulation of policies on aging in autonomous communities that published a specific plan on the care of the elderly or a social and health care plan that included elderly care were compared with a standard.

Results: In 2002, seven autonomous communities had a document with the above-mentioned characteristics. Six of these were social and health care plans that included a specific section on the care of the elderly; the Canary Islands had a plan for the care of the elderly in primary care. Differences were found in the number of interventions proposed by each autonomous community, ranging between 14 (Catalonia) and 44 (Cantabria) out of the 62 proposed in the standard. Cantabria and Extremadura were the only autonomous communities that established interventions in all the possible areas. Wide variability was found in the plans, depending on their orientation toward an individual and treatment focus (Extremadura) or toward a social and preventive focus (Cantabria).

Conclusions: The number of proposals in the various plans was lower than that in the standard used for comparison. In general, the plans focused on the later phases of dependency and on the immediate setting of the elderly.

Key words: Social and health care plans. Aging policies. The elderly.

Correspondencia: Dr. Eduardo Zafra. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Valencia. Micer Mascó, s/n. Valencia. España. Correo electrónico: zafra_edu@gva.es

Recibido: 6 de septiembre de 2005.

Aceptado: 2 de febrero de 2006.

Introducción

Abordar el envejecimiento mediante la implantación de políticas requiere que se produzca una sinergia entre los recursos sanitarios y los sociales, que se proporcione el apoyo necesario

a las familias y que se impliquen las asociaciones comunitarias^{1,2}. Esto necesita una estrategia que movilice, involucre y coordine todos los sectores implicados. Los planes explícitos se consideran útiles para ofrecer una dirección estratégica a las organizaciones, al recoger las metas y los objetivos para mejorar la salud, las prioridades entre los objetivos propuestos y las principales acciones para conseguirlo³.

En una situación de descentralización administrativa, donde las comunidades autónomas (CCAA) son responsables de la formulación y la ejecución de los planes de atención a los mayores, es importante conocer su orientación para saber qué prioridades de intervención o áreas de interés tienen, en qué lugar de su agenda política se recogen, y si hay diferencias importantes entre ellas que condicionen la equidad del Sistema Nacional de Salud.

La formulación de las políticas sobre envejecimiento y atención a personas mayores por parte de las CCAA se hace generalmente a través de los planes sociosanitarios, que están orientados a los colectivos de población con dependencia y que, en función de los gobiernos autónomos que los elaboran, incluyen a las personas mayores, los enfermos mentales, las discapacidades, las drogodependencias, los cuidados paliativos, etc. Aunque la inclusión de diferentes colectivos es variable, en todos ellos están presentes las personas mayores como grupo específico de formulación de políticas.

En los países desarrollados el envejecimiento es un problema de gran trascendencia por muchos factores y, desde el punto de vista que nos ocupa, por la dependencia que genera y sus consecuencias sociales y económicas. España, con un 17% de mayores de 65 años, está entre los 5 países con población más envejecida del mundo⁴. Según la Encuesta de Soledad de las personas mayores⁵, el 66% de los mayores de 65 años sería completamente independiente, el 34% dependiente para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria, y el 13,5% sería dependiente para las actividades básicas, es decir, requiriere la ayuda de otras personas para su cuidado⁶. Según la Encuesta de Discapacidades, la tasa de discapacidad en personas de 65 o más años era de 322,1 por cada 1.000 habitantes; la razón entre mujeres y hombres es de 1,8, y de 2,2 en el caso de personas con 80 años o más⁷.

El envejecimiento no es un problema de salud, pero sí lo es si aparece dependencia. Por tanto, las políticas sobre envejecimiento y atención sociosanitaria de los ancianos deben dirigirse a reducir y/o retrasar su aparición y cuidar y dar apoyo cuando la dependencia aparece^{8,9}.

La dependencia se asocia con determinados factores de riesgo, como la soledad, los bajos ingresos, el impacto de los eventos de la vida cotidiana (p, ej., la muerte de la pareja o de personas más cercanas),

la acumulación de condiciones geriátricas (caídas, pérdidas sensoriales, incontinencia, desnutrición y demencia) y las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad isquémica, obstrucción crónica del flujo aéreo). Esta acumulación de factores en los ancianos tiene un efecto multiplicador del aumento de la dependencia frente el aumento aditivo en las personas jóvenes. Todo esto se agrava en las personas mayores de 85 años, de sexo femenino y bajo nivel educativo¹⁰⁻¹². Con el incremento del envejecimiento, la dependencia aumenta y se produce una desproporción entre las necesidades y los recursos disponibles —a menudo poco profesionalizados—, por lo que la solución a los problemas de dependencia sigue recayendo en la familia, sobre todo en las mujeres, que son el agente sanitario más importante de atención primaria¹³.

El objetivo de este estudio es analizar la formulación de las políticas autonómicas sobre envejecimiento en España disponibles en el año 2002, y recogidas en planes específicos de atención a mayores o en planes sociosanitarios en que aparezca un apartado definido dedicado a estas personas, mediante una metodología que compara y describe la orientación de esta formulación según el estadio de la dependencia y el ámbito de acción.

Material y método

La búsqueda de documentos específicos de las políticas sobre envejecimiento fue realizada desde febrero a mayo de 2002 a través de la consulta a las páginas web de las diferentes consejerías de sanidad y/o bienestar social, contactando telefónicamente con las que no tenían información disponible en Internet para identificar la existencia de documentos de estas características.

El análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento contenidas en los planes a estudio se realizó mediante una metodología que utiliza un estándar de referencia para la comparación¹⁴. Este estándar fue construido mediante la revisión de la bibliografía y la discusión de un grupo multidisciplinario de expertos, con la finalidad de identificar intervenciones dirigidas a la prevención de la dependencia o a la disminución de la discapacidad mediante prevención de la enfermedad (acumulación de factores de riesgo de enfermedad crónica y enfermedades geriátricas), maximización de su autonomía personal y mejora de la calidad de vida¹⁰. El grupo de expertos estaba formado por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social del ámbito de la asistencia sociosanitaria, principalmente del anciano frágil; expertos en planificación de recursos asistenciales sanitarios y sociales para personas ma-

yores, gerentes de centros de atención sociosanitaria, especialistas en rehabilitación geriátrica y expertos en desigualdades sociales. La información obtenida se clasificó en una matriz de 4 columnas por 3 filas. Las columnas recogen el ámbito de acción de las políticas sobre los factores personales, el entorno próximo (casa y convivientes), el entorno externo (infraestructuras y apoyo comunitario) y el sistema social. Las filas clasifican el problema de salud según los distintos estadios de su evolución: anciano independiente, con alguna dependencia y anciano dependiente, y en cada uno de estos 3 estadios un recordatorio sobre la diferenciación entre tercera (65-80 años) y cuarta edad (mayores de 80 años), que se incluyó en la discusión con los expertos, dado el aumento de la esperanza de vida y el desarrollo conceptual de esta diferenciación. El estándar de referencia resultante y que se usa como comparación¹⁴ se recoge en la tabla 1, y su lectura identifica acciones en cuanto al estado de los ancianos en el momento que se producen (independencia, dependencia ligera y gran dependencia) y el ámbito de actuación de estas acciones (individual, del entorno familiar, comunitario y del sistema social).

Debido a la variabilidad estructural de los documentos, se ha optado, al compararlos con la matriz estándar, por extraer las intervenciones de los apartados de los planes que contienen propuestas de actuación, tanto objetivos como acciones concretas recogidas en recomendaciones o conclusiones que supongan un compromiso de acción. Estos apartados se identifican como «líneas estratégicas o básicas, objetivos, acciones y/o medidas a seguir, conclusiones y/o recomendaciones». En algunos planes analizados (Galicia y Navarra) las acciones orientadas a la formación de los profesionales no están recogidas en los epígrafes seleccionados, sino que tienen un apartado específico donde se recogen las acciones recomendadas por la matriz estándar.

Para realizar esta comparación se buscó la similitud con el estándar de cada intervención identificada en los planes, agrupando las que expresaran el mismo concepto —p. ej., todas las intervenciones propuestas en forma de «información» se asimilan en el estándar como una intervención única identificada como «información/educación para la mejora de la calidad de vida: envejecimiento saludable (abuso de sustancias tóxicas, alimentación, autocuidados), ocio (actividad física, turismo de salud y viajes), educación para actividades de la vida diaria»—, y esto es así tanto para un plan que especifique la intervención en grupos de población sana como un plan con una única intervención en población general sana.

La representación gráfica de este modelo permite visualizar la orientación de las estrategias sobre envejecimiento en las CCAA analizadas, según el estadio independencia/dependencia del anciano y ámbito

de acción. A mayor número de intervenciones, mayor intensidad de tono, tanto las identificadas en el estándar como las propuestas en los planes. Cada celda contiene, en primer lugar, los números con los que se puede identificar la intervención concreta que se corresponde con la del estándar. En segundo lugar, aparece el porcentaje de intervenciones que éstas representan con respecto al total de acciones de esa celda en el estándar. Los marginales corresponden al número total de intervenciones de cada fila (estadio de la dependencia) y de cada columna (ámbito de acción) y sus porcentajes respecto al total de filas y columnas del estándar.

Resultados

En 10 CCAA no hay una formulación de un plan sociosanitario, mientras que en 6 de ellas sí tienen un programa sociosanitario que recoge las políticas sobre envejecimiento y está orientado a las personas mayores¹⁵⁻²⁰, además de otros colectivos con dependencia y susceptibles de atención sociosanitaria. Canarias tiene un programa para las personas mayores, pero exclusivamente dirigido a atención primaria²¹.

El análisis comparativo de los planes autonómicos sociosanitarios muestra variabilidad en cuanto al número y orientación de las intervenciones propuestas, con un rango entre 14 (Cataluña) y 44 intervenciones (Cantabria) frente a las 62 del estándar de referencia (fig. 1). Se identifican 3 grupos según el número de intervenciones: un grupo con un número de propuestas de acción inferior a 20, que representa menos de un tercio de las intervenciones del estándar, y en el que se ubican los planes de Cataluña, Galicia y Canarias; otro integrado por Navarra y Baleares, que proponen entre 20 y 30 acciones, lo que supone algo menos del 50% de las propuestas por el estándar, y un tercer grupo con más de 40 intervenciones, lo que representa más del 66% del estándar, en el que estarían ubicados Extremadura y Cantabria.

Según la orientación independencia/dependencia que define las filas de la matriz, los planes de Cantabria y Extremadura son los más orientados a la prevención primaria, haciendo hincapié en acciones que favorezcan la autonomía de las personas mayores, con un porcentaje del 66,6 y del 58%, respectivamente. Canarias y Baleares apuntan entre un 37,5 y un 41,6% de las acciones orientadas a la prevención primaria, mientras que en los planes de Navarra, Galicia y Cataluña estas actividades no llegan al 20% de las propuestas en el estándar.

Cuando la dependencia está ligeramente instaurada, son los planes de Cantabria y Cataluña los que aportan más iniciativas para el control de la dependencia,

Tabla 1. Descripción de las acciones de referencia sobre los 4 ámbitos identificados para la disminución de las discapacidades, maximización de la autonomía y mejora de la calidad de vida de las personas mayores de 65 años

Dependencia	Políticas orientadas a intervenir sobre los factores personales	Políticas orientadas a intervenir sobre los factores del entorno próximo: casa y familia o convivientes	Políticas orientadas a intervenir sobre los factores del entorno externo e infraestructura y población	Políticas orientadas a intervenir sobre el sistema social
Personas de 65-80 y > 80 años con independencia	<p>1. Información/educación para la mejora de la calidad de vida: envejecimiento saludable (abuso de sustancias tóxicas, alimentación, autocuidados), ocio (actividad física, turismo de salud, viajes), educación para las actividades de la vida diaria</p> <p>2. Diagnóstico precoz de factores de riesgo: hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, enfermedad isquémica, alcoholismo...</p> <p>3. Vacunaciones: gripe, tétanos</p> <p>4. Prevención de enfermedades geriátricas: audición, caídas, visión, incontinencia, demencia, trastornos del comportamiento, desnutrición y problemas dentales</p> <p>5. Soledad, programas de apoyo emocional</p> <p>6. Grupos de edad: 65-80, > 80 años</p> <p>7. Apoyo en momentos de importantes de la vida: pérdida de la pareja</p>	<p>1. Barreras arquitectónicas para prevención de accidentes domésticos y la adaptación (ascensor, etc.)</p> <p>2. Recursos informales de apoyo: apoyo social</p> <p>3. Soporte familiar</p> <p>4. Apoyo a los cuidadores ancianos</p>	<p>1. Instalaciones apropiadas para la actividad física y el ocio</p> <p>2. Eliminación de barreras urbanísticas: prevención de caídas y adaptación funcional</p> <p>3. Acceso a los transportes públicos</p> <p>4. Estimular la participación en la vida social, desarrollo de grupos senior</p> <p>5. Asociaciones de defensa, presión e información</p>	<p>1. Recursos económicos para una vejez autónoma</p> <p>2. Legislación sobre vivienda y barreras arquitectónicas y urbanísticas</p> <p>3. Revalorizar la imagen social de los ancianos, en toda la población y en este grupo</p> <p>4. Incentivar el aprendizaje (educación de adultos)</p> <p>5. Educación para la jubilación</p> <p>6. Asegurar la cobertura asistencial socioasistencial básica</p> <p>7. Investigación en promoción de salud</p> <p>8. Formación en promoción de salud</p>
Personas de 65-80 y > 80 años con alguna limitación para las actividades de la vida diaria y/o las instrumentales	<p>1. Control y seguimiento de los factores de riesgo</p> <p>2. Control y seguimiento de las enfermedades crónicas y el impacto de la comorbilidad: diabetes, artrosis, enfermedad cardiaca, trastornos del comportamiento</p> <p>3. Control y seguimiento de las condiciones geriátricas: incontinencia, pérdidas de visión y audición, lesiones por caídas, desnutrición, problemas dentales</p> <p>4. Rehabilitación para impedir el desarrollo de la discapacidad</p> <p>5. Actividades de vida cotidiana instrumentales y funcionales</p> <p>6. Para paliar el impacto de la soledad</p> <p>7. Utilización de material ortopédico/ayudas técnicas</p> <p>8. Utilización de dispositivos asistenciales específicos sanitarios y sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sanitarios: unidad de valoración geriátrica (media y corta estancia), hospital de día, equipos de soporte geriátrico - Sociales: ayuda social a domicilio, centros de día, viviendas tuteladas 	<p>1. Barreras arquitectónicas: adaptación al nivel de dependencia</p> <p>2. Ayuda en el domicilio</p> <p>3. Cuidados sustitutos a la familia, prevención de claudicación familiar</p> <p>4. Ayudas técnicas favorecedoras de la autonomía</p>	<p>1. Eliminación de barreras urbanísticas: adaptación, prevención de caídas, introducción de elementos de orientación temporoespacial y ayudas técnicas (avisos en los semáforos)</p> <p>2. Adaptación del transporte público</p> <p>3. Accesibilidad a material ortopédico y ayudas técnicas</p> <p>4. Voluntariado y grupos de ayuda mutua: de iguales e intergeneracionales</p> <p>5. Oferta de dispositivos asistenciales específicos sanitarios y sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sanitarios: unidades de valoración geriátrica (unidades de media y corta estancia), hospital de día, equipos de soporte geriátrico - Sociales: ayuda social a domicilio, centros de día, viviendas tuteladas 	<p>1. Legislación que compatibilice la actividad laboral y cuidadora</p> <p>2. Formación de profesionales específica en geriatría y en cuidados de los ancianos y de los cuidadores</p> <p>3. Formación del voluntariado</p> <p>4. Investigación en discapacidades</p>
Personas de 65-80 y > 80 años dependientes	<p>1. Control y seguimiento de las condiciones geriátricas: incontinencia, visión y audición, lesiones por caídas</p> <p>2. Rehabilitación para impedir el desarrollo de la discapacidad funcionales</p> <p>3. Actividades de la vida cotidiana instrumentales y funcionales</p> <p>4. Utilización de dispositivos asistenciales específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sanitarios: UHD, hospital de media y larga estancia, PADES, atención primaria a domicilio - Sociales: residencias asistidas, ayuda a domicilio <p>cuidados sustitutos residenciales y/o domiciliarios</p>	<p>1. Barreras arquitectónicas: adaptación al nivel de dependencia</p> <p>2. Cuidados sustitutos a la familia, prevención de la claudicación familiar</p> <p>3. Formación a los cuidadores sobre: cómo prestar cuidados, compartir responsabilidad y disminuir el impacto sobre la propia salud</p> <p>4. Seguimiento del impacto de los cuidados sobre la salud del cuidador principal</p> <p>5. Apoyo al desarrollo de asociaciones de familiares de enfermos: grupos de ayuda mutua de familiares</p>	<p>1. Barreras urbanísticas</p> <p>2. Voluntariado</p> <p>3. Grupos de ayuda mutua</p> <p>4. Oferta de dispositivos asistenciales específicos sanitarios y sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sanitarios: UHD, hospital de media y larga estancia, PADES, atención primaria a domicilio - Sociales: residencias asistidas, ayuda en el domicilio, cuidados sustitutos residenciales y/o domiciliarios 	<p>1. Recursos económicos adicionales en función del grado de discapacidad</p> <p>2. Inversión en infraestructuras de servicios para ancianos</p> <p>3. Desgravación fiscal para los cuidadores</p> <p>4. Seguro de dependencia y ley de integración</p>

la disminución de su impacto y la potenciación de la rehabilitación. El plan de Baleares presenta un porcentaje de acciones dirigidas a la prevención secundaria superior al 50%, seguido de Navarra con casi el 43%. Cataluña, Galicia y Canarias con porcentajes inferiores al 30% son los planes que menos desarrollan acciones en la fase de dependencia ligera.

En todos los planes se observa un incremento de acciones orientadas a las personas mayores con dependencia, lo que supone más del 30% de las intervenciones del estándar, excepto el de Canarias. Los planes de Extremadura, Cantabria y Navarra sitúan sus propuestas de actuación por encima del 70%, mientras que en Baleares, Cataluña y Galicia el porcentaje oscila entre el 35 y el 47%.

En el análisis de las políticas según su orientación individual o social, los planes de Extremadura y Cantabria tienen planificadas acciones por encima del 50%. El resto está por debajo de esa cifra, destacando Navarra con el 15,7% de las acciones. Los planes de Cantabria, Extremadura y Baleares rebasan el 50% de acciones en el ámbito social, destacando Cantabria con el 75% de las propuestas del estándar de referencia. Navarra recoge casi un 44%, y en Cataluña, Canarias y Galicia el porcentaje de acciones orientadas a fortalecer el sistema social no alcanza el 20%.

En el conjunto de acciones orientadas hacia el entorno próximo y externo, cuatro planes tienen un porcentaje superior al 40% (Extremadura, Cantabria, Navarra y Baleares) y, excepto en el caso de Cantabria, son más numerosas las acciones dirigidas hacia el entorno próximo. La mayor orientación al entorno externo la comparte Cantabria con Cataluña, aunque esta última con un porcentaje mucho más bajo.

Los planes de Extremadura y Cantabria son los que más diversifican sus actuaciones y reflejan una mayor similitud con el estándar, con intervenciones en todas las dimensiones temporales y ámbitos de acción, no identificándose en ellos celdas vacías. El plan de Extremadura es el que propone más intervenciones en el entorno próximo al paciente anciano y en prevención terciaria. El plan de Cantabria desarrolla más ampliamente las intervenciones en infraestructuras y movilización de grupos sociales de apoyo a familiares y pacientes, así como intervenciones dirigidas al anciano sano o con alguna limitación para las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.

Discusión

Un aspecto muy llamativo, a fecha de inicio de la búsqueda, es la ausencia de planes en 10 CCAA. Todas tenían transferidas las políticas sociales y muchas de ellas, en ese momento, las de sanidad; además, el pro-

blema del envejecimiento ya era uno de los temas emergentes en el diseño de políticas de futuro.

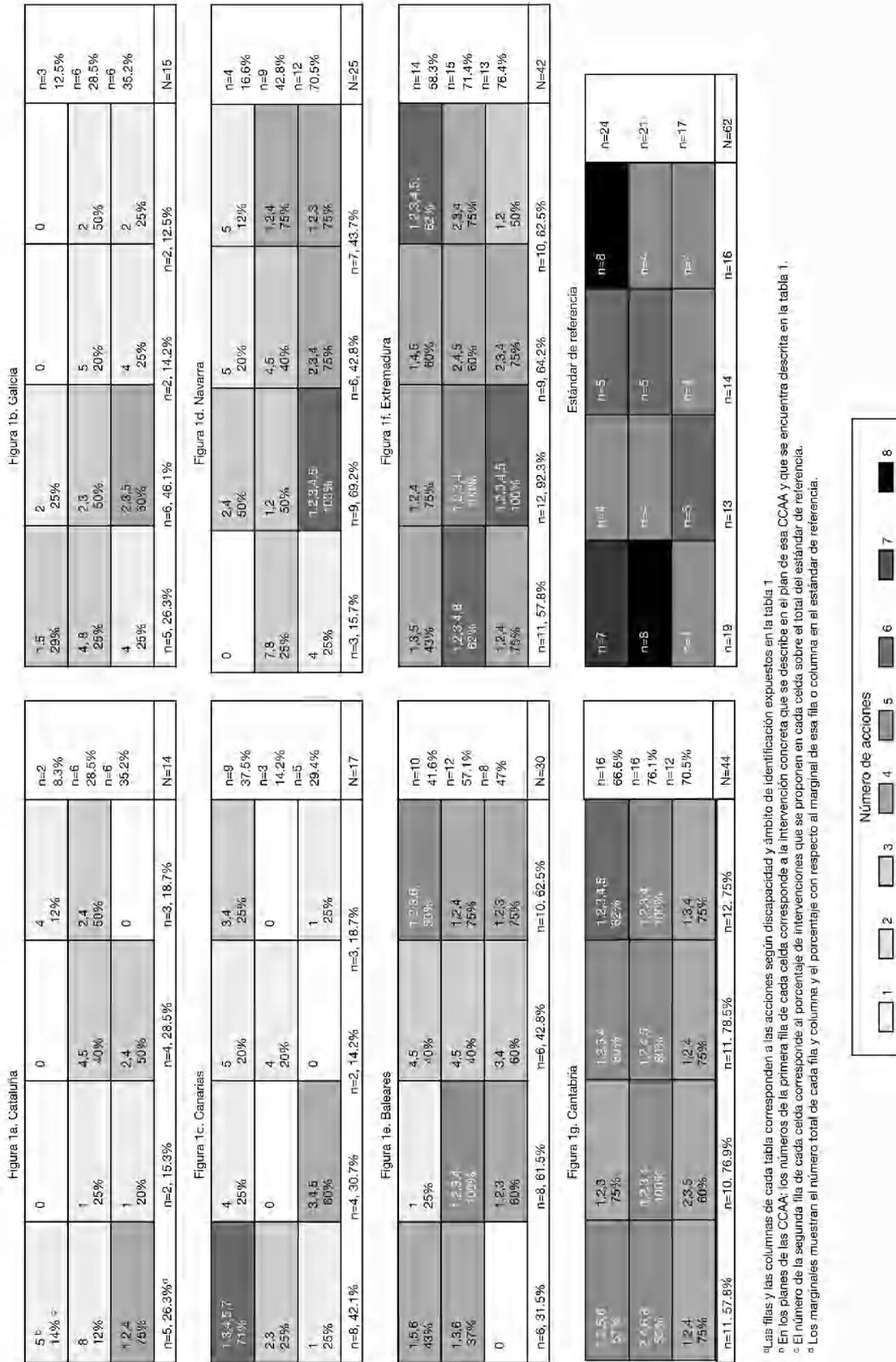
De los planes analizados destaca la importante variabilidad observada, lo que indica que no existe un patrón claro de elaboración en las intervenciones que se deben desarrollar, cuando el proceso de envejecimiento y sus consecuencias es similar para todas ellas. Puede variar el porcentaje de mayores de 65 años, pero globalmente presentarán problemas similares, que según los expertos es posible jerarquizar^{8,10}.

Los planes autonómicos sobre políticas de dependencia en el envejecimiento son, en general, asistenciales, lo que implicando sus esfuerzos en las propuestas de servicios y recursos para la situación de mayor dependencia, es decir, tardíos y poco preventivos, mientras que sus propuestas se orientan más hacia el entorno próximo del paciente. El programa de Canarias es una excepción, ya que estructuralmente se parece al estándar en cuanto es un programa de ámbito individual y orientación precoz. Esta singularidad se debe al hecho de que va dirigido a la atención primaria, donde la prevención primaria tiene su mejor instrumento. Aunque inicialmente dudamos de su inclusión en el análisis por su carácter más sectorial, lo hemos incluido por ser un documento explícito sobre política dirigida al envejecimiento, que recoge mayoritariamente acciones sanitarias, pero también sociales y supone un grado de compromiso mayor por parte de esta región frente a otras que carecen de un documento explícito. El documento disponible del plan de Cataluña es muy limitado y refleja fundamentalmente la filosofía del modelo y contrasta con el desarrollo de recursos del programa «Vida als anys». Los planes de Cantabria y Navarra tienen una valoración económica y un cronograma de implantación.

Es preciso reseñar algunas limitaciones de esta metodología con respecto al estándar de referencia y al proceso de comparación¹⁴. En primer lugar, el estándar es dinámico y puede variar en función de las innovaciones científicas, técnicas u organizativas que se produzcan; por tanto es necesaria su revisión periódica. En segundo lugar, en el proceso de comparación es difícil identificar en los propios documentos analizados las intervenciones para comparar por qué algunos de ellos no pasan de ser la expresión de la voluntad de avanzar en un modelo de atención, mientras que otros están orientados muy concretamente hacia ámbitos asistenciales precisos. Otro aspecto que cabe resaltar es que los planes recogen límites temporales diferentes aunque superpuestos, pero ello no invalida los resultados ni las conclusiones.

En general, existe una distancia notable entre el estándar de referencia y las acciones recogidas como tales en los planes. La elaboración de estas estrategias de abordaje de los problemas de salud en ocasiones se utiliza por los gobiernos como simple ejercicio retóri-

Figura 1. Análisis comparativo de los planes autonómicos sociosanitarios según el número y orientación de las intervenciones.



Las filas y las columnas de cada tabla corresponden a las acciones según discapacidad y ámbito de identificación expuestos en la tabla 1.
^a En los planes de las CCAA, los números de la primera fila de cada celda corresponden a la intervención concreta que se describe en el plan de esa CCAA y que se encuentre descrita en la tabla 1.
^b El número de la segunda fila de cada celda corresponde al porcentaje de intervenciones que se proponen en cada celda sobre el total del estándar de referencia.
^c Los marginales muestran el número total de cada fila y columna y el porcentaje con respecto al marginal de esa fila o columna en el estándar de referencia.

co, más dirigido a seducir a la población, que en definitiva debe corroborar su permanencia en el poder, que a constituirse en un verdadero instrumento de planificación estratégica para afrontar complejos problemas de salud^{22,23}. Se requeriría una transparencia social para la elaboración de políticas, mediante la participación de expertos y organizaciones sociales, y definiendo los mecanismos de control y evaluación periódicos, con el desarrollo de indicadores precisos que midan el impacto en resultados en salud^{24,25}.

Queremos constatar que la falta de documentos explícitos en las demás CCAA no significa que no tengan acciones orientadas a las personas mayores. Los planes de salud, presentes en la mayor parte de las CCAA, incluyen objetivos orientados a la atención de esta población, pero no hemos querido analizar los documentos de salud integrales, sino los específicos, donde se recogen de manera explícita estas políticas. Del mismo modo, queremos constatar que, en otras administraciones públicas, como las diputaciones o ayuntamientos, se desarrollan políticas sociosanitarias de atención a las personas mayores y otros colectivos. Estas acciones, sin embargo, pueden ser muy dispersas y desiguales. La razón de analizar estos planes en el ámbito de las CCAA es porque éstos tienen la función, o al menos tenemos que exigirla, de garantizar unos mínimos, dar una orientación al sistema e incorporar una propuesta para su evaluación.

Esta metodología ha mostrado que puede ser un instrumento útil para el análisis de las acciones formuladas en los planes sociosanitarios. Para recoger las líneas de intervención adecuadas en la resolución de los problemas de salud, los planes deberían adecuarse a las evidencias científicas y al consenso de los expertos. La gran variabilidad en el contenido de los planes justificaría la introducción de criterios uniformes para su elaboración. Un instrumento adecuado para ello podría estar basado en la metodología utilizada en este trabajo, contribuyendo además a mejorar la equidad del sistema.

Agradecimientos

Este estudio ha sido parcialmente financiado por una beca educativa libre de Merck Sharp & Dohme.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas: Nieves Berna, Hospital La Fe, Valencia; M. Carmen García Ameijeiras, Departament Salut de Catalunya, Hospitalet de Llobregat; María del Mar García Calvente, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; Ramón Navarro, Hospital Dr. Moliner, Serra, Valencia; Izabella Rohlf, Instituto Municipal de la Salud, Barcelona; Mary Ana Martínez, Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana.

También a los otros miembros del grupo MAR (Metodologías de Aproximación Rápida), Concha Colomer, M. Isabel

Pasarín, Carmela Moya y Antoni Plasència, por sus aportaciones.

Bibliografía

1. Baum FE, Bush RA, Modra CC, Murray CJ, Cox EM, Alexander KM, et al. Epidemiology of participation: an Australian community study. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:414-23.
2. Ziersch AM, Baum FE. Involvement in civil society groups: Is it good for your health? *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:493-500.
3. Ritsatakis A. Conception, evaluation and experiences with the implementation of the WHO HFA targets. European Public Health Centre, editores. *International Workshop Targets Setting in Brussels 8 and 9 March 1996*. North Rhine-Westphalia: Institute of Public Health NRW; 1996.
4. Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit*. 2004; Supl 1:69-80.
5. Centro de Investigaciones Sociológicas. Encuesta «La soledad en las personas mayores» 1998 [citado 20 Jun 2005]. Disponible en: <http://www.cis.es/File/ViewFile.aspx?FileId=1841>
6. Casado Marín D, López Casanovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales; 2001.
7. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 [citado 3 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>
8. Fried LP, Bush TL. Morbidity as a focus of preventive health care in the elderly. *Epidemiol Rev*. 1988;10:48-64.
9. Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:25-46.
10. Fried LP. Epidemiology of aging. *Epidemiol Rev*. 2000;22:95-106.
11. De Andrés-Pizarro J. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:126-31.
12. Shaar K, McCarthy M. Definitions and determinants of handicap in people with disabilities. *Epidemiol Rev*. 1994;16:228-42.
13. Durán Heras MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA; 2002.
14. Peiró R, Álvarez-Dardet C, Plasencia A, Borrell C, Colomer C, Moya C, et al. Rapid appraisal methodology for «health for all» policy formulation analysis. *Health Policy*. 2002;62:309-28.
15. Plan Sociosanitario de Extremadura 2001-2005. Junta de Extremadura. Consejería de Bienestar Social [citado 26 Feb 2002]. Disponible en: <http://www.juntaex.es/consejerias/bs/mayores/indexpl.htm>
16. Plan sociosanitario de Baleares. Palma de Mallorca: Gobierno de las Islas Baleares. Consejería de Salud y Consumo.
17. Ruiz de Salazar D, Gómez A, Romero G, Torcida I. Plan de acción socio-sanitario para el Mayor. Cantabria 1999-2005. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Santander: Fundación Marcelino Botín; 2000.
18. Plan Foral de Atención Sociosanitaria. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social; 2000.
19. El model d'atenció sociosanitària a Catalunya. Pla de Salut. Quadern núm. 5. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut; 1994.
20. Programa de Atención Sociosanitaria. Plan estratégico. Xunta de Galicia. Subdirección Xeral do Programa de Atención Sociosanitaria; 1999.

21. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud; 1999.
22. Guillén Llera F, Ribera Casado JM. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos, S.A.; 2000.
23. Gispert R, Van De Water H, Van Herter L. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: una revisión documental del proceso. *Gac Sanit.* 2000;14 Supl 3:34-44.
24. Martínez Zahonero JL. Economía del envejecimiento. Madrid: Consejo Económico y Social. Colección de estudios; 2000.
25. Martínez Zahonero JL. Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos. Madrid: Consejo Económico y Social; 2000.