

ORIGINAL

Recibido: 27/6/2022
 Aceptado: 14/9/2024
 Publicado: 16/10/2024
 e202410056
 e1-e12

Frailty, dependence, and unwanted loneliness in elderly. A review of the health plans

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

FINANCIACIÓN

Ayudas para la Recualificación del Sistema Universitario Español (Programa Margarita Salas: RSUUDC.MS10) financiado por el Ministerio de Universidades.

CORRESPONDENCIA

Mónica Pérez-Ríos
 Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
 Facultad de Medicina.
 Universidad de Santiago de Compostela.
 C/ San Francisco, s/n. CP 15782.
 Santiago de Compostela. España.
monica.perez.rios@usc.es

CITA SUGERIDA

Rial-Vázquez J, Pérez-Ríos M, Varela-Lema L, Rey-Brandariz J, Candal-Pedreira C, Vila-Farinas A, Martín-Gisbert L, Ruano-Ravina A. Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud. Rev Esp Salud Pública. 2024; 98: 16 de octubre e202410056.

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

AUTORES

Jessica Rial-Vázquez (1,2)
 Mónica Pérez-Ríos (1,3,4)
 Leonor Varela-Lema (1,3,4)
 Julia Rey-Brandariz (1)
 Cristina Candal-Pedreira (1,4)
 Andrea Vila-Farinas (1)
 Lucía Martín-Gisbert (1)
 Alberto Ruano-Ravina (1,3,4)

FILIACIONES

- Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.
- Departamento de Educación Física y Deportiva. Facultad de Ciencias del Deporte y Educación Física. Universidad de A Coruña. A Coruña. España.
- CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. España.
- Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS). Santiago de Compostela. España.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPCIÓN Y DISEÑO, SUPERVISIÓN, REDACCIÓN DEL MANUSCRITO

M Pérez-Ríos
 A Ruano-Ravina

BÚSQUEDA, REDACCIÓN DE LA PRIMERA VERSIÓN DEL MANUSCRITO

J Rial-Vázquez

REVISIÓN CRÍTICA DEL PRIMER BORRADOR

L Varela-Lema

REVISIÓN Y EDICIÓN DEL MANUSCRITO

J Rial-Vázquez
 M Pérez-Ríos
 L Varela-Lema
 J Rey-Brandariz

C Candal-Pedreira
 A Vila-Farinas
 L Martín-Gisbert
 A Ruano-Ravina

Todos los autores contribuyeron a la interpretación de los resultados y aprobaron la versión final para su publicación.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // El plan de salud es el instrumento director de la planificación en salud de un territorio, donde los objetivos y medidas planteados deben priorizar a los colectivos más vulnerables. El objetivo de este estudio fue conocer si se incluían medidas sobre la fragilidad, dependencia y soledad no deseada en los planes de salud dirigidos a personas mayores de las comunidades autónomas (CC. AA.) españolas.

MÉTODOS // Se realizó una búsqueda en los sitios web institucionales para identificar el plan de salud más reciente de cada comunidad autónoma. Se extrajo manualmente la información sobre el diagnóstico, los objetivos, los programas específicos y los tipos de medidas en tres ámbitos: fragilidad, dependencia y soledad. La búsqueda se completó el 10 de julio de 2023.

RESULTADOS // Se localizaron dieciséis planes de salud publicados entre los años 2010 y 2023. De ellos, doce incorporaban medidas de intervención en fragilidad, catorce en dependencia y ocho en soledad no deseada, observándose mucha heterogeneidad entre ellos. Solo ocho CC. AA. contemplan medidas de detección y valoración de la fragilidad. Las CC. AA. con objetivos en los tres ámbitos fueron Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, País Vasco, el Principado de Asturias, Comunidad Foral de Navarra y la Comunitat Valenciana.

CONCLUSIONES // Las medidas relacionadas con fragilidad, dependencia y soledad no deseada son heterogéneas entre CC. AA. De la misma forma que existe en fragilidad, se recomienda establecer un consenso que incluya dependencia y soledad no deseada. Sorprende que las medidas inciden más en fases tardías (dependencia) que en prevención (fragilidad). Este estudio puede ayudar a las CC. AA. a hacer una profunda revisión de su plan de salud, así como consultar las acciones realizadas en otros territorios para mejorar la calidad de sus propuestas.

PALABRAS CLAVE // Envejecimiento; Caídas; Vulnerabilidad; Comunidades autónomas; Políticas públicas.

ABSTRACT

BACKGROUND // The health plan is a guiding tool for territorial health planning where the proposed objectives and measures should prioritize vulnerable groups. The aim of this study was to identify if the Regional Government health plans in Spain included measures related to frailty, dependence and unwanted loneliness aimed at elderly.

METHODS // Institutional websites were scanned to identify the most recent health plan of each Regional Government. Information concerning the diagnosis, objectives, specific programs and types of measures on the three domains: frailty, dependence and loneliness was extracted manually. The search was performed on 10 July 2023.

RESULTS // Sixteen health plans published between 2010 and 2023 were identified. Twelve of these had incorporated intervention measures on frailty, fourteen on dependence and eight on loneliness, with a considerable heterogeneity. Only eight Regional Governments provide for measures to detect and assess frailty. Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, País Vasco, Principado de Asturias, Comunidad Foral de Navarra and Comunitat Valenciana were the Regional Governments that presented objectives in the three domains.

CONCLUSIONS // The measures proposed by the Regional Governments on frailty, dependence and unwanted loneliness are highly heterogeneous. In the same manner that exists for frailty, it is recommended to establish a consensus including dependency and unwanted loneliness. Surprisingly, the measures focus more on late stages (dependence) than on prevention (frailty). This study could serve the Regional Governments to in-depth review their health plans, and to examine the actions carried out in other regions to improve the quality of their proposals.

KEYWORDS // Aging; Falls; Vulnerability; Regional government; Public policies.



EL PLAN DE SALUD DE CADA COMUNIDAD autónoma (C. A.) es el instrumento director de la planificación en salud de su territorio, donde se establecen las prioridades de intervención sanitaria y se recogen los objetivos y medidas para mejorar el nivel de salud global de la población. Estas medidas deben priorizar a los colectivos más vulnerables. La transición demográfica en España refleja el aumento del número de personas mayores de 65 años (1), por lo que este grupo poblacional debería considerarse como uno de los prioritarios dentro de la acción social y sanitaria.

En España, el porcentaje de personas mayores de sesenta y cinco años en 2021 se sitúa en un 19,8%, siendo las comunidades autónomas (CC. AA.) más envejecidas el Principado de Asturias (26,5%), Galicia (25,7%) y Castilla y León (25,7%) (2). En esta línea, el índice de envejecimiento en España es de 129,1 (por ejemplo, hay 129,1 mayores de sesenta y cuatro años por cada cien menores de dieciséis años) siendo nuevamente Asturias, Galicia y Castilla y León las de mayor índice (231,1, 207,3 y 204,5, respectivamente) (3).

El proceso del envejecimiento es heterogéneo y, por ello, es necesario identificar lo antes posible a las personas más vulnerables. Un indicador predictor de pérdida de salud es la fragilidad. Freid *et al.* (4) determinaron el fenotipo para este síndrome multidimensional y complejo. Señalaron que una persona es considerada frágil si presenta tres o más de los siguientes criterios: pérdida de peso involuntaria; percepción de agotamiento; debilidad; velocidad lenta de marcha; y bajo nivel de condición física. Además, la literatura nos indica que cuando la fragilidad acarrea una pérdida de fuerza y de las funciones fisiológicas se asocia con caídas, dependencia, hospitalización y muerte (5). Así lo refleja la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconociendo las caídas como un problema de Salud Pública de primera magnitud (6). Es por ello que la detec-

ción temprana de la fragilidad es fundamental, ya que al tratarse de una situación frenable y reversible estaríamos evitando complicaciones mayores. En España el *Documento de Consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor* (7) sostiene que en 2025 el 80% de las CC. AA. deberían haber iniciado un cribado de fragilidad. Es interesante conocer el avance de esta medida y explorar como cada C. A. interviene sobre fragilidad. Una de las CC. AA. que más ha profundizado en la investigación sobre este síndrome es Castilla-La Mancha. A través de su estudio *FRADEA* (8) han podido conocer, entre otros, los atributos de este síndrome, las prevalencias en su comunidad y validar un instrumento para evaluar la funcionalidad en mayores de setenta años. Todo este trabajo ayuda a prevenir la dependencia. Cuando una persona mayor se convierte en dependiente tiene dificultades severas para realizar sus actividades de la vida diaria de forma autónoma, lo que causa sufrimiento y baja calidad de vida. En 2021, la tasa de dependencia de la población mayor de sesenta y cuatro años en España indica que 30,5 de cada cien personas son dependientes (9) correspondiendo nuevamente las tasas más altas al Principado de Asturias (42,6), Galicia (41,6) y Castilla y León (41,5).

Por otro lado, el adulto mayor también se encuentra con un problema emergente: la soledad no deseada. La falta de recursos económicos, las enfermedades, la viudez o la movilidad reducida son factores de riesgo de aislamiento social. Más de dos millones de personas de más de sesenta y cinco años viven solas en España (suponen un 43% del total de personas que viven solas), siendo la mayoría mujeres (10). Cataluña (355.700), Andalucía (342.500) y la Comunidad de Madrid (268.100) son las regiones con mayor número de hogares unipersonales habitados por adultos mayores. Estudios sobre la soledad han demostrado que la falta de conexiones sociales a estas edades afecta a la salud física y mental, lo que constituye un factor de riesgo de mortalidad (11). Por todo ello, la soledad no deseada es un problema social y sani-

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

JESSICA RIAL-VÁZQUEZ *et al.*

tario que es necesario abordar. En España existe el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (<https://www.soledades.es/>) (12), encargado de recopilar información sobre esta problemática y de iniciar estudios de investigación. Recientemente han publicado el coste anual de la soledad no deseada en España, que asciende hasta los 14.141 millones de euros (12). Una revisión reciente publicada en *The Lancet, Healthy Longevity* (13), explica la estrecha relación entre la fragilidad y la soledad no deseada. La presencia de alguna de las dos aumenta drásticamente el riesgo de padecer la otra y, de padecerse, acelera su progresión. Por tanto, cuando se presentan juntas provocan un deterioro significativamente mayor en la condición física y cognitiva, así como un mayor riesgo de mortalidad.

Observando la evidencia, cabe esperar que los planes de salud consideren prioritarias las propuestas hacia estos colectivos, sobre todo para abordar la fragilidad, la dependencia y la soledad no deseada en el adulto mayor, especialmente en aquellas CC. AA. más envejecidas. Un estudio previo analizó las políticas sobre envejecimiento que planteaban las CC. AA. en 2002 (14). En aquel momento sólo se localizaron seis planes de salud y se observó una gran variabilidad en las políticas, lo que indicaba la inexistencia de un patrón común para abordar el envejecimiento. En general, los planes estaban orientados hacia fases más tardías de la dependencia. Veinte años después, en un contexto nuevo y en el que la población española ha envejecido de forma considerable, cabría esperar un abordaje diferente y más complejo del envejecimiento.

Por ello, el objetivo de este estudio fue conocer si se incluían medidas en relación a la fragilidad, la dependencia y la soledad no deseada dirigidas a personas mayores en los planes de salud de las CC. AA. españolas. También interesó conocer si existían diferencias entre las medidas propuestas por las diferentes CC. AA., lo que afectaría a la equidad del sistema nacional de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS



SE REALIZÓ UNA BÚSQUEDA EN LOS SITIOS web institucionales con el objetivo de identificar los planes de salud autonómicos activos más recientes. La búsqueda se completó el 10 de julio de 2023. No se incluyeron planes con antigüedad mayor a diez años.

Teniendo en cuenta las recomendaciones planteadas por la *Ley General de Sanidad* (*Ley 14/1986, de 25 de abril*) sobre las secciones de los planes de salud, se extrajo de forma manual la siguiente información relacionada con el tratamiento de la fragilidad, dependencia y soledad en una plantilla diseñada de forma específica: (a) existe un diagnóstico de fragilidad, dependencia o soledad de forma independiente; (b) se establecen objetivos para afrontar cada uno de ellos; (c) se proponen o se dispone de programas autonómicos específicos de intervención en relación a la fragilidad, dependencia o soledad.

Se clasificaron las medidas planteadas en función de su naturaleza. Se catalogaron como medidas de *detección y valoración* aquellas destinadas a reconocer o a valorar a través de cribados u otros procedimientos posibles estados de fragilidad, dependencia o soledad; de *intervención* las que proponían programas o acciones prácticas para la mejora de la situación; de *formación* a aquellas que buscaban la adquisición de conocimientos; y de *investigación* a las que proponían la realización de estudios epidemiológicos en estos ámbitos.

RESULTADOS



SE LOCALIZARON DIECISÉIS PLANES DE salud. No se encontró el plan de la Comunidad de Madrid ni el de la Ciudad Autónoma de Melilla, mientras que el plan de la Ciudad Autónoma de Ceuta quedó descartado al ser publicado hace más de diez años. De los planes observados, diez incluían en su periodo de aplicación el año 2023 (Aragón, Galicia, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura,

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

JESSICA RIAL-VÁZQUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
16/10/2024
e202410056

Tabla 1

Información disponible sobre fragilidad, dependencia y soledad no deseada en los Planes de Salud de las CC. AA.

Comunidad autónoma	Nombre y enlace al Plan	Periodo de aplicación	Diagnóstico inicial de FG	Objetivos Programas de FG	Diagnóstico inicial de DP	Objetivos Programas de DP	Diagnóstico inicial de SL	Objetivos Programas de SL
Principado de Asturias	Plan de Salud del Principado de Asturias	2019-2030	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Castilla y León	IV Plan de Salud de Castilla y León	2016-2020	NO	SI	SI	SI	NO	NO
Galicia	Estrategia Sergas 2020	2020-2025	NO	NO	NO	NO	NO	NO
País Vasco	Plan de Salud de Euskadi	2013-2020	SI	SI	NO	SI	NO	NO
Cantabria	Plan de Salud de Cantabria	2014-2019	NO	NO	SI	SI	NO	NO
Aragón	Plan de Salud de Aragón 2030	2018-2030	NO	SI	NO	SI	NO	NO
La Rioja	Cuarto Plan de Salud de La Rioja 2030	2023-2030	NO	SI	NO	SI	NO	NO
Extremadura	Plan de Salud de Extremadura	2021-2028	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Comunidad Foral de Navarra	Plan de Salud de Navarra	2022-2025	NO	SI	NO	SI	SI	NO
Comunitat Valenciana	V Plan de Salud	2022-2030	NO	SI	SI	SI	SI	NO
Cataluña	Plan de salud de Catalunya	2021-2025	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Castilla-La Mancha	Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025	2021-2025	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Andalucía	IV Plan Andaluz de Salud	2013-2020	NO	NO	SI	SI	NO	NO
Canarias	Plan de Salud de Canarias	2019-2024	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Illes Balears	Plan Estratégico. Conserjería de salud de las Illes Balears	2016-2020	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Murcia	Plan de Salud Región de la Murcia	2010-2015	NO	NO	SI	SI	NO	NO

Principado de Asturias, La Rioja, Comunidad Foral de Navarra, Comunitat Valenciana y Canarias).

La **TABLA 1** recoge las CC. AA. que incluyen en sus planes de salud un diagnóstico inicial, objetivos y programas relacionados con la fragilidad, dependencia o soledad no deseada. Se observa que las CC. AA. que plantearon objetivos en los tres ámbitos fueron: Aragón; Castilla-La Mancha; Cataluña; Extremadura; País Vasco; Principado de Asturias; Comunidad Foral de Navarra; Comunitat Valenciana.

En la **FIGURA 1** se muestran los tipos de medidas que las CC. AA. proponían para intervenir en fragilidad, dependencia y soledad no deseada.

A continuación, se detallan las medidas propuestas y su tipología para cada ámbito (fragilidad, dependencia y soledad no deseada).

Fragilidad.

De los dieciséis planes identificados, doce abordaban la fragilidad. Ocho incluían medidas de tipo detección y valoración. Sobresalían las comunidades de Castilla y León y Canarias al plantear que en Atención Primaria exista un cribado de fragilidad y riesgo de caídas en la población mayor de sesenta y cinco años.

Medidas de Detección y valoración. En este tipo de medidas destaca Castilla-La Mancha, que elabora un *Plan de abordaje integral* que permite identificar a las personas que necesitan atención sanitaria antes de que aparezca la fragilidad y estratificarlas en función del nivel de riesgo, incorporándolas posteriormente a un proceso formativo. De manera similar, el País Vasco implanta un instrumento multidisciplinar y multisectorial de valoración geriátrica integral enfocado en la detección y el manejo de problemas en personas mayores de setenta y cinco años.

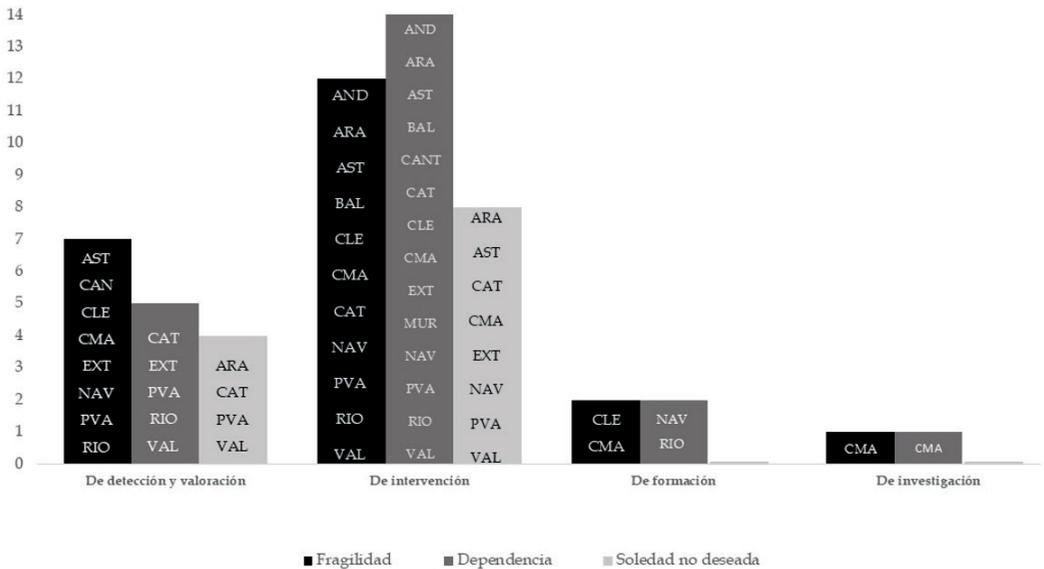
Medidas de Intervención. Por otro lado, doce planes incluían medidas de intervención, donde sobresalía la iniciativa novedosa de Andalucía al proponer mejorar el estado de la vivienda para prevenir las caídas y las lesiones. Aragón, Castilla y León, País Vasco y Canarias planteaban implantar programas o talleres de ejercicio físico en coordinación con los ayuntamientos para prevenir la fragilidad, el riesgo de caídas y el deterioro cognitivo. Asturias y la Comunitat Valenciana intervenían en equidad para que las intervenciones en salud lleguen con mayor intensidad a este colectivo. Por su parte, Illes Balears y Castilla-La Mancha consideraban importante reforzar la atención domiciliaria. La Comunidad Foral de Navarra, La Rioja y la Comunitat Valenciana abogaban por la promoción del envejecimiento saludable de forma interdisciplinar y Cataluña impulsaba la creación de entornos orientados a dar respuesta a las necesidades de las personas frágiles en los hospitales (áreas de Urgencias, unidades de cuidados hospitalarios...). La Comunidad Foral de Navarra proponía la colaboración con asociaciones de mayores y la *Escuela de mayores*, promoviendo pueblos y ciudades amigables con los mayores y la acción comunitaria.

Medidas de Formación e Investigación. Castilla y León y Castilla-La Mancha son los únicos planes de salud que presentaban medidas de formación. Castilla y León se centraba en la capacitación de los profesionales sanitarios sobre el abordaje de la fragilidad y proponía una formación online. Castilla-La Mancha situaba el foco en el propio ciudadano, quien se incorpora a un proceso formativo dentro del *Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad*. Cabe destacar la iniciativa, muy recomendable de consultar, de Castilla-La Mancha, siendo la única C. A. que planteaba un estudio de investigación específico en el que se aborda la prevalencia de la fragilidad (*FRADEA*: fragilidad y dependencia en Albacete).

Fragilidad,
dependencia
y soledad
no deseada
en personas
mayores.
Una revisión de
planes de salud

JESSICA
RIAL-VÁZQUEZ
et al.

Comunidades autónomas que incluyen acciones en fragilidad (color negro), dependencia (gris oscuro) y soledad no deseada (gris claro) clasificadas según la naturaleza de la medida: Detección y valoración; Intervención; Formación e investigación.



AND: Andalucía; ARA: Aragón; AST: Principado de Asturias; BAL: Illes Balears; CANT: Cantabria; CAN: Islas Canarias; CAT: Cataluña; CLE: Castilla y León; CMA: Castilla-La Mancha; EXT: Extremadura; MUR: Murcia; NAV: Comunidad Foral de Navarra; PVA: País Vasco; RIO: La Rioja; VAL: Comunitat Valenciana.

Dependencia.

Dado que catorce de los dieciséis planes de salud autonómicos identificados incorporaron medidas en relación a la dependencia, estas se presentan en la **TABLA 2**. Por la viabilidad de sus propuestas, destacaron los planes de Cataluña y de Castilla-La Mancha, siendo este último el único que incluía medidas de investigación a cargo del estudio *FRADEA*.

Soledad no deseada.

Medidas de Detección y valoración. Solo ocho CC. AA. incorporaban medidas relacionadas con la soledad. En cuatro planes de salud se incluían medidas de detección y valoración. Aragón impulsaba redes de detección y apoyo vecinal en el ámbito local y Cataluña dotaba de herramientas a los profesionales sanita-

rios para detectar los casos de soledad no deseada mediante circuitos y programas de atención a la soledad en el ámbito comunitario. Por su parte, la Comunitat Valenciana avanzaba hacia la coordinación de los servicios sociales y sanitarios de Atención Primaria para la detección de esta soledad no deseada. En el caso del País Vasco se intenta identificar aquellas patologías que llevan al aislamiento de las personas mayores.

Medidas de Intervención. Por otro lado, las medidas de intervención fueron más comunes, incluyéndose en los planes de salud de ocho CC. AA.. En Asturias, la estrategia de envejecimiento activo (*ESTRENA*) proponía medidas para abordar la soledad, con especial atención a las mujeres que viven en el medio rural, lo cual parece una medida interesante para otras CC. AA. con grandes zonas rura-

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

JESSICA RIAL-VÁZQUEZ et al.

Tabla 2

Medidas sobre dependencia extraídas de los planes de salud de las CC. AA. según su tipología.

Tipología	Medida	CC. AA. que lo proponen
Medida de detección y valoración	Identificación de aquellas patologías y factores de riesgo que posteriormente generarán dependencia.	País Vasco
Medida de detección y valoración	Identificación de situaciones de desprotección y especial vulnerabilidad a las que están expuestas las personas mayores.	Cataluña
Medida de detección y valoración	Identificación de los casos de personas mayores de 70 años más vulnerables o personas mayores con discapacidad.	La Rioja
Medida de detección y valoración	Mejora de los procesos de valoración de dependencia.	Extremadura
Medida de detección y valoración	Incorporación de programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de las patologías que generan dependencia.	País Vasco
Medida de Intervención	Incorporación de acciones orientadas a la atención integral, de calidad y equidad de personas mayores con dependencia.	Principado de Asturias, Aragón
Medida de intervención	Incorporación de programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de las patologías que generan dependencia.	País Vasco
Medida de Intervención	Diseño y validación de sistemas de monitorización y desarrollo de la telemedicina y la teleasistencia.	Castilla y León; Extremadura
Medida de Intervención	Desarrollo de sistemas de atención integrada en el domicilio.	Castilla y León; Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana
Medida de Intervención	Disponibilidad de material ortoprotésico en los domicilios de personas con elevada dependencia.	Illes Balears
Medida de Intervención	Incorporación de dispositivos de protección social móviles de apoyo a las personas dependientes en el entorno rural.	Andalucía
Medida de Intervención	Coordinación con las consejerías competentes en materia de salud y de bienestar social para el despliegue de protocolos asistenciales.	Murcia
Medida de intervención	Asistencia sociosanitaria adecuada de las personas mayores dependientes mediante la gestión interdisciplinar.	País Vasco, Comunitat Valenciana
Medida de intervención	Elaboración de un Plan de atención a la cronicidad que incluye objetivos tácticos y operativos sobre la atención a la dependencia.	Cantabria, Extremadura
Medida de intervención	Centros de Mayores que favorezcan la mejora en la forma física y cognitiva de sus participantes, promoviendo actividades que prevengan la dependencia.	Cantabria
Medida de intervención	Historia clínica social y sanitaria compartida con las residencias.	Cataluña

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

JESSICA RIAL-VÁZQUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
16/10/2024
e202410056

Medidas sobre dependencia extraídas de los planes de salud de las CC. AA. según su tipología.

Tipología	Medida	CC. AA. que lo proponen
Medida de intervención	Integración de la información sobre dependencia y sobre discapacidad en la historia clínica de salud.	Cataluña
Medida de intervención	Mejor acceso a las prestaciones y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.	Extremadura
Medida de intervención	Potenciación del envejecimiento activo y saludable.	Comunidad Foral de Navarra, La Rioja
Medida de intervención	Implementación de la Estrategia de envejecimiento activo liderado desde la Vicepresidencia y la Conserjería de Igualdad.	Comunitat Valenciana
Medida de intervención	Continuidad en los cuidados asistenciales.	Murcia, Castilla-La Mancha
Medida de formación	Formación del paciente dependiente para mejorar su autocuidado.	Comunidad Foral de Navarra, La Rioja
Medida de formación	Formación para los cuidadores de pacientes dependientes en autocuidados y estilos de vida.	La Rioja
Medida de investigación	Estudio de investigación específico en el que se aborda la prevalencia de la fragilidad (FRADEA: fragilidad y dependencia en Albacete).	Castilla-La Mancha

les como el norte de España. Desde Cataluña se puso en marcha el programa de bienestar emocional y salud comunitaria, que prioriza a las personas en soledad no deseada. De forma similar, en la Comunitat Valenciana se potenciaban las redes comunitarias y de participación ciudadana de apoyo y soporte para evitar la soledad no deseada entre los mayores. Castilla-La Mancha planteaba el desarrollo de políticas de inclusión para salvar las desventajas sociales, como la soledad. En Extremadura se planteaba la puesta en marcha, desarrollo, seguimiento y evaluación de un programa de prevención y atención a la soledad. No se identificaron medidas de formación o investigación en este ámbito.

DISCUSIÓN



ESTE ESTUDIO TENÍA COMO OBJETIVO IDENTIFICAR las propuestas sobre fragilidad, dependencia y soledad incluidas en los planes de salud de las CC. AA. españolas. Los resultados muestran que de los dieciséis planes identificados, doce incorporan medidas de intervención sobre fragilidad, catorce sobre dependencia y ocho sobre soledad. Se observa una gran heterogeneidad en las medidas planteadas. Las CC. AA. con objetivos en los tres ámbitos son Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, País Vasco, Principado de Asturias, Comunidad Foral de Navarra y Comunitat Valenciana.

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

JESSICA RIAL-VÁZQUEZ et al.

Fragilidad y Dependencia. El envejecimiento es un proceso muy heterogéneo, por lo que la detección temprana de problemas de salud es fundamental para mantener el bienestar y la calidad de vida. La prevalencia de fragilidad aumenta de manera exponencial a medida que se envejece (4) y guarda una estrecha relación con las caídas. Se estima que uno de cada tres adultos mayores de sesenta y cinco años y uno de cada dos mayores de ochenta años que viven en comunidad sufre al menos una caída al año (15). La OMS reconoce las caídas como un problema de Salud Pública de primera magnitud (6), por lo que esta problemática debería contemplarse en los planes de salud, habiéndose considerado sólo en cinco de ellos. Además, la fragilidad tiene especial importancia al funcionar como predictor del desarrollo de dependencia y soledad (16). Por ello, la detección temprana de personas frágiles ayudaría a reconducir estas situaciones y evitar otras complicaciones. El *Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas* propone un cribado universal de fragilidad a través de una valoración multidimensional (6). Se estimaba que en 2015 todas las CC. AA. habrían iniciado este cribado de fragilidad y que en 2025 la cobertura a nivel nacional sería mayor o igual al 80%. Tras la revisión de los planes de salud, solo ocho CC. AA. han anunciado en su plan el inicio de este proceso, situándonos por debajo de las expectativas. Con la actualización de este documento, en 2022 se señala que todas las CC. AA. habían iniciado alguna acción para el abordaje de la fragilidad pero que la pandemia de la COVID-19 fue una barrera importante para avanzar en este sentido (17).

Cabe destacar que el riesgo de fragilidad es mayor en personas con comorbilidades, bajo nivel socioeconómico, baja adherencia a recomendaciones de dieta y estilos de vida sedentarios (18). Los estilos de vida son potencialmente modificables y, en ese sentido, los planes de salud deberían establecer las estrategias para propiciar una transformación. Los estudios demuestran que los

programas de actividad física son beneficiosos para mejorar la situación de fragilidad (19) pero sólo Aragón, Castilla y León, País Vasco y Canarias optan por incorporarlos. Por ello, este tipo de medida de intervención, suficientemente respaldada por la ciencia, sería recomendable incluirla en todas las CC. AA. como estrategia para frenar la fragilidad y prevenir la dependencia.

Sorprende el hecho de que, siendo la fragilidad un predictor de dependencia, se hayan planteado más propuestas en relación a la dependencia que a la fragilidad (catorce frente a doce planes de salud). En este sentido, parece que todavía se incide más en fases tardías (prevención secundaria y terciaria), en lugar de incidir en factores de riesgo o indicadores (prevención primaria). Cabría esperar que las CC. AA. con mayor tasa de dependencia planteasen propuestas para detectar y valorar esta situación, pero tras la revisión de los planes, ni el Principado de Asturias, ni Galicia, ni Castilla y León las incluyen. Por ello, se considera que estas comunidades necesitan una revisión de posibles estrategias a plantear sobre dependencia. Una medida factible y novedosa es la que plantea Cataluña. Esta C. A. hace hincapié en que la situación de dependencia se refleje en la historia clínica, que, de ser compartida con los centros residenciales, aportaría datos relevantes para el cuidado del paciente. La colaboración y elaboración de propuestas comunes con las residencias parece fundamental en un país con 384.251 plazas en centros residenciales (20). La comunicación entre estas instituciones parece una estrategia muy interesante y factible para las CC. AA. Destaca en este apartado Castilla-La Mancha, ya que con su estudio *FRADEA* avanza en la investigación en dependencia. Por ello, se recomienda seguir los resultados de sus investigaciones para conocer estrategias nuevas y efectivas en este sentido.

Soledad no deseada. Finalmente, la mayor parte de los planes de salud no consideran la soledad como un factor de riesgo de mor-

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

JESSICA RIAL-VÁZQUEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
16/10/2024
e202410056

bilidad y mortalidad prematura en personas mayores (10). Desde 2013 existe información en el Instituto Nacional de Estadística sobre el número de hogares unipersonales por C. A. (9); sin embargo, solo la Comunidad Foral de Navarra y la Comunitat Valenciana recogen este dato para elaborar el diagnóstico de situación. Las CC. AA. con mayor soledad en términos absolutos son Cataluña y Andalucía. De ellas, solo Cataluña contempla la soledad, estableciendo medidas de detección y de intervención, poniendo en marcha circuitos y programas de atención a la soledad no deseada en el ámbito comunitario. Otras iniciativas interesantes son planteadas por Aragón, al impulsar en el ámbito local que los vecinos detecten y avisen si observan situaciones de soledad. Esta última es una medida inteligente y ecológica, que principalmente necesita de la colaboración ciudadana. Por su parte, Extremadura propone un *Programa específico de atención a la soledad*, a pesar de encontrarse muy por debajo de la media nacional (112.200), con 50.900 hogares unipersonales habitados por adultos mayores de sesenta y cinco años.

Este estudio no está exento de limitaciones. La falta de incorporación de medidas relacionadas con la fragilidad, la dependencia y la soledad no deseada en los planes de salud no quiere decir que las CC. AA. no dispongan de acciones orientadas en estos campos. Cabe la posibilidad de que existan otros documentos oficiales específicos. No hemos encontrado un plan de salud propio de la Comunidad de Madrid, pero somos conocedores de que disponen de un *Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores* y de que la propia localidad de Madrid dispone de plan de salud

propio (21). También puede haber CC. AA. que incorporen estas políticas dentro del ámbito de otras consejerías y, de hecho, en algunas CC. AA. como Galicia se plantea el uso de una historia social clínica electrónica, en fase de implantación, que tiene entre sus objetivos detectar a personas frágiles y dependientes para poder así asignar recursos de servicios sociales. También cabe destacar que no solo a nivel autonómico se desarrollan políticas relacionadas, sino que incluso algunas diputaciones o ayuntamientos pueden elaborar medidas sociosanitarias hacia este colectivo. Dado que en ocasiones no se integran los programas sobre envejecimiento en los planes de salud autonómicos, se recomienda buscar en el portal web institucional de cada territorio planes específicos al respecto.

Aparte de la actualización de muchos de los planes de salud, es necesario que parte de los esfuerzos se enfoquen en abordar de una forma más compleja el envejecimiento, a través de la detección temprana de factores de riesgo y enfermedades, así como con intervenciones prácticas y efectivas para contrarrestarlos. Es importante revertir lo encontrado y darles más peso a las acciones de prevención (fragilidad) para evitar fases más avanzadas y complejas (dependencia). Por otro lado, aunque el análisis de género no fue objeto de este estudio, sería conveniente que los planes de salud aportasen una aproximación más específica y adecuada a la realidad de este colectivo (mayor esperanza de vida en las mujeres, mayor porcentaje de mujeres frágiles, dependientes o en soledad). El planteamiento de criterios uniformes para la elaboración del plan de salud mejoraría la equidad del sistema y reduciría las desigualdades territoriales. (2)

Fragilidad, dependencia y soledad no deseada en personas mayores. Una revisión de planes de salud

JESSICA RIAL-VÁZQUEZ et al.

BIBLIOGRAFÍA



1. Instituto Nacional de Estadística. *Indicadores de Crecimiento y Estructura de la Población. Proporción de población mayor de cierta edad por año*. [Consultado 06/03/2022]. Madrid; Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=28924>
2. Instituto Nacional de Estadística. *Proporción de personas mayores de cierta edad por comunidad autónoma* [consultado 06/03/2022]. 2021. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1451>
3. Instituto Nacional de Estadística. *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma* [consultado 07/03/2022]. 2021. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452>
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J *et al*. *Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype*. Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar 1;56(3):M146-157.
5. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA *et al*. *Frailty: An Emerging Public Health Priority*. J Am Med Dir Assoc. 2016 Mar;17(3):188-192.
6. World Health Organization. *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. Geneva; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>
7. Ministerio de Sanidad. *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; 2014. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidad-Caidas/estrategiaSNS/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
8. Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizo L *et al*. *Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011 Mar;46(2):81-88.
9. Instituto Nacional de Estadística. *Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma* [consultado 07/03/2022]. 2021. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1455>
10. Instituto Nacional de Estadística. *Número de hogares unipersonales por comunidades y ciudades autónomas según sexo, edad y estado civil*. [Consultado 07/03/2022]. 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/lo/&file=02014.px>
11. Naito R, McKee M, Leong D *et al*. *Social isolation as a risk factor for all-cause mortality: Systematic review and meta-analysis of cohort studies*. Fiaschetti M, editor. PLoS One. 2023 Jan 12;18(1):e0280308.
12. Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada. SoledadEs. *El coste de la soledad no deseada en España*. [Consultado 17/09/2024]. Disponible en: <https://www.soledades.es/estudios/el-coste-de-la-soledad-no-deseada-en-espana#:~:text=Se%20estima%20que%20la%20soledad,eu-ros%20anuales%20en%20nuestro%20pa%C3%ADs>
13. Hanlon P, Wightman H, Politis M *et al*. *The relationship between frailty and social vulnerability: a systematic review*. Lancet Heal Longev. 2024;5:e214-e226.
14. Zafra E, Peiró R, Ramón N *et al*. *Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España*. Gac Sanit. 2006;20(4):295-302.
15. Ang G, Low S, How C. *Approach to falls among the elderly in the community*. Singapore Med J. 2020 Mar;61(3):116-121.
16. Hoogendijk EO, Suanet B, Dent E *et al*. *Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Maturitas. 2016 Jan;83:45-50.
17. Ministerio de Sanidad. *Actualización del Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Madrid; 2022. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/jornadas/docs/SoledadJusto1.pdf>
18. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE *et al*. *Frailty: implications for clinical practice and public health*. Lancet (London, England). 2019;394(10206):1365-1375.
19. García-Hermoso A, Ramírez-Vélez R, Sáez de As-

teasu ML *et al.* *Safety and Effectiveness of Long-Term Exercise Interventions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials*. Sport Med [Internet]. 2020 Jun 4;50(6):1095-1106.

20. Abellán García A, Aceituno Nieto MP, Ramiro Fariñas D *et al.* *Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia*. Datos de septiembre de 2020. Madrid: Informes Envejeci-

miento en red nº27; 2021.

21. Madrid Salud. *Plan de Actuación Madrid Salud 2023*. Consejo Rector del Organismo Autónomo Madrid Salud. 2023. Disponible en: <https://transparencia.madrid.es/portales/transparencia/es/Organizacion/Planes-y-memorias/Planes/Plan-de-Actuacion-Anual-de-Madrid-Salud-2023/?vgnnextoid=2587286a42b56810VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=d869508929a56510VgnVCM1000008a4a900aRCRD>

Fragilidad,
dependencia
y soledad
no deseada
en personas
mayores.
Una revisión de
planes de salud

JESSICA
RIAL-VÁZQUEZ
et al.