

Criterios de acreditación de

CENTROS DE SALUD AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES



COORDINACIÓN

Miguel Ángel Acosta Benito. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Médico de Familia. Doctor en medicina. Máster en Bioética y Gestión Sanitaria. GdT atención al mayor y PAPPS mayor semFYC.

AUTORES

Castaño Reguillo, Almudena. Médico de Familia y Comunidades, Máster en Cuidados Paliativos y de Soporte del Enfermo con Cáncer de la Universidad Autónoma de Madrid. GdT Atención al Mayor y al Anciano de SoMaMFyC. Vocal de Jóvenes Médicos de Familia de SoMaMFyC.

García Pascual, Julia Natividad. Médico de Familia en Centro de Salud de Arganda Felicidad. Tutor de residentes. Tutor clínico Universitario de alumnos de medicina de la Universidad Francisco de Vitoria. Miembro de la comisión de docencia del SURESTE. Miembro del grupo de atención al mayor de SoMaMFyC.

García Pliego, Rosa Ana. Médico de familia. Centro de Salud Dr. Aguilar (Cubas de la Sagra, Madrid). GdT Atención al Mayor SoMaMFyC y PAPPS del Mayor SEMFYC. Tutora de residentes MFyC. Profesor colaborador Medicina Universidad Juan Carlos I. Autora de varias publicaciones sobre temas relacionados con el paciente mayor.

García Rico, Susana. Trabajadora social consultorio Torrejón de la Calzada, Madrid. Diplomada en Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid. Universidad Internacional de la Rioja. Dirección de Centros de Servicios Sociales. Colegio Oficial de Trabajo Social.

Goñi Ruiz, Nuria. Médica especialista en medicina de familia y comunitaria. doctora en medicina. Vocal de AP en la dirección científica del IdiSNA. Profesora asociada en el grado de medicina UPNA.

Pejenaute Labari, M.^a Elena. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina de Empresa. Tutora de residentes. Pertenece al GdT del Mayor de SoMaMFyC. Realiza su práctica asistencial en el Centro de Salud Mar Báltico de Madrid.

Regato Pajares, Pilar. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Delicias, Madrid. Especialista en Educación para la Salud por La Universidad de Perugia Italia. Diploma Universitario en Epidemiología e Investigación Clínica de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Miembro de los GdT de semFYC de Demencias y del grupo de Atención al Mayor.

Rodríguez Fernández, Verónica. Médico de Familia y Comunitaria. Máster en Cuidados Paliativos con experiencia laboral como médico de ESAD. Máster en Nutrición. GdT Atención al Mayor y al Anciano de SoMaMFyC.

Rodríguez Quevedo, Carmen. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Castilla y León, Médico de Familia, Máster y Experto Universitario en Geriátrica, Máster en Aplicaciones de la Inteligencia Artificial en Sanidad, Diploma en Organización y Gestión Sanitaria, Diploma de Estudios Avanzados. GdT Atención al Mayor semFYC- AGAMFEC.

Saiz Ladera, Gema M.^a, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Panaderas, Fuenlabrada. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Miembro del Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la SoMaMFyC

Contacto: miguelangelacostabenito@gmail.com

Cómo citar este documento:

Acosta Benito MÁ, Castaño Reguillo A, Rodríguez Fernández V, Rodríguez Quevedo C, García Pliego RA, et al. Criterios de acreditación de centros de salud amigables con las personas mayores. semFYC 2024.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CÓMO USAR ESTE DOCUMENTO	5
DOMINIO 1: POLÍTICA, PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA.....	6
DOMINIO 2: PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES Y ORGANIZACIÓN EN LA COMUNIDAD	8
DOMINIO 3: RESULTADOS EN ACCESIBILIDAD.....	12
DOMINIO 4: RESULTADOS EN INFORMACIÓN	16
DOMINIO 5: RESULTADOS EN SALUD Y ATENCIÓN SANITARIA.....	18
DOMINIO 6: RESULTADOS EN EDUCACIÓN	21
DOMINIO 7: RESULTADOS EN PARTICIPACIÓN Y COMUNIDAD	24
LISTA DE COMPROBACIÓN PARA PRESENTAR LA CANDIDATURA AL CENTRO DE SALUD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES.....	28



INTRODUCCIÓN

1. La amigabilidad con las personas mayores

La iniciativa *Age-Friendly Cities and Communities*, (*Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores*), lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005 se planteó con el objetivo de llevar a la práctica en lo local, el paradigma del envejecimiento activo. Su finalidad última es promover un movimiento de participación ciudadana protagonizado por las personas mayores como generadoras de bienestar, traspasando las barreras del envejecimiento activo hacia un concepto más amplio de ciudadanía¹.

Las Comunidades Amigables con las Personas Mayores (AFC) generalmente se enfocan en ocho características comunitarias principales que abordan la infraestructura física y social para apoyar la salud a lo largo de la vida: **vivienda, transporte, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información, apoyo comunitario y servicios de salud, y espacios y edificios al aire libre**².

El primer paso hacia el origen de este proyecto se produce en 2003 en el marco del Proyecto *Age Friendly Primary Health Care*, (*Atención Primaria de Salud Amigable con las Personas Mayores*), donde se incorpora la perspectiva del envejecimiento activo. La OMS, reconociendo la importancia de los centros de Atención Primaria en la salud de las personas mayores revela la necesidad de que estos sean accesibles y adaptados a sus necesidades y pone en marcha un proyecto con el apoyo del gobierno australiano.

Los resultados de este estudio cualitativo, reforzados por el conocimiento de expertos, llevó a desarrollar un conjunto de principios *Age-Friendly* para los Centros de Atención Primaria³.

Dichos principios generales buscan disponer orientación y establecer estándares para la provisión de la atención de salud comunitaria, a fin de conseguir que los servicios asistenciales sean los más adecuados y accesibles para la edad de los usuarios, en particular, los adultos mayores. Los beneficiarios de los servicios de salud de los servicios de salud, especialmente los de edad avanzada, han de estar preparados y dotados de la capacidad para permanecer activos, productivos e independientes en sus propias comunidades por el mayor tiempo posible⁴. En esa época ya el Grupo de Trabajo del Mayor de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) participó activamente en el proyecto.

Posteriormente en España, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) firmó en 2012 un convenio de colaboración con la OMS para crear una Red Iberoamericana de Ciudades y Comunidades amigables con personas mayores, donde aunar todas las iniciativas de España y Latinoamérica.

En la actualidad, en nuestro país se han incorporado a esta red 119 ciudades y municipios, siendo el país con mayor número de adhesiones a nivel mundial¹.

Muchos de estos proyectos están liderados por la Fundación Matia Instituto, con la que la semFYC firmó un convenio, en junio de 2017, para potenciar la investigación en envejecimiento en Atención Primaria y favorecer la colaboración intersectorial, ya que es una fundación que trabaja fundamentalmente en el ámbito de los servicios sociales.

La promoción del envejecimiento activo y el concepto de amigabilidad de la OMS, ciudades y comunidades amigables con los mayores, centros de salud amigables con los mayores, son **ejemplos de Promoción de la Salud basada en activos para la salud**. Las propias personas mayores se convierten y se redescubren como activos importantes en sus territorios. Por otro lado, se reconocen espacios gene-



radadores de bienestar, que se traducen en la mejora del trato y comunicación de las personas mayores, a través de un abordaje intersectorial desde su inicio. Ejemplos de ello son los establecimientos amigables con las personas con demencia y las viviendas adaptadas a personas con dependencia⁵.

En este sentido, desde el Grupo de Trabajo de Atención a las personas mayores de la semFYC, se ha reflexionado, que para lograrlo hay que desarrollar proyectos de promoción del envejecimiento activo y de participación de la comunidad; como son *Salubrizate* en Ourense, o el proyecto de promoción del envejecimiento activo del Centro de Salud El Palo (Málaga), contenidos ambos en la red del Programa de actividades comunitarias del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la semFYC.

De esta manera, la semFYC se alinea con los principios de la OMS³ con el desarrollo del Proyecto de «Centros de Salud Amigables con las Personas Mayores», liderado por el Grupo de Trabajo de Atención a las Personas Mayores de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC) y el de la semFYC.

El gran reto que quedaría y quizás el más importante, para combatir la soledad y el aislamiento, sería promover la participación activa y la inclusión social, en condiciones de igualdad de las personas dependientes, confinadas en sus domicilios y solas, donde el trabajo conjunto con la óptica de la salud comunitaria es crucial.

En esta línea, la semFYC ha firmado otro convenio de colaboración con la Organización no Gubernamental (ONG) Grandes Amigos que lleva 15 años trabajando en sus proyectos, «Grandes Amigos y Grandes Vecinos» destinados a paliar la soledad y el aislamiento social⁵.

De esta forma, podemos afirmar que la revolución de la longevidad plantea retos que podemos y debemos aprovechar para construir una sociedad mejor, más igualitaria y capaz de reconocer el valor de cada persona con independencia de su edad y condición social, cultural o racial.

La promoción del envejecimiento activo desde Atención Primaria con la perspectiva del ciclo vital implica: trabajar en prevención y promoción de hábitos saludables desde la infancia, la prevención de la fragilidad a través de la realización de ejercicio multicomponente y los determinantes del envejecimiento activo a través de la «amigabilidad» como idea de facilitación. La colaboración intersectorial y el empoderamiento de las personas mayores implica también hablar de cómo nos gustaría ser cuidados y cuidar, siguiendo el marco de la «atención centrada en la persona».



BIBLIOGRAFÍA

1. De Biasi A, Wolfe M, Carmody J, Fulmer T, Auerbach J. Creating an Age-Friendly Public Health System. *Innovation in Aging*. 2020; 4: igz044.
2. *Towards age-friendly primary health care*. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una Atención Primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev. Panam Salud Pública*. 2005; 17:444- 51.
4. Cofiño R, Aviño D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016;30(S1):93-8.
5. Grandes Amigos. [Internet] Vigo; Grandes Amigos. [Citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://grandesamigos.org/>

Pilar Regato Pajares



CÓMO USAR ESTE DOCUMENTO

Tras el trabajo sistematizado de un grupo de expertos y teniendo en cuenta la opinión de personas mayores y de trabajadores del ámbito de la Atención Primaria de salud (AP), se han elaborado 7 dominios o áreas de calidad que tienen influencia en la amigabilidad de los centros de salud (CS) para con las personas mayores.

En este documento, se especifican cuáles son esos dominios y en cada uno de ellos se establecen una serie de criterios de calidad que permiten objetivar la adecuación de los CS con las características de amigabilidad.

El equipo de gestión que quiera valorar la amigabilidad de su centro de salud puede emplear este documento para ello, a través del análisis de cumplimiento de los diferentes criterios.

Algunos de los criterios son de obligado cumplimiento para considerar cierto grado de amigabilidad con las personas mayores. Estos criterios están identificados en el texto, y, si su cumplimiento no se demuestra, un centro de salud no puede ser considerado como amigable con las personas mayores, independientemente de los resultados de los demás criterios.

En cada criterio podemos observar diferentes niveles de calidad, desde un nivel básico a uno avanzado. Algunos criterios, además, disponen de un criterio de calidad intermedio. Cada criterio básico otorga 5 puntos, cada criterio intermedio 7 y los criterios avanzados 10. No se considera que un centro de salud pueda alcanzar un nivel avanzado si no acredita que cumple las características de los niveles básico e intermedio de ese criterio. Si un criterio contiene varios ítems, todos deben ser cumplidos para que se considere que ese nivel ha sido alcanzado.

En función de la puntuación global, se establecen de forma arbitraria unos puntos de corte para clasificar a los centros de salud según su amigabilidad con las personas mayores. Esta valoración global permite objetivar los resultados de la gestión, y fomenta la mejora continua con el objetivo de mantener o superar la puntuación en sucesivas etapas temporales.

- Un centro de salud obtiene la **categoría bronce** en amigabilidad con las personas mayores si obtiene una puntuación mínima de **80 puntos** y en al menos todos los criterios que en la guía aparecen como de obligado cumplimiento.
- Un centro de salud obtiene la **categoría plata** en amigabilidad con las personas mayores si cumple todos los criterios básicos y, además, obtiene una puntuación superior o igual a **130 puntos**.
- Un centro de salud obtiene la **categoría oro** en amigabilidad con las personas mayores si cumple todos los criterios básicos e intermedios, con una puntuación global igual o superior a **220 puntos**.
- Un centro de salud obtiene la **categoría platino** en amigabilidad con las personas mayores si cumple todos los criterios básicos e intermedios, y consigue una puntuación global superior a **300 puntos**.

Al final del documento se puede consultar y emplear una lista de comprobación con los diferentes criterios y su nivel de consecución, con ejemplos de la documentación que puede ser empleada para acreditar que los objetivos planteados se han conseguido.



DOMINIO 1: POLÍTICA, PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

La implementación de estrategias de amigabilidad para con las personas mayores en los centros de salud ha de estar orientada no solo a la humanización de la atención, sino además a la consecución de unos mejores resultados en salud y una mayor calidad de vida del paciente. Urge cambiar el paradigma de la atención sanitaria donde los profesionales de atención directa, además de cuidar de la salud de los pacientes, se encarguen de incrementar sus capacidades de autocuidado, como protagonistas de su salud. Esta es una función principal de los centros de salud centrados en la persona.

Por tanto, es necesario, que un centro de salud que quiera ser amigable con las personas mayores, enfoque su estrategia en la detección del estado funcional y del nivel de fragilidad de los pacientes mayores, ajustando los objetivos de tratamiento y la prescripción farmacológica a estos parámetros.

CRITERIO 1. El centro identifica a su población mayor, realizando estratificación por necesidad de cuidados o intervenciones, fragilidad y complejidad clínica, asignando un nivel de riesgo y de intervención para cada paciente. Tiene en cuenta la identificación de nivel socioeconómico de la población diana y otros factores demográficos.

- **Aclaraciones:** la pirámide de Kaiser permanente ampliada es una de las herramientas que permite establecer el riesgo que cada individuo tiene de enfermar, tener una descompensación o precisar un incremento de cuidados y ayuda al profesional sanitario a señalar un nivel de intervención en el paciente. Este nivel permite distinguir entre los pacientes crónicos, aquellos de mayor riesgo y aquellos que precisan de cuidados complejos. Existen otros métodos de clasificación del riesgo y del nivel de intervención de los pacientes, aunque el modelo de Kaiser es el más extendido.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico que alcanzar:** el centro de salud identifica la población total mayor de 65 años que atiende, así como el nivel de riesgo de sus pacientes mayores y les asigna de forma rutinaria un nivel de intervención según su complejidad, fragilidad y necesidad de cuidados. Esto queda plasmado en un documento de análisis de la situación con periodicidad anual.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud conoce y actualiza sus bases de datos con las necesidades socioeconómicas de su población adulta mayor, su perfil de morbilidad, sintomatología y tipo de crisis, características evolutivas y consumo de recursos, multidisciplinariedad en su manejo, transiciones frecuentes, riesgo de exposición a criterios asistenciales discrepantes o a situaciones de incertidumbre clínica. Además de también valorar sus situaciones psicosociales adversas o condicionantes sistémicos, el uso que hacen de otros recursos comunitarios, así como otros factores sociodemográficos relevantes (tasas de soledad no deseada, nivel de renta, etc.). Esto deberá quedar plasmado en un documento de análisis de la situación con periodicidad anual.
- **Evidencia disponible:**
 - Monterde D, Vela E, Cléries M; grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la Atención Primaria [Adjusted morbidity groups: A new multiple morbidity measurement of use in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2016 Dec;48(10):674-682. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2016.06.003. Epub 2016 Aug 3. PMID: 27495004; PMCID: PMC6879171.



- Ruiz Cantero A et al. *Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. II Reunión de pacientes crónicos complejos*. 2014. Disponible en https://www.fes-emi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/ii-reunion-pacientes-cronicos-complejos/pdf_3.pdf [última consulta en febrero 2024]
- Browning CJ, Leith KH, Thomas SA. Editorial: Economic and social factors affecting the health of older adults. *Front Public Health*. 2023 nov 22;11:1323030. doi: 10.3389/fpubh.2023.1323030. PMID: 38074752; PMCID: PMC10698691.
- **Recursos para su consecución:**
 - Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid*. Diciembre de 2013. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf> [última consulta en febrero de 2024]
 - Generalitat de Catalunya. *Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas Programa de prevención y atención a la cronicidad*. 2017. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_modelo_catalan_atencion_personas_necesidades_complejas_2017_cas.pdf?sequence=5

CRITERIO 2. El centro de salud tiene en su estructura equipos multidisciplinares (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, administrativos y otros que existan en el centro) encargados de forma específica de la identificación de necesidades, establecimiento de objetivos y planes de acción y evaluación de los resultados en relación con las estrategias a seguir para la correcta atención de las personas mayores y la promoción y cuidado de su salud física y mental. Este grupo de trabajo elabora planes de acción y se encarga de la formación y motivación del resto del equipo.

- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico que alcanzar:** el centro de salud presenta el organigrama del grupo de trabajo de atención al mayor que ha creado y al menos dos proyectos anuales de mejora en este ámbito.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud presenta el organigrama del grupo de trabajo de atención al mayor que ha creado y al menos dos proyectos anuales de mejora en este ámbito. Además, el centro de salud demuestra que esos planes son interdisciplinares y cuentan con la comunidad y otros agentes disponibles en el ámbito de actuación del centro de salud (hospital de referencia, recursos del ayuntamiento o asociaciones, etc.).
- **Evidencia disponible:**
 - Breckner A, Roth C, Glassen K, Wensing M. *Self-management perspectives of elderly patients with multimorbidity and practitioners - status, challenges and further support needed?* *BMC Fam Pract*. 2021 nov 26;22(1):238. doi: 10.1186/s12875-021-01584-9. PMID: 34836506; PMCID: PMC8624621.
 - Bookey-Bassett S, Markle-Reid M, Mckey CA, Akhtar-Danesh N. *Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis*. *J Adv Nurs*. 2017 Jan;73(1):71-84. doi: 10.1111/jan.13162. Epub 2016 Oct 17. PMID: 27681818.
- **Recursos para su consecución:**
 - Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. *Fragilidad en Atención Primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar [Frailty in primary care: Diagnosis and multidisciplinary management]*. *Aten Primaria*. 2022 Sep;54(9):102395. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102395. Epub 2022 Jun 11. PMID: 35700618; PMCID: PMC9198324.



DOMINIO 2: PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES Y ORGANIZACIÓN EN LA COMUNIDAD

Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores es un lugar que adapta los servicios y estructuras físicas para ser más inclusiva y se ajusta activamente a las necesidades de su población, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esta cuando envejece.

Una ciudad amigable fomenta el envejecimiento saludable al optimizar aquellos recursos que mejoren la salud y la seguridad de su población. Una comunidad amigable pone en valor a sus personas mayores, las incluye fomentando su participación activa e incentiva su contribución a la sociedad.

Los equipos de Atención Primaria pueden y deben facilitar que las comunidades, las ciudades y los centros de salud amigables con el mayor sean una realidad.

Para implementar estrategias de amigabilidad con los mayores, que reviertan en una mejora de su estado de salud y calidad de vida, se precisa de una organización en la comunidad, que se cuente con activos para personas mayores, que se integre a la población mayor en los sistemas de salud para que estos se adapten a sus necesidades reales, y se precisa del desarrollo de actividades comunitarias en los Equipos de Atención Primaria. Estos pueden desempeñar un papel importante en generar o facilitar redes comunitarias en las que se fomente el autocuidado y el cuidado de los demás, el envejecimiento saludable y la prevención de la discapacidad.

CRITERIO 1. Promover, implementar y coordinar medidas dirigidas a la sensibilización social sobre la discriminación que sufren las personas mayores, así como poner en valor a este colectivo, promocionando y facilitando su participación y contribución a la sociedad.

- **Aclaraciones:** En un momento histórico y un contexto social en el que la edad es la tercera causa de discriminación después del sexismo y el racismo, dar a conocer el edadismo, algunas de sus implicaciones y ofrecer orientaciones e ideas acerca de su abordaje, cobra especial relevancia.
- **Nivel básico que alcanzar:**
 - *Elaboración anual de un análisis de edadismo en las actividades del centro de salud, con la elaboración de un plan de acción frente, al menos, una de las causas de edadismo que se detecte.*
- **Nivel intermedio:**
 - *Organizar o realizar talleres o acciones de sensibilización para combatir el edadismo en el propio equipo de Atención Primaria (EAP) (al menos una actividad anual).*
 - *Participar o realizar talleres de sensibilización sobre el edadismo dirigidos a la comunidad (al menos una actividad anual).*
- **Nivel avanzado:**
 - *Incorporar estrategias antiedadismo en los planes de mejora del propio equipo de salud que fomenten una reflexión y mejora continua en relación con este aspecto, realizando un plan de acción anual en el que se visualicen los cambios y los planes de mejora realizados en el centro de salud.*
 - *Velar de manera global por los derechos de las personas mayores y trabajar por evitar el edadismo en todas aquellas circunstancias en las que el EAP pueda tener un papel activo, ya sea en sus actividades propias y actividad asistencial, o en sus participaciones en actividades comunitarias; evidenciando en un documento bienal la participación del centro de salud en la comunidad.*



- **Recursos para su consecución:**

- *Guía para la promoción del buen trato y la prevención del EDADISMO en personas mayores. Disponible en: [GUIA PROMOCIÓN BUEN TRATO-EDADISMO.pdf \(ses.es\)](#)*

CRITERIO 2. Desarrollo de actuaciones orientadas a la detección y priorización de las necesidades y problemas de salud de la población mayor de la comunidad, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando intervenciones y facilitando aquellos programas, protocolos y acciones orientadas a mejorar la salud de las personas mayores, que fomenten el envejecimiento activo y saludable y la participación comunitaria de los y las mayores.

- **Aclaraciones:** La participación social, en especial en personas mayores, está estrechamente ligada al bienestar y envejecimiento saludable, generando beneficios físicos y psicológicos. Por ello, es necesario facilitar cualquier tipo de participación: bien sea conociendo y recomendando activamente los recursos comunitarios de los que dispone la población, o impartiendo talleres, o generando otro tipo de acciones comunitarias cuyos destinatarios o agentes activos sean este grupo poblacional.
- **Nivel básico que alcanzar:**
 - *Elaboración de un mapa de recursos comunitarios disponibles para la participación, promoción y protección de la salud de las personas mayores, con una actualización anual disponible para cualquier profesional del EAP.*
- **Nivel intermedio:**
 - *El centro de salud debe poder prescribir activos en salud comunitarios, con derivación directa a los mismos. Se deben demostrar dichos acuerdos de colaboración.*
 - *Intervención activa en Consejos de Salud u otros órganos de participación de la población perteneciente a la zona básica de salud.*
 - *Se elevan a niveles superiores aquellas necesidades que no puedan ser resueltas a nivel local.*
- **Nivel avanzado:**
 - *Promover, colaborar y participar activamente en la creación y el mantenimiento de redes comunitarias, colaborativas con otros servicios públicos y tejido asociativo, cuyo objetivo es el fomento de la promoción del envejecimiento saludable y de la participación y cuidado de personas mayores. Se deberá demostrar con un documento anual en el que se objeque el trabajo en equipo con la comunidad con las actividades realizadas en común.*
- **Evidencia disponible:**
 - *Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud ([paho.org](#))*
 - *Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana 2023-2025. [estrategia_de_salud_comunitaria_es \(gva.es\)](#)*
 - *Experiencias: Pamplona te cuida. Redes del mayor Red Mayores | Ayuntamiento de Pamplona*
- **Recursos para su consecución:**
 - *Guía metodológica para el desarrollo de un mapa de activos para la salud orientada a profesionales de promoción de la salud. Disponible en: [2498706-Guía metodológica activos salud_ESPA-ÑOL.pdf \(saludcastillayleon.es\)](#)*



- Guía «Acción comunitaria para ganar salud» del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [Guía_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf \(sanidad.gob.es\)](#)
- Guía sobre participación en intervención comunitaria. Disponible en: [esp_guiaparticipacioncomunitaria.pdf \(navarra.es\)](#)

CRITERIO 3. Facilitar la integración y la participación de las personas mayores en los sistemas de salud para que estos se adapten a sus necesidades reales. Fomentar la autonomía y capacidad de toma de decisiones de los mayores proporcionándoles información veraz, clara y adaptada. Proporcionar orientación sobre sus opciones para que puedan tomar decisiones relacionadas con su bienestar, salud o cuidados.

- **Aclaraciones:** El principio de autonomía promueve la capacidad de decisión, de autogobierno de las personas y el derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida; así como a defender que sus preferencias sean atendidas también cuando se presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas. En las personas mayores no es infrecuente que, por distintas razones, puedan tener dificultades para la toma de decisiones. Debe fomentarse el nivel máximo de participación, siendo necesario para ello proporcionarles el soporte que precisen.
- Aplicar el principio de autonomía es respetar la forma y la manera en que la persona decide vivir y ser cuidada.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico que alcanzar:**
 - El centro de salud facilita la planificación de decisiones vitales por parte del paciente con relación a su salud, registrando las mismas en la historia clínica y facilitando la elaboración de documentos tales como el de voluntades anticipadas. Esto se mostrará a través de un plan anual, la disposición de un espacio para tal fin o cuantificando el número de registros realizados.
 - Elaboración de una acción anual como mínimo sobre la identificación de problemas en relación con la autonomía del paciente y sus posibles soluciones.
- **Nivel intermedio:**
 - Planificación y puesta en marcha de iniciativas de concienciación y formación en relación con el respeto de la autonomía y del proceso de toma de decisiones anticipadas, dirigidas tanto a profesionales como a población general siendo documentadas con campañas informativas.
- **Nivel avanzado:**
 - Puesta en marcha de vías de comunicación por las que las personas mayores puedan exponer a su EAP sus opiniones, sus necesidades, así como sugerencias en relación con el modo en el que son atendidos (buzón del mayor).
 - Tras considerar la información proveniente de la participación de la población mayor atendida en la Zona Básica de Salud (ZBS), se ha de producir una adecuación de los programas o maneras de atención o creación de nuevos programas dirigidos a personas mayores.
- **Evidencia disponible:**
 - La autonomía: dimensión a atender dentro de un enfoque de cuidado de Atención Centrada en la Persona. Disponible en: [Anexo CD ca Documento AUTONOMÍA CDIA 2023 castellano_.pdf \(bizkaia.eus\)](#)



- **Recursos para su consecución:**

- *Experiencia. Buzón del mayor. (Buzón del mayor | Ajuntament de Museros)*
- *Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para profesionales. Junta de Andalucía. Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para profesionales - Junta de Andalucía (juntadeandalucia.es)*
- *Documento para las voluntades anticipadas (tv_cva_2022_dmd_esp.pdf (derechoamorir.org))*
- *Registro nacional de instrucciones previas (Ministerio de Sanidad - Áreas - Registro Nacional de Instrucciones Previas)*



DOMINIO 3: RESULTADOS EN ACCESIBILIDAD

La accesibilidad de los centros de salud es un aspecto crítico para asegurar una atención adecuada a los adultos mayores, un sector de la población que está en constante crecimiento. Urgen iniciativas para adaptar los entornos para satisfacer las necesidades particulares de las personas mayores. Implementar mejoras en la accesibilidad es esencial para promover su independencia, participación y calidad de vida, reduciendo las disparidades en el acceso a los servicios de salud y mejorando la experiencia del paciente en su conjunto. Un centro de salud que busca hacerse amigable con las personas mayores necesita ser accesible no solo en cuanto a accesibilidad física, sino también, en accesibilidad sensorial, cognitiva, tecnológica y en todo su proceso de atención a las personas mayores.

Una accesibilidad adecuada requiere un ajuste entre las características de los servicios y las de su población. Los centros de salud que incorporan estos principios demuestran un compromiso con la dignidad y el respeto hacia este grupo etario.

CRITERIO 1. Accesibilidad física. El centro de salud identifica sus barreras físicas que limitan el acceso o disminuyen la autonomía de su población adulta mayor, y traza un plan de mejora de accesibilidad física.

- **Aclaraciones:** el centro de salud necesita estudiar las características físicas de su población y determinar su necesidad para mejorar en accesibilidad física.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:**
 - *Evaluar las condiciones de accesibilidad del centro de salud, determinar limitaciones en cuanto a accesos al centro de salud, itinerarios para llegar a las consultas de atención a los adultos mayores, valoración de la accesibilidad global del edificio y dotaciones.*
 - *Realizar propuestas de mejora, además de aportar planes de adaptación en accesibilidad aprobados y con calendario y relación de medios para conseguir mejorar en accesibilidad.*
- **Nivel intermedio:**
 - *Redactado el Plan, el centro de salud debe proceder a implementar mejoras y como mínimo debe acreditar accesibilidad física al edificio y a cada una de las consultas que presten atención a este grupo etario. Además, se debe disponer de itinerarios accesibles que comuniquen los ambientes de uso por parte de personas mayores (entrada principal accesible al edificio, ascensor accesible, rampa accesible, servicios higiénicos accesibles, zonas de espera con asientos fijos, puntos de atención accesibles, plazas reservadas de aparcamiento, rutas que permitan movilidad con sillas de ruedas o muletas; los espacios exteriores del edificio deberán contar con un itinerario entre la entrada desde la vía pública y/o el aparcamiento hasta los principales puntos de acceso del centro de salud).*
 - *Se deben implementar medidas de evaluación sobre la idoneidad y eficacia de las soluciones adoptadas; para ello será útil disponer de información sobre la percepción del usuario acerca de la accesibilidad del edificio y a las consultas de uso de los mayores. Conviene tener métodos definidos para obtener dicha información, los cuales deberán acreditarse para alcanzar este nivel.*



- **Nivel avanzado:** el centro de salud está dotado de **todos** los espacios necesarios para la atención accesible de las personas mayores (zonas de atención al público, aseos, salas de espera, plazas de aparcamiento); además, **cada uno** de los espacios de atención deben acreditar disponer de elementos accesibles (puertas, rampas, plataformas, ascensores, pavimento, equipamiento).
- **Evidencia disponible:**
 - Grupo de Trabajo Andaluz de Accesibilidad Cognitiva (2021) *Guía de buenas prácticas para una señalización accesible en edificios públicos*. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social/juventud/familia/seigualdad/areas/discapacidad/accesibilidad.html>
 - *Accesibilidad y herramientas accesibles para todos* - Web ONCE. (n.d.). ONCE. Disponible en: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/accesibilidad>
 - *Guía de Buenas Prácticas para una Señalización Accesible en edificios* [Internet]. Junta De Andalucía. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/80264.html>
- **Recursos necesarios para su consecución:**
 - Vargas Lorenzo, I. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia* [Tesis, Universidad Autónoma de Barcelona]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>

CRITERIO 2. Accesibilidad sensorial. Este criterio se refiere a la adecuación de los espacios y servicios para garantizar la accesibilidad a personas con discapacidad visual, auditiva u otras dificultades sensoriales. Requiere adoptar un enfoque inclusivo que aborde las necesidades sensoriales de los adultos mayores con ese tipo de limitaciones.

- **Aclaraciones:** el centro de salud necesita determinar las necesidades de adaptación sensorial de su población para poder ofrecer una adecuada accesibilidad sensorial.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:** el centro de salud realiza bienalmente una evaluación de su accesibilidad sensorial, identificando las limitaciones y elaborando un plan de mejora. Para ello, tiene en cuenta la opinión y la experiencia del paciente con estas limitaciones.
- **Nivel intermedio:** el centro garantiza el acceso al centro de salud a personas con discapacidad sensorial con escasa autonomía; dispone de sistemas de amplificación de sonido que se adapten a los audífonos de mayor uso en la zona, uso de colores contrastantes para facilitar la visión; incorpora texto en braille en señalización y dispositivos en entornos físicos, como botones de ascensores y placas de identificación.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud cumple con las normativas y estándares de accesibilidad relevantes, como el WCAG o las regulaciones de accesibilidad en edificaciones, para garantizar un acceso equitativo para todas las personas; elimina todas las barreras sensoriales posibles del CS permitiendo que personas con gran limitación sensorial también puedan utilizar el centro de salud con autonomía.
- **Evidencia disponible:**
 - De Pedro I. *Señalética y señalización en centros sanitarios*. Ocronos (Internet). 2021 nov. (citado el 17 de enero del 2024);4(12):186. Disponible en: <https://revistamedica.com/senaletica-senalizacion-centros-sanitarios/>



- *Medidas para garantizar accesibilidad sensorial-ONCE. Disponible en: <https://www.discapnet.es/accesibilidad/accesibilidad-sensorial>*
- *Initiative, W. W. A. (n.d.). Introducción a las Pautas de Accesibilidad para el Contenido Web (WCAG). Web Accessibility Initiative (WAI). Disponible en: <https://www.w3.org/WAI/standards-guidelines/wcag/>*
- *Amalia LC, Uribo MA. Diseño inclusivo: Tercera edad en pandemia, los beneficios del diseño [Internet]. CORE. Disponible en: <https://core.ac.uk/display/555355298?source=2>*
- **Recursos necesarios para su consecución:**
 - *María TBA, De Ribera SLJ, De València Escuela Técnica Superior De Ingeniería Del Diseño - Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Del Disseny UP. Diseño y color en elementos de señalización para centros de la tercera edad. Dos casos prácticos [Internet]. 2022. Disponible en: <https://riunet.upv.es/handle/10251/153192>*

CRITERIO 3. Accesibilidad Cognitiva

- **Aclaraciones:** el centro de salud necesita conocer las limitaciones a las que se enfrentan las personas con problemas cognitivos y conocer las limitaciones cognitivas de su población.
- **Nivel básico:** el centro de salud necesita disponer de materiales informativos simplificados.
- **Nivel intermedio:** el centro de salud dispone de acompañamiento personalizado durante la visita, favoreciendo la autonomía de los usuarios con dificultad cognitiva moderada a severa.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud necesita disponer de programas educativos sobre salud adaptados a las capacidades cognitivas, todo su personal está sensibilizado con estas dificultades y favorece que un usuario con gran discapacidad cognitiva utilice los servicios de salud sin barreras.
- **Evidencia disponible:**
 - *CERMI (Comité español de representantes de personas con discapacidad) Accesibilidad cognitiva en el uso público de los edificios. Plena Inclusión (2021). Disponible en: <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/10/Accesibilidad-cognitiva-en-el-uso-publico-de-los-edificios.pdf>*
 - *Grupo de Trabajo Andaluz de Accesibilidad Cognitiva (2021) Guía de buenas prácticas para una señalización accesible en edificios públicos. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, Junta de Andalucía.*
- **Recursos necesarios para su consecución:**
 - *CERMI (Comité español de representantes de personas con discapacidad) Accesibilidad cognitiva en el uso público de los edificios. Plena Inclusión (2021). Disponible en: <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/10/Accesibilidad-cognitiva-en-el-uso-publico-de-los-edificios.pdf>*

CRITERIO 4. Accesibilidad tecnológica

- **Aclaraciones:** el centro de salud necesita conocer las limitaciones que, en temas de tecnología, enfrentan las personas adultas mayores de su área adscrita. Al mismo tiempo, debe tener conoci-



miento de los recursos tecnológicos que requieren utilizar su población de adultos mayores, para su atención o manejo postconsulta.

- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:** el centro de salud ofrece al menos una de las siguientes propuestas:
 - *Folletos informativos que favorezcan las actividades de obtener cita, confirmar llegada, u otras que requieran acceso por dispositivos electrónicos.*
 - *Cuenta con una integración de sistemas interactivos de autoservicio para check-in y citas que incluyen opciones de voz y táctiles, adaptados para personas con diferentes capacidades físicas y sensoriales.*
- **Nivel intermedio:** el centro de salud dispone de personal facilitador que ayuda a los usuarios a obtener cita, confirmar llegada, u otras actividades que requieran acceso por dispositivos electrónicos.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud tiene implementada tecnología punta tales como: realidad virtual aumentada para asistencia en la navegación dentro del centro. El CS dispone de *chatbots* dotados de inteligencia artificial para personalizar la atención y proporcionar recordatorios y asistencia virtual.
- **Evidencia disponible:**
 - Pessoa C. *¿Por qué es importante la inclusión digital para las personas mayores?* [Internet]. Reab; 2022. [Consultado el 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.reab.es/por-que-es-importante-la-inclusion-digital-para-las-personas-mayores/>
 - Arroyave Zambrano PM, Ocampo Arias J, Sánchez Velásquez SP, Vega AO. *Inclusión digital como opción aportante al envejecimiento activo. E-Ciencias de la Información* [Internet]. 2020 [Consultado el 15 de enero del 2024]; 10 (2): 123-136. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4768/476864884006/html/>
 - Lara, A. J. (2011). *El estado actual de la accesibilidad de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)*. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/03/el_estado_actual_de_la_accesibilidad_tic.pdf
 - Aranha M, James K, Deasy C, Heavin C. *Exploring the barriers and facilitators which influence Health adoption among older adults: A literature review. Gerontechnology* [Internet]. 2021 [Consultado el 26 de mayo de 2022]; 20 (2): 1-16. Disponible en: <https://journal.gerontechnology.org/archives/2e-0cb6b8554b4b50a1077f1449c06fe8.pdf>
- **Recursos necesarios para su consecución:**
 - Leite A. *Envejecimiento en la era digital: estrategias para lograr la inclusión.* [Internet]. Reab; 2021. [Consultado el 15 de enero del 2024]. Disponible en: <https://www.reab.es/envejecimiento-en-la-era-digital-estrategias-para-la-inclusion-digital-y-el-empoderamiento/>
 - Blog ruralvía. *Cómo ayudar a las personas mayores a utilizar la tecnología.* [Internet]; 2020. [Consultado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://blog.ruralvia.com/como-ayudar-a-las-personas-mayores-a-utilizar-la-tecnologia/>



DOMINIO 4: RESULTADOS EN INFORMACIÓN

Las personas mayores requieren entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento. La información sanitaria es un derecho del paciente. Recibir adecuadamente esta información, comprenderla y manejarla facilita la vida del paciente mayor, ayudándole a solventar sus necesidades y a mejorar su relación con el entorno físico y personal. Por ello, es necesario que los centros de salud amigables con los mayores habiliten las medidas necesarias materiales y personales que faciliten la información a este grupo de personas adaptándolas a sus necesidades.

CRITERIO 1. Un centro de salud amigable con las personas mayores presenta información comprensible y adaptada a las necesidades de todas las personas mayores. En este dominio se incluyen las intervenciones destinadas a conseguir que la información a la persona mayor sea adecuada y ajustada a su nivel educativo y cognitivo, así como a las limitaciones que estos pueden presentar (auditivas, visuales, de movilidad o de otro tipo).

- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:** el centro de salud identifica las barreras sensoriales en la transmisión de la información que produce (informes, explicación de tratamientos, gestión de citas, etc.) y elabora anualmente un plan de acción para solventarlas.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud emplea medios para garantizar que la información en relación con la salud de cada individuo y de la población es comprendida por personas con alteraciones sensoriales y cognitivas (uso de sistemas de audio, Braille, simplificación de mensajes, pictogramas, etc.).
- **Evidencia disponible:**
 - Organización Mundial de la Salud (Internet). Ginebra: *Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030*; (actualizado 14 de diciembre de 2020; citado 18 de julio de 2023). Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b-4b75ebc_25
 - De Pedro I. Señalética y señalización en centros sanitarios. *Ocronos* (Internet). 2021 nov. (citado el 10 de julio de 2023);4(12):186. Disponible en: <https://revistamedica.com/senaletica-senalizacion-centros-sanitarios/>
- **Recursos para su consecución:**
 - Comunidad de Madrid (Internet). Madrid: *Manual de Identidad Corporativa. Elementos corporativos, papelería, editorial, publicidad, señalética*; (actualizado 2020, citado el 12 de julio de 2023). Disponible en: https://diario.madrid.es/wp-content/uploads/2016/06/manual_madrid_V2.1.pdf
 - Junta de Andalucía (Internet). Sevilla: *Guía de buenas prácticas para una señalización accesible en edificios*; (actualizado 2021, citado el 20 de julio de 2023). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/80264.html>



CRITERIO 2. Un centro de salud amigable con las personas mayores tiene a su personal formado en comunicación con el o la paciente mayor. La formación del personal en comunicación con el mayor implica que dicho personal dedica el tiempo necesario para que el paciente exprese sus necesidades y comprenda la información recibida utilizando el material necesario para ello.

- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:** todo el personal del centro de salud deberá haber realizado formación específica en comunicación con el paciente mayor mediante cursos o talleres según disponibilidad de los centros.
- **Nivel avanzado:** incluye la existencia de puestos de información específicos y prioritarios para los pacientes mayores, la creación de tarjetas de citación adaptadas según necesidades en las que deberá constar datos corporativos, del paciente y de la cita. Los pacientes mayores tienen vías de comunicación preferente disponibles con los profesionales sanitarios.
- **Evidencia disponible**
 - Organización Mundial de la Salud (Internet). Ginebra: Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit; (actualizado 2008, citado el 11 de junio de 2023). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310500/>

Recursos para su consecución

- National Institute on Aging (Internet). Bethesda: Talking With Your Older Patients; (actualizado enero 2023, citado el 6 de junio de 2023). Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/talking-your-older-patients>
- Comunidad de Madrid (Internet). Madrid: Escuela Madrileña de Salud. Recursos de educación para la salud; (actualizado 2023, citado 6 de julio de 2023). Disponible en: <https://escueladesalud.comunidad.madrid/>



DOMINIO 5: RESULTADOS EN SALUD Y ATENCIÓN SANITARIA

La implementación de estrategias de amigabilidad para con las personas mayores en los centros de salud ha de estar orientada no solo a la humanización de la atención, sino también a conseguir los mejores resultados en salud, así como mejorar la calidad de vida del paciente. Sin embargo, el enfoque en el manejo de las enfermedades en la persona mayor es variable en función de su estado de fragilidad y su capacidad funcional. Un centro de salud que quiera ser amigable con las personas mayores precisa enfocar su estrategia en la detección del estado funcional y del nivel de fragilidad de los pacientes mayores, ajustando los objetivos de tratamiento y la prescripción farmacológica a estos parámetros.

CRITERIO 1. Con el fin de que la atención al paciente mayor sea basada en el estado funcional y fragilidad del paciente, el centro de salud realiza el cribado de capacidad funcional y fragilidad a través de escalas validadas en las personas mayores de 70 años.

- **Aclaraciones:** la capacidad funcional se ha de medir en escalas validadas, como el índice de Barthel y/o el cuestionario VIDA. Para la detección de la fragilidad, se recomienda el uso de la escala FRAIL como cribado inicial y la *Short Physical Performance Battery* (SPPB) como diagnóstico, conforme al protocolo de fragilidad del Ministerio de Sanidad.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico a alcanzar:** el centro de salud debe disponer de un programa de cribado de fragilidad y de determinación del estado funcional en el centro de salud.
- **Nivel intermedio:** el centro de salud puede acreditar una aplicación extensa del cribado de fragilidad y funcionalidad en las personas mayores.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud puede acreditar que el cribado de fragilidad y la evaluación funcional de sus pacientes lleva a la aplicación de programas específicos de rehabilitación funcional y prevención de la fragilidad.
- **Evidencia disponible:**
 - Acosta Benito MÁ, García Pliego RA, Baena Díez JM, Gorroño Goitia Iturbe A, Herreros Herreros Y, De Hoyos Alonso MDC, Magán Tapia P, Martín Lesende I. *Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPs 2022 [PAPPs update on older people 2022]. Aten Primaria. 2022 Oct;54 Suppl 1(Suppl 1):102438. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102438. PMID: 36435582; PMCID: PMC9705221.*
 - Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. *Frailty: implications for clinical practice and public health. Lancet. 2019 Oct 12;394(10206):1365-1375. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31786-6. PMID: 31609228.*
- **Recursos para su consecución:**
 - Ministerio de Sanidad, *Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022)*. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/MinisterioSanidad-FragilidadCaidas-personamayor-12-2014.pdf> [Última consulta, 10 de agosto de 2023]. Pendiente actualización en 2023.
 - British Geriatric Society (BGS). *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)*. Disponible en: <https://www.bgs.org.uk/resources/resource-series/comprehensive-geriatric-assessment-toolkit-for-primary-care-practitioners>. [Última consulta, 10 de agosto de 2023]



CRITERIO 2. En el paciente mayor aparecen determinados síndromes geriátricos que son específicos de este grupo etario, se asocian a la pluripatología y la fragilidad. Un centro de salud amigable con las personas mayores identifica estos síndromes y los trata, incluyendo planes de acción y seguimiento, educación para la salud, prescripción farmacológica y criterios de derivación a otros especialistas. Estos planes son multidisciplinarios, implicando a los diversos trabajadores del centro de salud (personal de medicina, enfermería, trabajo social, administración, etc.).

- **Aclaraciones:** los principales síndromes geriátricos son: incontinencia, deterioro cognitivo y demencia, delirium, síndrome de inmovilidad y úlceras cutáneas. Se excluyen fragilidad y polifarmacia, que se abordan en otros criterios.
- **Nivel básico que alcanzar:** el centro de salud ha desarrollado en los últimos 2 años al menos un programa de detección y manejo de, al menos, un síndrome geriátrico, conforme a las necesidades de su población. Se presenta el proyecto del programa con la identificación de las necesidades, las actividades realizadas, los resultados y el planteamiento de nuevas acciones. Estos proyectos determinan el papel de los diversos profesionales del centro, garantizando el enfoque multidisciplinario.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud ha desarrollado en los últimos 2 años dos o más programas de detección y manejo de, al menos, dos síndromes geriátricos, conforme a las necesidades de su población. Se presenta el proyecto de los programas con la identificación de las necesidades, las actividades realizadas, los resultados y el planteamiento de nuevas acciones. Estos proyectos determinan el papel de los diversos profesionales del centro, garantizando el enfoque multidisciplinario.
- **Evidencia disponible:**
 - Tran HT, Leonard SD. *Geriatric Assessment for Primary Care Providers. Prim Care.* 2017 Sep;44(3):399-411. doi: 10.1016/j.pop.2017.05.001. PMID: 28797368.
- **Recursos para su consecución:**
 - Caballer JC et al. *Manual de geriatría para médicos. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital de Chile.* 2019. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf [Última consulta, 10 de agosto de 2023]

CRITERIO 3. Más del 30% de la población mayor de 70 años en España consume cinco fármacos o más diariamente. La falta de revisión de los tratamientos y la prescripción inadecuada están detrás de un amplio número de efectos secundarios. Por otro lado, es necesario que la edad no sea un criterio que impida una prescripción adecuada en determinadas patologías. Un centro de salud amigable con las personas mayores desarrolla programas de revisión de la prescripción y del cumplimiento terapéutico para las personas mayores.

- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico que alcanzar:** el centro de salud dispone de un programa de revisión de medicación para las personas mayores de 70 años. Se presenta el proyecto del programa con la identificación de las necesidades, las actividades realizadas, los resultados y el planteamiento de nuevas acciones.
- **Nivel intermedio:** el centro de salud acredita que, además de los criterios del nivel básico, ha desarrollado una estrategia de deprescripción de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano e interacciones.



- **Nivel avanzado:** el centro de salud acredita que, además de los criterios de los niveles básico e intermedio, presenta una tasa de medicación potencialmente inadecuada en la persona mayor inferior al 5%.
- **Evidencia disponible:**
 - Acosta Benito MÁ, García Pliego RA, Baena Díez JM, Gorroñoigoitia Iturbe A, Herreros Herreros Y, De Hoyos Alonso MDC, Magán Tapia P, Martín Lesende I. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2022 [PAPPS update on older people 2022]. Aten Primaria. 2022 Oct;54 Suppl 1(Suppl 1):102438. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102438. PMID: 36435582; PMCID: PMC9705221.
 - Olry de Labry Lima A, Marcos Marcos J, Marquina Marquez A, González Vera MLÁ, Matas Hoces A, Bermúdez Tamayo C. Evidence for deprescription in primary care through an umbrella review. BMC Fam Pract. 2020 Jun 8;21(1):100. doi: 10.1186/s12875-020-01166-1. PMID: 32513110; PMCID: PMC7278115.
- **Recursos para su consecución:**
 - deprescribing.org: recurso online con diversas guías de deprescripción.
 - MESTOPPER (<https://medstopper.com/>): herramienta web para la deprescripción.
 - Portal del medicamento de Castilla y León: Herramientas de deprescripción en la práctica clínica (<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/en/noticias-destacados/destacados/herramientas-deprescripcion-practica-clinica>). Agrupa diferentes recursos de prescripción adecuada (guías, recomendaciones para determinados grupos, herramientas web...).



DOMINIO 6: RESULTADOS EN EDUCACIÓN

En la actualidad los adultos que sobreviven hasta la vejez sufren altas tasas de enfermedades crónicas; el 80% tiene al menos una y el 50% tiene al menos dos. La disminución de la funcionalidad y la pérdida de independencia no son una consecuencia inevitable del envejecimiento. Si bien los problemas de salud crónicos entre los pacientes mayores tienen una alta prevalencia e impacto, las intervenciones basadas en la evidencia para abordar estos problemas se vuelven cada vez más importantes para maximizar tanto la cantidad como la calidad de vida de los adultos mayores. La OMS en 1983, define la educación para la salud (EpS) como «cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite».

La educación en el centro de salud para las personas mayores es fundamental para garantizar su bienestar y calidad de vida. Se adapta a las necesidades individuales y debe ser proporcionada por todos los profesionales implicados, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores.

CRITERIO 1. El empoderamiento en salud es efectivo y beneficioso. La educación para la salud es la herramienta para utilizar.

- **Aclaraciones:** un centro de salud amigable con las personas mayores se preocupa por formar a las personas mayores, en prevención y promoción de la salud, visión positiva de la vejez y a mejorar su contribución en la comunidad. Para ello el paciente recibirá educación individual en consulta, y talleres de Educación para la salud (EpS) y/ o participación en salud comunitaria.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico**
- **Nivel básico:** se consigue si existe un programa de educación para la salud basado en los hábitos saludables y ejercicio físico, dirigido a población mayor de 70 años adscrita al centro de salud, con, al menos, una iniciativa anual grupal y una educación estructurada individual.
- **Nivel intermedio:** se acreditan los medios para una formación estructurada sobre hábitos de vida saludables en consulta (materiales de apoyo gráfico, vídeos, etc.).
- **Nivel avanzado:** se cumple si esa formación alcanza a gran parte de la población mayor con mayor riesgo de enfermar (personas con fragilidad, polifarmacia, pluripatología, etc.), demostrado a través de una evaluación objetiva.
- **Evidencia disponible:**
 - *Geriatric health maintenance* [Internet]. [cited 2023 Aug 31]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?search=geriatric health maintenance&source=search_result&selectedTitle=1~7&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?search=geriatric%20health%20maintenance&source=search_result&selectedTitle=1~7&usage_type=default&display_rank=1)
 - Wakefield D, Bayly J, Selman LE, Firth AM, Higginson IJ, Murtagh FEM. Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting illness: A systematic review using critical interpretive synthesis. Vol. 32, *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 1288–304.
- **Recursos disponibles:**
 - Casado Nieto AM. *La Educación para la Salud en las personas mayores como contribución al envejecimiento activo. Una propuesta de intervención*. 2013.



- Organización Mundial de la Salud. *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Año 2016.*

CRITERIO 2. Los centros de salud amigables deben proporcionar formación continuada a su personal en atención a la persona mayor.

- **Aclaraciones:** la atención clínica de las personas mayores requiere la participación de equipos multidisciplinarios, y es indispensable que las personas que trabajen en ese entorno estén debidamente capacitadas.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:** se consigue si se ha llevado a cabo en el centro de salud al menos un programa de formación anual que aborde los principales problemas del paciente mayor, y que esté dirigido y adaptado a cada estamento.
- **Nivel avanzado:** se alcanza si la mayoría de la plantilla del centro de salud ha recibido formación por parte de la organización a través de un plan formativo que haya detectado las necesidades de los profesionales y que establezca criterios de evaluación de los resultados de esa formación para medir el impacto que tiene en la actividad del centro.
- **Evidencia disponible:**
 - Geriatric health maintenance [Internet]. [cited 2023 Aug 31]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?search=geriatric health maintenance&source=search_result&selectedTitle=1~7&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?search=geriatric%20health%20maintenance&source=search_result&selectedTitle=1~7&usage_type=default&display_rank=1)
 - Wakefield D, Bayly J, Selman LE, Firth AM, Higginson IJ, Murtagh FEM. Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting illness: A systematic review using critical interpretive synthesis. Vol. 32, *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 1288–304.
- **Recursos disponibles:**
 - Casado Nieto AM. *La Educación para la Salud en las personas mayores como contribución al envejecimiento activo. Una propuesta de intervención.* 2013.
 - Organización Mundial de la Salud. *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Año 2016.*

CRITERIO 3. Los centros de salud deben colaborar con cuidadores y familiares, involucrarse en el proceso educativo y dar recursos para apoyar a sus seres queridos.

- **Aclaraciones:** los cuidadores desempeñan un papel primordial en la atención de las personas mayores, encargándose de asistirlos en sus actividades diarias, darles apoyo emocional, proporcionar seguridad, supervisar la toma correcta de medicación, la alimentación, revisar su estado de salud, coordinarse con los servicios sanitarios cuando sea necesario, proporcionar compañía y estimulación cognitiva y fomentar el respeto y la dignidad del otro. En caso de ser cuidador ajeno a la familia, suponen una descarga del cuidador principal. Un centro de salud amigable con las personas mayo-



res se preocupa por formar a los cuidadores de personas mayores, en prevención y promoción de la salud, visión positiva de la vejez y creación de ambiente seguro en la comunidad.

- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:** el centro tiene un programa para contactar y ofrecer asesoramiento a los cuidadores de pacientes con dependencia funcional moderada/severa (Barthel < 60).
- **Nivel intermedio:** además del criterio anterior, el centro de salud ofrece acciones comunitarias y/o de educación para la salud con relación a las personas cuidadoras.
- **Nivel avanzado:** el centro de salud mide el impacto del cuidado en las personas cuidadoras y elabora un plan educativo para minimizar el impacto.
- **Evidencia disponible:**
 - Saiz Ladera GM, Bordallo Huidobro JR, García Pascual JN. *El cuidador como paciente*. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Vol 15, Issue 7, 2008, Pages 418-426.
- **Recursos para su consecución:**
 - Arévalo Suárez B Lasheras Lozano ML, Pérez Rivas FJ, Pires Alcaide M, Ribot Català C, Sánchez Martín MM. *Atención integral a las personas cuidadoras de pacientes dependientes*. Guía breve. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/atencion_a_la_persona_cuidadora_gu-a_breve.pdf



DOMINIO 7: RESULTADOS EN PARTICIPACIÓN Y COMUNIDAD

En primer lugar, se valorará el desarrollo de tres niveles de orientación comunitaria en Atención Primaria. La orientación comunitaria de la Atención Primaria plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja, en contraposición con la orientación que solo da respuesta a la demanda, el tratamiento de los síntomas y las enfermedades. La incorporación de esta orientación supone un cambio de paradigma al centrarse en la salud y no en la enfermedad, teniendo en cuenta los determinantes sociales y al enriquecerse de la participación comunitaria.

Esta orientación comunitaria se puede fortalecer a través de tres niveles:

- **Nivel individual y familiar:** este nivel afecta a la práctica asistencial diaria en las consultas y en los domicilios. En él se presta atención a las personas mayores dando importancia a sus contextos, a las historias personales y familiares, a las relaciones y a los entornos, desde un modelo de determinantes sociales de la salud. Por tanto, en este nivel se hace imprescindible un abordaje biopsicosocial y una herramienta útil sería la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios de las personas mayores. El primer criterio se orienta a este nivel.
- **Nivel grupal:** en este nivel se trabaja con grupos promoviendo acciones educativas dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta las características de esta y las necesidades concretas de cada territorio. La educación para la salud es una herramienta clave para la promoción de la salud y la prevención, y favorece el empoderamiento de la población, para aumentar el control sobre su salud y bienestar. Tiene especial relevancia en algunas etapas de la vida como la infancia y las personas mayores, en las personas con enfermedades crónicas y en las personas que cuidan, así como en las personas en situación de mayor vulnerabilidad social. Es un nivel que se desarrollará por aquellos profesionales implicados con estos grupos. El segundo criterio examina este nivel.
- **Nivel colectivo. Acción comunitaria en salud, «el centro de salud no es el único centro de salud»:** en este nivel se trabaja de forma intersectorial e interdisciplinaria, con numerosos agentes del territorio local que tienen un papel relevante en la mejora del bienestar de la comunidad. Se trata de que algunas personas del equipo de Atención Primaria participen en un proceso de acción o desarrollo comunitarios. Este proceso puede que ya exista, puede que lo esté liderando otra entidad o la ciudadanía, o puede que lo tenga que liderar el equipo de Atención Primaria. Esta acción comunitaria tiene como alcance el conjunto de una población o comunidad definida, y, como objetivo, la mejora de los resultados en salud, entre los que merece un apartado concreto el bienestar, tratando de mejorar las condiciones de vida y la equidad. Para ello es fundamental la participación ciudadana (asociaciones, colectivos, grupos informales, líderes sociales, etc.) y el trabajo intersectorial y multidisciplinar (profesionales y técnicos de los diversos servicios que intervienen en la comunidad, así como administraciones e instituciones). En la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) a este nivel 3 se le denomina atención comunitaria. La atención comunitaria es un servicio en la Cartera de Servicios Comunes del SNS desde 2006, dentro de las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y comunitaria. El tercer criterio se enfoca a este nivel.

Por último, el cuarto criterio permite evaluar las herramientas y recursos que un centro de salud debe tener para poder conseguir estos recursos comunitarios.



CRITERIO 1. Recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios de las personas mayores.

- **Aclaraciones:** las herramientas disponibles pueden ser múltiples y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios de las personas mayores pueden provenir de la información obtenida de los diferentes recursos de la zona básica de salud, pasando por protocolos de derivación con centros deportivos y también páginas web o incluso aplicaciones informáticas. Dos ejemplos muy emblemáticos de mapas de recursos para la salud serían el buscador de activos en salud del Observatorio de Salud de Asturias (se puede encontrar más información en: <https://activos.ob-saludasturias.com/>) y Localiza Salud del Ministerio de Sanidad que abarca todo el territorio nacional.
- **Nivel básico:** Realizar de forma efectiva la prescripción de activos para la salud y recursos comunitarios de las personas mayores. Se solicitará un informe anual con el número de derivaciones y monitorización del grado de asistencia de los pacientes derivados.
- **Evidencia disponible:**
 - *Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria. Plan de acción de Atención Primaria 2022-2023. Ministerio de sanidad.*
 - *Orientación comunitaria de la Atención Primaria. Blog Salud Comunitaria.*
 - *PACAP (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria) de semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).*

CRITERIO 2. Actividades de educación para la salud grupal con personas mayores.

- **Aclaraciones:** un adecuado registro de actividades comunitarias o grupales permite visibilizar, compartir el trabajo y facilitar la evaluación y el seguimiento.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:**
 - *El centro de salud ha constituido un grupo de trabajo en salud comunitaria multidisciplinar dependiente de la dirección de la estructura de Atención Primaria correspondiente (dirección médica, dirección de salud o equivalente) para agilizar la gestión de la acción comunitaria en sus diferentes niveles. Se solicitará el acta de la dirección de la estructura de Atención Primaria correspondiente (dirección médica, dirección de salud o equivalente) en la que se constituya y apruebe el grupo de trabajo. Se debe incluir la categoría profesional de cada miembro (imprescindible al menos dos categorías).*
 - *Se acredita la realización de al menos una actividad al año de actividades de educación para la salud grupal con personas mayores. Esta información se incluirá en el informe de seguimiento anual.*
- **Nivel intermedio:** el centro de salud realiza una evaluación de resultados y seguimiento de los objetivos propuestos en las actividades, así como de los planes de mejora. Esta información se incluirá en el informe de seguimiento anual.
- **Nivel avanzado:** se compartirán los resultados de la evaluación de las actividades de educación para la salud grupal con todo el equipo de Atención Primaria, y con las asociaciones o entidades locales que puedan participar en la acción comunitaria del centro de salud. Esta información se incluirá en el informe de seguimiento anual.



- **Evidencia disponible:**

- *Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria. Plan de acción de Atención Primaria 2022-2023. Ministerio de sanidad.*
- *Guía de Salud Comunitaria. Observatorio de Salud en Asturias.*

CRITERIO 3. Participación de algunos profesionales de Atención Primaria en un proceso de acción comunitaria y establecer coordinación intersectorial.

- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**

- **Nivel básico:** se solicitará documentación que acredite la participación de profesionales de todos los estamentos del centro de salud en un proceso de acción comunitaria que incluya: informe de la dirección de Atención Primaria que corresponda, las actas de las reuniones de mesas intersectoriales, con entidades locales, etc. Así como documentos conjuntos, estudios de priorización, proyectos comunitarios, etc.
- **Nivel avanzado:** se solicitará encuestas de opinión y/o de satisfacción de las actividades de educación para la salud y/o de proyectos comunitarios desarrollados, entrevistas estructuradas a personas mayores, estudios de priorización de problemas integrando las opiniones de personas mayores y cuidadores, etc.

- **Evidencia disponible:**

- *Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria. Plan de acción de Atención Primaria 2022-2023. Ministerio de sanidad.*
- *Guía de Salud Comunitaria. Observatorio de Salud en Asturias.*

CRITERIO 4. Estrategia de formación en salud comunitaria.

- **Aclaraciones:** una estrategia de formación en salud comunitaria centrada en las personas mayores debe tener en cuenta la realidad de cada territorio, con las siguientes características: sostenible en el tiempo; teniendo en cuenta las acciones formativas que están llevando los recursos de este ámbito, que dé respuesta a las necesidades formativas de los profesionales; acreditada y reconocida en la valoración del desempeño; que sea multidisciplinar, incluidos los profesionales no sanitarios y otros agentes comunitarios; y que se realice de manera conjunta con Salud Pública, profesionales de la entidad local, escuelas de salud u otros agentes que intervienen en la misma comunidad. En esta estrategia se contempla la inclusión de la orientación comunitaria tanto en la formación sanitaria especializada como en la formación continuada. La ciudadanía también tiene un papel importante en la formación y sería recomendable su participación en la formación práctica en competencias, como alumnado y como formadores.
- **Criterio de obligado cumplimiento en el nivel básico.**
- **Nivel básico:** al menos un 80% de todos los profesionales de los equipos de AP deben realizar formación en acción comunitaria (incluyendo formación dirigida a los residentes de medicina de familia, pediatría y enfermería). Se solicitarán los registros que evidencien que se ha realizado el programa formativo, la planificación de las formaciones, las listas de asistencia, la documentación de soporte formativo, etc.



- **Nivel intermedio:** adaptación de las agendas para incluir las actividades de la estrategia de salud comunitaria con personas mayores. Las actividades de educación para la salud grupal y acción comunitaria deben estar integradas en la actividad cotidiana del equipo de AP, de forma planificada, con el tiempo, profesionales, recursos y herramientas necesarias. Se solicitará documentación que acredite la disponibilidad horaria de los profesionales en las actividades de educación para la salud grupal y acción comunitaria con personas mayores.
- **Nivel avanzado:**
 - *El centro de salud participa en el diseño de una estrategia de formación en salud comunitaria, incluyendo formación de formadores de personas mayores. Se solicitarán los registros que evidencien que se ha realizado el programa formativo, la planificación de las formaciones, las listas de asistencia, la documentación de soporte formativo, etc.*
 - *Existen mecanismos de promoción y difusión de la investigación en salud comunitaria, con la participación de la ciudadanía y convocatorias específicas.*
 - *El centro de salud tiene líneas de investigación en salud comunitaria con personas mayores para la mejora de resultados, la evidencia y la transferencia a la práctica de los profesionales de AP, SP y otros agentes de salud comunitaria. Se solicitará documentación acreditativa de los proyectos de investigación y las convocatorias específicas.*
- **Evidencia disponible:**
 - *Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria. Plan de acción de Atención Primaria 2022-2023. Ministerio de sanidad.*
 - *Guía de Salud Comunitaria. Observatorio de Salud en Asturias.*



LISTA DE COMPROBACIÓN PARA PRESENTAR LA CANDIDATURA AL CENTRO DE SALUD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES

POLÍTICA, PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA				
CRITERIO	NIVEL BÁSICO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL AVANZADO	AUTOBAREMO
1	Análisis anual con total de personas mayores de 65 años en el centro, proporción con población total, análisis por subgrupos de edades y estratificación de nivel de riesgo y/o nivel de intervención		Análisis anual sumado al nivel básico que añade análisis de morbilidad, dependencia, aspectos sociales y/o otros factores relacionados con la salud	
2	Organigrama del grupo de trabajo de atención al mayor y dos proyectos anuales del mismo		Nivel básico y, además, los proyectos implican a varios estamentos del centro de salud y a la comunidad, o a otros niveles asistenciales	
PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES Y ORGANIZACIÓN EN LA COMUNIDAD				
CRITERIO	NIVEL BÁSICO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL AVANZADO	AUTOBAREMO
1	Análisis anual de edadismo en las actividades del centro de salud y elaboración de un plan de acción al menos para una de las causas de edadismo que se detecte	Acta de talleres o acciones de sensibilización para combatir el edadismo en el equipo de Atención Primaria y/o en la comunidad	Acta de actividades comunitarias contra el edadismo, evidenciando en un documento bienal la participación del centro de salud en la comunidad	
2	Elaboración anual de un mapa de recursos comunitarios disponibles	Documento con acuerdos de colaboración con activos de salud o actas que acrediten la intervención activa en Consejos de Salud u otros órganos de participación de la población perteneciente a la zona básica de salud	Documento anual en el que se objective el trabajo en equipo con la comunidad con las actividades realizadas en común	
3	Análisis anual de registro de problemas en relación con la autonomía del paciente y decisiones vitales respecto a su salud	Campañas informativas de concienciación y formación en relación con el respeto de la autonomía y del proceso de toma de decisiones anticipadas	Informe anual sobre el funcionamiento del buzón del mayor	



RESULTADOS EN ACCESIBILIDAD				
CRITERIO	NIVEL BÁSICO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL AVANZADO	AUTOBAREMO
1	Informe con problemas detectados y soluciones propuestas en accesibilidad física	Informe que acredita que el centro de salud puede atender toda la población, aunque no todos los espacios son accesibles a personas con problemas de accesibilidad física	Centro 100% accesible, sin barreras físicas	
2	Informe bienal con identificación de problemas detectados y propuesta de soluciones en accesibilidad sensorial, en relación con el acceso y la gestión de citas	Certificado de que el centro posee sistemas de amplificación de sonido, lectura en Braille y señales con colores de alto contraste, en relación con el acceso y la gestión de citas	Certificación externa que indica que el centro de salud es 100% accesible sensorialmente, en relación con el acceso y la gestión de citas	
3	Materiales informativos simplificados para personas con problemas cognitivos	Plan de acompañamiento personal a personas mayores con problemática cognitiva	Actas de actividades de educación para la salud relacionadas con deterioro cognitivo avanzado y plan de acción para salvar las barreras de pacientes con deterioro cognitivo severo	
4	Información física sobre accesibilidad tecnológica y/o sistemas informáticos interactivos para la gestión de citas	Identificación del personal que asiste en la gestión de las citas a través de medios informatizados y/o automatizados	Informe de presencia de tecnología avanzada: uso de inteligencia artificial, chatbots, etc.	
RESULTADOS EN INFORMACIÓN				
CRITERIO	NIVEL BÁSICO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL AVANZADO	AUTOBAREMO
1	Informe que identifica las barreras en la transmisión de la información por parte de los profesionales y propuestas de mejora		Disposición de pictogramas, audios, imágenes u otros medios que garanticen la comprensión de la información dada por los profesionales a la población general y a cada paciente individual	
2	Actas de asistencia a formaciones de los profesionales, específicas sobre comunicación con los pacientes		Existencia de puestos de información específicos y prioritarios para los pacientes mayores y creación de tarjetas de citación adaptadas	



RESULTADOS EN SALUD Y ATENCIÓN SANITARIA				
CRITERIO	NIVEL BÁSICO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL AVANZADO	AUTOBAREMO
1	Programa de cribado de fragilidad y de determinación del estado funcional	Informe sobre la aplicación del programa que demuestre que una mayoría de la población se beneficia del cribado	Plan que explique el proceso de asistencia que se desencadena tras la detección de fragilidad/deterioro funcional	
2	Proyecto bienal de detección y manejo de al menos un síndrome geriátrico en la población		Dos o más proyectos bienales de detección y manejo de al menos dos síndromes geriátricos en la población	
3	Programa de revisión de tratamientos farmacológicos	Estrategia de deprescripción y prescripción adecuada en las personas mayores	Acreditación de que el centro de salud presenta una tasa de medicación potencialmente inadecuada inferior al 5%	
RESULTADOS EN EDUCACIÓN				
CRITERIO	NIVEL BÁSICO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL AVANZADO	AUTOBAREMO
1	Un programa de educación para la salud basado en los hábitos saludables y ejercicio físico, dirigido a población mayor de 70 años	Nivel básico y, además, existencia de materiales para educación estructurada individualizada sobre hábitos de vida	El programa de educación del nivel básico está especialmente diseñado para personas mayores con mayor riesgo de enfermar (fragilidad, factores de riesgo cardiovascular, etc.)	
2	Al menos un programa de formación anual a todos los profesionales que aborde los principales problemas del paciente mayor		Actas que demuestren que la mayor parte de los profesionales han recibido la formación y un informe que evalúe si la formación ha mejorado los resultados de calidad de la atención prestada	
3	Programa para contactar y ofrecer asesoramiento a los cuidadores de pacientes con dependencia funcional moderada/severa (Barthel < 60)	Existencia de acciones comunitarias y/o de educación para la salud en relación con las personas cuidadoras	Informe que analice la situación de las personas cuidadoras en el centro de salud y plan de acción para apoyarlas	



RESULTADOS EN PARTICIPACIÓN Y COMUNIDAD				
CRITERIO	NIVEL BÁSICO	NIVEL INTERMEDIO	NIVEL AVANZADO	AUTOBAREMO
1	Prescripción de activos: informe anual con el número de derivaciones y monitorización del grado de asistencia de los pacientes derivados			
2	Organigrama del grupo de trabajo en salud comunitaria multidisciplinar y al menos un proyecto anual del mismo	Existencia de un plan de acción comunitaria, con medición de resultados y propuestas de mejora en base a los mismos	Acta de la reunión que transmite los resultados del plan de acción comunitario a todo el personal del centro de salud y, al menos, a una entidad asociativa o agrupación local relevante	
3	Acta que acredite la participación de todos los estamentos en las actividades comunitarias		Resultados de encuestas posteriores a las actividades comunitarias, con identificación de áreas de mejora y propuestas de acciones futuras para mejorar la calidad de las acciones	
4	Actas de las sesiones formativas para profesionales de los centros de salud que acrediten que el 80% ha recibido formación sobre actividades comunitarias	Demostración de que las agendas de los profesionales permiten y han permitido la realización de actividades comunitarias	Estrategia de formación en salud comunitaria, incluyendo formación de formadores de personas mayores y líneas de investigación en medicina comunitaria con relación al mayor	