

MESA DEL PACAP

La dependencia y su abordaje desde la intervención comunitaria

Moderador:

L. Astray Coloma

Médico de familia. Centro de Salud de Labañou, A Coruña. Miembro del Comité Permanente del PACAP.

Ponentes:

I. Robles García

Secretario General del IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

J. Segura del Pozo

Médico salubrista. Médico de familia. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Conserjería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

M. Rodríguez-Losada Allende

Trabajadora Social. Técnica del Servicio de Coordinación Sociosanitaria de la Conserjería de Sanidad de la Junta de Castilla-León.

M. Pujiula Blanch

Médico de familia. ABS Salt. Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària de Girona. Institut Català de la Salut (ICS). Girona.

Introducción a la mesa

L. Astray Coloma

Muchos ginecólogos pautan a las mujeres tratamientos para la osteoporosis cuando entran en la menopausia.

Se organizan campañas populares y gratuitas para hacer densitometrías en los centros cívicos u otros locales de la comunidad a todas las/os que se acerquen. Muchos salen con la recomendación de que soliciten tratamientos a su médico.

Hace unos días en mi Centro de Salud, un compañero reumatólogo del Hospital y una compañía farmacéutica protagonizaron una sesión de actualización acerca del uso de bifosfonatos para evitar la osteoporosis y las fracturas en los ancianos. Las evidencias científicas expuestas demostraban la necesidad de un screening mediante densitometrías y la siguiente necesidad de prescripción de fármacos de forma continuada a un buen porcentaje de mujeres postmenopáusicas. La exposición iba acompañada de un buen número de datos y beneficios económicos que tal medida representaba. El mensaje era que había que ser mucho más generosos con los tratamientos.

Cuando salía del Centro de Salud, se me vino a la memoria las dificultades que, según me cuentan, tienen las mujeres del barrio para ser admitidas en las actividades de ejercicios de mantenimiento, yoga o aerobic, que ofrece el Centro Cívico Municipal, 30 plazas para el triple de solicitudes. Y yo pensaba.... ¿Qué será más determinante para evitar el riesgo de fracturas: la prescripción de un fármaco que cuesta unos 30 euros al mes y que los estudios de cumplimentación hablan de menos del 50% al año de tratamiento, o dos sesiones semanales de ejercicios de mantenimiento, por otra parte con múltiples beneficios añadidos relacionados con la salud física y psicosocial?

Claro que eso no lo podemos recetar tan alegremente desde el Centro de Salud, porque estamos implicando otros recursos del territorio, con los que no tenemos contacto.

Y yo seguía pensando.... Y si nos pusieramos de acuerdo con Servicios Sociales, ¿sería posible promover un aumento considerable de las plazas para anotarse a la gimnasia?, y disponer de más monitores, cuánto costaría?

Claro que también se podrían aumentar las plazas para el taller de memoria del Centro Cívico, y los Centros de día, y los comedores para mayores, y los espacios de socialización de carácter público, y los viajes organizados, y programas adaptados de estudios, y grupos de apoyo, y... Y también se me ocurrió que habría que pensar en un urbanismo más humano, más adaptado a las necesidades de los mayores, y que decir de las condiciones de la vivienda, del apoyo asistencial y afectivo, de la perspectiva de género, de la sexualidad, de la integración a una vida productiva adaptada a la edad...

Ya estaba de nuevo con mis utopías y mis sueños.

Desde el PACAP trabajamos con estas utopías y estos sueños, para hacerlas posibles, para dotarlas de base científica, para introducirlas en los objetivos, la investigación, y las agendas y carteras de servicio de los Centros de Salud.

Para tener, como profesionales de la Atención Primaria, una visión global de los problemas de salud y saber contextualizarlos en nuestro territorio.

Para abrir el Centro de Salud a la comunidad y aprender a relacionarnos con profesionales de otros servicios. Para hacer con la comunidad un proceso educativo que sitúe la salud como un problema de todos, para poner en marcha con la comunidad programas y actividades que aumenten el bienestar físico, psíquico y social, entre otros, de los/as mayores.

Para movernos (física y mentalmente) de la silla del despacho y colaborar y/o promover con el resto de los actores sociales e institucionales, procesos de participación que contribuyan a la mejora de la salud y de la calidad de vida.

El envejecimiento fisiológico está muy condicionado por los determinantes sociales e intervenir sobre ellos requiere de un abordaje multisectorial y es en el territorio del Centro de Salud donde los profesionales del Equipo de Atención Primaria pueden y deben jugar un papel importante.

Contribuir a que las personas de edad gozen de buena salud y sigan contribuyendo al bienestar de sus familias y de su comunidad requiere de una atención primaria de salud sensible a las necesidades de los mayores y deberá incluir iniciativas comunitarias encaminadas a la promoción de un envejecimiento activo y saludable a lo largo de todo el ciclo vital, así como planes y programas multisectoriales que tengan en cuenta los aspectos de género y reconozcan y atiendan los derechos y las necesidades de los hombres y mujeres de edad avanzada.

El objetivo de esta mesa es analizar los determinantes de la dependencia, abordar la necesaria coordinación con los servicios sociales y preguntarnos: ¿qué podemos hacer desde el centro de salud por la promoción de la salud y calidad de vida de las personas mayores?

Los determinantes sociales de un envejecimiento activo y saludable; ¿es posible promover la calidad de vida de las personas mayores sin cambiar sus condiciones de vida?

J. Segura del Pozo

Una parte importante de mi vida profesional la he dedicado a *vincular lo biológico con lo social*, o mejor dicho, con lo psicosocial. Y no solo por una orientación ideológica determinada del mundo, sino por una cuestión de *eficacia técnica*. Creo que no podemos tener buenos resultados previniendo enfermedades y mejorando la calidad de vida de la población, sin incorporar este vínculo psicosocial en nuestros análisis y nuestra acción.

El envejecimiento es uno de los procesos más asociados a lo biológico, y así se percibe por la población. Envejecer es un proceso biológico, tal como

la muerte. Todos estamos de acuerdo, pero también en que hay diferentes maneras de envejecer. Y que algunos, aun naciendo al mismo tiempo, mueren antes que otros, y mueren por causas diferentes. Y estas diferencias están marcadas muy intensamente por lo social.

La muerte es "democrática", nos llega a todos, a ricos y a pobres, a religiosos y ateos, pero la idea de que morimos, enfermamos o nos discapacitamos de forma diferente, según nuestra posición en la escala social, sigue siendo, por desgracia, un hecho sorprendente para el gran público. Y, lo que es más grave, se sale del mensaje médico dominante.

Ha calado de forma muy profunda la idea de que las enfermedades vienen condicionadas por factores ajenos a lo social: factores genéticos, la invención de nuevas tecnologías sanitarias o la libre elección individual de hábitos saludables o estilos de vida.

Por lo tanto, y volviendo al tema que nos ocupa, y a la pregunta que me ha pedido el PACAP que ayude a contestar, desde esta *perspectiva a-social de la salud* vigente y dominante, promover la calidad de vida de los ancianos pasaría por la esperanza en la ingeniería genética (que encontrará "el milagro" para vivir más años y de mejor forma), por la aparición de nuevos fármacos o técnicas diagnósticas, que permitieran un diagnóstico más precoz y un tratamiento más exitoso de las enfermedades que acortan y empeoran la vida (por ejemplo, el cáncer); o bien, la adopción por parte de la población de hábitos de ejercicio o alimentación que favorezcan vivir mejor la vejez.

Sin embargo, con esta perspectiva nos olvidamos de que la calidad de vida de los ancianos (y sobre todo de las ancianas) está fuertemente determinado por lo social. Por sus condiciones de vida y su situación en la escala social. La epidemiología nos aporta múltiples indicadores sobre ello. Aquí solo traigo algunos ejemplos, que probablemente conozcan:

Las encuestas nacionales y regionales de salud nos ilustran como la *percepción del estado de salud* en las personas mayores es peor en las clases sociales más desfavorecidas (independientemente de la medida utilizada: clase ocupacional, nivel de estudios, renta media, etc.). Estos mismos estudios encuentran un gradiente social en la *prevalencia de enfermedades crónicas, estados y hábitos de salud*, tan presentes en las consultas de Atención Primaria, cómo son la diabetes, la hipertensión, la obesidad o el tabaquismo.

La encuestas de *discapacidades* nos ilustran de que el riesgo de que una persona mayor de 64 años este discapacitada es tres veces mayor (2,8 veces mayor en los hombres y 3,1 veces mayor en las mujeres) en las personas con un nivel de estudios insuficiente (analfabetos o sin estudios), en comparación con los que tienen estudios universitarios (una vez seleccionadas las personas que iniciaron la discapacidad después de los 30 años, periodo en el que se ha finalizado generalmente el máximo nivel de estudios). Resultados similares tenemos cuando medimos el gradiente social a través de los ingresos mensuales medios.

Los estudios de años potenciales de vida ajustados por discapacidad, también nos indican que las personas con menos recursos socio-económicos tienen más posibilidades, no solo de tener una menor esperanza de vida, sino de vivir menos *años libres de discapacidad* (pondremos algunos ejemplos). Estudios ecológicos recientes sobre *mortalidad en áreas pequeñas* de las grandes ciudades españolas (proyecto MEDEA), muestran como es significativamente más probable morir por cáncer de pulmón, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades del sistema respiratorio y cirrosis en hombres que residen en las secciones censales más deprimidas de la mayoría de las ciudades. En las mujeres, parece apuntarse a un mayor riesgo de mortalidad por diabetes y cirrosis en barrios con mayor privación social y material.

Tener menos recursos sociales y económicos no solo te predispone a enfermar o estar discapacitado por ciertas causas, sino a que estas enfermedades tengan peor pronóstico. Esto se vio claramente cuando estudiamos el impacto de la *ola de calor de 2003* sobre la mortalidad en los ancianos de Madrid. Los fenómenos térmicos extremos (ola de calor o de frío), que a nivel mediático y de la población son percibidos como "naturales", dejan de serlo y se convierten en "sociales", cuando evaluamos el impacto diferencial sobre la salud de las personas. La máxima mortalidad se dio en las zonas del sur de la ciudad de Madrid, donde convergieron tres factores: "isla de calor", proporción de octogenarios viviendo solos y bajo nivel de renta.

A eso se añade el que el fenómeno de *envejecimiento* va asociado fuertemente en nuestro país a un fenómeno de *feminización y pauperización*, debido a que en las cohortes actuales, hay mayor proporción de personas que llegan a los 70 y 80 años siendo mujeres, sin historia laboral fuera del hogar previa y, por lo tanto, teniendo que vivir de la pensión de viudedad, que como saben son las de menor cuantía.

Una vez que estamos convencidos que lo social influye en la salud, el problema es cuando nos planteamos qué hacer con esta realidad. ¿Podemos ir más allá del análisis, de la producción de información a través de estudios epidemiológicos? ¿Podemos reorientar nuestra práctica, nuestra acción sanitaria para ayudar a mejorar las posibilidades de vivir una vejez "más activa y saludable" a la población con peores oportunidades? Es decir, ¿*Dónde y cómo actuar para reducir las desigualdades sociales en salud?* Una de las metáforas conceptuales más operativas es la de las soluciones *corriente arriba y corriente abajo*. El proceso causal entre estratificación social y salud habría que pensarlo como un río, cuyo manantial estaría representada por el *modelo político, económico y social*. El curso alto del río, fuertemente determinado por las características del manantial, serían *las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos*. Estas a su vez determinarían el curso medio, los llamados *"factores intermedios"* (bienes materiales, factores ambientales o laborales, factores psicosociales y hábitos nocivos para la salud), que "desembocarían" en la mala o buena salud

Ejemplos de intervenciones o soluciones "corriente arriba" o "corriente abajo" serían:

- a) *A nivel del manantial*: cambios en las reglas de acceso y distribución de la riqueza, cambio en las prioridades del gasto público.
- b) *En el curso alto del río*: aumentar las oportunidades empleo, abolir el empleo precario, prevenir el fracaso y abandono escolar, reducir la pobreza, etc.
- c) *En el curso medio del río*: acceso a vivienda de calidad, "Psicoigiene", aumentar la cohesión social (Voluntariado, Asociacionismo, Participación), cambio de conductas nocivas en grupos desfavorecidos (a través de la promoción de la salud).
- d) *En el tramo final* (cuando la mala salud ya está presente): mejorar los cuidados de salud a los desfavorecidos (eliminar barreras de acceso a los servicios sanitarios)

Las *soluciones "corriente arriba"* serían más difíciles, pero teóricamente más eficaces al impactar sobre más factores, o sobre factores con mayor potencial causal. Sin embargo, estos factores son menos o nada dependientes del sector sanitario. Son vulnerables por políticas públicas fiscales, educativas, laborales, de empleo, vivienda, urbanísticas, medioambientales, sociales, etc. La ley de dependencia es un ejemplo de soluciones "corriente arriba"

Por el contrario, las *soluciones "corriente abajo"* son más fáciles o sencillas, aunque nunca podrán eliminar el problema de origen. Estas son además más dependientes del sector sanitario (promoción de la salud, reforma de los servicios asistenciales)

Es decir, parecería que *las políticas públicas marcarían la diferencia*. Pero, ¿qué tiene que ver la Atención Primaria con estas políticas? ¿*Cual debe ser el papel del médico de familia y comunidad respecto a estos determinantes sociales?* Yo me conformaría con dos, muy importantes. A saber, que:

1. Evite *descontextualizar los problemas de salud* cuando atienda a un paciente. El uso simplista de las tablas de riesgo cardiovascular (SCORE; FRAMINGHAM) es un ejemplo. Pronostican (basándose en "la evidencia") un riesgo de morir en unos años, a partir de las cifras de tensión arterial, colesterol, peso, etc. Dan a entender que el riesgo es universal y desligado de las condiciones de vida concretas de la persona, además de culpabilizar al paciente por sus malos hábitos de vida.

La actitud contraria es el ayudar al anciano a que conozca los elementos de sus condiciones de vida que no le favorecen la salud (llámémoslo ayuda a la toma de conciencia o pedagogía social) y darle instrumentos para que colectivamente se auto-organice para mejorar su salud (aunque a algunos les suene esto una proclama de agitación revolucionaria, es la definición del término de salud pública)

2. Inserte la acción del nivel de Atención Primaria en un proyecto más global con otros profesionales e instituciones (Salud Pública, Servicios Sociales, Deportes, Ayuntamientos) que trabajan en el territorio, marcando objetivos comunes, evaluándolos y aprovechando las sinergias creadas por la acción común. A esto a veces se le llama *proyecto de intervención socio-sanitaria*.

Es decir, ¿*Es posible promover la calidad de vida de las personas mayores sin cambiar sus condiciones de vida?* Respuesta: NO ¿*Qué puede hacerse desde Atención Primaria?* Respuesta: *Contextualizar los problemas de salud, identificar sus determinantes colectivos e insertar su acción en un proyecto de intervención socio-sanitario en su comunidad.*

La atención a la dependencia: un enfoque integrador

M. Rodríguez-Losada Allende

Cuando el mes de diciembre del año pasado se aprobó la llamada Ley de Dependencia, la población tuvo una sensación ambivalente, por una parte se nos decía que el cuarto pilar del estado de bienestar se había hecho realidad, tras el sistema de salud, la educación pública y las pensiones, y que con ello, todas las personas con dependencia iban a estar atendidas, mientras que por otro lado los argumentos descalificadores hacia la ley, que la tachaban de pura demagogía sin contenido se habrían pasado entre los colectivos de personas con necesidades efectivas de apoyos, los políticos de la oposición y los colectivos profesionales que se sentían menospreciados.

Entre unos y otros, los profesionales sanitarios, observamos el acontecimiento con una mezcla de esperanza y desconfianza, toda vez que era un hecho objetivo que ni en la elaboración, ni después en su desarrollo, se había contado con el sistema de salud para poner en marcha un dispositivo asistencial tan ambicioso como el que se anunciable y que a todas luces estaba dedicado a la atención de personas que por problemas de salud fundamentalmente, necesitan apoyos. Esta relación causa efecto, nos hacía pensar que cierta conexión entre ambos sistemas habría sido importante desde el comienzo de la gestación de la ley.

La realidad hoy es que la Ley está en vigor. Concebida fundamentalmente como un reforzamiento del sistema de Servicios Sociales, en cuanto que genera un derecho de atención universal según la situación objetiva de dependencia, se ha circunscribo a proporcionar unos apoyos sociales escasos. Sin embargo, para el reconocimiento del derecho es preceptivo un informe de salud, que debe ser realizado por profesionales del sistema público, y la aplicación de un instrumento de valoración, tipo escala, que debe relacionarse con el informe de salud, aun cuando en muchos casos lo profesionales que lo aplican no sean sanitarios.

Toda esta realidad, ha hecho que al menos en algunas comunidades, el Sistema de salud y el de Servicios Sociales, hayan preferido trabajar juntos la implantación de la Ley, por tres motivos fundamentales: cercanía a la población general del sistema de salud, eficiencia en la utilización de profesionales de ambos sistemas, y coincidencia en la base metodológica del instrumento de valoración (BVD), con la valoración enfermera de los EAP.

Además, el establecer un proceso de valoración compartido entre los dos sistemas de atención, permitirá en un futuro próximo realizar, también, planes de intervención integrados sobre las personas, que viviendo en su casa, reciben prestaciones por dependencia a la vez que cuidados sanitarios domiciliarios. Con ello la calidad de ambos servicios se va a potenciar, e indudablemente la percepción de la población va a ser más satisfactoria.

En esta estrategia de acercamiento de los sistemas de atención, de salud y de servicios sociales, sobre las personas con dependencia, la coordinación sociosanitaria estructurada y no voluntarista se convierte en una herramienta básica para que las prestaciones y servicios, lleguen a los ciudadanos de forma conjunta, y para garantizar la efectividad de los resultados. Es aquí, donde la respuesta que nosotros hemos articulado se hace real.

Pero es necesario para entender nuestra opción, remontarse a hace más de 10 años, cuando ya es patente la irreversibilidad de los cambios demográficos de la sociedad española, la modificación del papel de las mujeres, el incremento de los costes del sanitario, etc... a los primeros y tímidos acuerdos entre los ministerios de Sanidad y Servicios Sociales sobre la necesidad de coordinar las políticas de ambos. Ha partir de ahí, muchos han sido los trabajos, estudios, propuestas y alternativas que se han barajado para tratar de llenar lo que se ha llamado el espacio sociosanitario, hoy claramente ligado a situaciones de dependencia. De todo ello, solo dos opciones se manifestaron como alternativas posibles.

La primera se concretaba en crear un espacio sociosanitario específico que definiera su propia red de atención y fuera capaz de dar todos los servicios que se mostraban deficitarios para aquellas personas que potencialmente se definían como usuarios sociosanitarios y que en la práctica recogía, de forma nada clara, el gran colectivo de las personas a las que el sistema sanitario consideraba que ya no podía atender, aun cuando tuvieran gran necesidad de cuidados sanitarios y las que el sistema de servicios sociales excluía porque en razón de su patología consideraba muy grave su atención para los recursos de los que ellos disponían. En este colectivo se incluían por tanto toda la población que por edad, enfermedad

crónica, discapacidad... parecía que no "eran de nadie", ya que ningún sistema de atención los reivindicaba como propios. No obstante, esta alternativa tuvo cierto auge y algunas zonas la desarrollaron, si bien es verdad que no de forma absolutamente autónoma, dado que siempre lo adscribieron a alguno de los sistemas existentes, como en el caso de Cataluña, donde la atención sociosanitaria se convirtió en un nuevo nivel del sistema de salud. Con ello se posibilitó la creación de recursos, pero con los años, volvió a reproducir muchos de los problemas que habían estado en su génesis, siendo quizás el más importante la falta de movilidad intersistemas, en función de las necesidades de la persona atendida.

La otra opción, mucho más compleja en su concepción, partía de consolidar las redes fuertes, con recursos, financiación y procedimientos definidos y establecía un sistema de coordinación entre ambas, que las hiciera permeables en función de las necesidades de la persona a atender, adaptando el recurso o el servicio disponible.

Con esto, se modificaba el discurso tan frecuente entre los profesionales y las administraciones de "esto no es mío", por otro mucho más incluyente y proactivo, de "esto es nuestro" y por tanto es responsabilidad de la Administración en su conjunto y de todos los profesionales de la misma, darle una respuesta. Es evidente que un planteamiento así, exige un fuerte compromiso de la Administración en su conjunto y por tanto todo un sistema estructurado y normativo para que esta respuesta sea posible.

En los últimos cinco años, en Castilla y León hemos establecido una estructura de coordinación sociosanitaria que se basa en una red de "Equipos de Coordinación de Base" (ECB) que cubren todo el territorio. Los Equipos, que tienen una composición reconocida normativamente y están formados por profesionales de los EAP y de los CEAS (Centros de Acción Social Básica), se reúnen de forma periódica para trabajar juntos los casos complejos de sus zonas, así como para organizar actividades de educación para la salud, apoyo a cuidadores, etc. Trabajan con una metodología específica (gestión por procesos) y utilizan una herramienta común para la valoración, planificación de la intervención y seguimiento, de los casos que deciden trabajar conjuntamente, la Guía de Gestión Compartida de Casos.

La coordinación sociosanitaria es por tanto una organización formal, pero virtual. Los Equipos se reúnen cuando es necesario (normativamente al menos cada dos meses), para valorar conjuntamente el caso, ponen en común los datos, los contrastan y llegan a acuerdos en un diagnóstico común. Establecen de la misma forma un plan de intervención, que si no soluciona, al menos mejora la situación, y para llevarlo a la práctica, asumen las tareas que les son propias a cada uno según su red asistencial. Juntos también realizan el seguimiento del caso en el tiempo, hasta su cierre. Por último, el ECB define los servicios o recursos que hubieran sido necesarios para una mejor atención del caso y que no pudieron obtener, y los derivan a otros escalones de la estructura, o a los propios gestores, señalando nichos de mejora tanto de procedimientos como de adecuación o implementación de recursos y servicios.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria están permitiendo, en la práctica, hacer de la aplicación de la Ley de Dependencia un campo común de trabajo, en el que la intervención de ambas redes de atención de forma sistemática y complementaria, va a permitir mejorar en breve plazo la atención directa a las personas, a la vez que posibilita de forma real la intervención comunitaria, a través de los programas integrados que poco a poco van creciendo al soporte de la relación y el conocimiento mutuo.

"Cuidado con las caídas, podemos evitar fracturas". Una intervención comunitaria para la prevención de las caídas en ancianos

M. Pujiula Blanch

Esta es la experiencia de un centro de salud (CS) urbano-rural de la provincia de Girona que en aquellos momentos proveía los servicios de Atención Primaria a una población de 28.423 habitantes.

Debemos retroceder al año 1996 cuando se dieron una serie de circunstancias idóneas para que naciera este proyecto. Por un lado el interés de la nueva dirección del centro por potenciar el trabajo en equipo y la formación conjunta; y por otro, parte del equipo veía la necesidad de una aproximación comunitaria a los problemas de salud de la población.

Para realizar y elaborar este programa utilizamos la metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Se realizó un análisis de la situación de salud de nuestra comunidad que concluyó en

un listado de problemas, sobre el cual se aplicó una priorización por los miembros del equipo de atención primaria y los representantes de la comunidad. Este hecho le otorga un valor social indudable, dado que quedan reflejadas la voluntad y las inquietudes de la comunidad en la cual trabajamos, además de crear un vínculo y un compromiso del equipo para llevarlo a término.

Inicialmente se priorizó el problema de falta de un programa global de atención a las personas mayores, que se acabó concretando en el problema de caídas en los ancianos.

Nuestro objetivo era disminuir el número de caídas y sus complicaciones en la población de ≥ 70 años de nuestro CS, mediante un programa de intervención multifactorial y comunitario, durante dos años.

Se planificó la intervención con estrategias de promoción, prevención y atención de los casos individuales. Las actividades programadas, más detalladamente, consistían en:

1. Intervención sobre los profesionales:

- Implantación del "Programa de prevención de caídas en los ancianos".
- Monitorización y feed-back del mismo.
- Presentación y discusión del material didáctico disponible.
- Formación específica.

2. Intervenciones individuales en la consulta o a domicilio:

- Cumplimentar el "Programa de prevención de caídas en los ancianos" en el Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP) utilizado en nuestro CS para el registro informático de las actividades y problemas. El programa comprende las siguientes actividades generales:

- a) Control de fármacos
- b) Valoración del sensorio: Vista y audición.
- c) Valoración de la motricidad.
- d) Valoración de la Situación Familiar.
- e) Recomendación ejercicio físico adaptado según las características individuales.
- f) Vigilar nutrición, control de la obesidad, recomendar dieta rica en calcio.
- g) Prevención de riesgos en el domicilio con entrega de material educativo de soporte.
- h) Educación sanitaria respecto a la actuación en el caso de una caída.
- i) Detectar problemas podológicos. Recomendar calzado adecuado.
- j) Identificar aquellos pacientes de alto riesgo de sufrir caídas. Intervención específica sobre ellos.
- k) Registro del número de caídas, su causa y sus consecuencias.

3. Actividades comunitarias:

- Edición de folletos informativos, un tríptico, un manual de ejercicios y un cartel.
- Concurso de dibujo entre las escuelas de los municipios.
- Intervenciones en los medios de comunicación.
- Conferencias informativas en cada una de las residencias geriátricas y centros de reunión de la tercera edad.
- Ofertar un programa de ejercicios específico para los ancianos.
- Participar en la organización de una caminata popular anual.
- Edición y difusión de un vídeo.
- Colaboración con los Ayuntamientos.
- Mantener el contacto con los representantes de la comunidad.

Remarcar que hemos trabajado en estrecha colaboración con los Ayuntamientos de la zona, concretamente de Salt, Aiguaviva, Fornells de la Selva, Bescanó y Vilablareix.

Esta actividad ha sido reconocida con diversas becas y premios, a destacar: Beca de la Fundació d'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina año 2000; Beca FIS año 2000. 01/0790; Premio a la mejor comunicación oral en el XVI Congreso de Atención Primaria de la SCMFIC. Girona, 31 de mayo y 1 de junio de 2001; Beca Institut d'Estudis de la Salut 2004; Proyecto ganador del 15è Premi Ferran Salsas i Roig de Salut Comunitària. Rubí, 25 de abril de 2003.