



PROGRAMA DE CONTROL DE POLIFARMACIA EN POBLACIÓN ANCIANA DE NAVARRA

Programa de Salud Pública dirigido a la población anciana con polifarmacia de Navarra

Joseba Setas Armendariz

Universidad Pública de Navarra

Director: Nicolás Ignacio Martínez Velilla

Curso académico 2020/2021

Don/Dña. Nicolás Ignacio Martínez Velilla , profesor/a asociado de Medicina preventiva y Salud pública en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra.

HAGO CONSTAR: Que el Trabajo de Fin de Master titulado PROGRAMA DE CONTROL DE POLIFARMACIA EN POBLACIÓN ANCIANA DE NAVARRA original de D./Dña Joseba Setas Armendariz, estudiante del Master Universitario de Salud Pública, en el curso 2020 -2021 ha sido realizado bajo mi dirección y cuenta con el Visto Bueno para su defensa.

Pamplona, a 11 de junio de 2021



Fdo: Nicolás Ignacio Martínez Velilla

Índice

Introducción	4
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos (corto, medio, largo plazo)	12
Desarrollo del programa	14
Etapa 1	14
Etapa 2	16
Etapa 3	18
Etapa 4	20
Etapa 5	21
Etapa 6	31
Cronograma	32
Diagrama de Gantt	33
Información y divulgación a la población	34
Normativa y reglamentación implicada	37
Consentimiento informado	38
Permisos y documentos necesarios para el desarrollo del programa	39
Recursos humanos, materiales y presupuestos	40
Recursos humanos	40
Recursos materiales	40
Presupuestos	42
Evaluación del programa de salud: proceso y resultados	45
Evaluación cuantitativa	45

Evaluación cualitativa	46
Limitaciones del programa de salud	48
Agradecimientos	48
Bibliografía	49
Anexos	52
Anexo 1: Pirámide demográfica Alemania.....	52
Anexo 2: Pirámide demográfica España.....	53
Anexo 3: Pirámide demográfica Navarra.....	54
Anexo 4: Escala <i>Barthel</i>	55
Anexo 5: Test del Reloj	57
Anexo 6: Criterios inclusión/exclusión	60
Anexo 7: Herramienta <i>STOPP</i>	61
Anexo 8: Herramienta <i>START</i>	66
Anexo 9: Cuestionario valoración social.....	69
Anexo 10: Escala EVA/VAS.....	70
Anexo 11: Escala depresión/ansiedad <i>Yesavage</i>	71
Anexo 12: Folleto y cartel programa de salud	73
Anexo 13: Cuestionario de satisfacción	74
Anexo 14: Cuestionario percepción bienestar	79
Resumen del programa.....	80
Resumen	80
Abstract	81

Introducción

Hoy en día la demografía social mundial se encuentra en un punto como nunca antes en la historia se había hallado, pues el número de personas mayores de 65 años supera a la de las bases más jóvenes. Asimismo, cabe destacar la gran velocidad que se alcanza en el incremento de la población, la demografía cada vez crece con mayor rapidez (1). En consecuencia, las pirámides demográficas poblacionales de los países más desarrollados adquieren una “forma de hucha” que muestran claramente como: la base de la pirámide es cada vez más estrecha, frente a la punta – vértice- y el centro que son las partes más concentradas (*Anexo 1*). Tal y como la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca: en la actualidad casi un 20% de la población mundial supera los 65 años, y se estima que para el año 2050 una cuarta parte de la población (25%) supere los 65 años. Asimismo, la OMS estima que en 2050, 1 de cada 6 personas será mayor de 65 años; y el número de personas mayores de 80 años se habrá triplicado (2). Estos datos muestran un claro cambio socio-demográfico, sin precedentes. ¿Cómo va a afectar este hecho al sistema, a medio o largo plazo? ¿Qué consecuencias derivarán de este nuevo horizonte?

En España la realidad demográfica se presenta similar en comparación con la situación demográfica mundial, incluso de una manera más acentuada, pues tal y como el Instituto Nacional de Estadística (INE) muestra: España es un país económicamente desarrollado; la tasa de mortalidad ha disminuido; la esperanza de vida es de las más altas del mundo; y la tasa de natalidad ha disminuido (se ha reducido en un 4,2%). Como consecuencia, en la actualidad, el 20% de la población española supera los 65 años. Se estima, también que, cada década este porcentaje se incremente en un 5% (la población mayor de 65 años): en el año 2030 el 25% de la población superará los 65 años, en 2040 el 30% de la población, y para el año 2050 el 35% de la población (3). Es decir, la pirámide demográfica española es un claro ejemplo de como la base de la pirámide tiene que sostener una punta y cuerpo más densos -que con el paso del tiempo, el peso del vértice sobre la base será más significativo- (*Anexo 2*).

Para mayor concreción, en la comunidad autónoma de Navarra, en la actualidad (año 2021) un 26% de la población supera los 65 años de edad. Además, se estima que para el año 2033 en torno a un 30-33% de la población superará los 65 años –casi un tercio de la población Navarra-. Dentro del estado español, Navarra es una de las comunidades en las que esta realidad es más reseñable, pues la esperanza de vida media en esta comunidad es de las más altas: 88,73 años en las mujeres y 77,8 años para los varones (4,5). La pirámide demográfica de esta región es en la que el fenómeno de la “forma de hucha” es más representativo. (*Anexo 3*). Por consiguiente, las personas de la sociedad con edad más elevada adquieren una mayor importancia cuantitativa.

Una vez contextualizada la realidad socio-demográfica mundial, y más concretamente, la de Navarra, es necesario plantearse las consecuencias o exigencias que se deriven de la realidad de

este fenómeno. Entre las muchas situaciones, este programa pretende centrarse en el abordaje y control de la condición de la polifarmacia. Basándose en: la gran prevalencia de enfermedades crónicas –el 70% de las personas mayores de 65 años tiene, al menos, 1 enfermedad crónica diagnosticada-; y el excesivo consumo de fármacos –toda patología acostumbra a estar acompañada de al menos 1 fármaco-. Estos factores tienen como consecuencia que: entre un 30% y 50% de las personas mayores de 65 años estén poli-medicadas (6). Es decir, una importante parte de la población estará consumiendo excesivamente medicamentos. Pero, ¿qué es la polifarmacia? Y ¿qué consecuencias o impacto genera?

La polifarmacia se define como el consumo de 5 o más fármacos distintos por una persona en un día. No obstante, cabe destacar la falta de consenso global científico para dar una definición estándar a este término. En ocasiones, el término polifarmacia hace referencia al consumo de 4 o 6 fármacos diferentes. Sin embargo, el criterio de 5 medicamentos es el que más peso ha adquirido por la comunidad científica y sanitaria a la hora de definir este concepto (6,7).

Añadir aquí, también, que se define como excesiva polifarmacia al grupo de personas que se encuentran por encima del concepto de la polifarmacia. Es decir, al hecho de que algunas personas consuman 10 o más medicamentos distintos al cabo de un único día –grupo que más está creciendo e incrementándose en los últimos años- (8).

Este excesivo consumo de fármacos genera consecuencias, principal y directamente, en aquellas personas que las consumen, de las que destacan tales como:

- El aumento de errores de medicación, aparición de efectos adversos, interacciones farmacológicas, que conllevan a una mayor probabilidad de caídas, reingresos y mortalidad (9). Numerosos estudios han demostrado que las personas poli-medicadas requieren un mayor número de ingresos hospitalarios, respecto a las personas que no consumen tantos fármacos. El Odds Ratio (OR) del número de ingresos en hospital en las personas que están poli-medicadas, frente a las que no lo están es de: 3,25 –las personas poli-medicadas ingresan más en hospital-. Este hecho supone añadir otro riesgo para este grupo de personas, más frágiles y vulnerables, pues el permanecer ingresado en un hospital añade otro riesgo o peligro para la salud. Reseñar, también, que el número de días de ingreso es mayor en el grupo de las personas con un excesivo consumo de fármacos, ya que ajustar y regular todos los fármacos conlleva una mayor inversión en recursos y tiempo (9).
- La falta de adherencia por parte de los usuarios al tratamiento prescrito por el personal sanitario. Falta de comprensión en la adecuada distribución de los medicamentos en los tiempos idóneos; y falta de comprensión en la adecuada forma de aplicar y manejar cada fármaco –pues todo medicamento tiene su manera particular de ser aplicado-. La realidad

del exceso de fármacos que una persona tiene que manejar y hacerle frente, acompañado de una falta de educación: derivan en un mal uso de los medicamentos. Incluso se genera rechazo en el consumidor ante la percepción de que la persona crea consumir (de forma independiente o autónoma) más fármacos de los que éste percibe necesitar (9). Destacar que la soledad es un factor muy importante en este punto, pues favorece un incorrecto manejo de los medicamentos por parte de los usuarios –falta de supervisión y cuidado que garantice un óptimo uso de los fármacos- (10).

No obstante, las consecuencias de la polifarmacia no se trasladan únicamente a las personas que las consumen, directamente, un exceso de fármacos. El sistema sanitario y la sociedad de cada región, indirectamente, también sufren consecuencias derivadas de esta realidad. Especialmente en los países y lugares más desarrollados económicamente, pues como bien se ha explicado anteriormente: es en los países del primer mundo donde más personas mayores de 65 hay y, por consiguiente, más cantidad de fármacos se consumen (8). Las consecuencias indirectas más reseñables sobre el conjunto de la sociedad son:

- Principalmente, un excesivo gasto o inversión económica en la compra y gasto de fármacos. Es decir, una importante parte de la economía está destinada a cubrir la adquisición de los fármacos. Pero, además, cabe destacar que la gran mayoría de los medicamentos están cubiertos por la seguridad social y los usuarios no pagan íntegramente el valor total de cada fármaco –el estado paga una parte importante del fármaco adquirido-, como es el caso de España y, por lo tanto, Navarra. Supone un doble gasto: por una parte el adquirir los fármacos; y, por otra parte, el financiar una parte de éstos. No todos los fármacos entran dentro de la financiación de la seguridad social, pero sí la gran mayoría –dependiendo de la renta básica de cada persona-. De lo contrario, no todas las personas serían capaces de poder adquirir los fármacos. Por lo tanto, cuanto mayor es el consumo de fármacos, mayor es el gasto económico estatal necesario para cubrir esa necesidad o demanda pública (11). Así pues queda evidenciado que un excesivo consumo de fármacos genera un impacto en el conjunto de la sociedad.
- Destacar que el exceso de consumos de fármacos, acompañado de la auto-prescripción y el auto-manejo, son otra consecuencia que impacta en la sociedad global. Un uso de los fármacos, sin ningún criterio científico o sanitario que lo respalde, acaba desembocando en un mal uso de éstos. Como consecuencias más reseñables de éste hecho: cada vez se está creando una sociedad más dependiente –incluso adicta- de los medicamentos, hasta el punto de que se creen tolerancias a los medicamentos–incrementándose más la necesidad (o demanda) de éstos- (8); también se encuentra aquí el problema de las resistencias a los antibióticos (como ejemplo de medicamentos concretos), derivada por un incorrecto uso de las pautas expuestas por los profesionales sanitarios en los pacientes

–incluso, en ocasiones, por parte de los mismos profesionales sanitarios-, que está conllevando a que muchos de los fármacos sean inútiles e ineficaces frente a los patógenos que existen en la actualidad (12). De esta forma, cada día nos hallamos sumergidos en una sociedad más desprotegida frente a los patógenos –virus, bacterias...- y más consumista de fármacos –incrementándose la necesidad de éstos, hasta el punto de plantearse si da comienzo la: adicción social-.

Después de reflexionar acerca de las consecuencias generadas por la polifarmacia, ha quedado evidenciado que: el impacto no solo afecta a los consumidores directos del exceso de fármacos, sino que tiene influencia en toda la sociedad (indirectamente). En este caso, puede afirmarse que la polifarmacia es una realidad que afecta a todo el mundo, y de la misma manera, compete a todas y cada una de las personas procurar dar solución o aliviar esta realidad (8). Así, tal vez, se podrá lograr una sociedad mejor y con mayor fortaleza. Pero, ¿cómo se intenta dar solución, abordar o controlar la polifarmacia?

En la actualidad, existen diversas herramientas que ayudan a detectar el excesivo consumo de fármacos –más concretamente, los fármacos susceptibles para poder ser retirados-, y a cómo solventar la realidad de la polifarmacia –de la manera más individualizada y particular posible-. Es decir, instrumentos que intentar hacer frente a la polifarmacia procurando ajustar los fármacos consumidos de la manera más adecuada posible, buscando una valoración como base de todo (6). Las siguientes herramientas son las que mayor importancia e impacto han adquirido a la hora de abordar y valorar la polifarmacia desde el punto de vista científico y sanitario: *Beers criteria*, *MAI (Medication Appropriateness Index)*, *STOPP (Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescription)*, *START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment)*. La finalidad de estas herramientas es estudiar cada caso –paciente poli-medicado- de la manera más multi-disciplinariamente posible, desde puntos de vista (enfoques) distintos (13). Será importante conocer el fundamento y la finalidad de cada uno de los instrumentos mencionados para partir de una base teórica que, posteriormente, respalde y complemente la nueva intervención que este programa propone:

- *Beers criteria*: Es manejada por personal sanitario de la manera más multi-disciplinaria posible –implicando a la mayoría de diversos equipos socio-sanitarios disponibles-. Está enfocada sobre la población anciana, en concreto, –mayores de 65 años-. Su finalidad es la de hallar un uso inapropiado de los fármacos consumidos por las personas mayores que estén poli-medicadas, en función de las patologías que cada uno presente, sin llegar a ser necesario que una persona consuma un exceso de fármacos. Es decir, esta herramienta se focaliza en buscar un mal (inapropiado) uso de los fármacos consumidos por personas mayores de 65 años poli-medicadas, haciendo especial hincapié en la inadecuación del

fármaco según la verdadera necesidad. No obstante, este es un instrumento bastante desfasado (poco actualizado) y que no genera confianza en Europa. Es por esto que cada vez se emplee menos el uso de este instrumento. (14,15)

- *MAI (Medication Appropriateness Index)*: Instrumento manejado por personal sanitario y con un enfoque multi-disciplinar. Esta herramienta busca verificar que los fármacos prescritos a un paciente sean los más apropiados y acertados posibles. Destacar que esta guía estudia cada dolencia de manera aislada y de forma individual, sin buscar el contexto global de cada usuario. Asimismo, mediante esta guía se busca detectar el uso inapropiado del consumo y manejo del fármacos, por lo que ésta debería de estar más enfocada hacia una manera de mejorar la educación de los pacientes (incluso familia, entorno) en el uso y manejo de los medicamentos. (14,15)
- *STOPP (Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescription)*: Herramienta dirigida a grupos de personas mayores de 65 años, en la que su finalidad es detectar una potencial prescripción inapropiada (*PIP*). La *PIP* es un problema potencial y hace alusión a una prescripción inapropiada de un fármaco sobre una patología, tal y como su nombre indica. Esta guía se usa cuando se considera que ya existe cierto problema, o está a punto de producirse, y no intenta abordar una situación antes de que el problema aparezca: no tiene una finalidad preventiva. Es por esto que, en ocasiones, este instrumento se vea limitado y demasiado específico (concreto) -su especificidad hace que ésta sea muy válida ante este potencial problema, pero sin llegar a poder ser extrapolado sobre otra situación-. Se cuenta con 68 criterios sobre diversos fármacos en diversos sistemas o patologías. Es una herramienta más joven que las anteriores y cuenta con una mayor actualización. Es por esto que este instrumento se acerque más a las necesidades de este programa. (14,15)
- *START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment)*: Esta herramienta se centra en avisar al sanitario responsable de la persona en estudio, sobre cualquier omisión en la prescripción de una medicación. Es decir, que se detecte la situación en que una persona necesite cierta prescripción médica pero se haya omitido –no se haya prescrito o se haya prescrito demasiado-, conforme a las exigencias particulares de la misma persona – especialmente relacionado con patologías-. En cualquier caso, lo que esta guía ofrece es añadir medicación u optimizarla, pero garantizando la seguridad en la prescripción. Este instrumento junto con el último anterior es uno de las más contemporáneos y actualizados, que además cuenta con 22 criterios. Así pues ésta también será de gran ayuda poder desarrollar este programa de salud. (14,15)

Tal y como puede apreciarse, estas 4 herramientas descritas como las principales vías en el abordaje de la polifarmacia, ofrecen un respaldo teórico con el que poder comenzar a: detectar un

excesivo consumo de fármacos; y, especialmente, detectar un inapropiado uso de los medicamentos –en el exceso, en el defecto o en el incorrecto uso de éstos-. (6, 14, 15) No obstante, también presentan ciertas limitaciones o grietas que dejan en entredicho su total validez o capacidad como único proceder ante la polifarmacia, pues:

- Las guías anteriormente descritas no están lo suficientemente universalizadas y, este hecho genera barreras o dificultades a la hora de fomentar su empleo. Puesto que se ocasiona una falta de consenso global entre las diversas regiones (incluso en la misma definición del término sobre lo qué es la polifarmacia) –falta de lenguaje y criterio común, respecto a la definición de la polifarmacia y los instrumentos que lo abordan- (8).
- Todas las herramientas expuestas se han diseñado desde el estado más óptimo posible –idealizado blancos y negros, sin ningún gris intermedio- y escogiendo cada medicamento o patología de forma individual -sin inter-relaciona el contexto de cada persona-. Es decir, exponen situaciones demasiado concretas y de manera aislada: escogen cada caso de forma muy particular y sin tener en cuenta a la persona como un ser inter-relacionado; sin llegar a acabar de fomentar la prevención. (13, 14, 15)

Como consecuencia de que exista una falta de: criterio común en el manejo las herramientas expuestas; consenso sobre qué instrumento es más adecuado de manejar según las exigencias que cada caso particular requiera; adecuación entre la teoría que las herramientas o guías plantean y realidad que envuelve a la polifarmacia -en relación a las características y situación de las personas que directamente se ven en el epicentro: los ancianos- (8,14). Todos estos factores dan lugar a que: queden grietas que no acaben por resolver algunos problemas –como bien pueda ser el de la *PIP*-, o la situación y consecuencias de la polifarmacia en su conjunto –tema principal por el cual se desarrolla este programa- (9). Asimismo, comparar y escoger qué herramienta es mejor que otra entorpecería, dificultaría y atrasaría un nuevo avance sobre el abordaje del control de la polifarmacia –no aportaría nada nuevo- (16). Por lo tanto, este programa pretende arrojar una nueva luz en el abordaje y control de los pacientes poli-medicados, procurando beneficiarse de todas ellas.

En otras palabras, actualmente existen herramientas para controlar e intentar abordar el excesivo consumo de fármacos incluso de la manera más segura posible, pero la realidad y los datos demuestran que: la polifarmacia lejos de solucionarse, se está incrementando en estos últimos años –potenciándose las consecuencias que anteriormente se han descrito- (17).

La situación actual demográfica y, las previsiones pronosticadas para esta primera mitad del siglo XXI, muestran que: las personas más mayores cada vez estén adquiriendo una mayor relevancia

cuantitativa en la sociedad contemporánea, y dependiendo del contexto particular de cada lugar, hace que en unas regiones este hecho adquiriera aún más fuerza –como es el caso de Navarra-. (1,4)

Este cambio demográfico trae consigo unas necesidades, exigencias y consecuencias distintas hasta lo que las sociedades de hoy en día han requerido, siendo la polifarmacia una de esas muchas –como lo es también la cronicidad de las enfermedades-(6). El excesivo consumo de fármacos es una realidad que afecta, principalmente, a las personas más mayores (16), pero también a todos los ciudadanos (como conjunto de sociedad) (8). Por lo tanto, no se puede mirar hacia otro lado. Además, las consecuencias del exceso del consumo de los fármacos, en ningún caso son beneficiosas sino todo lo contrario: pues el beneficio en la salud de las personas no consigue el total de la plenitud esperada, y la economía cada vez va a tener más complicado sostener toda la demanda farmacológica. (9,11)

Se han expuesto diversas herramientas o guías que intentan dar control al concepto de la polifarmacia. Siendo las mismas muy teóricas y, en ocasiones, centrándose en una patología de manera aislada. Es decir, no observan a la persona como un ser global ni lo ven de forma holística. Simplemente se centran en valorar una dolencia de forma concreta y específica. Tampoco se puede dejar pasar por alto la falta de consenso mundial respecto al uso de estos instrumentos y esto hace que, en ocasiones, se de lugar a la libre interpretación que cada región –o profesional- de en base a su cultura, conocimientos o contexto social. (6,14)

Es por esto que, desde la perspectiva del autor de este programa de salud y en base a la información bibliográfica analizada, concluya de la clara necesidad de crear un programa que aborde y controle a las personas poli-medicadas (8). Procurándose mantener esa base teórica que las herramientas existentes le brindan -para poder valorar a cada persona conforme a su situación- y, posteriormente, se de paso a la actuación –introducir una parte práctica-. (6,8,14) Es decir, que por medio de este programa se controle a las personas poli-medicadas -la polifarmacia- y se optimice el uso de los fármacos –procurándose así ajustar lo mejor posible el correcto uso de éstos-. Incluso, como último fin, procurando reducir el consumo de los fármacos. Asimismo, se pretenderá universalizar (en la medida de lo posible) este programa buscando los estándares más globales. Pero, sobre todo, se procurará acercarlo al contexto de la realidad Española –y más concretamente, de Navarra-.

Aplicar este programa de salud en la Comunidad Autónoma de Navarra se ve justificado y respaldado, sobre todo, por medio del Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Puesto que en este último Plan de Salud desarrollado en Navarra, se marcan numerosos objetivos y estrategias necesarias en base a las necesidades y contexto de dicha comunidad. De esta forma, en este programa se cubren algunas de las exigencias y prioridades expuestas por el Plan de Salud que, en última instancia, acaban de fortalecer y respaldar el desarrollo de este programa (18).

Prácticamente todos los objetivos que el Plan de Salud de Navarra aborda concuerdan con el fundamento de este programa (en mayor o menor medida). Empero, especialmente se guarda un estrecho vínculo con los objetivos de (18):

- Fomentar el empoderamiento y el autocuidado.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud.

Destacar que dos de las estrategias priorizadas por Navarra en su Plan de Salud, también, se relacionan y acaban por justificar la necesidad del desarrollo de este programa (18):

- Atención a pacientes pluripatológicos: Programa de conciliación de la medicación y adherencia al tratamiento.
- Seguridad del paciente: Programa de prevención de los errores asociados a medicamentos y dispositivos sanitarios.

A pesar de que la polifarmacia no sea mencionada de forma directa en el Plan de Salud Navarro, hoy en día, es una realidad que debe ser atendida para que aquellos objetivos y estrategias marcados se cumplan. Pero, sobre todo, la salud de las personas Navarras sea lo más óptima posible (18).

Numerosas voces científicas sugieren que considerar la polifarmacia como un factor de riesgo, sería un importante paso para comenzar a afrontar esta realidad (19). No obstante mientras no se de ese paso, este programa de salud para el control de la polifarmacia, comenzará a hacerlo.

Objetivos del programa de control de Polifarmacia:

- **Objetivo general:** Optimizar el manejo farmacológico de ancianos en Navarra con polifarmacia. Enfocado a los medicamentos en relación con las enfermedades crónicas más prevalentes del momento: *diabetes mellitus* tipo 2, ansiedad/depresión, dolor e hipertensión arterial. Especificado para el grupo poblacional de personas de 65 años o más, que estén poli-medicadas –consuman 5 o más fármacos- y no estén institucionalizadas.

- **Objetivos específicos:**
 - **A corto plazo:**
 - ◆ Fomentar la retirada de fármacos mediante: actividades educativas sobre correcto uso de medicamentos y dieta saludable en relación a patologías, terapias ocupacionales, yoga, baile y marcha activa o paseos. Prescribir de la manera adecuada (cuando sea necesario) y óptima posible.

 - ◆ Reducir confusiones y errores en relación al consumo y manejo de los fármacos, enfocado hacia las personas beneficiadas de este programa.

 - ◆ Reducir el número de efectos secundarios, interacciones medicamentosas y tolerancias (o resistencias) a los fármacos en las personas poli-medicadas beneficiadas por este programa de salud.

 - **A medio plazo:**
 - ◆ Fomentar un seguimiento continuo y ofrecer apoyo social a las personas mayores de 65 años con limitaciones sociales que se beneficien de este programa de salud.

 - ◆ Aumentar el conocimiento acerca de: los medicamentos en relación a las patologías; y el correcto uso o manejo de éstos. Dirigido, en especial, a la población mayor de 65 años beneficiaria de este programa, pero también a su entorno más cercano.

 - ◆ Reducir el número de ingresos hospitalarios, así como el tiempo de estancia en éstos, de las personas beneficiarias de este programa de salud.

- **A largo plazo:**
 - ◆ Tener una población mayor de 65 años más saludable con el menor consumo de fármacos posible, en Navarra.
 - ◆ Reducir el mayor gasto económico posible en relación con la adquisición y distribución de medicamentos, en Navarra.
 - ◆ Concienciar a la población sobre las consecuencias del exceso del consumo de medicamentos, así como garantizar desde el sistema sanitario un mejor control de las personas mayores de 65 años, en Navarra.

Desarrollo del Programa de Salud

El desarrollo de este programa va a llevarse a cabo en 6 pasos o etapas diferentes (siendo la duración total del programa en torno a 6 meses). Dentro de cada etapa se explicará el fundamento de cada una, cómo se llevará a cabo, y el por qué o para qué de su desarrollo. De esta manera se procurará explicar el desarrollo del programa de la manera más visual, clara y esquemática posible. Y así, posteriormente, poder implementar este mismo programa:

ETAPA 1: Definir y seleccionar la población de referencia de este programa, así como la población de intervención que podrá beneficiarse del mismo.

La población de referencia en este programa serán las personas mayores de 65 años. Los criterios utilizados para escoger esta población de referencia están basados en:

- La población de más de 65 años es la que cuantitativamente más está creciendo y más va a crecer en las próximas décadas, incluso es destacable, el hecho de que las personas de mayor edad, cada vez aumentan más. Por ello, será necesario atender a las necesidades que el grupo de población más denso requiera. Tal y como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) predice, para el 2050 más de 1,5 mil millones de personas serán mayores de 65 años (13).
- Se calcula que de las personas mayores de 65 años: un 62% tiene un mínimo de 3 enfermedades crónicas, un 44% un mínimo de 4 o más enfermedades crónicas, y un 26% un mínimo de 5 o más enfermedades crónicas –en ocasiones se deja de lado la cronicidad, pero existe una enfermedad aguda diagnosticada-. Esto significa que el grupo de edad mayor de 65 años es el más propenso respecto a la prevalencia de enfermedades. Por lo tanto, estos datos justifican que este programa tome como referencia las personas mayores de 65 años (20).

En resumen, este programa de salud ha decidido escoger como población de referencia al grupo de personas mayores de 65 años por su gran importancia cuantitativa en la sociedad, y porque en este grupo poblacional aparece o se representa la mayor prevalencia de enfermedades (19). Asimismo, este último factor –prevalencia de enfermedades- trae una consecuencia directa respecto a la necesidad del consumo de fármacos que ayuden a paliar o solucionar los efectos de cada enfermedad, en la salud de aquellas personas que la padecen (20).

Para poder seleccionar la población de intervención, junto con sus características específicas, el autor de este programa se ha basado en la información y bibliografía estudiadas. De esta forma la población de intervención será: el grupo de personas mayor de 65 años que consuman un mínimo

de 5 o más fármacos diferentes al cabo de un día y que no estén institucionalizadas. Las justificaciones que avalan las características definidas para la población de intervención son las siguientes:

- Algunos estudios han investigado la prevalencia del consumo de fármacos, y es a partir de los 65 años cuando se comienza a estimar como un valor cuantitativamente significativo (6, 17). Además, se calcula que: el porcentaje de personas mayores de 65 años que consumen 5 o más fármacos, se encuentra entre un 4% y un 34% (17); incluso que un 51% de personas mayores de 65 años consume 6 o más medicamentos distintos al cabo de un día (6). Estos datos, junto con la definición de lo que es la polifarmacia – anteriormente definida-, acaban por justificar que se haya escogido por este programa el número de 5 fármacos como la cantidad mínima con la que definir una de las características de la población de intervención.
- Las personas mayores de 65 años acostumbran a vivir solas y carecen de apoyo social que las ayude en su día a día, a más edad mayor riesgo de soledad se presenta. Una de las grandes consecuencias, es que a las personas que carecen de total validez o autonomía, se les presentan significativas dificultades en su día a día –aumentadas por la falta de apoyo social- (10). Algunas de las consecuencias más reseñables son: que no se adhieran de manera correcta al tratamiento prescrito; cometan errores en la correcta distribución o toma de los fármacos; y no manejen de forma adecuada los medicamentos. Es decir, que los fármacos no se empleen de la manera esperada –de la forma más óptima y correcta posible-. El incorrecto uso de los medicamentos conlleva a que las personas tengan más riesgo –de caídas, interacciones medicamentosas, reacciones alérgicas...- del que ya tienen (9). Así pues las personas institucionalizadas –en residencias, principalmente- tienen una cierta garantía de que haya personas cualificadas que velen y cuiden de ellas, y les manejen los fármacos de la manera debida. Es por esto que este programa de salud se focalice en las personas que no estén institucionalizadas, pues la gran mayoría de éstas tendrá una mayor probabilidad de presentar problemas como: incorrecto uso de los fármacos prescritos; y limitaciones sociales –soledad-. Por lo tanto, queda evidenciado que las personas mayores de 65 años y no institucionalizadas, sean las que mayor ayuda y beneficio puedan obtener por medio de este programa de salud (4,10).

En resumen, en la etapa 1 se ha definido la población de referencia y de intervención para este programa de salud. De esta manera, se podrán conocer las necesidades, fortalezas y limitaciones que este grupo de edad pueda presentar, y así poder llevar a cabo el desarrollo de este programa con éxito.

ETAPA 2: Seleccionar el lugar donde el programa va a ser desarrollado y, más concretamente, la institución de referencia que respalde el programa. Será imprescindible escoger los espacios más adecuados donde las actividades de este programa puedan ser ejecutadas de la manera más óptima posible.

Se ha decidido seleccionar la ciudad de Tafalla como el lugar donde se desarrollará este programa por las siguientes justificaciones:

- Se ha escogido como prueba piloto la ciudad de Tafalla, en Navarra, porque las infraestructuras y las características de la población –demografía- así lo permiten. Tafalla es una ciudad situada en el centro de la Comunidad Foral de Navarra y cuenta con casi 11.000 habitantes. Siguiendo con las mismas estadísticas analizadas al comienzo, en torno al 20% de la población de Tafalla supera los 65 años de edad y, por lo tanto, puede afirmarse que las características demográficas de la ciudad se asemejan a la realidad poblacional de Navarra. (21)

Una vez se haya seleccionado el lugar donde se va a llevar a cabo el programa, es menester seleccionar la institución de referencia que vaya a promover y respaldar el desarrollo de este programa.

- La ciudad de Tafalla cuenta con un Centro de Salud desde el cual será dirigido y promovido este programa, pues: es el sitio desde el que se dispone de la información y los medios necesarios para el desarrollo del mismo (21). La atención primaria será el pilar principal del programa de salud, puesto que desde este centro se podrá contemplar la situación de los participantes de la manera más holística posible –procurando adherir el contexto familiar, comunitario y social de las personas- con un enfoque multi-disciplinar. De esta forma la prevención jugará un papel principal en este proceso (de caídas, interacciones, efectos secundarios, ingresos hospitalarios...), pasando antes por una adecuada prescripción y uso de los fármacos. Incluso se garantizará que la desprescripción sea lo más segura posible, ya que no existe un medicamento de por vida –las personas cambian en el transcurso de la vida-. Desde este centro de atención primaria se asegurará que: primero, toda prescripción hecha sea de forma segura; y segundo, que la desprescripción se haga según las nuevas necesidades que la persona requiera (22). No obstante, también será impulsado, por el ayuntamiento de Tafalla puesto que sin la colaboración y aprobación del mismo, el programa presentará dificultades económicas y espaciales, que ayuden en el correcto funcionamiento de éste último (21).

Finalmente, para acabar de concretar las características de esta etapa, se definirán en este punto los espacios en los que se llevarán a cabo las actividades presentadas y propuestas para el desarrollo del programa de salud:

- La ciudad de Tafalla presenta múltiples lugares en los que poder desempeñar las actividades, pero los más adecuados que permiten llevar a cabo el programa -por la infraestructura- de la manera más óptima posible y, por ello, en los que se desarrollará el programa son:
 - El mismo Centro de Salud de Tafalla: en el que se recogerá la información necesaria sobre las personas susceptibles a beneficiarse de este programa; se evaluará el desarrollo del mismo; y, por tanto, será el centro de referencia.
 - Dos de las tres residencias de Tafalla – Residencia de San Severino y Residencia del Hospital San Francisco Javier- serán los lugares en los que se desarrollen las actividades del programa, ya que disponen de los lugares mejor habilitados y adaptados para las personas mayores de 65 años: salas de usos múltiples para realizar las actividades que posteriormente se describirán –terapia ocupacional, yoga, baile-.
 - La casa de cultura, el espacio escénico (*Kulturgune*) y el centro cívico: serán los lugares en los que se impartan las charlas educativas, como actividad fundamental, que formen parte del programa (las cuales más adelante se describirán de forma detallada) -dichas charlas de educación se focalizarán en el correcto manejo de los medicamentos y en una dieta adecuada-.

Como resumen de esta segunda etapa, la ciudad de Tafalla será la ciudad en la que se desarrolle este programa de salud, pues existe garantía de que el desarrollo, la evolución y los resultados obtenidos serán extrapolables y representativos para toda la Comunidad Foral de Navarra. La ciudad de Tafalla cuenta con las condiciones ideales para poder poner en marcha este programa de salud, pues el grupo poblacional beneficiario de este programa no cae ni en el exceso ni en el defecto y, por lo tanto, se garantiza un óptimo desarrollo del mismo. Además, es importante destacar que en el desarrollo del programa en la ciudad de Tafalla, se procurarán hallar posibles barreras, errores o dificultades encontradas en el transcurso del mismo. Es importante remarcar que para hacer funcionar el programa, de la manera más exitosa posible será fundamental conocer tanto el lugar y como a las personas con las que se trabaje. El Centro de Salud de Tafalla será el lugar de referencia y el Ayuntamiento de Tafalla ayudará a que este programa se pueda desarrollar de la mejor manera posible, procurando evitar cualquier dificultad u obstáculo.

En dos de las residencias de Tafalla –Residencia de San Severino y Residencia del Hospital San Francisco Javier- se llevarán a cabo parte de las actividades propuestas por el programa, ya que son el lugar físico idóneo que habilita y facilita la realización de éstas -las personas institucionalizadas quedan fuera del programa, pero no se excluyen los lugares de estas instituciones por el medio ya adaptado-. Finalmente el espacio escénico, el centro cívico o la casa de cultura serán los lugares donde se impartan las charlas educativas, pues se cuenta con el espacio

suficiente y las infraestructuras más óptimas que permitan el adecuado impartimiento de éstas últimas.

Es decir, tanto las características demográficas y espaciales permiten que se pueda llevar a cabo el desarrollo de este programa. Existe un sistema que respalda y garantiza ciertos lugares físicos y materiales donde el programa pueda ser realizado (21).

De esta manera, se han explicado y justificado las características del grupo de intervención en el que se trabajará por medio de este programa de salud para el control de la polifarmacia en la población anciana de Navarra. Escogiendo la ciudad de Tafalla como primer lugar piloto, por sus condiciones y características ideales que garantizan un correcto desarrollo del programa. Así como los datos y resultados obtenidos sean lo suficientemente representativos, para que el programa, posteriormente, pueda ser extrapolado a otros lugares de la Comunidad Foral de Navarra. Como objetivo final (en una visión a largo plazo) se procurará mejorar el control de la polifarmacia y obtener una población con una salud más plena, con mayor bienestar.

ETAPA 3: Proceso de marketing que promocióne el programa de salud a la ciudadanía de Tafalla -más concretamente a la población susceptible que cumpla con los requisitos inclusivos necesarios para formar parte de él-. Promoción e información del programa de salud a las personas de referencia en las que se intervendrá, para que éstas se adhieran y formen parte del mismo.

La manera de promocionar este programa de salud y de hacer llegar la existencia de éste -junto con su información más significativa- a la población susceptible y formar parte, se hará de tres formas principales:

- En primer lugar, se enviará un folleto informativo al domicilio de las personas mayores de 65 años que no estén institucionalizadas y que consuman un mínimo de 5 fármacos. Incluso que éstos sean pluri-patológicos, ya que hay evidencia científica entre la existencia de una relación directa o lineal, entre el número de patologías y el consumo de medicamentos (6). Es decir, por medio del Centro de Salud de Tafalla se obtendrá la información pertinente para conseguir la dirección domiciliaria de las personas que sean susceptibles al programa, y se enviará dicho folleto informativo al domicilio de la población en cuestión. El folleto contendrá una breve pero concisa descripción del programa, así como la información necesaria donde se deje claro cómo las personas podrán formar parte de él -posteriormente este será explicado y expuesto con todo detalle-.

Por medio de este folleto se garantiza que todas, o la mayor parte de la población a formar parte del programa, tenga conocimiento del mismo. De esta forma será más fácil que se

adhieran al programa, ya que se sentirán más identificados, escuchados y tenidos en cuenta. En otras palabras, podrán sentir que tanto el sistema sanitario como el ayuntamiento de su localidad se acuerdan de la población más mayor y los tienen en cuenta de cara a un futuro más saludable. En consecuencia, esto hará que las personas puedan experimentar un mayor sentido de pertenencia respecto a las instituciones más cercanas a ellos y, en última instancia, decidir ser parte del programa de salud.

- En segundo lugar, y para reforzar la primera medida, se colocarán carteles informativos –del mismo folleto anterior, pero de manera más grande- en los lugares más estratégicos del pueblo, en relación a las personas diana del estudio. De esta forma, la población mayor de 65 años susceptible de formar parte del programa podrá volver a observar el ahora cartel informativo (o a los que no les haya podido llegar, observarlo por vez primera). De esta manera será un tema público de conversación en el pueblo. Los carteles serán colocados en: el centro cívico, ayuntamiento de Tafalla, centro de salud, bares del pueblo frecuentado por personas de mayor edad, mercado de abastos de Tafalla, tabloneros de anuncios y espacio escénico.
- Por tercer y último lugar, en el Centro de Salud de atención primaria también se informará sobre la existencia del programa de salud. Cada vez que una persona susceptible a formar parte del programa de salud acuda a consulta, el sanitario que atienda al paciente deberá explicar y promocionar dicho programa. De esta forma se dará un respaldo sanitario, en el que una voz con autoridad verificará de la fiabilidad del programa. Así se garantizará que la población confíe plenamente en el programa de salud, así como en los potenciales beneficios que éstos puedan adquirir por medio de la participación. Se pretenderá dar veracidad y fiabilidad al programa, y aumentar la adherencia a éste por medio de una voz con autoridad en el ámbito de la salud.

Esta tercera etapa consistente en promocionar y dar a conocer este programa de salud para un mejor control de la polifarmacia en la población anciana, jugarán un papel principal los profesionales del Centro de Salud de Tafalla: médicos de familia, enfermería y trabajo social. Estos serán los encargados de promocionar el programa de salud entre la población diana de la manera más eficaz y eficiente posible. Es por esto que, será esencial que los trabajadores involucrados en el desarrollo de este programa conozcan de primera mano: a las personas vecinas –más concretamente, a las personas participantes potenciales del programa de salud- de la ciudad donde se llevará a cabo el programa; así como las infraestructuras disponibles en la misma ciudad. Así se garantizará que el proceso del programa de salud funcione de la manera más óptima posible durante todo el desarrollo del mismo; y detectar cualquier error o barrera lo antes posible –y poder sacar partido de ello-.

ETAPA 4: Inscribirse al programa de salud, y firmar un consentimiento informado que certifique la adhesión al mismo. Firmar un consentimiento en el que quede constancia legal de: el compromiso con la participación en el programa; así como de que se asuman los potenciales beneficios o riesgos derivados de formar parte del mismo.

Después de haber seleccionado la población de intervención y de haber comenzado a promocionar el programa a la población diana, las personas que entren dentro de los criterios establecidos, podrán comenzar a inscribirse.

Para ello tendrán que acudir al mismo Centro de Salud de Tafalla e inmediatamente después de haberse inscrito, el enfermero/a responsable del programa les realizará las siguientes escalas con el fin de delimitar un grupo de personas aptas o válidas, que puedan formar parte del programa de salud:

- Escala *Barthel*: Para medir el grado de independencia de las personas. Puesto que en caso contrario –que la persona presente un grado de dependencia severo-, será muy complicado garantizar que la persona vaya a poder lograr los beneficios previstos por este programa. Esto se debe a que muchas de las actividades (que posteriormente se explicarán) para el control y reducción del consumo de fármacos, pasan por la realización de terapias con un mínimo nivel de exigencia física –y cognitiva-. (*Anexo 4*).
- Test del Reloj: Mediante este test en el que la persona tendrá que dibujar un reloj con una hora concreta marcada, se verificará el grado de independencia cognitiva de la persona. Es decir, la persona deberá dibujar un reloj de la manera más óptima posible y marcar una hora concreta adjudicada por el enfermero/a responsable. Así se verificará que la persona no presenta ningún deterioro cognitivo (al menos elevado) que le impida participar en las actividades propuestas por este programa, garantizándose así que los beneficios potenciales pueden llegar a producirse en la persona. (*Anexo 5*).

Aquellas personas que hayan superado ambos test, podrán formar parte del programa definitivamente. Pues como bien se ha explicado anteriormente, no presentarán ninguna limitación física o cognitiva que pueda suponer una dificultad al participar en este programa de salud. Los que superen los dos test, anteriormente expuestos, tendrán cierta garantía de que los resultados obtenidos mediante este programa de salud serán más beneficiosos, al igual que se garantiza cierta seguridad en el tiempo de desarrollo del programa. (*Anexo 6, Criterios de Exclusión y exclusión del programa*).

Finalmente, una vez que las personas hayan superado los test solo quedará que estas firmen el consentimiento formal que acredite su inscripción. Firmar dicho consentimiento será el último paso –pero no menos importante- para formar parte del programa. Quedará constancia legal de que:

- La persona se compromete a participar hasta que el programa de salud finalice.
- La persona participante asume cualquier potencial beneficio o riesgo que pueda ser consecuente al hecho de participar en el programa de salud.
- Se garantiza que la persona haya comprendido de manera íntegra la consistencia y desarrollo del programa: objetivos, actividades, fechas, lugar de desarrollo... El programa de salud en su totalidad.
- La persona acepte de manera voluntaria formar parte del programa de salud.
- Los resultados obtenidos por medio de este programa de salud podrán ser utilizados para estudios de manera anónima.

ETAPA 5: Implementación del programa de salud, definido como VAE:

- 1º Valoración.
- 2º Actuación.
- 3º Evaluación.

VAE será la definición y la base de este programa de salud, consistente en 3 pasos. Se ha decidido emplear este número de pasos con tal de simplificar y facilitar el proceso del programa, mientras al mismo tiempo se busque la mayor eficiencia posible. Además, el nombre de cada paso pretende abarcar el sistema de proceder ante cualquier situación de salud (basado en el proceso de enfermería –PAE-), aunque como puede observarse en este caso, de manera más concisa y con 2 pasos menos (22). De esta forma se obtiene un proceso más rápido y dinámico que facilita el poder desarrollar cualquier proceso con una menor probabilidad de riesgo a cualquier fallo. Asimismo, se decide impulsar este programa desde la atención primaria ya que es la referencia de la prevención y promoción en la salud (pública e individual). En este caso se pretenden cubrir ambos aspectos. No obstante, se decide también abordar este programa desde la atención primaria porque en Navarra ya se han comenzado a iniciar programas en los que se aborda un erróneo o inadecuado consumo de fármacos en grupos concretos con características singulares trabajando desde la atención primaria. Por ello, se decide aprovechar la evidencia existente respecto a que la atención primaria sea el organismo más adecuado y preparado que pueda asumir y llevar a cabo un programa de salud como este; así como se aprovecha la información que dichas intervenciones proporcionan (23, 24, 25, 26).

El orden de cada paso a proceder irá acorde con el orden de las letras que así lo definen. Por ello, se procederá a dar explicación de cada paso:

- 1º Valoración: El primer paso será el de valorar la situación médica y social de cada personas, de ahí la V que da comienzo al proceso VAE. Tal y como el nombre indica, se valorará la: situación médica (antecedentes e historial clínica personales, patologías y medicación prescrita que se consuma); y social (recursos económicos disponibles, apoyo familiar/amigos/comunidad).

- La valoración médica o clínica será realizada por el médico/a, el farmacéutico/a y el enfermero/a responsables del programa. Todos se centrarán especialmente en el número de las patologías (crónicas) y de los fármacos consumidos por cada persona (y cada patología) –centrándose especialmente en: la *Diabetes Mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, dolor y depresión/ansiedad; así como en sus respectivos fármacos-.

Dicha valoración clínica será realizada por medio de las herramientas, anteriormente expuestas: *STOPP (Screening Toolf of Older Persons´ Potentially Inapropiate Prescription, Anexo 7)*; y *START (Screening Tool to Alert Doctors to Righth Treatment, Anexo 8)*.

En una primera instancia se buscará relacionar un determinado fármaco con las herramientas mencionadas, es decir, en un contexto único y concreto. A pesar de que se procurará observar y tener en cuenta todas las dolencias, mediante el instrumento *STOPP* se focalizará en las enfermedades de: dolor, ansiedad/depresión e hipertensión arterial; mediante la herramienta *START* se focalizará la atención en las patologías de: la hipertensión arterial y la *Diabetes Mellitus* tipo 2. Se ha decidido emplear estas dos herramientas ya que son las más actualizadas y las que mejor se ajustan a las necesidades de este programa. Asimismo, la decisión de focalizar cada patología en una herramienta u otra se ha hecho en base a la idoneidad que cada instrumento aporta para cada enfermedad. Una vez se hayan empleado ambas herramientas a cada persona –contrastar la medicación y las patologías con la teoría de ambas guías-, se habrá podido valorar si la medicación está correctamente prescrita. En caso de que alguna no lo estuviese, ese fármaco sería un candidato con el que se procuraría disminuir (o añadir) -y en última instancia, retirar completamente- el consumo. Al mismo tiempo, se está garantizando que la pauta farmacológica de cada persona esté lo mejor y más ajustada posible: optimización de la polifarmacia.

Por lo tanto, en este punto se valora la situación farmacológica de cada persona. De esta manera se fomentará un control medicamentoso, lo más exhaustivamente posible, y se hallarán fármacos candidatos a ser suprimidos. Es decir, por medio de las dos herramientas se hace una valoración de cada persona en la que se garantiza un control farmacológico ajustado a las necesidades y situación de cada paciente, y se encuentran medicamentos que puedan ser retirados. El peso del farmacéutico será imprescindible en este punto, ya que garantizará una valoración segura y la base del proceso estará bien asentada.

- La valoración social será realizada por la trabajadora social mediante una entrevista individual completado mediante un cuestionario (*Anexo 9*). En dicha entrevista se valorará la capacidad social de cada persona respecto al contexto de su entorno o comunidad. Es decir, se valorarán las características sociales que cada persona tenga, procurando hallar los problemas o limitaciones sociales. Por medio de esta valoración se identificará si una persona tiene un mayor o menor riesgo de manejar incorrectamente los medicamentos que tiene que consumir a lo largo del día, todos los días de su vida. Así como se intentará identificar una falta de respaldo social que garantice que los fármacos prescritos sean consumidos (y lo sean de la forma adecuada). Aquellas personas con dificultades sociales es probable que presenten: una elevada falta de adherencia a los tratamientos, así como un mal o incorrecto uso de los medicamentos (fomentándose así la probabilidad de errores). Así pues se identificarán a aquellas personas con elevada dificultad social para, posteriormente, hacer especial hincapié en: la educación sobre el manejo de los medicamentos; educación sobre una dieta saludable; fomentar que en las actividades se relacionen con los demás participantes del programa.

Es decir: que las personas con problemas sociales no padezcan de aislamiento social – fomentándose una relación con otras personas gracias a las actividades-; y que las limitaciones sociales no supongan un problema –o el problema sea lo más mínimo posible- en el adecuado manejo y uso de los fármacos, en vista de un futuro.

En resumen, el primer paso consistente en la valoración servirá para: conocer la situación individual de cada paciente y, posteriormente –en el segundo paso-, poder actuar y hacer hincapié (en la actuación) según las necesidades y capacidades que cada participante presente – información obtenida mediante la fase 1-.

Asimismo, mediante la valoración se da comienzo en el cumplimiento de los objetivos marcados por este programa como: valorar y ofrecer un control continuo en las personas de intervención; así como el de fomentar y garantizar un apoyo social a los participantes.

- 2º Actuación: El segundo paso será en el cual se dé inicio a la: desprescripción farmacológica susceptible a ser suprimida o restringida –valorado mediante el paso anterior-; y realización de las actividades que harán posible, de manera exitosa, la reducción del consumo de fármacos.

Este segundo paso, correspondiente a la actuación, puede ser dividido en dos bloques distintos. Ya que cada bloque está centrado en dos aspectos diferentes desde los que se trabajará tanto en la disminución, como en el buen manejo de los medicamentos:

- Primer bloque: Charlas y clases educativas. Por medio de esta actividad se pretende aumentar el nivel de conocimientos de los participantes del programa. De esta forma se pretenderá: reducir los errores en la toma de la medicación; fomentar un correcto manejo de los medicamentos; aumentar los conocimientos sobre las patologías crónicas focalizadas en este programa; tener una dieta saludable acorde a las necesidades o situación de cada persona.
 - Educación clínica/farmacológica: El equipo de medicina, farmacología y enfermería serán los encargados de impartir estas clases. Se llevarán a cabo en las salas habilitadas por el Ayuntamiento de Tafalla en: el centro cívico, espacio escénico o casa de cultura. Puesto que es en estas salas donde se puede agrupar a un número de personas elevado de manera cómoda y segura. La duración de cada sesión educativa durará 45 minutos y serán 8 los días en los que se impartan estas clases: un lunes cada dos semanas de 19:00 a 19:45. Los temas que se abordarán serán: conocimientos sobre las patologías crónicas (hipertensión arterial, ansiedad/depresión, dolor, *diabetes mellitus* tipo 2); los fármacos empleados para cada patología, junto con potenciales riesgos; así como su adecuado manejo. De esta forma, los objetivos serán: aumentar el nivel de conocimientos sobre las patologías y el uso de sus respectivos fármacos; aprender a prepararse y manejar los fármacos de forma correcta; disminuir los errores y efectos adversos o secundarios derivados del exceso del consumo de fármacos, así como del incorrecto manejo; y concienciar a los participantes de las consecuencias que el exceso de consumo de fármacos puede conllevar. Es decir, por medio de esta intervención educativa se cumplirán gran parte de los objetivos marcados al inicio del programa.

- Educación dieta saludable: Las clases educativas sobre la dieta saludable serán impartidas por un profesional de nutrición y dietética contratado por el programa de salud. Así como en las otras clases de educación clínica, éstas se llevarán a cabo en las salas habilitadas por el Ayuntamiento de Tafalla en: el centro cívico, espacio escénico o casa de cultura. Ya que es, también, en estas salas el lugar donde se puede agrupar a un número de personas elevado de manera cómoda y segura. La duración de cada sesión educativa durará 45 minutos y serán 8 los días en los que se impartan estas clases: un lunes cada dos semanas de 19:00 a 19:45 -se irán alternando las sesiones educativas de cada lunes de la semana (como se podrá observar en el cronograma)-. En estas charlas se impartirán información sobre una dieta equilibrada en relación a dos patologías principales: hipertensión arterial y *diabetes mellitus* tipo 2. De esta forma, los participantes serán capaces de llevar una dieta saludable que, en última instancia, haga reducir el número de fármacos relacionados para ambas patologías: en la *diabetes* procurar reducir la medicación oral; y en el de la hipertensión reducir toda la medicación cuanto sea posible. Puesto que mediante una dieta equilibrada y acorde a las necesidades de cada uno, existe evidencia científica de que puede llegar a suprimirse el consumo de fármacos (9, 13). Por medio de esta otra charla educativa se cumplen varios de los objetivos marcados al inicio del programa, pues: se reducirá el consumo de fármacos (en especial el de la hipertensión y *diabetes*); se tendrá una población con mayores conocimientos en el manejo de la dieta según su patología; y tendrá una población mucho más saludable.

En resumen, las sesiones o clases educativas jugarán un papel esencial en este segundo paso de la Actuación. Ya que combinarlas con el segundo bloque hará que el programa sea verdaderamente efectivo, ya que sin las charlas, la población no conocerá su verdadera realidad. Por lo tanto, tener un mínimo nivel de conocimientos básicos hará que los participantes reduzcan el consumo de fármacos (por medio de una dieta saludable, principalmente) y manejen de forma correcta los que tengan que consumir (por medio de la educación clínica, que evitará errores y efectos adversos o secundarios). Incluso será interesante que familiares, acompañantes o cuidadores de los participantes puedan acudir a las clases para que el nivel de conocimientos aumente y alcance el mayor número de personas –población- posible. Esta oportunidad respecto a la educación es dada porque los conocimientos son la base de todo, y sin estos, será muy difícil

hacer frente a la polifarmacia. Por lo tanto, este primer bloque será un pilar del segundo paso (fase) dentro del VAE.

- Segundo bloque: Actividades físicas como yoga, baile, terapia ocupacional y paseos o marcha activa. Este segundo bloque será el que se centre en que los participantes puedan realizar actividades por ellos mismos, pero con responsables que cuiden de ellos. Este bloque se centrará en aliviar las dolencias más relacionadas con el dolor y con la ansiedad/depresión. Estas actividades harán que los participantes dejen un tiempo de lado sus patologías: relacionándose con otras personas; manteniendo en forma la condición física y cognitiva. En última instancia acabará por concluir varios de los objetivos propuestos al inicio del programa. Es decir, en este segundo bloque se expondrán las actividades a realizar propuestas por el programa de salud para que, combinadas con las del primer bloque, se garantice un buen control y reducción del consumo de fármacos –sustituyéndose por diversas actividades-:

- Terapia ocupacional: Mediante esta actividad se pretende fomentar un uso terapéutico de las actividades del cuidado, el trabajo y el juego para así aumentar la independencia funcional y cognitiva. En última instancia: se pretenderá reducir el consumo de fármacos (dolor y ansiedad/depresión), ya que los participantes estarán distraídos en la terapia que atañe cada martes; asimismo esta actividad fomentará la relación social y procurará hacer que los participantes se relacionen y mejoren su bienestar social; y se tendrá una salud más plena –cumpliendo con los objetivos propuestos al inicio-. La terapia ocupacional será realizada todos los martes de 18:00 a 19:30 en salas habilitadas de las residencias de Tafalla. La enfermera/o será el responsable junto con algún ayudante/experto en la terapia ocupacional pertinente de cada martes (en caso de que se exija).
- Yoga: Esta actividad será impartida por un profesor de yoga cada miércoles de 18:00 a 19:30 en las salas habilitadas por las residencias de Tafalla que colaboren con el programa. Mediante esta actividad se pretenderá hacer que los participantes aprendan a auto-gestionar sus momentos de estrés y, finalmente, reduzcan el nivel de ansiedad. Incluso intentar reducir el dolor será posible por medio de esta actividad, puesto

que un buen uso del yoga ayuda a reducir ambas patologías. Así pues se cumplirán los mismos objetivos que con la terapia ocupacional, pero aquí se aprenderá a meditar y auto-manejar el estrés interior. Es decir, esta actividad sustituirá un elevado consumo de fármacos y garantizará una salud más plena en las personas: especialmente en relación con la ansiedad/depresión.

- **Baile:** Actividad impartida por un profesor de baile cada jueves de 18:00 a 19:30 en las salas habilitadas por las residencias de Tafalla que colaboran en el programa. Por medio del baile se procurará reducir el dolor y la ansiedad/depresión de los participantes, y sobre todo fomentar mejores relaciones sociales. Es decir, por medio de esta actividad se garantizará una salud más plena con un menor consumo de fármacos. Al mismo tiempo se fomentará el aprendizaje o mejora del baile, pero también una escucha de música (musicoterapia) que ayudará a mejorar la salud de forma global. En esta actividad se garantizará que las personas obtengan un mayor bienestar y plenitud, al mismo tiempo que se reducen el consumo de fármacos, así como se fomenta mayores relaciones sociales. Así pues la sustitución de los fármacos se asentará por: la regularidad de realización de actividades mantenidas en un tiempo y que harán prescindibles los medicamentos.

- **Paseos saludables o marcha activa:** Como última actividad propuesta se encuentran los paseos saludables o la marcha activa, consistentes en realizar cada viernes un paseo de 10:00 a 12:00 por distintos lugares de Tafalla: pues al mismo tiempo que se da un paseo semanal por medio del programa, se fomenta un mayor conocimiento de la misma ciudad (al realizar paseos por distintos lugares). La enfermera/o será el responsable de estos paseos y por medio de esta actividad se pretende: mejorar la evolución de las patologías que cada persona presente; y como consecuencia, se disminuya la necesidad de emplear ciertos fármacos (reducción de dosis). Es decir, gracias a esta actividad semanal se: reducirá el consumo de fármacos y se garantizará que sea de forma segura y efectiva; se aumentará el bienestar y la salud de los participantes; se fomentarán mejores relaciones sociales; y, en este caso, se conocerá mejor la ciudad de Tafalla –cumpliendo así con los objetivos marcados por el programa-.

Gracias a estas cuatro actividades y las dos clases educativas se cumplirán los objetivos marcados por el programa a corto plazo, especialmente. Pero también lo irán haciendo a medio plazo, conforme avance el programa de salud, y en última instancia se alcance el objetivo a largo plazo de tener una población más saludable de forma global.

Como bien se ha explicado anteriormente, será esencial combinar las actividades de los dos bloques para que el programa funcione, ya que de lo contrario no se garantiza que pueda llevarse a cabo: pues una actuación sin conocimiento no se mantendrá a lo largo del tiempo y de forma autónoma; y un conocimiento sin actuación quedará en una teoría más –como es el caso de las herramientas *STOPP* y *START*, que aportan la teoría pero no actúan para mejorar la situación-.

Finalmente, en este punto se comenzará a reducir el consumo de fármacos, pero la explicación será conforme a la patología (no se centrará en fármacos concretos):

- *Diabetes Mellitus* tipo 2: La optimización del consumo de fármacos conforme a esta enfermedad será de manera única e individualizada. No obstante, se buscará reducir a la mitad el consumo de fármacos, especialmente los de vía oral, en la primera mitad del programa. Es decir, hasta la mitad del programa se procurará que cada persona reduzca a la mitad los fármacos consumidos (equilibrando el ritmo y necesidad de cada participante). En la segunda mitad se intentará reducir completamente la dosis, en la medida de lo posible (ya que se individualizará toda prescripción). Pero sobre todo se procurará reducir la mitad del consumo total desde un primer momento. Los pilares para llevar a cabo este proceso serán la dieta –acorde a diabéticos- y manejo (educación), y actividades físicas (yoga, baile, paseos).
- Hipertensión arterial: Se reducirá a la mitad el consumo de fármacos desde el inicio, alternándose el consumo de fármacos un día sí y otro día no hasta la mitad del programa. Posteriormente, en la segunda mitad del programa se intentará reducir completamente el consumo de fármacos anti-hipertensivos, en la medida de lo posible. Los pilares para llevar a cabo este proceso serán la dieta –acorde a personas con tensión elevada- y manejo (educación), y actividades físicas (yoga, baile, paseos).
- Dolor: Se reducirá el consumo de fármacos de forma escalonada. Cada mes se procurará reducir un tercio del consumo de la analgesia, hasta intentar llegar al 0 consumo crónico –sin tener en cuenta lo agudo o esporádico-. En esta dolencia las actividades del segundo bloque serán las que mayor relevancia cobren, ya que favorecerán un mayor bienestar físico y cognitivo.
- Ansiedad/depresión: Se reducirá el consumo de fármacos de forma escalonada. Cada mes se procurará reducir un tercio del consumo de los fármacos prescritos para las dolencias

citadas, hasta intentar llegar al 0 consumo. En esta patología las actividades del segundo bloque serán las que mayor relevancia cobren, ya que favorecerán un mayor bienestar físico y cognitivo. Especialmente el yoga y la inclusión social generada por el hecho de ser partícipe del programa de salud.

- 3º Evaluación: El tercer paso será el de evaluar si las actuaciones realizadas en el paso anterior están obteniendo los resultados esperados, especialmente en la reducción del consumo de fármacos. La evaluación procurará medir, en base a cada patología y fármacos optimizados, y de forma genérica qué resultados se están obteniendo.
 - *Diabetes Mellitus* tipo 2: La forma de evaluar el desarrollo de la diabetes en las personas que padezcan de esta patología y estén en el programa será mediante: un perfil diabético diario durante los 4 meses. Cada mes las personas presentarán el perfil al médico o enfermero/a responsables del programa en el Centro de Salud de Tafalla y de esta manera se podrá evaluar la evolución de los niveles de glucosa en sangre, al reducir el consumo de fármacos y ser sustituido por actividades y dieta saludable.
 - Hipertensión arterial: La forma de evaluar el desarrollo de la hipertensión en las personas que padezcan de ésta, y estén en el programa será mediante: un perfil de la tensión arterial diario durante los 4 meses. Cada mes las personas presentarán el perfil al médico o enfermero/a responsables del programa en el Centro de Salud de Tafalla y, de esta manera, se podrá evaluar la evolución de la presión arterial al reducirse el consumo de fármacos mediante la sustitución de actividades y dieta saludable.
 - Dolor: La forma de evaluar el desarrollo del dolor en las personas que padezcan de éste, y estén en el programa será mediante: la escala del dolor EVA/VAS (*Anexo 10*). Mensualmente las personas presentarán dicha escala al médico o enfermero/a responsables del programa en el Centro de Salud de Tafalla y, de esta manera, se podrá evaluar la evolución de la dolencia. Al reducir el consumo de fármacos en la sustitución por actividades, especialmente, y dieta o educación saludable.
 - Ansiedad/depresión: La forma de evaluar el desarrollo de la ansiedad/depresión en las personas que padezcan de ésta, y estén en el programa será mediante: la escala *Yesavage* (*Anexo 11*). Mensualmente las personas presentarán dicha escala al médico o enfermero/a responsables del programa en el Centro de Salud de Tafalla y, de esta manera, se podrá evaluar la evolución de la dolencia. Al reducir

el consumo de fármacos en la sustitución por actividades, especialmente, y dieta o educación saludable.

De esta forma se podrá evaluar la evolución o el desarrollo de las actividades propuestas por el programa. Es decir, se evaluarán los resultados obtenidos por las actividades propuestas por el programa de salud y se observará si: la reducción de los fármacos resulta beneficioso o no; hay un correcto control de los fármacos que se consumen, así como un mayor nivel de conocimientos; existe un mayor apoyo y bienestar social entre los participantes; se ha alcanzado un mayor nivel de salud. Añadir que en esta tercera fase el farmacéutico/a también supervisará la evaluación del proceso según su criterio, procurándose así garantizar que el cierre de la etapa 5 se culmina con total seguridad.

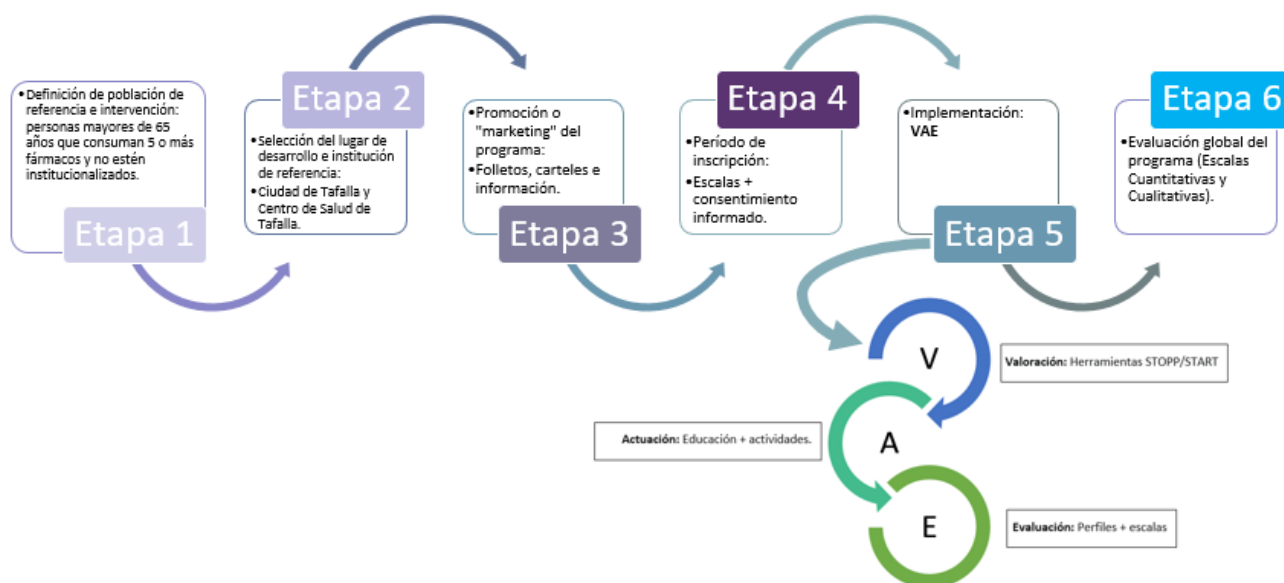
Finalmente, destacar que este programa de salud deberá ser supervisado por un comité de ética. A pesar de no ser un ensayo clínico, pero sí un programa de salud en el que se procura una optimización del correcto uso de los fármacos –como actor principal de este programa, y en especial cuando existe un exceso-, deberá ser supervisado por dicho comité. Esto es debido porque siempre que se realiza cualquier prueba o ensayo con un fármaco, debe verificarse que se hace desde la mayor beneficiencia posible; y evaluarse que el proceso completo por el que se ha llevado a cabo cualquier cambio con el medicamento se ha hecho legal, ética y metodológicamente correcto. Dicha supervisión se realizará por medio de dos maneras: el programa de salud será expuesto ante dicho comité antes de ponerse en marcha; en caso de que sea aceptado, a la mitad del duración del programa se supervisará el desarrollo; y finalmente se supervisará y evaluará todo el proceso y resultados obtenidos por el programa de salud.

ETAPA 6: Evaluación del programa en su conjunto total. En este último punto se evaluará el programa de forma completa y en base a los objetivos marcados. La evaluación proporcionará una evaluación cuantitativa y cualitativa, teniendo en cuenta tanto los objetivos como el proceso realizado en el programa.

De esta forma se intentarán hallar los puntos fuertes del programa, las dificultades o barreras halladas y los problemas o fallos que deben ser mejorados. Así, después de realizar la evaluación y perfeccionar el programa de salud, podrá ser extrapolado a distintas poblaciones de la Comunidad Foral de Navarra y, finalmente, ser un programa de control de polifarmacia en la población anciana de Navarra.

La evaluación o los indicadores empleados para evaluar el programa de salud en su totalidad, se expondrán y explicarán en la parte final del programa.

Figura 1: Esquema que resume gráficamente el proceso o desarrollo del programa:



Cronograma

2022



Figura 2: Calendario marcado de 2022.

En este primer calendario se muestran las fechas exactas en las que el programa se va a desarrollar. Dando comienzo el 3 de enero y finalizando el 25 de junio: una duración del programa de salud de 6 meses en total.

Este primer calendario muestra dos tipos de información, como bien se puede apreciar por el tipo de colores:

- Los colores más claros o “azulados” muestran la duración de cada etapa sobre el desarrollo del programa. Duración y fechas exactas de la extensión de cada etapa.
- Los colores más vivos muestran las actividades propuestas por el programa en la fase de Actuación dentro de la etapa 5. Las actividades propuestas que se van a llevar a cabo en la etapa 5.

Diagrama de Gantt

2022

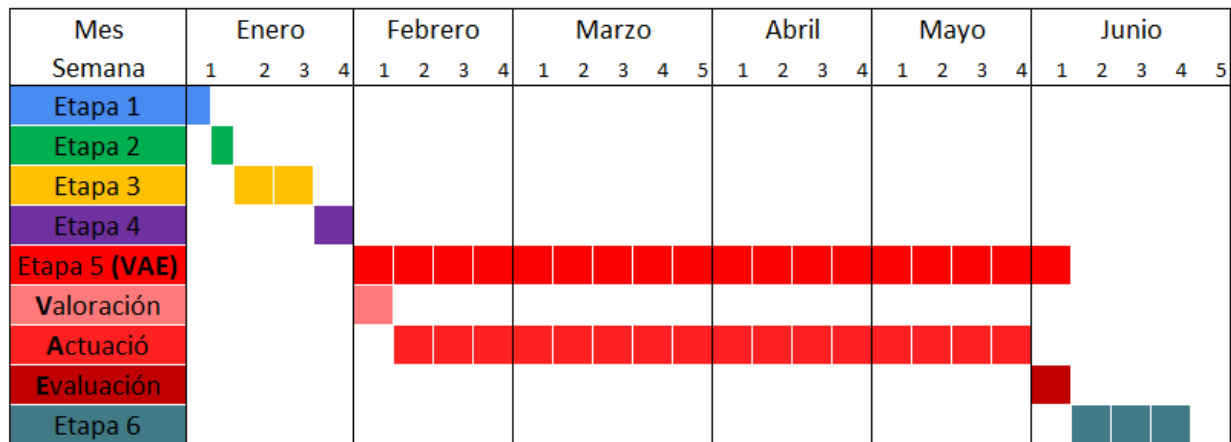


Figura 3: Diagrama de Gantt del programa de salud.

Sin embargo, por medio de este diagrama de Gantt se pretende mostrar la duración que va a tener cada etapa del desarrollo del programa. En otras palabras, se muestra la extensión de tiempo que cada etapa va a requerir, sin ajustarse aquí las fechas exactas.

Como bien puede observarse, la etapa 5 es la que más tiempo va a requerir, pero cabe destacar que por medio de este diagrama se pretende describir la duración que cada fase del **VAE** va a requerir (descripción temporal más exhaustiva y detallada de la etapa 5). Es por esto que las fases de la etapa 5 se han descrito por colores rojizos –para agrupar dichas actividades en el mismo grupo de la etapa 5-.

Finalmente, destacar que la etapa 6 –evaluación del programa de salud- y la etapa 3 –promoción del programa de salud- son las etapas que más tiempo van a requerir, para que el programa de salud funcione de la manera más óptima posible.

Información y divulgación a la población

Este apartado se corresponde a explicar de manera más detallada la forma en la que este programa de salud será promocionado a la población diana de la ciudad de Tafalla. El modo en el que este programa de salud se va a promocionar ha sido explicado con anterioridad en la etapa 3 del desarrollo del programa. No obstante, aquí (en este punto) se hará de manera más concisa y detallada.

El proceso de marketing o de promoción del programa de salud se enfocará a la ciudadanía de Tafalla –en especial a la población susceptible, que cumpla con los requisitos inclusivos exigidos para formar parte del programa-. Es decir, el proceso de promoción y divulgación de la información del programa de salud en desarrollo a las personas de referencia en las que se intervendrá, para que éstas se adhieran y formen parte del programa.

Los métodos para promocionar este programa de salud y procurar hacerlo llegar a toda la población, pero en especial a los mayores de 65 años no institucionalizados, será de las siguientes manera que a continuación se van a explicar. Para ello será importante aportar la información más significativa (respecto a la población susceptible), para que ésta acabe por formar parte del programa de salud. Las vías por las que se va a divulgar y promocionar este programa de salud serán tres:

- Primera: se realizará por medio de un folleto informativo del programa de salud (*Anexo 12*), el cual será enviado al domicilio de las personas mayores de 65 años que no estén institucionalizadas y que consuman un mínimo de 5 fármacos. Incluso, se buscará información sobre las personas mayores de 65 años y que sean pluri-patológicas, ya que existe evidencia científica sobre la relación directa o lineal entre el número de patologías y el consumo de medicamentos (6). Es decir, mediante el Centro de Salud de Tafalla se obtendrá la información pertinente para conseguir la dirección domiciliaria de las personas que sean susceptibles a participar y adherirse al programa. Posteriormente, se enviará dicho folleto informativo al domicilio de la población en susceptible. El folleto informativo contendrá una breve pero concisa descripción del programa, así como la información necesaria donde se deje claro: los requisitos necesarios para ser parte del programa; cómo las personas podrán formar parte del programa –manera de dar el nombre o inscribirse-; y el objetivo general del programa de salud. Por medio de este folleto se garantiza que todas, o la mayor parte de la población susceptible a formar parte del programa, tenga conocimiento del programa de salud. De esta forma será más fácil que se adhieran al programa, ya que podrán sentirse más identificados, escuchados y tenidos en cuenta. En otras palabras, podrán sentir que tanto el sistema sanitario como el ayuntamiento de su localidad se acuerdan de la población

más mayor y los tienen en cuenta de cara a un futuro más saludable –pues el hecho de enviarles el folleto informativo en forma de carta a su mismo domicilio expresa interés-. En consecuencia, esto hará que las personas puedan experimentar un mayor sentido de pertenencia respecto a las instituciones más cercanas a ellos y, en última instancia, decidir ser parte del programa de salud.

- Segunda: Para dar mayor fuerza y respaldo a la primera medida, se colocarán carteles informativos –del mismo folleto anterior, pero ahora más grandes- (*Anexo 12*) en los lugares más estratégicos del pueblo, y en relación a las personas diana que el programa pretende hacer partícipe. De esta forma, la población mayor de 65 años susceptible a formar parte del programa podrá volver a observar el: ahora cartel informativo (o a los que no les haya podido llegar, observarlo por vez primera) y decidir definitivamente formar parte del programa. Así como que el programa de salud sea un tema público de conversación en el mismo pueblo.

Los carteles serán colocados en: el centro cívico, ayuntamiento de Tafalla, centro de salud de Tafalla, bares del pueblo frecuentado por personas de mayor edad, mercado de abastos de Tafalla, tablones de anuncios y espacio escénico.

- Tercera: el Centro de Salud de atención primaria también será un lugar donde se informará sobre la existencia de este programa de salud. Cada vez que una persona susceptible a formar parte del programa de salud acuda a consulta, el sanitario que atienda al paciente deberá explicar y promocionar dicho programa. Ayudándose incluso de los folletos como material informativo con el que pueda apoyarse. De esta forma se dará un respaldo sanitario, en el que una voz con autoridad verificará de la fiabilidad del programa de salud en desarrollo. De esta forma se garantizará de que la población confíe plenamente en el programa de salud, así como en los potenciales beneficios que éstos puedan adquirir por medio de la participación en el programa. Se pretenderá dar veracidad y fiabilidad al programa, y aumentar la adherencia –incluso extensión de conocimiento- a éste por medio de una voz con autoridad en el ámbito de la salud.

En esta tercera vía: consistente en promocionar y dar a conocer este programa de salud para un mejor control de la polifarmacia en la población anciana. Jugarán un papel principal los profesionales del Centro de Salud de Tafalla: médicos de familia, enfermería y trabajo social. Estos serán los encargados de promocionar el programa de salud entre la población diana de la manera más eficaz y eficiente posible. Es por esto que, será esencial que los trabajadores involucrados en el desarrollo de este programa conozcan de primera mano: a las personas vecinas –más concretamente, a las personas participantes potenciales del programa de salud- de la ciudad

donde se llevará a cabo el programa; así como las infraestructuras disponibles en la misma ciudad; como los detalles más minúsculos del mismo programa de salud. Así se garantizará que el proceso del programa de salud funcione de la manera más óptima posible durante todo el desarrollo del mismo, así como que se detecte cualquier posible error o barrera lo antes posible –y poder sacar partido de ello-.

En resumen, la promoción y divulgación del programa a la población o ciudadanía se hará mediante tres vías diferentes. Sin embargo, la suma y el refuerzo de las mismas tres vías será lo que ayude a promocionar el programa de salud de la mejor manera posible. Es decir, que las tres maneras propuestas para la promoción del programa, de forma conjunta, es como harán posible la divulgación del programa. Las fechas en las que se llevará a cabo la promoción del programa coincidirían con la etapa 3 del programa: del 10 al 23 de enero.

Normativa y reglamentación implicada

En este apartado del programa de salud se pretenderá dar un respaldo legal y ético que justifique el desarrollo del mismo. Tal y como la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma no solo es cuestión de medicar a las personas, sino que la medicación sea lo más apropiada y segura posible. Para ello, la OMS anima a que se implementen nuevas iniciativas que aborden el problema de la polifarmacia, procurando hallar un mejor y avanzado control para los fármacos (32).

Asimismo, el punto de vista ético o moral juega un papel importante en este programa, pues se plantea la siguiente pregunta: ¿Medicarse para vivir más o vivir mejor? (27) Mediante este programa se procura abordar estas dos cuestiones, no obstante cada sociedad –región y su cultura- acaba por decidir cómo hacer frente a esta realidad.

En España los documentos más actualizados que abordan la cuestión de la polifarmacia o, mejor dicho, el debido uso de los fármacos (según el punto de vista del paciente adulto mayor) es el documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del año 2014. En éste se antepone la prevención como principal instrumento o manera de abordar el exceso de consumo de fármacos y el de abordar algunas de las principales consecuencias derivadas de la polifarmacia (caídas y aumento de fragilidad). Por lo tanto, este programa sigue la línea que se ha propuesto desde la perspectiva nacional, principalmente en dos aspectos: abordar el problema del exceso de consumo de fármacos, junto con sus consecuencias; y el de emplear la prevención como escudo vital del proceso, y en consecuencia, aprovechar la fuerza de la atención primaria (33).

En la Comunidad Foral de Navarra, para mayor concreción, se hace mención del problema del exceso de consumo de fármacos tanto en el plan de salud de 2014-2020 (18) como en la estrategia de atención primaria y comunitaria de Navarra de 2019-2022 (25). Es decir, siguiendo por la misma línea que en el nivel nacional: se considera la polifarmacia como un hecho a combatir; y el medio por el que se va a combatir, será mediante la atención primaria (justificado este punto anteriormente mediante otras intervenciones realizadas en Navarra).

De esta manera, se acaba por justificar legalmente la necesidad o puesta en marcha de este programa de salud. Se hace desde la perspectiva mundial más global hasta la concreción más minúscula de la Comunidad Foral de Navarra. Ya que a pesar de aún no ser considerada la polifarmacia como un factor de riesgo –oficialmente- sí que se ha observado la necesidad de abordar esta realidad. Por lo tanto, las consecuencias que envuelven al exceso de consumo de fármacos, como consecuencia final: empeoran la salud de la población.

Consentimiento informado

En la etapa 4 del desarrollo del programa será fundamental que las personas que hayan decidido formar parte del programa y hayan pasado las pruebas expuestas en esa misma etapa, firmen un consentimiento informado, cumpliendo con las obligaciones legales y deberes éticos y morales de las ciencias de la salud.

El Consentimiento Informado se basará en una información detallada de riesgos, beneficios y alternativas del programa que se les va a implementar.

Sin la firma de dicho consentimiento no se podrá formar parte del programa de salud, ya que las exigencias principales son las siguientes:

- La persona se compromete a participar hasta que el programa de salud finalice, sin llegar a obligar o retener a ningún participante.
- La persona participante asume cualquier potencial beneficio o riesgo que pueda ser consecuente al hecho de participar en el programa de salud. Asimismo, el programa siempre deberá presentar todos aquellos posibles beneficios y riesgos previstos, y éstos deberán ser expuestos en dicho consentimiento.
- Se garantiza que la persona haya comprendido de manera íntegra la consistencia y desarrollo del programa: objetivos, actividades, fechas, lugares de desarrollo... El programa de salud en su totalidad. Entre el momento en que se informa al paciente y la obtención del consentimiento escrito, deberá transcurrir tiempo suficiente para que el paciente pueda reflexionar y aclarar cualquier duda que le puedan surgir. La excepción será la urgencia vital.
- La persona acepte de manera voluntaria formar parte del programa de salud. Basándose en la presunción legal de capacidad de las personas participantes, siguiendo los requisitos básicos previstos para poder prestar consentimiento en los artículos 1263 y 1264 del Código Civil.
- Los resultados obtenidos por medio de este programa de salud podrán ser utilizados para estudios de manera anónima.

Estos 5 puntos serán la información vital que el documento contendrá, y por lo tanto, lo que las personas asumirán al firmarlo.

Permisos y documentos necesarios para el desarrollo del programa

El programa de salud contactará con el Gobierno de Navarra y el Ayuntamiento de Tafalla para que autoricen y den luz verde a la puesta en marcha del programa. Una vez se hayan iniciado las negociaciones se solicitarán y, finalmente, firmarán los documentos exigidos pertinentes (en caso de que ambas partes hayan llegado a un acuerdo sobre la puesta en marcha).

Asimismo, el programa solicitará subvenciones económicas a ambas instituciones para que el programa pueda ser llevado a cabo. Dicha solicitud se realizará al Gobierno de Navarra, para que éste ayude y financie económicamente al programa, en base a la resolución de subvenciones para programas en Navarra de 2021. Más concretamente se solicitará la petición por ser este un programa comunitario de prevención y promoción de la salud –coincidiendo con las exigencias por parte del gobierno-; y se entregará toda la información exigida (solicitud de subvención y de abono por transferencia, acreditación de la representación de quien solicita, etc...). Todo el proceso se tramitaría por vía online en la página web de Navarra (31).

Por otro lado, será al Ayuntamiento de Tafalla al que se le soliciten permisos que avalen la prestación de ayuda espacial y física (ayuda material) al programa de salud. Es decir, se solicitarán los permisos que dispongan poder llevar a cabo el programa en la ciudad de Tafalla. Para ello, el programa presentará los formularios pertinentes que acrediten el poder desarrollar el programa en la citada ciudad, pero también se solicitará el permiso de concesión de espacios públicos en los que poder llevar a cabo el programa. La luz verde que se de en este último punto, supondrá una importante reducción del presupuesto necesario estimado. Es por esto que el programa negociará con el Ayuntamiento de Tafalla la solicitud de los permisos necesarios, así como cualquier facilidad que impulse y ayude en la puesta en marcha de este programa de salud.

Recursos humanos, materiales y presupuestos

Recursos humanos

En esta primera tabla pueden observarse las personas que intervendrán en el programa de salud. Tanto profesionales (trabajadores) del programa, como profesores o profesionales contratados para impartir algunas de las actividades propuestas. Asimismo, se ha expuesto el precio que cada profesional cobra por cada hora o sesión y así, posteriormente, poder calcular los presupuestos totales del programa.

Por lo tanto, los trabajadores que cobran por hora hacen referencia a aquellos trabajadores fijos que forman parte del programa; y los trabajadores contratados que cobran por cada sesión o actividad impartida hace referencia a aquellos contratados para llevar a cabo actividades del programa.

En total, son 8 los profesionales o trabajadores (recursos humanos) que se emplearán para el desarrollo del programa de salud.

Recursos Humanos	Tipo	Tipo unidad	Coste/unidad
Enfermero	Trabajo	hora	25,00 €
Médico	Trabajo	hora	30,00 €
Celador	Trabajo	hora	15,00 €
Farmacéutico	Trabajo	hora	20,00 €
Trabajadora Social	Trabajo	hora	12,00 €
Administrativo	Trabajo	hora	10,00 €
Nutricionista	Trabajo	Sesion grupo	35,00 €
Profesor baile	Trabajo	Sesion grupo	30,00 €
Profesor de yoga	Trabajo	Sesion grupo	25,00 €

Figura 4: Tabla con empleados del programa y precio que corresponde según el desempeño.

Recursos materiales

En esta segunda tabla se muestran los recursos materiales más genéricos empleados por el programa de salud, sin llegar a entrar en detalles concretos. Estos serán los materiales más importantes y necesarios que ayuden en el correcto cumplimiento y desarrollo de éste.

No obstante, hay que destacar en este punto que el mismo Centro de Salud de Tafalla o las residencias aportarán ciertos recursos materiales tales como: ordenadores, documentos, esterillas...

No se han añadido en esta tabla los citados recursos materiales porque no serán recursos exclusivos del programa, sino que el programa se beneficiará de éstos en un momento puntual. Para que finalmente (después de acabar con el programa) continúen en su lugar de origen. Así pues se ha decidido no incluir ciertos recursos en la tabla de recursos materiales porque no todos éstos pertenecen al programa.

Para acabar con este punto, en la tabla se han añadido los precios de los materiales para finalmente poder realizar el presupuesto general y completo del programa de salud.

Figura 5: Tabla con los recursos materiales más significativos usados en el programa.

Recurso material	Tipo	Tipo unidad	Coste/unidad
Tensiómetro	Material	nº unidades	20,00 €
Glucómetro	Material	nº unidades	15,00 €
Cuestionario	Material	nº unidades	0,30 €
Casa Cultura	Alquiler	hora	26,10 €
Folletos	Material	nº unidades	2,50 €
Carteles	Material	nº unidades	5,00 €

Presupuestos

PROGRAMA SALUD	Horas/Unidad	Fecha Inicio	Fecha Fin	Horas total	Uds RH	Recursos Humanos	Recurso Material	Uds Material	Coste RH	C. Material
Etapas										
Etapas 1										
Definir poblacion referencia	8	03/01/2022	03/01/2022	8,00	1	Enfermero			96,00 €	
Definir poblacion intervencion	8	04/01/2022	04/01/2022	8,00	1	Enfermero			96,00 €	
SUBTOTAL				16,00					192,00 €	0,00 €
Etapas 2										
Definir lugar	8	05/01/2022	05/01/2022	8,00	1	Enfermero			96,00 €	
Definir instituciones	8	06/01/2022	06/01/2022	8,00	1	Enfermero			96,00 €	
Definir espacios	8	07/01/2022	07/01/2022	8,00	1	Enfermero			96,00 €	
SUBTOTAL				24,00					288,00 €	0,00 €
Etapas 3										
Preparar Material	16	10/01/2022	11/01/2022	64,00	4	Enfermero; Trabajadora Social; Administrativo; Celador			672,00 €	
Promocionar con Folleto	16	12/01/2022	13/01/2022	64,00	4	Enfermero; Trabajadora Social; Administrativo; Celador	Folleto	2500	672,00 €	86,00 €
Promocionar con Carteles	16	14/01/2022	17/01/2022	64,00	4	Enfermero; Trabajadora Social; Administrativo; Celador	Carteles	20	672,00 €	800,00 €
Promocionar en Centro Salud	32	18/01/2022	21/01/2022	160,00	5	Enfermero; Trabajadora Social; Administrativo; Celador; Médico			1.824,00 €	
SUBTOTAL				352,00					3.840,00 €	886,00 €
Etapas 4										
Preparar material	8	24/01/2022	24/01/2022	24,00	3	Enfermero; Trabajadora Social; Administrativo			256,00 €	
Inscripcion al programa	8	25/01/2022	25/01/2022	8,00	1	Administrativo			80,00 €	
Realizar Escala Barthel	8	26/01/2022	26/01/2022	8,00	1	Enfermero	Questionario		96,00 €	
Realizar Test del Reloj	8	27/01/2022	27/01/2022	8,00	1	Enfermero	Questionario		96,00 €	
Firmar Consentimiento formal	8	28/01/2022	28/01/2022	8,00	1	Enfermero	Documento Consentimiento		96,00 €	
SUBTOTAL				56,00					624,00 €	0,00 €
Etapas 5										
Valoración médica										
STOPP	8	31/01/2022	31/01/2022	16,00	2	Médico; Enfermero			216,00 €	
START	8	01/02/2022	01/02/2022	16,00	2	Médico; Enfermero			216,00 €	
Valoración medicación prescrita	4	02/02/2022	02/02/2022	8,00	2	Médico; Enfermero			108,00 €	
Ajustar pauta farmacológica	4	02/02/2022	02/02/2022	8,00	2	Médico; Enfermero			108,00 €	
Valoración social										
Entrevista individual semiestruct	8	03/02/2022	03/02/2022	8,00	1	Trabajadora Social			80,00 €	
Valoracion resultados entrevista	8	04/02/2022	04/02/2022	8,00	1	Trabajadora Social			80,00 €	
SUBTOTAL									808,00 €	0,00 €
Actuación										
Preparación charla 1s	2	07/02/2022	07/02/2022	4,00	2	Médico; Enfermero			54,00 €	
Charlas clínicas 1s	0,75	07/02/2022	07/02/2022	1,50	2	Médico; Enfermero	Casa Cultura	1	20,25 €	26,10 €
Proporcionar Glucómetro	0	07/02/2022	07/02/2022	0,00	2	Médico; Enfermero	Glucómetro	100	- €	1.500,00 €
Proporcionar Tensiómetro	0	07/02/2022	07/02/2022	0,00	2	Médico; Enfermero	Tensiómetro	100	- €	2.000,00 €
Preparar T.O. 1s	1	08/02/2022	08/02/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia Ocupacional 1s	1,5	08/02/2022	08/02/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 1s	1,5	09/02/2022	09/02/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 1s	1,5	10/02/2022	10/02/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo 1s	1	11/02/2022	11/02/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 1s	2	11/02/2022	11/02/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Charlas dietéticas 2s	0,75	14/02/2022	14/02/2022	0,75	1	Nutricionista	Casa Cultura	1	45,00 €	26,10 €
Preparar T.O. 2s	1	15/02/2022	15/02/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia Ocupacional 2s	1,5	15/02/2022	15/02/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 2s	1,5	16/02/2022	16/02/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 2s	1,5	17/02/2022	17/02/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo 2s	1	18/02/2022	18/02/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 2s	2	18/02/2022	18/02/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Preparación charla	2	21/02/2022	21/02/2022	4,00	2	Médico; Enfermero			54,00 €	
Charla clínica 3s	0,75	21/02/2022	21/02/2022	1,50	2	Médico; Enfermero	Casa Cultura	1	20,25 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	22/02/2022	22/02/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 3s	1,5	22/02/2022	22/02/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 3s	1,5	23/02/2022	23/02/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 3s	1,5	24/02/2022	24/02/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo 3s	1	25/02/2022	25/02/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 3s	2	25/02/2022	25/02/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Charlas dietéticas 4s	0,75	28/02/2022	28/02/2022	0,75	1	Nutricionista	Casa Cultura	1	45,00 €	26,10 €
Recogido y evaluación datos mes 1	8	01/03/2022	04/03/2022	16,00	2	Médico; Enfermero			216,00 €	
SUBTOTAL M1									1.102,50 €	3.604,40 €
Preparar T.O.	1	01/03/2022	01/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 4s	1,5	01/03/2022	01/03/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 4s	1,5	02/03/2022	02/03/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 4s	1,5	03/03/2022	03/03/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	04/03/2022	04/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 4s	2	04/03/2022	04/03/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Preparación charla	2	07/03/2022	07/03/2022	4,00	2	Médico; Enfermero			54,00 €	
Charlas clínicas 5s	0,75	07/03/2022	07/03/2022	1,50	2	Médico; Enfermero	Casa Cultura	1	20,25 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	08/03/2022	08/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 5s	1,5	08/03/2022	08/03/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 5s	1,5	09/03/2022	09/03/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 5s	1,5	10/03/2022	10/03/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	11/03/2022	11/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 5s	2	11/03/2022	11/03/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Charlas dietéticas 6s	0,75	14/03/2022	14/03/2022	0,75	1	Nutricionista	Casa Cultura	1	45,00 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	15/03/2022	15/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 6s	1,5	15/03/2022	15/03/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 6s	1,5	16/03/2022	16/03/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 6s	1,5	17/03/2022	17/03/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	18/03/2022	18/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 6s	2	18/03/2022	18/03/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Preparación charla	2	21/03/2022	21/03/2022	4,00	2	Médico; Enfermero			54,00 €	
Charla clínica 7s	0,75	21/03/2022	21/03/2022	1,50	2	Médico; Enfermero	Casa Cultura	1	20,25 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	22/03/2022	22/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 7s	1,5	22/03/2022	22/03/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 7s	1,5	23/03/2022	23/03/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 7s	1,5	24/03/2022	24/03/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	25/03/2022	25/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 7s	2	25/03/2022	25/03/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Charlas dietéticas 8s	0,75	28/03/2022	28/03/2022	0,75	1	Nutricionista	Casa Cultura	1	45,00 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	29/03/2022	29/03/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Terapia Ocupacional 8s	1,5	29/03/2022	29/03/2022	1,50	1	Enfermero			18,00 €	
Yoga 8s	1,5	30/03/2022	30/03/2022	1,50	1	Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 8s	1,5	31/03/2022	31/03/2022	1,50	1	Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	01/04/2022	01/04/2022	1,00	1	Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 8s	2	01/04/2022	01/04/2022	2,00	1	Enfermero			24,00 €	
Recogido y evaluación datos mes 2	10	04/04/2022	08/08/2022	20,00	2	Médico; Enfermero			270,00 €	
SUBTOTAL									1.588,50 €	104,40 €

Preparación charla	2	04/04/2022	04/04/2022	4,00	2 Médico; Enfermero			54,00 €	
Charlas clínicas 9s	0,75	04/04/2022	04/04/2022	1,50	2 Médico; Enfermero	Casa Cultura	1	20,25 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	05/04/2022	05/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 9s	1,5	05/04/2022	05/04/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 9s	1,5	06/04/2022	06/04/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 9s	1,5	07/04/2022	07/04/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	08/04/2022	08/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 9s	2	08/04/2022	08/04/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Charla dietéticas 10s	0,75	11/04/2022	11/04/2022	0,75	1 Nutricionista	Casa Cultura	1	45,00 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	12/04/2022	12/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Terapia Ocupacional 10s	1,5	12/04/2022	12/04/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 10s	1,5	13/04/2022	13/04/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 10s	1,5	14/04/2022	14/04/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	15/04/2022	15/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 10s	2	15/04/2022	15/04/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Preparación charla	2	18/04/2022	18/04/2022	4,00	2 Médico; Enfermero			54,00 €	
Charlas clínicas 11s	0,75	18/04/2022	18/04/2022	1,50	2 Médico; Enfermero	Casa Cultura	1	20,25 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	19/04/2022	19/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
terapia ocupacional 11s	1,5	19/04/2022	19/04/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 11s	1,5	20/04/2022	20/04/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 11s	1,5	21/04/2022	21/04/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	22/04/2022	22/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 11s	2	22/04/2022	22/04/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Charlas dietéticas 12s	0,75	25/04/2022	25/04/2022	0,75	1 Nutricionista	Casa Cultura	1	45,00 €	26,10 €
Preparar T.O.	1	26/04/2022	26/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 12s	1,5	26/04/2022	26/04/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 12s	1,5	27/04/2022	27/04/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 12s	1,5	28/04/2022	28/04/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	29/04/2022	29/04/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 12s	2	29/04/2022	29/04/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Recogida y evaluación datos mes 3	10	02/05/2022	06/05/2020	20,00	2 Médico; Enfermero			270,00 €	
SUBTOTAL								1.372,50 €	104,40 €
Preparación charla	2	02/05/2022	02/05/2022	4,00	2 Médico; Enfermero			54,00 €	
Charlas clínicas 13s	0,75	02/05/2022	02/05/2022	1,50	2 Médico; Enfermero			20,25 €	
Preparar T.O.	1	03/05/2022	03/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 13s	1,5	03/05/2022	03/05/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 13s	1,5	04/05/2022	04/05/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 13s	1,5	05/05/2022	05/05/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	06/05/2022	06/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 13s	2	06/05/2022	06/05/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Charlas dietéticas 14s	0,75	09/05/2022	09/05/2022	0,75	1 Nutricionista			45,00 €	
Preparar T.O.	1	10/05/2022	10/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 14s	1,5	10/05/2022	10/05/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 14s	1,5	11/05/2022	11/05/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 14s	1,5	12/05/2022	12/05/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	13/05/2022	13/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 14s	2	13/05/2022	13/05/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Preparación charla	2	16/05/2022	16/05/2022	4,00	2 Médico; Enfermero			54,00 €	
Charlas clínicas 15s	0,75	16/05/2022	16/05/2022	1,50	2 Médico; Enfermero			20,25 €	
Preparar T.O.	1	17/05/2022	17/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 15s	1,5	17/05/2022	17/05/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 15s	1,5	18/05/2022	18/05/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 15s	1,5	19/05/2022	19/05/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	20/05/2022	20/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 15s	2	20/05/2022	20/05/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Charlas dietéticas 16s	0,75	23/05/2022	23/05/2022	0,75	1 Nutricionista			45,00 €	
Preparar T.O.	1	24/05/2022	24/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Terapia ocupacional 16s	1,5	24/05/2022	24/05/2022	1,50	1 Enfermero			18,00 €	
Yoga 16s	1,5	25/05/2022	25/05/2022	1,50	1 Profesor de yoga			75,00 €	
Baile 16s	1,5	26/05/2022	26/05/2022	1,50	1 Profesor de baile			75,00 €	
Preparar Paseo	1	27/05/2022	27/05/2022	1,00	1 Enfermero			12,00 €	
Paseos saludables 16s	2	27/05/2022	27/05/2022	2,00	1 Enfermero			24,00 €	
Recogida y evaluación datos mes 4	10	30/05/2022	03/06/2022	20,00	2 Médico; Enfermero			270,00 €	
SUBTOTAL								1.372,50 €	0,00 €
Evaluación de Actuación									
Diabetes Mellitus tipo 2	6	30/05/2022	30/05/2022	12,00	2 Médico; Enfermero			162,00 €	
Hipertensión arterial	6	31/05/2022	31/05/2022	12,00	2 Médico; Enfermero			162,00 €	
Dolor	6	01/06/2022	01/06/2022	12,00	2 Médico; Enfermero			162,00 €	
Ansiedad/Depresión	6	02/06/2022	02/06/2022	12,00	2 Médico; Enfermero			162,00 €	
Consolidación resultado etapa 5	6	03/06/2022	03/06/2022	6,00	1 Enfermero			72,00 €	
SUBTOTAL								720,00 €	0,00 €
SUBTOTAL ETAPA 5				380,00				6.964,00 €	3.813,20 €
Etapa 6. EVALUACIÓN GLOBAL	120	06/06/2022	25/06/2022	120,00	1 Enfermero			1.440,00 €	
TOTAL PRESUPUESTO								13.348,00 €	4.699,20 €
									18.047,20 €

Figura 6: Tabla de presupuestos totales.

TABLA RESUMEN	Horas total	Coste RH	Coste Materi	Fecha Inicio	Fecha Fin
Etapa 1. Definir		16,00	192,00 €	03/01/2022	04/01/2022
Etapa 2. Localizar		24,00	288,00 €	05/01/2022	07/01/2022
Etapa 3. Promocionar		352,00	3.840,00 €	10/01/2022	21/01/2022
Etapa 4. Inscribir		56,00	624,00 €	24/01/2022	28/01/2022
Etapa 5. Implementar (VAE)		380,00	6.964,00 €	31/01/2022	03/06/2022
Etapa 6. Evaluar		120,00	1.440,00 €	06/06/2022	25/06/2022
TOTAL PRESUPUESTO		948,00	13.348,00 €		4.699,20 €

Figura 7: Tabla resumen de los presupuestos totales.

En este punto se explica con total detalle el presupuesto estimado para el desarrollo del programa de salud, siendo éste la suma total de **18.047,20 €**.

Es importante destacar que en estos presupuestos se han añadido todos los gastos previstos para el cumplimiento del programa, pero no se han llegado a tener en cuenta las posibles ayudas que el programa reclamaría. Es decir, en ningún momento se han suprimido posibles costes pensando que cualquier institución los haya subvencionado.

Este sería el total del presupuesto calculado para que el programa de salud pudiese funcionar. Sin embargo, las colaboraciones institucionales que ayudasen a desarrollar el programa serían: el Ayuntamiento de Tafalla; Gobierno de Navarra; residencias de Tafalla; y Centro de Salud de Tafalla.

Gracias al conjunto de todas estas últimas, el programa de salud sería más asequible y, en última instancia, capaz de poder ser puesto en marcha.

Evaluación del programa de salud: proceso y resultados

Para poder medir el impacto del programa de salud y evaluar si los objetivos se han cumplido o si el proceso de desarrollo del programa ha sido el más apropiado –la forma del proceso-, el programa realizará una evaluación final total del programa.

Dicha evaluación ya se mencionó con anterioridad en la etapa 6 (última etapa) del desarrollo del programa.

En esta evaluación final del programa, abarcando su entera totalidad, se medirá el programa de forma completa, y en base a los objetivos propuestos por el mismo programa de salud al inicio. La evaluación proporcionará una evaluación cuantitativa y cualitativa, teniendo en cuenta todos los objetivos como el proceso realizado en el programa.

De esta forma se intentará hallar u observar: los puntos fuertes del programa –lo que ha funcionado y se ha realizado de manera correcta-; las dificultades o barreras contra los que el programa de salud ha tenido que hacer frente –obstáculos imprevistos que han surgido a lo largo del programa y que han tenido que ser superados, sin haberse previsto-; y los problemas o fallos que deben ser mejorados –errores que el programa de salud haya podido tener, y que deban ser mejorados o arreglados para que éste sea lo más efectivo y eficaz posible-. Así pues, después de realizar la evaluación y perfeccionar el programa de salud –mejorarlo de la manera más ajustada posible-, éste podrá ser extrapolado a distintas poblaciones de la Comunidad Foral de Navarra. Por lo tanto, finalmente: ser un programa de salud que controle la polifarmacia en la población anciana de Navarra; y aumente la salud y bienestar total de toda la población.

Dicho esto, a continuación se expondrán las siguientes evaluaciones que harán posible medir tanto el proceso, como los resultados obtenidos por el programa. La evaluación se dividirá en dos apartados diferentes: evaluación cuantitativa y evaluación cualitativa. De esta forma se procurará hacer una evaluación del programa lo más holística y global posible, incluso procurando medir si los objetivos a corto, medio y largo plazo han sido cumplidos.

- Evaluación cuantitativa: Mediante esta evaluación se obtendrán resultados cuantitativos del programa de salud, para que se muestren los datos numéricos del impacto o cambio que con el desarrollo del programa de salud se ha contribuido. Dicha evaluación será llevada a cabo por el médico/a y enfermero/a responsables del programa de salud.
 - Medición individual de la cantidad de fármacos que cada participante consume, al inicio y al final del programa. De esta manera se podrá

observar si ha habido una reducción numérica en el consumo de fármacos, y poder medir si los objetivos a corto plazo se han cumplido.

- Medición total de la cantidad de ingresos hospitalarios que en el grupo poblacional al que este programa de salud se ha dirigido, al inicio y al final del programa. Así se podrá observar si ha existido una reducción numérica de la cantidad de ingresos hospitalarios, y por lo tanto, medir a los objetivos a medio plazo marcados por el programa de salud.
 - Medición individual –de cada persona- de la suma económica gastada al inicio y al final del programa, para posteriormente sumarla de manera total. Por medio de esta evaluación se podrá observar: la cantidad de dinero que se haya podido ahorrar por medio del programa de salud; tanto si la inversión realizada en este programa de salud compensa económicamente con la cantidad ahorrada. Por medio de esta medición se podrá evaluar si los objetivos a largo plazo marcados por el programa de salud han sido cumplidos.
- Evaluación cualitativa: Mediante esta evaluación se obtendrán resultados cualitativos del programa de salud. De esta forma se mostrarán los resultados obtenidos desde una perspectiva cualitativa –calidad del programa, percepción de los participantes-. Es decir, medir conceptos abstractos que no puedan ser medidos de manera numérica. Esta evaluación será llevada a cabo por el médico/a, enfermero/a y trabajador social responsables del programa de salud.
 - Cuestionario de satisfacción que se realizará al finalizar el programa de salud (*Anexo 13*). En dicho cuestionario se realizarán diversas preguntas sobre cómo les ha parecido el desarrollo del programa de salud y se dejarán opción a que cada participante exponga cualquier tipo de observación personal. Por medio de este cuestionario se pretenderá medir: la calidad del programa de salud; y hallar los puntos fuertes y las flaquezas del programa. Será llevado a cabo por el enfermero/a responsable del programa. Además este cuestionario será realizado a los participantes usuarios como responsables. De esta forma se pretenderá obtener una visión global y conjunta de todo el programa y se podrán medir los objetivos del programa a medio/largo plazo marcados al inicio del programa.
 - Cuestionario de percepción de bienestar de salud individual y bienestar social (*Anexo 14*). En este cuestionario se realizarán diversas preguntas que procurarán

medir la percepción de la salud individual y social de cada paciente. Este cuestionario se realizará al inicio y al final del programa de salud. Será realizado exclusivamente a los participantes del programa. Por medio de este cuestionario se medirá la salud percibida de los participantes y se observará si ha mejorado o no. De esta forma, se medirá el objetivo a largo plazo marcado por el programa de salud.

Por medio de todos estos cuestionarios y evaluaciones se procurará medir la efectividad y eficacia del programa. Incluso si los objetivos marcados por el programa de salud han sido cumplidos o no.

Como bien se ha dicho anteriormente, al haberse finalizado el programa, se realizará una evaluación por un comité de ética que evalúe los resultados obtenidos y el desarrollo de todo el proceso. Una vez se haya autorizado por dicho comité podrá decirse que es éste un programa de salud relacionado con el fármaco de total seguridad y garantía.

En base a los resultados obtenidos mediante la evaluación del programa de salud: podrán proponerse mejoras que hagan funcionar mejor el programa; podrán aportar datos como base para investigaciones futuras acerca de la polifarmacia; y, finalmente, este programa de salud podrá ser extrapolado a la Comunidad Foral de Navarra con total validez y solidez.

Limitaciones del Programa de Salud

Una gran limitación que el autor ha hallado es la falta de estudios y artículos sobre la polifarmacia en España, y sobre todo, una falta de intervenciones que hagan frente a ésta. Esto puede suponer una gran limitación, ya que la nacionalidad y el lugar de residencia del autor es española –Navarra, más concretamente- y, en todo momento, el autor de este programa de salud ha pretendido poder representar el contexto de este país (y región) en relación con la propuesta de actuación.

El autor esperaba encontrar información relacionada con el impacto económico en base al exceso de consumo o de la polifarmacia. Más enfocado, incluso, hacia el futuro. Es por esto que, expresar una mayor transparencia respecto al impacto económico (en relación con el gasto farmacéutico) será fundamental en un futuro próximo.

Una potencial limitación será que las personas no formen parte del programa de salud por falta de credibilidad o por falta de información. Durante el desarrollo del programa se han pensado las técnicas más acordes según las necesidades de la población de referencia. No obstante, cabe la posibilidad de que en algún momento no se cumpla la perspectiva del programa respecto la adherencia esperada; y en última instancia, los datos o resultados esperados no sean representativos ni extrapolables.

Finalmente, destacar que la actual situación de pandemia mundial Covid-19 podría suponer una barrera para el desarrollo del programa, pues exigiría mayores medidas de seguridad y, finalmente, una mayor exigencia económica. Es por esto que, la actual extraordinaria situación podría dificultar o poner mayores obstáculos en la puesta en marcha del programa de salud.

Agradecimientos

Para finalizar, el autor del programa de salud quiere agradecer, principalmente, la ayuda y paciencia expuesta por el director Nicolás Ignacio Martínez Velilla; y a Victoria Roncal Belzunce. También a todas las personas –compañeros y amigos-, que en un momento puntual, han aportado y ayudado en la creación de este programa de salud: Juan Ruiz Lucea, Nixon E González Chuquimarca y Ander Amezketa Baños.

Para concluir, mencionar y agradecer por el estoico aguante del entorno más próximo al autor que lo ha acompañado durante la creación de este programa. Pues, en ocasiones, éste último se ha podido ver un tanto desbordado e inmerso en la producción de este trabajo.

Bibliografía

1. Unidas N. La situación demográfica en el mundo 2014. 2014;
2. Unidas N. Envejecimiento [Internet]. Naciones Unidas. 2019 [citado 12 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
3. Nacional de Estadística I. Demografía y Población [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2021 [citado 18 mayo 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
4. Navarra D. ACTIVO Índice de Envejecimiento Activo. 2018.
5. Foral CC, Foral C, Espa E. La población inscrita en Navarra en el Padrón Continuo crece un Del total de población, el 89,3% tiene nacionalidad española y el. 2020;2–9.
6. Johansson T, Abuzahra ME, Keller S, Mann E, Faller B, Sommerauer C, et al. Impact of strategies to reduce polypharmacy on clinically relevant endpoints: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;532–48.
7. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):1–10.
8. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: Population database analysis 1995-2010. *BMC Med* [Internet]. 2015;13(1):1–10.
9. Moriarty F, Hardy C, Bennett K, Smith SM, Fahey T. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: A repeated cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(9):1–7.
10. San Martín Baquedano, J. La soledad en las personas mayores de 65 años que viven solas en Navarra. Una aproximación cuantitativa. 2020.
11. Geriatria V. Sistema de Información de Consumo Farmacéutico Indicadores de Prescripción por Receta Sistema de Información de Consumo Farmacéutico Indicadores de Prescripción por Receta. 2020.
12. Impact of access to medicines on Public Health . Problems associated with access, use, and abuse of antibiotics. 2020.
13. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: A Cochrane systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(12).
14. Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(9).

15. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(5):273–9.
16. O’Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: Need for new criteria. *Age Ageing.* 2008;37(2):138–41.
17. Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract.* 2007;24(1):14–9.
18. Navarra PF De. Plan de salud de Navarra 2014-2020. *An Sist Sanit Navar.* 2015;30(3 Suppl):419–58.
19. Payne RA, Abel GA, Avery AJ, Mercer SW, Roland MO. Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *Br J Clin Pharmacol.* 2014;77(6):1073–82.
20. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 2010;170(18):1648–54.
21. Tafalla A. Datos de Interés [Internet]. Ayuntamiento de Tafalla Tafallako Udala. 2021 [citado 24 mayo 2021]. Disponible en: <http://www.tafalla.es/eu/lugar-y-gentes/datos-de-interes/>
22. INEPEO., Social M de SP y B. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) - Nursing care process. *Rev Salud Pública Paraguay [Internet].* 2013;3(1):41–8. Available from: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>
23. Estrategia MDELA, li ARA, Whammy T. RIESGO DE FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LA COMBINACIÓN “ TRIPLE WHAMMY .” 2018;1–4.
24. www.bitnavarra.es. Deprescripción en demencia. 2020.
25. Servicio Navarro de Salud. Estrategia At. Primaria y Comunitaria. 2019;45.
26. Díez JMB, Casafont IG, Portillo RR. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria.* 2012;19(9):547–51.
27. Barroso AV, Enrique Gavilán M, Jiménez de Gracia L. Desprescripción de medicamentos en Ancianos: paradojas y contradicciones. Un tema a debate. *FMC.* 2013; 20(1):2-6.
28. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(5):273–9.

29. Prescrire R. Towards better patient care: Drugs to avoid in 2018. *Prescrire Int.* 2018;27(192):107–9.
30. Algorithm D. Recommend Deprescribing Taper and then stop BZRA Recommend Deprescribing. 2016;51(March):2018–9.
31. Gobierno N. Subvenciones para Programas de Salud 2021 [Internet]. navarra.es. 2021 [citado 8 junio 2021]. Disponible en: <https://www.navarra.es/es/tramites/on/-/line/subvenciones-para-programas-de-salud-2021?back=true&pageBackId=5722676>
32. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy. 2019;1–63. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la SALud y Prevención en el SNS. *Inf Estud e Investig* [Internet]. 2014;1–82. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

Anexos

- Anexo 1: Pirámide demográfica poblacional de Alemania en el año 2020 y 2052

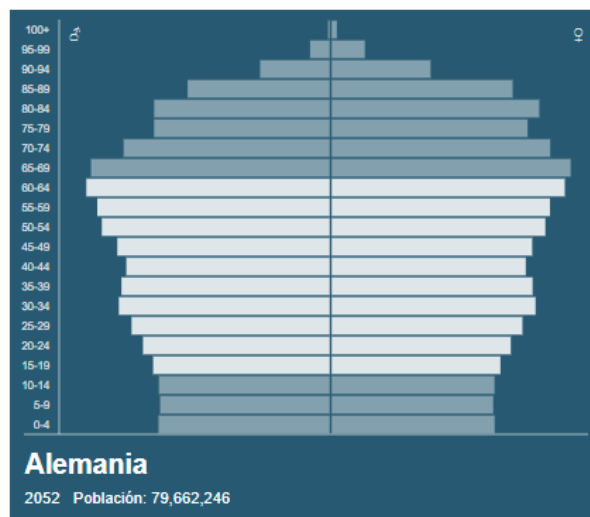
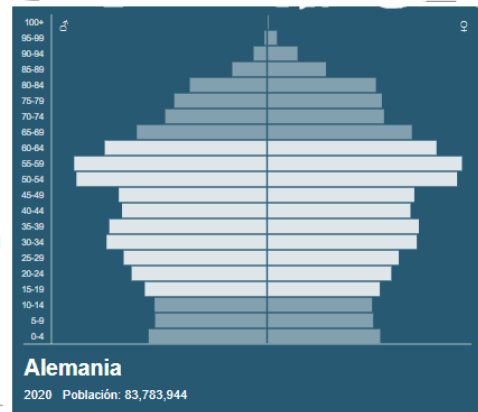
DE Alemania

En el año 2020, la distribución de la población de Alemania es:

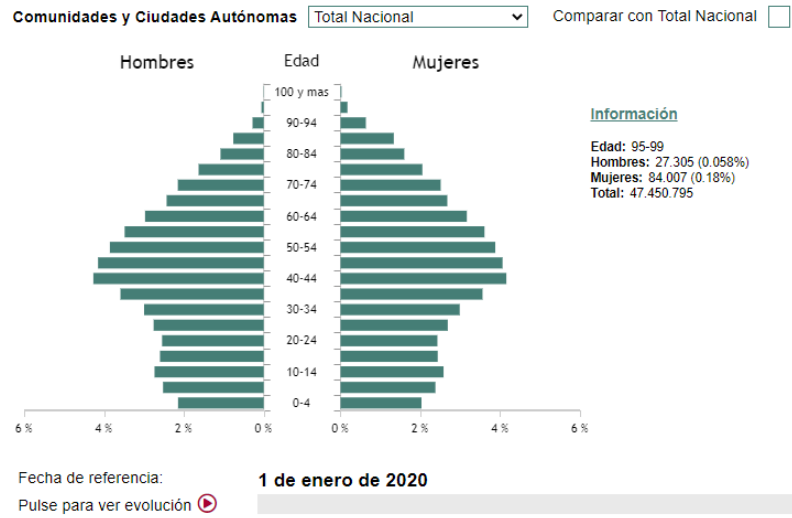
Población total	83,783,944	100.00%
Población joven	11,692,549	13.96%
Población en edad de trabajar	53,920,798	64.36%
Población vieja	18,170,597	21.69%

La población en edad de trabajar será menos del 60% de la población total en el año 2030. La población anciana será más del doble de la población joven en 2034. La población total alcanza su pico en 2021 con 83,900,471.

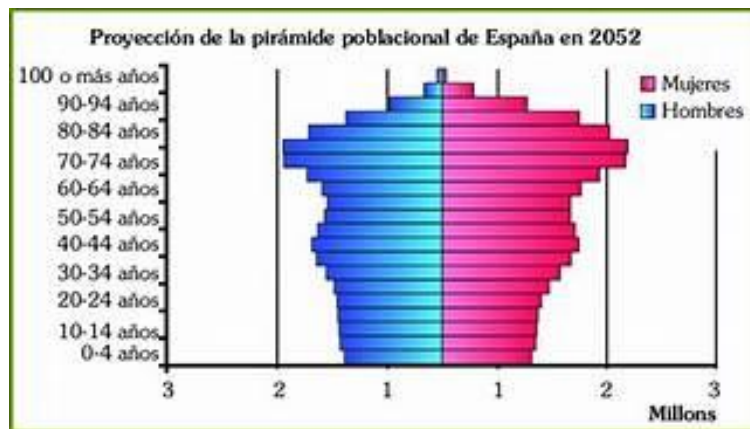
La población anciana representará el 31.30% de la población de Alemania en 2100, el problema del envejecimiento de la población es grave.



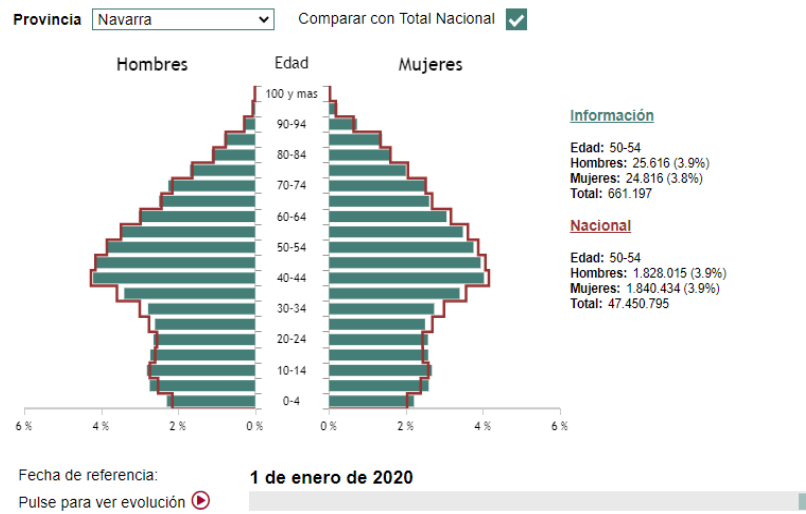
- Anexo 2: Pirámide demográfica poblacional de España en el año 2020 y proyección para el año 2052



Fuente: Estadística del Padrón Continuo



- Anexo 3: Pirámide demográfica poblacional de Navarra en el año 2021



Fuente: Estadística del Padrón Continuo

- Anexo 4: índice/escala de Barthel

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete		

	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
--	--	----

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

- Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ (TDR) (CLOCK DRAWING TEST-CDT)

Es un test de cribaje para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales. Varios son los autores que han desarrollado diferentes criterios de realización y de puntuación.

Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10).

Criterios de puntuación

J. Cacho y cols (1998) han propuesto la siguiente escala de puntuación: se ha establecido una puntuación máxima de 2 puntos por el dibujo de la esfera, 4 puntos por los números y 4 puntos por las manecillas.

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN DEL TEST DEL RELOJ

1. ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO 2 PUNTOS).	
PUNTOS	RESULTADOS
2	Dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.
2. PRESENCIA O SECUENCIA DE LOS NÚMEROS (MÁXIMO 4 PUNTOS).	
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (p.e. colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	Cuando los "pequeños errores" en la colocación espacial se dan en 4 o más números pequeños.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (p.e. colocar el número 3 en el espacio del número 6).
	Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
	Números con algún desorden de secuencia (4 ó más números).

	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa).
	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc...).
	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1	Ausencia o exeso de números con gran distorsión espacial.
	Alineación numérica con falta o exeso de números.
	Rotación inversa con falta o exeso de números.
0	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).
3. PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LAS MANECILLAS (MÁXIMO 4 PUNTOS).	
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior).
	Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial).
	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".

Criterios de aplicación

Se debe aplicar en dos fases sucesivas, según el orden establecido:

1. Test del reloj a la orden (TRO). En esta fase, se le presenta al sujeto una hoja de papel completamente en blanco, un lápiz y una goma de borrar, y se le proporcionan las siguientes instrucciones: “Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible”.

Se repite las instrucciones tantas veces como sea necesario. Si el sujeto, después de dibujar la esfera, omite algún número, se le pregunta si los ha puesto todos, permitiéndole rectificar el dibujo si toma conciencia de sus errores. Si, por el contrario, no percibe el error, ya sea porque sobra o falta algún número, se le recuerda la instrucción de la pauta horaria.

Una vez dibujado los números, se le recuerda que deben ubicar las manecillas marcando las once y diez. Si transcurrido un tiempo, el sujeto no ha dibujado las manecillas o falta alguna de ellas, se le pregunta si ha finalizado su reloj. En caso afirmativo, se le informa que, seguidamente, van a desarrollar una prueba más fácil, comenzando entonces con la realización de la fase del TR “a la copia”. En caso contrario, se le concede un plazo de tiempo adicional para completar la tarea.

2. Test del reloj a la copia (TRC). En esta segunda condición, se le presenta al sujeto un folio en posición vertical, con un reloj impreso en el tercio superior de la hoja.

Se le pide que preste la máxima atención al dibujo y copie de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja. Dado que en esta fase tampoco se establece un tiempo límite, se le sugiere que la realice con tranquilidad y que emplee la goma de borrar en caso de que cometa algún error.

Al terminar esta prueba se le retira la hoja para su posterior evaluación y puntuación. Si el reloj está incompleto, antes de recoger la hoja se le pregunta si el dibujo está terminado. Si el sujeto advierte la existencia de algún error se le permite rectificarlo, de lo contrario se le recoge la hoja.

En la condición de TRO, el punto de corte que muestra una mayor eficacia es el 6. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la orden” es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6. Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad, especialmente las puntuaciones próximas al 8 y al 9.

En la condición de TRC, el punto de mayor eficacia es de 8. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la copia” es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8.

El punto de corte de mayor eficacia del TRO+ TRC es 15. Así pues, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) en las dos condiciones del test (orden y copia) es menor o igual a 15, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 15.

La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO y TRC) puede indicar un probable deterioro cognitivo.

- Anexo 6: Criterios de inclusión y exclusión del Programa de Salud.

Criterios de Inclusión	<ul style="list-style-type: none">• Tener más de 65 años.• Consumir 5 o más fármacos distintos al cabo de un día.• Firmar el consentimiento informado.
Criterios de Exclusión	<ul style="list-style-type: none">• No superar la escala <i>Barthel</i>.• No superar el test del reloj.• Ser una persona que viva en una institución.

- Anexo 7: Herramienta *STOPP*

Sección A. Indicación de medicación

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica.
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento este bien definida.
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), diuréticos de asa, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco).

Sección B. Sistema cardiovascular

1. Digoxina en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) con función sistólica conservada.
2. Amiodarona como tratamiento antiarrítmico de primera elección en las taquiarritmias supraventriculares (mayor riesgo de toxicidad que controlando la frecuencia).
3. Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (kalemia menor a 3 mEq/L), hiponatremia (natremia menor a 130 mEq/L) o hipercalcemia o con antecedentes de gota.
4. Antihipertensivos de acción central (metildopa, clonidina) salvo intolerancia o falta de eficacia a otras clases de antihipertensivos.
5. IECA o los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA 2) en pacientes con hiperkalemia.
6. Antagonistas de la aldosterona (espironolactona, esplerenona) junto con otros fármacos que pueden aumentar los niveles de potasio (IECA, ARA 2 amiloride, triamtereno) sin monitoreo del potasio (debería monitorizarse cada sis meses).
7. Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil, tadalafilo, verdenafilo) en ICC grave con hipotensión o asociado a nitratos (riego de colapso cardiovascular).
8. Diuréticos de asa para edemas maleolares sin evidencia de ICC, síndrome nefrótico, insuficiencia renal.
9. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea para hipertensión arterial o cuando existe incontinencia urinaria (empeora la incontinencia).
10. Betabloqueantes en presencia de bradicardia (frecuencia cardíaca < 50 latidos por minuto) o bloqueo aurículo-ventricular de segundo o tercer grado.
11. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco).

Sección C. Antiagregantes/Anticoagulantes

1. AAS a dosis superiores a 160 mg/día (aumento del riesgo de sangrado sin mayor eficacia).
2. AAS en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin IBP.
3. AAS, clopidogrel, dipyridamol, antagonistas de vitamina K, inhibidores de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de un riesgo significativo de sangrado (ejemplo: hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágica, sangrado reciente espontáneo significativo).
4. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus salvo que el paciente tenga un stent coronario, un síndrome coronario agudo o una estenosis carotídea grave y sintomática (no hay evidencia de beneficios del clopidogrel en monoterapia).
5. AAS combinada con antagonistas de la vitamina K, Inhibidor de la trombina o del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica (la AAS no aporta beneficios).
6. Antiagregantes combinados con antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables (el tratamiento combinado no aporta beneficios).
7. Ticlopidina en cualquier circunstancia (clopidogrel y prasugrel tienen eficacia similar y menos efectos adversos).
8. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de seis meses.
9. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses.
10. AINE en combinación de antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa (riesgo hemorragia digestiva grave).

Sección D. Sistema nervioso central y psicotrópicos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en pacientes con demencia, glaucoma, trastornos de la conducción cardíaca, prostatismo o con antecedentes de retención aguda urinaria.
2. ATC como tratamiento de primera línea en depresión (mayor riesgo de efectos adversos que con ISRS).
3. Neurolépticos con efecto anticolinérgico moderados a graves (clorpromazina, clozapina, flifenzapina) en pacientes con antecedentes de prostatismo o retención aguda de orina (alto riesgo de retención urinaria).
4. Benzodiazepinas durante más de cuatro semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados); riesgo de sedación prolongada, confusión, caídas, accidentes de tránsito (si el tratamiento supera las cuatro semanas suspender en forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia).

5. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o demencia por Cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales).
6. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos extrapiramidales de los neurolépticos.
7. Neurolépticos en pacientes dementes con trastornos de la conducta, salvo que sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus).
8. Anticolinérgicos en pacientes con delirium o demencia (empeoramiento de la cognición).
9. Neurolépticos como hipnóticos salvo que el trastorno del sueño se deba a demencia o psicosis (riesgo de confusión, caídas, hipotensión, efectos extrapiramidales).
10. Inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con antecedentes de bradicardia persistente (frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no clara, o que reciben tratamientos simultáneos con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones).
11. Fenotiazidas como tratamiento de primera línea ya que existen alternativas más seguras y eficaces (son sedantes y tienen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores). Constituyen como excepción a este enunciado la proclorperazina en el tratamiento de náuseas, vómitos, vértigo; la clorpromazina para hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos).
12. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia).
13. Antihistamínicos de primera generación (existen otros más seguros y menos tóxicos).
14. ISRS en pacientes con hiponatremia concurrente o reciente (natremia <130 mg/dl).

Sección E. Sistema Renal

Los siguientes medicamentos son potencialmente inapropiados en el adulto mayor con enfermedad renal aguda o crónica por debajo de determinado nivel de filtrado glomerular (consultar vademécum locales y fichas técnicas).

1. Digoxina en dosis mayores a 125 ug/día con tasa de filtrado glomerular (TFG) < 30 ml/min (riesgo de intoxicación digitálica si no se realiza monitoreo).
2. Inhibidores directos de la trombina (ej. dabigatran) con TFG <30 ml/min (riesgo de sangrado).
3. Inhibidores del factor Xa (ej. rivaroxaban) con TFG <15 ml/m (riesgo de sangrado).
4. AINE con TFG <50 ml/m (riesgo de deterioro de la función renal).
5. Colchicina con TFG <10 ml/m (riesgo de toxicidad).

6. Metformina con TFG <30 ml/m (riesgo de acidosis láctica).

Sección F. Sistema gastrointestinal

1. Hierro oral a dosis elementales superiores a 200 mg/día (ej. hierro fumarato y sulfato >600 mg/día, hierro gluconato >1.800 mg/día). No hay evidencia de mayor absorción por encima de estas dosis).
2. Medicamentos que suelen causar estreñimiento (ej. fármacos anticolinérgicos, hierro oral, opioides, verapamilo, antiácidos con aluminio) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existen otras alternativas que no estríen.
3. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica o esofagitis péptica erosiva a dosis terapéuticas plenas durante más de ocho semanas.
4. Metoclopramida en pacientes con parkinsonismo (empeora el parkinsonismo).

Sección G. Sistema respiratorio

1. Broncodilatadores antimuscarínicos (ej. ipratropio, tiotropio) en pacientes con antecedentes de glaucoma de ángulo estrecho (pueden exacerbar el glaucoma) u obstrucción del tracto urinario inferior (puede causar retención urinaria).
2. Betabloqueantes no cardioselectivos (orales o tópicos para el glaucoma) en pacientes con antecedentes de asma que requiere tratamiento (aumenta el riesgo de bronco espasmo).
3. Benzodiazepinas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y crónica (riesgo de insuficiencia respiratoria).
4. Corticoides sistémicos en lugar de corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a grave.
5. Teofilina como monoterapia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (Existen alternativas más seguras).

Sección H. Sistema musculo esquelética

1. AINE (exceptuando los inhibidores selectivos de la COX-2) en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultaneo de antagonistas H2 o IBP.
2. AINE en pacientes con hipertensión grave o insuficiencia cardíaca (riesgo de exacerbación).
3. AINE a largo plazo (> tres meses) para el tratamiento sintomático de la artrosis cuando no se ha probado el paracetamol.
4. Inhibidores selectivos de la COX-2 en pacientes con enfermedad cardiovascular (aumento del riesgo de infarto e ictus).
5. AINE con corticoides sin IBP a dosis profiláctica (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).

6. Bifosfonatos orales en pacientes con enfermedades digestivas altas presentes o previas (ej. disfagia esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva alta, debido al riesgo de reaparición o de exacerbación de las mismas).
7. Corticoides a largo plazo (más de tres meses) como monoterapia en la artritis reumatoide.
8. AINE con corticoides sin IBP (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).
9. Corticoides para el tratamiento de artrosis (salvo inyecciones intra-articulares periódicas en dolor monoarticular).

Sección I. Sistema urogenital

1. Fármacos antimuscarínicos vesicales en pacientes con demencia (aumenta el riesgo de confusión, agitación) o glaucoma de ángulo estrecho (exacerbación del glaucoma) o prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria).
2. Bloqueantes alfa-1-adrenergico selectivos en pacientes con hipotensión ortostática sintomática o síncope miccional (riesgo de recurrencia del síncope).

Sección J. Sistema endócrino

1. Sulfonilureas de larga acción (ej.: glibenclamida, clorpropamida, glimeperida) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada).
2. Tiazolidinedionas (ej. rosiglitazona, pioglitazona) en pacientes con ICC (riesgo de exacerbación de ICC).
3. Andrógenos en ausencia de hipogonadismo primario o secundario (riesgo de toxicidad por andrógenos; no han demostrado beneficio fuera de la indicación de hipogonadismo).
4. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o trombosis venosa (riesgo de recurrencia).
5. Estrógenos orales sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de útero).
6. Betabloqueantes en pacientes con diabetes mellitus con episodios frecuentes de hipoglucemia (enmascara los episodios).

Sección K. Fármacos que aumentan en forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores

1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el nivel de conciencia, deterioran el equilibrio).
2. Neurolépticos (pueden producir dispraxia en la marcha, parkinsonismo).
3. Vasodilatadores (bloqueantes alfa 1 adrenérgicos, antagonistas del calcio, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II) en pacientes con hipotensión postural persistente (descenso recurrente superior a 20 mmHg de presión sistólica, riesgo de síncope y caídas).

4. Hipnóticos-Z (ej. zoplicona, zolpidem, zaleplon; pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia).

Sección I. Analgésicos

1. Uso de opiáceos potentes, orales o transdérmicos (morfina, oxicodona, fentanilo, buprenorfina, metadona, tramadol) como tratamiento de primera línea en el dolor leve (inobservancia de la escala de la OMS).
2. Uso de opioides pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de constipación grave).
3. Opiáceos de acción prolongada sin opioides de acción rápida para el dolor irruptivo (riesgo de persistencia del dolor).

Sección N. Carga antimuscarínico/anticolinérgica

1. Uso de dos o más fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos (ej. antiespasmódicos vesicales o intestinales, antihistamínicos de primera generación; debido al riesgo de toxicidad anticolinérgica).

- Anexo 8: Herramienta *START*

Sección A. Sistema cardiovascular

1. Antagonistas de la vitamina K, Inhibidor de la trombina o del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica.
2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidor de la trombina o del factor Xa estén contraindicados.
3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad coronaria, cerebral o arterial periférica.
4. Tratamiento antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente superior a 160 mmHg y/o la presión diastólica sea habitualmente > 90mmHg (>140 mmHg y 90 mmHg si tiene diabetes mellitus).
5. Estatinas en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, salvo que el paciente esté en situación de final de vida o su edad sea mayor de 85 años.
6. IECA en la insuficiencia cardíaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada.
7. Bloqueadores beta en la cardiopatía isquémica.

8. Bloqueadores betas apropiados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en ICC sistólica estable.

Sección B. Sistema respiratorio

1. Corticosteroides inhalados pautados en el asma o EPOC moderado a grave, cuando el volumen de espiración forzada (FEV1) es inferior al 50% y existen frecuentes exacerbaciones que requieren corticoides orales.
2. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la hipoxemia crónica ($pO_2 < 8,0$ kPa [60mmHg] o saturación de $O_2 < 89\%$).
3. Agonista B2 o antimuscarínicos inhalatorios pautados (ej. ipratropio) en el asma o EPOC leve a moderado.

Sección C. Sistema nervioso central y ojos

1. Levodopa o un agonista dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional y discapacidad secundaria.
2. Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes.
3. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepecilo, rivastigmina, galantamina) para la enfermedad de Alzheimer leve-moderado o la demencia de por cuerpos de lewy (rivastigmina).
4. Prostaglandinas, prostamina o betabloqueantes tópicos para el glaucoma primario de ángulo abierto.
5. ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina o pregabalina si los ISRS están contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional.
6. Antagonistas dopaminérgicos (pramipexol) para síndrome de piernas inquietas una vez descartado como causas la deficiencia de hierro y la enfermedad renal grave.

Sección D. Sistema gastrointestinal

1. Suplementos de fibra (ej. salvado, metilcelulosa) en la diverticulosis sintomática crónica con antecedentes de estreñimiento.
2. IBP en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o estenosis péptica que requiera dilatación.

Sección E. Sistema musculoesquelético

1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide activa incapacitante.
2. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida y/o fracturas por fragilidad previas y/o densidad mineral ósea con T score inferiores a -2,5 en múltiples puntos.

3. Antirresortivos o anabolizantes óseos (ej. bifosfonatos, ranelato de estroncio, teriparatida, denosumab) en pacientes con osteoporosis conocida cuando no existan contraindicaciones para su uso.
4. Suplementos de vitamina D en pacientes mayores que no salen de la casa, sufren caídas o tienen osteopenia (T score -1 a -2.5 en múltiples puntos).
5. Inhibidores de la xantina oxidasa (ej. allopurinol) en pacientes con antecedentes de episodios de gota recurrentes.
6. Suplementos de ácido fólico en pacientes que toman metotrexato.

Sección F. Sistema endocrinológico

1. IECA o ARA-2 en pacientes con diabetes mellitus con evidencia de enfermedad renal (proteinuria en una tira reactiva o micro albuminuria (>30 mg/24h) con o sin datos bioquímicos de enfermedad renal.

Sección G. Sistema Genitourinario

1. Bloqueantes alfa 1 (tamsulosina) para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.
2. Inhibidores de la 5 alfa reductasa para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.
3. Estrógenos tópicos vaginales o pesario con estrógenos para la vaginitis atrófica sintomática.

Sección H. Analgésicos

1. Opioides potentes en el dolor moderado o severo cuando el paracetamol, los AINES o los opioides de baja potencia no son apropiados para la gravedad del dolor.
2. Laxantes en pacientes que reciben opioides de forma regular.

Sección I. Vacunas

1. Vacuna trivalente anual contra la gripe estacional.
 2. Vacuna antineumocócica cada cinco años.
-

- Anexo 9: Cuestionario valoración social.

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS) DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)

Apellidos _____	Nombre _____
Entrevistador/a _____	Fecha _____
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:	
<p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>1. Soltero <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Viudo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Separado <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Vive su cónyuge en la residencia?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?</p> <p>1. Una vez a la semana o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Una a tres veces al mes <input type="checkbox"/></p> <p>3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones <input type="checkbox"/></p> <p>0. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?</p> <p>3. Cinco o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Tres o cuatro <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una o dos <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)</p> <p>3. Una vez al día o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Dos veces <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una vez <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p>	

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

3. Una vez al día o más

2. De dos a seis veces

1. Una vez

0. Ninguna

No responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

2. Sí

0. No

NS/NC

¿Con qué frecuencia se siente solo?

0. Bastante a menudo

1. Algunas veces

2. Casi nunca

3. NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verlo?

1. Tan a menudo como deseo

2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen

No responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

1. Sí

0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme

No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) *¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesite o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarlo al médico)?*

1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.

2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.

3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.

No responde.

b) *¿Quién es esa persona?*

Nombre _____

Relación _____

- Anexo 10: Escala del dolor EVA/VAS



- Anexo 11: Escala de la ansiedad/depresión Yesavage



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE

- **Indicación**

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

- **Administración** Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Población diana: Población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

0 - 5 :	Normal
6 - 10 :	Depresión moderada
+ 10 :	Depresión severa

- **Versión de 5 ítems:** Población diana: Población **varón** mayor de 65 años. Los ítems incluidos en esta versión son el 1, 4, 8, 9 y 12. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 4, 8, 9 y 12, y la negativa en el ítem 1. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

1- <i>¿Está básicamente satisfecho con su vida?</i>	SÍ NO
2- <i>¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?</i>	SÍ NO
3- <i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SÍ NO
4- <i>¿Se siente a menudo aburrido?</i>	SÍ NO
5- <i>¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ NO
6- <i>¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?</i>	SÍ NO
7- <i>¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ NO
8- <i>¿Se siente a menudo sin esperanza?</i>	SÍ NO
9- <i>¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?</i>	SÍ NO
10- <i>¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?</i>	SÍ NO
11- <i>¿Cree que es maravilloso estar vivo?</i>	SÍ NO
12- <i>¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?</i>	SÍ NO
13- <i>¿Piensa que su situación es desesperada?</i>	SÍ NO
14- <i>¿Se siente lleno de energía?</i>	SÍ NO

15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?

SÍ NO

• **Protocolo informático en OMI-AP**

TEST YESAVAGE	
Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Sí"	
<input type="checkbox"/> ¿Está satisfecho/a con su vida?	
<input type="checkbox"/> ¿Ha renunciado a muchas actividades?	
<input type="checkbox"/> ¿Siente que su vida está vacía?	
<input type="checkbox"/> ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene a menudo buen ánimo?	
<input type="checkbox"/> ¿Teme que algo malo le pase?	
<input type="checkbox"/> ¿A menudo se siente feliz?	
<input type="checkbox"/> ¿Se siente a menudo abandonado/a?	
<input type="checkbox"/> ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	
<input type="checkbox"/> ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	
<input type="checkbox"/> ¿Piensa que es maravilloso vivir?	
<input type="checkbox"/> ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	
<input type="checkbox"/> ¿Se siente lleno/a de energía?	
<input type="checkbox"/> ¿Siente que su situación es desesperada?	
<input type="checkbox"/> ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	
Normal	Total puntos: 5

- Anexo 12: Folleto y cartel informativo del programa de salud

 **Servicio Navarro de Salud**
Osasunbidea

¿QUIENES SOMOS?

Somos un programa de salud pública que pretende favorecer un mejor control de los fármacos que se consumen. Además de buscar una disminución en el consumo de estos, se pretende tener una población más sana y saludable.

 **Ayuntamiento de Tafalla**
Tafallako Udala

PROGRAMA DE CONTROL DE POLIFARMACIA EN POBLACIÓN ANCIANA DE NAVARRA

¿QUIERES SER PARTE DEL PROGRAMA?

REQUISITOS

- Ser una personas mayor de 65 años.
- Consumir 5 o más fármacos distintos en un día.
- No vivir en ninguna institución.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Controlar y disminuir el consumo de fármacos de determinadas patologías concretas: diabetes mellitus tipo 2, ansiedad/depresión, dolor e hipertensión arterial.

INSCRIPCIÓN

Para inscribirse y ser parte de este programa:

- Llame al Centro de Salud de Tafalla y pregunte por el programa de salud sobre la polifarmacia: 948704034.
- Sino póngase en contacto con el Ayuntamiento de Tafalla y pregunte por este programa: 948701811.

- Anexo 13: Cuestionario de Satisfacción para los participantes del programa de salud

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FINAL PARA PARTICIPANTES

El objetivo de este cuestionario es obtener información para evaluar cómo se ha desarrollado el programa de salud que va a finalizar, con el fin de contribuir a la mejora de la **Calidad del programa de control de la polifarmacia en población anciana de Navarra.**

Se espera que los resultados de la formación que ha recibido hayan supuesto una mayor capacitación personal, mejora de expectativas saludables, actualización de los conocimientos, etc.

Como puede comprobar, **el cuestionario es anónimo, con lo cual garantizamos la confidencialidad de los datos.** Le rogamos la máxima sinceridad en todas las respuestas.

Agradecemos de antemano su colaboración

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones acerca del curso/módulo de formación en el que usted ha participado debiéndose utilizar la escala de la siguiente manera:

.- **SI o No:** se pondrá una cruz en la respuesta elegida.

.- **1:** Menor grado de acuerdo.

10: Mayor grado de acuerdo.

.- **Observaciones:** En este apartado se deberá expresar lo que pueda completar su respuesta. Sea breve y conciso.

MODALIDAD: DISTANCIA

EL PROGRAMA DE SALUD

	CONTENIDOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	Combinación correcta entre teoría y práctica.										
B	Los contenidos del programa han respondido a sus expectativas.										
C	Los conocimientos adquiridos son aplicables a la vida personal.										
D	Los contenidos prácticos son aplicables en el desarrollo de la vida diaria.										

E	Los contenidos del programa le han permitido acceder a una formación más especializada.												
F	Los contenidos del programa serán de utilidad para la evolución de su trayectoria personal.												
Observaciones:													

METODOLOGIA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A	Los contenidos se han expresado de forma clara y comprensible.												
B	Las actividades prácticas refuerzan la adquisición de Conocimientos.												
		SI			NO			A VECES					
C	¿El programa se ha dividido en partes de manera que se ha favorecido el avance en el aprendizaje.?												
D	¿Se han llevado a cabo clases educativas, actividades, aprendizajes, etc.?.												
E	¿La metodología del programa permite la organización del tiempo dedicado a la vida personal?												
F	¿El programa ofrece acceso a profesionales especializados de consulta?												

MODALIDAD: DISTANCIA

Observaciones:

ORGANIZACIÓN		SI	NO	A VECES
A	¿El acceso al programa y la inscripción a este son sencillos?			
B	¿La información aportada sobre cómo actuar en el programa es suficiente?			
C	¿El programa cuenta con un servicio de asistencia a través del teléfono, correo electrónico o sede de referencia que permita la resolución de problemas técnicos?			

Observaciones:

MATERIAL DIDÁCTICO Y DE APOYO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	La documentación y materiales disponible (manuales, documentos, materiales, etc...) son claros y comprensibles.										
B	Existen suficientes ejemplos, documentos y ampliaciones de información.										
C	El material didáctico despierta curiosidad y el interés de los participantes.										
D	Los recursos de imágenes, gráficos y animaciones son adecuados y suficientes.										
Observaciones:											

EVALUACION		SI	NO	A VECES
A	¿Se ha evaluado el programa?			
B	¿Los responsables han informado de los resultados de la evaluación?			
C	¿La entidad ha evaluado la marcha del programa?			
D	¿El programa cuenta con pruebas de autoevaluación periódicas?			

MODALIDAD: DISTANCIA

Observaciones:

VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OBSERVACIONES

--

VALORACIÓN DEL/LOS RESPONSABLE/ES

Valora a todos los responsables que has tenido desde el comienzo del programa hasta la actualidad

Nombre del responsable:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Conocimiento de la material										
2.- Orientación personalizada										
3.-Resolución de dudas										
4.-Transmisión de su experiencia en la ocupación al impartir los contenidos del programa.										
5.-Disponibilidad en un plazo adecuado (24/48 horas).										

Nombre del responsable:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Conocimiento de la material										
2.- Orientación personalizada										
3.-Resolución de dudas										
4.-Transmisión de su experiencia en la ocupación al impartir los contenidos del programa.										
5.-Disponibilidad en un plazo adecuado (24/48 horas).										

Nombre del responsable:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.-Conocimiento de la material										
2.- Orientación personalizada										
3.-Resolución de dudas										
4.-Transmisión de su experiencia en la ocupación al impartir los contenidos del programa.										
5.-Disponibilidad en un plazo adecuado (24/48 horas).										

MODALIDAD: DISTANCIA

	SESIONES PRESENCIALES	SI	NO	A VECES
A	¿Se ha realizado las sesiones presenciales previstas?			
B	¿Las aulas donde se han realizado es adecuada para el desarrollo del programa?			
C	¿Se ha contado con los equipos necesarios para el desarrollo de las sesiones presenciales?			
D	¿Han respetado los responsables el horario previsto para la realización de las sesiones?			
E	¿Se han firmado partes de asistencia?			

Observaciones:

OBSERVACIONES sobre el/los responsable/es

¿QUÉ OTRO/S PROGRAMA/S LE GUSTARÍA HACER?

- Anexo 14: Cuestionario de percepción de bienestar de salud individual y bienestar social

BIENESTAR PERSONAL

B1		B2																																																										
En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta.... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....?		En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta.... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....? (Responda a todas)																																																										
1. Su vida en la actualidad? No sabe <input type="checkbox"/> No contesta <input type="checkbox"/> 2. Sus relaciones personales? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. El tiempo que dispone para hacer lo que le gusta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. La situación económica de su hogar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Su vivienda? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. La calidad de la zona en la que vive? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Su trabajo actual? No trabaja <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> No se desplaza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No contesta <input type="checkbox"/> 2. El tiempo empleado para ir a su trabajo? <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																											
B3		B4		B5		B6																																																						
En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no merece la pena y 10 que merece la pena totalmente, ¿En qué medida piensa que lo que hace en su vida merece la pena en general?		¿Tiene a alguien con quien hablar de temas personales?		Si la necesitase, ¿podría pedir ayuda a familiares que no sean miembros de su hogar o a amigos/as, o a vecinos/as?		Durante las cuatro últimas semanas, ¿Con qué frecuencia..... (Responda a todas)																																																						
A. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. No sabe <input type="checkbox"/> C. No contesta <input type="checkbox"/>		A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> C. No sabe <input type="checkbox"/> D. No contesta <input type="checkbox"/>		A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> C. Sin familiares ni amigos/as ni vecinos/as <input type="checkbox"/> D. No sabe <input type="checkbox"/> E. No contesta <input type="checkbox"/>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>A. Siempre</th> <th>B. La mayor parte del tiempo</th> <th>C. Algunas veces</th> <th>D. Casi nunca</th> <th>E. Nunca</th> <th>F. No sabe</th> <th>G. No contesta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Estuvo especialmente tenso/a?</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a?</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a?</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Se sintió feliz?</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>								A. Siempre	B. La mayor parte del tiempo	C. Algunas veces	D. Casi nunca	E. Nunca	F. No sabe	G. No contesta	1. Estuvo especialmente tenso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A. Siempre	B. La mayor parte del tiempo	C. Algunas veces	D. Casi nunca	E. Nunca	F. No sabe	G. No contesta																																																					
1. Estuvo especialmente tenso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
5. Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																					
B7		B8			B9																																																							
En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que, en general, no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto diría usted que puede confiar en la mayor parte de las personas?		En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto confía personalmente en cada una de las siguientes instituciones? (Responda a todas)			¿Se siente seguro caminando a solas de noche en la zona en la que vive?																																																							
A. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. No sabe <input type="checkbox"/> C. No contesta <input type="checkbox"/>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>A.</th> <th>B. No sabe</th> <th>C. No contesta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...)</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Sistema sanitario (Hospitales, Centros de Salud,...)</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Policía (Policía Nacional, Policía Foral, Guardia Civil,...)</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				A.	B. No sabe	C. No contesta	1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sistema sanitario (Hospitales, Centros de Salud,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Policía (Policía Nacional, Policía Foral, Guardia Civil,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Muy seguro/a <input type="checkbox"/> B. Bastante seguro/a <input type="checkbox"/> C. Un poco inseguro/a <input type="checkbox"/> D. Muy inseguro/a <input type="checkbox"/> E. No sabe <input type="checkbox"/> F. No contesta <input type="checkbox"/>																																							
	A.	B. No sabe	C. No contesta																																																									
1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
2. Sistema sanitario (Hospitales, Centros de Salud,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
3. Policía (Policía Nacional, Policía Foral, Guardia Civil,...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									

Resumen del Programa de Salud

Introducción: La demografía social mundial ha cambiado como nunca antes, hasta el punto en el que el grupo de edad mayor de 65 años supera a las bases más jóvenes –situación que en los próximos años se va a acentuar-. Ligado a este punto va el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que, en consecuencia generan un mayor consumo de fármacos. ¿Cómo va a evolucionar la salud pública? y ¿qué impacto genera este nuevo proceso?

Desarrollo del programa: El programa de salud se va a desarrollar en 6 etapas: 1- Definición de población de referencia e intervención (mayores de 65 que consuman 5 fármacos o más y no estén institucionalizadas); 2- Selección del lugar e institución de referencia (Ciudad de Tafalla y Centro de Salud de Tafalla); 3- Promoción del programa (folletos, carteles e información); 4- Inscripción en el programa (cribado mediante escalas y firma de consentimiento informado); 5- Implementación del programa (VAE=Valoración/Actuación/Evaluación); 6- Evaluación del programa (cuantitativa y cualitativa).

Cronograma/temporalización: El programa dará comienzo el 3 de enero de 2022 y finalizará el 25 de junio de 2022 -6 meses de duración-. Cada etapa estará temporalmente delimitado y definido.

Divulgación de información: La promoción o “marketing” del programa se realizará mediante tres vías principales: 1- Enviar folletos al domicilio de la población diana; 2- Colocar carteles en puntos estratégicos de la ciudad de Tafalla; 3- Informar, por medio de profesionales sanitarios, en el centro de atención primaria.

Presupuesto y recursos necesarios: El presupuesto estimado para el desarrollo del programa es de 18.047,20€. Será imprescindible la adquisición de recursos humanos y materiales para el funcionamiento del programa. Gobierno de Navarra y Ayuntamiento de Tafalla serán las instituciones principales que respalden y den cobertura al programa de salud.

Evaluación: La evaluación global del programa se realizará cuantitativa y cualitativamente. Dichas evaluaciones se realizarán mediante: mediciones cuantitativas y cuestionarios.

Abstract

Introduction: The world social demography has changed like never before, to the point where the age group over 65 years outperforms the younger bases -a situation that in the coming years is going to be accentuated-. Linked to this point is the increase in the prevalence of chronic diseases that, consequently, generate a greater consumption of drugs. How will public health evolve? And what impact does this new process generate?

Program development: The health program will be developed in 6 stages: 1- Definition of the reference and intervention population (over 65 who consume 5 or more drugs and are not institutionalized); 2- Selection of the place and institution of reference (City of Tafalla and Health Center of Tafalla); 3- Program promotion (brochures, posters and information); 4- Enrollment in the program (screening using scales and signing of informed consent); 5- Implementation of the program (VAE = Assessment / Performance / Evaluation); 6- Program evaluation (quantitative and qualitative).

Schedule/timing: The program will begin on January 3, 2022 and end on June 25, 2022 -6 months in duration-. Each stage will be temporarily delimited and defined.

Disclosure of information: The promotion or marketing of the program will be carried out through three main channels: 1- Send brochures to the address of the target population; 2- Place posters at strategic points in the city of Tafalla; 3- Inform, through health professionals, in the primary care center.

Budget and necessary resources: The estimated budget for the development of the program is 18,047,20 €. The acquisition of human and material resources will be essential for the operation of the program. Government of Navarra and the City Council of Tafalla will be the main institutions that support and cover the health program.

Evaluation: The overall evaluation of the program will be carried out quantitatively and qualitatively. Said evaluations will be carried out through: quantitative measurements and questionnaires.