COST CA21122

PROGRAMMING

PROmoting GeRiAtric Medicine in countries where it is still eMergING

La geriatría importa

El valor añadido para los sistemas sanitarios y los responsables de las políticas sanitarias

Los actuales desafíos demográficos derivados del envejecimiento de la población ejercen una presión sin precedentes sobre los sistemas sanitarios, en términos de tensión sobre la fuerza laboral, impacto social y sostenibilidad financiera.

La Geriatría [1] es una especialidad médica [2] que aborda las condiciones físicas, mentales, funcionales y sociales de las personas mayores en los ámbitos de la atención aguda, crónica, rehabilitadora, preventiva y de final de vida. Se centra en las personas que viven con fragilidad y multimorbilidad, cuyas necesidades trascienden los modelos asistenciales tradicionales centrados en órganos y requieren un abordaje multidisciplinar e integral, orientado a preservar la capacidad funcional, la autonomía y la calidad de vida.

Más allá de ser una especialidad médica, la Geriatría también representa un **enfoque clínico** adaptado a las personas mayores, que incorpora aspectos de la atención sanitaria sensibles a la edad. Este enfoque puede considerarse una competencia adicional clave para los profesionales sanitarios, al proporcionar un marco único basado en competencias para abordar la fragilidad, la multimorbilidad, el deterioro cognitivo, la polifarmacia y el deterioro funcional, condiciones que concentran cada vez más la **utilización de los servicios sanitarios** y el **gasto** en salud en las sociedades envejecidas.

La adecuada integración de la Geriatría en los sistemas sanitarios constituye una **solución coste-efectiva** [3], a nivel del sistema para afrontar el envejecimiento de la población, que mejora los resultados funcionales [3], reduce la presión asistencial hospitalaria [4], y refuerza la **sostenibilidad del sistema sanitario** [5].

La Geriatría no es una especialidad opcional, sino **el componente esencial de los sistemas sanitarios** necesario para proporcionar una atención eficaz, centrada en la persona y sostenible en las sociedades europeas modernas. Puede impulsar la **transformación** hacia un entorno sanitario más adaptado a las necesidades de las personas mayores. Ningún ciudadano europeo debería verse privado de una atención sanitaria equitativa y de calidad.

Mensajes clave

- Los sistemas sanitarios se enfrentan al reto de responder a las necesidades específicas de una población mayor, heterogénea y en constante crecimiento.
- La Geriatría es fundamental para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, especialmente en sociedades con una proporción creciente de personas mayores, ya que contribuye a reducir el coste de los servicios sanitarios y hospitalarios y la institucionalización.
- La Geriatría también mejora resultados importantes tanto para las personas mayores como para la sociedad: desde el punto de vista de la capacidad funcional y la calidad de vida.
- Las políticas que promueven la formación de los profesionales sanitarios, el establecimiento de estructuras y servicios geriátricos adecuados y la integración de la atención tienen el potencial de mejorar la atención a las personas mayores.
- La inversión actual previene la sobrecarga del sistema en el futuro.



Esta publicación se basa en el trabajo de la COST Action PROGRAMMING 21122, financiada por COST (Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología). COST es una agencia de financiación de redes de investigación e innovación. Las Acciones COST ayudan a conectar iniciativas de investigación en toda Europa y permiten a los científicos desarrollar sus ideas compartiéndolas con sus pares. Esto impulsa su investigación, su carrera profesional y la innovación. El presente documento es una herramienta diseñada para implicar a los responsables de las políticas sanitarias y a los gestores en la integración de los principios de la Geriatría en los sistemas que gestionan, destacando sus beneficios sistémicos y económicos. Se elaboró mediante un proceso de cocreación y revisión en varias etapas por parte de los investigadores participantes. El contenido se estructura en torno a tres preguntas clave: ¿Por qué es importante la geriatría para los gestores y responsables de las políticas sanitarias?, ¿Qué cambios en las políticas son necesarios? y ¿Cómo implementarlos?

COST CA21122

PROGRAMMING

PROmoting GeRiAtric Medicine in countries where it is still eMergING

I. ¿Por qué es importante la geriatría?

DESAJUSTE SISTÉMICO | Los sistemas actuales, diseñados principalmente en torno a **enfermedades de órganos concretos** en lugar de adoptar un enfoque holístico, deben evolucionar para responder a las necesidades de las personas mayores con necesidades complejas de salud global, como puso de manifiesto de forma dramática la pandemia de COVID-19.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DEL VALOR SOCIAL | La atención fragmentada y mal coordinada genera costes, ineficiencias, inequidades e insatisfacción entre las personas usuarias. El enfoque holístico que representa la Geriatría permite ofrecer una atención integrada [6] y mejorar resultados relevantes para los pacientes [7], como la calidad de vida y la longevidad libre de discapacidad [8], además de proporcionar satisfacción con los servicios al mayor grupo de usuarios del sistema sanitario [3].

EFICIENCIA FINANCIERA | La Geriatría, como enfoque clínico, puede constituir una inversión de alto retorno que permite ahorrar costes al prevenir trayectorias de envejecimiento poco saludables en etapas posteriores de la vida [5], reducir la polifarmacia inapropiada, disminuir las consultas ambulatorias [8] y en los servicios de urgencias [9], acortar la estancia hospitalaria en 4,1 días [10], generar un ahorro medio de 620 € por ingreso por fractura por fragilidad y de hasta 1.320 € por paciente en la atención perioperatoria [11,12], reducir hasta un 51 % los reingresos hospitalarios [13], prevenir complicaciones costosas, como el deterioro funcional [13,14], y reducir en un 22 % los ingresos en centros residenciales [15], además de aliviar la discapacidad al final de la vida [16].

MEJORA DE LA PRODUCTIVIDAD | Los sistemas alineados con la Geriatría prolongan la vida independiente, favoreciendo una vida activa durante más tiempo, al tiempo que reducen el gasto en cuidados de larga duración y la importante carga social y financiera de los cuidados informales [17], cuya prestación puede reducir los ingresos familiares hasta un 45 %.

ALINEACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y RENDICIÓN DE CUENTAS INTERNACIONAL | La aplicación de políticas orientadas a mejorar la atención sanitaria de las personas mayores permite alinear los planes nacionales de salud con estándares internacionales, como el Decenio de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento Saludable y las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). [18]

Mejor atención, menores costes.

Los sistemas sanitarios necesitan conocimientos especializados en Geriatría para funcionar eficazmente.

II. ¿Qué cambios en las políticas son necesarios para lograr un impacto significativo?



Envejecimiento Saludable como Prioridad de las Políticas Sanitarias

Pasar de un modelo centrado en la enfermedad a otro que priorice la capacidad funcional y la autonomía en el autocuidado en edades avanzadas y que promueva políticas de salud pública preventivas para un envejecimiento saludable. [3]



Integración del Sistema Sanitario

Garantizar el acceso de las personas mayores a una atención de alta calidad, integrada y continuada [19,20] en los distintos servicios sanitarios, en consonancia con el marco ICOPE (Atención Integrada para las Personas Mayores) de la OMS. [6]



Optimización del Personal Sanitario

Abordar el desafío que plantea la fuerza laboral mediante la formación de profesionales sanitarios en competencias básicas para la atención a las personas mayores, el desarrollo de una masa crítica de profesionales especializados y la creación de marcos que promuevan el trabajo en equipo interprofesional y una combinación adecuada de perfiles y competencias profesionales. [21]

III. El «cómo»: aspectos de implementación

Dependiendo del punto de partida de cada sistema y de las prioridades estratégicas definidas localmente, será necesario seleccionar y adaptar diversas medidas de implementación. [22]

1. IMPLEMENTACIÓN Y GOBERNANZA ADAPTADAS AL CONTEXTO

- Analizar **las brechas específicas de cada país** para identificar los recursos existentes, detectar las necesidades y priorizar las áreas que orienten la inversión.
- Desarrollar **marcos nacionales** adaptados a los contextos locales y alineados con los estándares europeos e internacionales [18], para abordar los desafíos multidimensionales del envejecimiento y los problemas de salud y sociales asociados.
- Promover la **cocreación con las partes interesadas** (profesionales sanitarios, responsables políticos, ámbito académico y sociedad civil) y apoyar la investigación sobre la **implementación** para garantizar la escalabilidad y la sostenibilidad.
- Crear un marco que permita ofrecer a los responsables de las políticas sanitarias **asesoramiento científico independiente** para facilitar la toma de decisiones basada en la evidencia.
- Implementar **sistemas nacionales de evaluación comparativa, auditoría y acreditación**, respaldados por datos de la vida real, para monitorizar la calidad, la relación coste-efectividad y el rendimiento del sistema, y **ampliar la implementación** de las prácticas eficaces.

2. REFORMAR Y REFORZAR LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Establecer **estándares mínimos y criterios de calidad** para las estructuras y servicios geriátricos, incluidos los requisitos de dotación de personal.
- Desarrollar **centros de excelencia en Geriatría** con funciones regionales de coordinación, formación, investigación e innovación, conectados con los servicios comunitarios.
- Implementar **equipos geriátricos multidisciplinares móviles** en hospitales y en la atención comunitaria para mejorar el acceso y la continuidad asistencial.
- Apoyar la **atención primaria** y facilitar la valoración de la salud global y de la capacidad funcional de las personas mayores [6], así como la identificación y el abordaje precoz de problemas frecuentes asociados a la edad.
- Aprovechar las herramientas digitales y tecnologías innovadoras (telemedicina, historia clínica electrónica e inteligencia artificial [IA]) para optimizar los recursos, mejorar la integración y el alcance, y promover la gerotecnología y las soluciones de salud digital que favorezcan la vida independiente y el seguimiento continuo [3].
- Reformar los modelos de financiación para incentivar la implementación de protocolos y procedimientos y recompensar los resultados funcionales y la prevención (p. ej., pago por resultados, nomenclatura adaptada, medidas de resultados reportados por los pacientes [**PROMs**] y medidas de experiencia reportadas por los pacientes [**PREMs**])[23].

3. DESARROLLO DE CAPACIDADES MEDIANTE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

- Reconocer **la Geriatría como especialidad o subespecialidad** en todos los países y reforzar **el papel de los geriatras** [2] como recurso polivalente para el sistema sanitario (clínico, educativo, investigador y de asesoramiento en políticas sanitarias).
- Crear las bases para el trabajo en equipo multidisciplinar mediante:

  a) el desarrollo de **una masa crítica de profesionales sanitarios capacitados** mediante inversión específica, incluida la formación profesional, modelos de formación de formadores y programas internacionales de hermanamiento;

  b) el establecimiento **de competencias esenciales obligatorias** y la promoción del **desarrollo profesional continuo** en la atención a las personas mayores para todos los profesionales sanitarios;

  c) la integración de contenidos de Geriatría básica en la **formación de grado** de todos los profesionales sanitarios y la creación de oportunidades de **formación de posgrado**.

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

- Reforzar el papel y aprovechar las aportaciones de las **universidades, las sociedades científicas y las redes europeas** (como la PROGRAMMING COST Action 21122) en materia de educación, investigación y difusión del conocimiento. Aprovechar el **conocimiento experto, tanto nacional como internacional**, incluidos los grupos asesores y las redes científicas, para apoyar la planificación estratégica y la implementación.

4. SENSIBILIZACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Implementar **campañas nacionales sobre envejecimiento** saludable para aumentar la sensibilización, empoderar a las personas mayores y combatir el edadismo [24] .
- Mejorar el acceso a **información sanitaria fiable**, incluidas iniciativas de alfabetización sanitaria y digital (p. ej., seminarios, líneas de atención telefónica y centros de información comunitaria).
- Implicar a la ciudadanía y a las personas cuidadoras como **agentes activos** en el diseño, la prestación y la evaluación de la calidad de la atención.

Conclusiones clave

La implementación efectiva de la Geriatría requiere **una acción coordinada** en los ámbitos de las políticas, la financiación, los recursos humanos y la prestación de servicios, **adaptada** a los contextos nacionales y centrada en mejoras cuantificables de los resultados funcionales y de la calidad de vida de las personas mayores.

Sin una implementación estructural de los principios de la Geriatría, los sistemas sanitarios **corren el riesgo** de volverse cada vez más ineficientes, fragmentados y económicamente insostenibles bajo la presión del envejecimiento demográfico.

Por lo tanto, **la inversión en Geriatría** no debe considerarse un gasto sanitario adicional, sino una inversión social estratégica en la sostenibilidad, la capacidad funcional y la dignidad a lo largo de la vida.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA DE USO DE IA: *La IA generativa se utilizó únicamente para ayudar en la revisión editorial de un manuscrito inicial redactado por autores humanos, incluida la mejora del lenguaje, la reducción del texto y la síntesis de ideas complejas en una redacción concisa. La IA también ayudó a identificar literatura potencialmente relevante, mientras que todas las referencias fueron verificadas, evaluadas críticamente y seleccionadas de forma independiente por los autores. La base de evidencia, las recomendaciones de política, la interpretación y el contenido final fueron desarrollados, revisados críticamente y aprobados por los autores, quienes conservan plena responsabilidad sobre el documento.*

Durante la preparación de esta traducción se utilizaron herramientas asistidas por inteligencia artificial para revisión gramatical y de puntuación. La versión final traducida fue revisada y aprobada por el equipo nacional de traducción.

ENLACES DE INTERÉS (disponibles en www.cost-programming.eu/):

1. Documentos de apoyo de PROGRAMMING: La Geriatría importa: el valor añadido para los docentes y responsables del desarrollo curricular en ciencias de la salud / los profesionales sanitarios / las personas mayores y la sociedad civil
2. Publicaciones de la COST Action PROGRAMMING 21122
3. Vídeo de 90'' sobre qué es la COST Action PROGRAMMING 21122
4. Vídeo breve explicando la Geriatría
5. Glosario PROGRAMMING de términos en Geriatría

PROGRAMMING COST ACTION 21122

CIVIL SOCIETY HC EDUCATORS HC PROFESSIONALS

cost EUROPEAN COOPERATION IN SCIENCE & TECHNOLOGY
Funded by the European Union
EuGMS European Geriatric Medicine Society
Fostering geriatric medicine across Europe

BIBLIOGRAFÍA:

1. https://uemsgeriatricmedicine.org/

2. Cesari M, et al. Defining the role and reach of a geriatrician. The Lancet Healthy Longevity, 2024;5. doi:10.1016/j.lanhl.2024.100644

3. OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, doi:10.1787/b3704e14-en

4. Samuel Jay, Paula Whittaker, Jerome Mcintosh, Nicholas Hadden, Can consultant geriatrician led comprehensive geriatric assessment in the emergency department reduce hospital admission rates? A systematic review, Age and Ageing, Volume 46, Issue 3, May 2017, Pages 366–372, doi:10.1093/ageing/afw231

5. Greer SL, Lynch JF, Reeves A, Raj M, Gingrich J, Falkenbach M, Cylus J, Bambra C. The Politics of Healthy Ageing: Myths and realities [Internet]. Cylus J, Normand C, Figueras J, North J, Jackson L, editors. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.

6. https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope

7. NHS England Digital. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in England, final 2024/25 data [Internet]. London: NHS England Digital; 2026 Apr 2 [cited 2026 Aug 24]. Available from: https://digital.nhs.uk/data-and-information/ publications/statistical/patient-reported-outcome-measures-proms/final-2024-25-data

8. Lundqvist M, Alwin J, Henriksson M, Husberg M, Carlsson P, Ekdahl AW. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the AGe-FIT trial. BMC Geriatr. 2018 Jan 31;18:32. doi:10.1186/s12877-017-0703-1

9. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006 Jan;61(1):53-62. doi:10.1093/gerona/61.1.53

10. Ekdahl AW, Wirehn AB, Alwin J, Jaarsma T, Unosson M, Husberg M, Eckerblad J, Milberg A, Krevers B, Carlsson P. Costs and effects of an ambulatory geriatric unit (the AGe-FIT study): a randomized controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2015 Jun 1;16(6):497-503. doi:10.1016/j.jamda.2015.01.074

11. Partridge JSL, Healey A, Modarai B, Harari D, Martin FC, Dhesi JK. Preoperative comprehensive geriatric assessment and optimisation prior to elective arterial vascular surgery: a health economic analysis. Age Ageing. 2021;50(5):1770-1777. doi:10.1093/ageing/afab094

12. Baji P, Patel R, Judge A, Johansen A, Griffin J, Chesser T, et al. Organisational factors associated with hospital costs and patient mortality in the 365 days following hip fracture in England and Wales (REDUCE): a record-linkage cohort study. Lancet Healthy Longev. 2023;4(8):e386-e398. doi:10.1016/S2666-7568(23)00086-7

13. Tan X, Miu X, Wang X, Li X, Chen X, Wen X. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to the hospital as emergencies: a meta-analysis of randomized controlled trials. Geriatr Nurs. 2025 Jul-Aug;64:103374. doi: 10.1016/j.gerinurse.2025.05.013

14. O'Shaughnessy Í, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Ryan D, Steed F, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2022;51:1-11. doi:10.1093/ageing/afac081

15. Ellis G, Robinson D, Langhorne P. et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2011;343:d6553 doi:10.1136/bmj.d6553

16. Ihorst G, Jentschke E, Tatschner K, et al. Effect of geriatric co-management on independence, quality of life, and severe toxicity in vulnerable older patients with cancer: Results of a randomized clinical trial. Journal of Geriatric Oncology 17 (2026). doi:10.1016/j.jgo.2026.102896

17. Petrillo, M., Valdenegro, D., Rahal, C. et al. (2025) Estimating the cost of informal care with a novel two-stage approach to individual synthetic control. Working Paper. Sheffield Economic Research Paper Series (2025004). Department of Economics, University of Sheffield ISSN 1749-8368. doi.org/10.48550/arXiv.2411.10314

18. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030 [Internet]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action

19. Dyer SM, Suen J, Williams H, et al. Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. BMC Geriatr. 2022. Jul 14;22:579. doi:10.1186/s12877-022-03131-2

20. Liljas AE, Brattström F, Burström B, et al. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People - A Systematic Review. Int J Integr Care. 2019 Jul 24;19(3):6. doi:10.5334/ijic.4632

21. Winkelmann J, et al. How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? – Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-can-skill-mix-innovations-support-the-implementation-of-integrated-care-for-people-with-chronic-conditions-and-multimorbidity

22. Fahy N, Mauer N, Panteli D. From ideas to reality - An introduction to generating and implementing innovation in health systems. Available from: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/from-ideas-to-reality-an-introduction-to-generating-and-implementing-innovation-in-health-systems

23. Benson T. Why health services should use generic PROMs and PREMs. BMJ Open Quality 2025;14:e003435. doi:10.1136/bmjoq-2025-003435

24. Ungar A, Cherubini A, Fratiglioni L. Carta of Florence Against Ageism: No Place for Ageism in Healthcare. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2024 Mar 1;79(3):glad264. doi:10.1093/gerona/glad264

EQUIPO PRINCIPAL DE COORDINACIÓN (en orden alfabético):

Rui Buzaco Family Unit, Clínica CUF Estádio José de Alvalade, Lisbon, Portugal **Monserrat Conde** Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford; Cochrane Global Ageing, UK **Sofia Duque** Internal Medicine Department, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa; Nova Medical School, Lisboa. Portugal **Anne Wissendorff Ekdahl** Department of Clinical Sciences, Helsingborg Hospital, Faculty of Medicine, Lund University, Lund, Sweden **Meltem Koca** Department of Geriatric Medicine, Etlik City Hospital, Ankara, Türkiye **Marina Kotsani** Hellenic Society for the Study and Research of Ageing, Athens, Greece **Serdar Ozkok** Department of Internal Medicine, Division of Geriatrics, Istanbul University, Istanbul, Türkiye **Karolina Piotrowicz** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland **Maria Tampaki** Athens Chest Hospital 'Sotiria' and National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

GRUPO DE TRABAJO:
Además de los coordinadores principales (en orden alfabético)

Athanase Benetos University of Nancy, INSERM u1116, Nancy, France **Nenad Bogdanovic** Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden **Sylvie Bonin-Guillaume** Aix Marseille University, University hospital of Marseille, France **Tahir Masud** Nottingham University Hospitals NHS Trust, UK **Ian Perera** Department of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland (proofreading) **Mirko Petrovic** Ghent University, Ghent, Belgium **Maria Cristina Polidori** University Hospital of Cologne,Germany **Roman Romero-Ortuno** Trinity College Dublin, Ireland. **Tamar Yellon** Hebrew University of Jerusalem, Israel.

EQUIPO DE TRADUCCIÓN:
Santiago Cotobal Rodeles y Laura Mónica Perez Bazan

PERSONAS DE CONTACTO:
Santiago Cotobal Rodeles scotobalr@gmail.com y
Laura Mónica Perez Bazan lperez@perevirgili.cat