

**ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS
SANITARIOS DEDICADOS A LA DEPENDENCIA:
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN DOMICILIARIA Y
HOSPITALIZACIÓN.**

**INFORME DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y
GERONTOLOGÍA**

Autores por orden alfabético:

- García Navarro, José Augusto
- Gómez Pavón, Javier
- Maturana Navarrete, Nicolás
- Ramírez Arrizabalaga, Reyes
- Rodríguez Valcarce, Ana
- Ruipérez Cantera, Isidoro
- Salvà Casanovas, Antoni
- Sánchez del Corral Usaola, Francisco
- Sepúlveda Moya, Diego

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS SANITARIOS DEDICADOS A LA DEPENDENCIA: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN.

Introducción: Necesidades de atención sanitaria de las personas mayores dependientes.

1. Situación y evaluación de la asistencia sanitaria a las personas mayores en España.

1.1. Análisis y evaluación de la atención primaria de salud (APS):

- 1.1.1. Cobertura asistencial.
- 1.1.2. Programas específicos y su grado de cumplimiento.
- 1.1.3. Equipos específicos de asistencia (ESAD, PADES...).
- 1.1.4. La coordinación sociosanitaria desde la APS.

1.2. Análisis y evaluación de la atención hospitalaria y especializada:

- 1.2.1. La geriatría, el paciente geriátrico y otras especialidades médicas.
- 1.2.2. Los hospitales generales de agudos.
- 1.2.3. Las unidades de media estancia y convalecencia.
- 1.2.4. Los hospitales y unidades de larga estancia.
- 1.2.5. La hospitalización domiciliaria.
- 1.2.6. La atención especializada y los Centros diurnos.
- 1.2.7. La atención especializada y las Residencias asistidas.
- 1.2.8. La coordinación sociosanitaria en atención especializada.
- 1.2.9. Peculiaridades y diferencias según las diferentes CCAA.

2. Propuestas para la mejora de la atención sanitaria a las personas mayores dependientes.

- 2.1. La prevención de la dependencia.
 - 2.1.1. Promover programas comunitarios y de envejecimiento saludable.
- 2.2. Potenciar programas de atención domiciliaria.
- 2.3. Desarrollo de centros diurnos.
- 2.4. Potenciar la cobertura sanitaria de las residencias asistidas.
- 2.5. Generalizar la cobertura geriátrica en los hospitales generales.
- 2.6. Garantizar el acceso a unidades de media estancia o convalecencia.
- 2.7. Desarrollo de suficientes camas de larga estancia.
- 2.8. Potenciar la coordinación sociosanitaria.
- 2.9. Implantar controles de calidad específicos de prevención y atención a la dependencia.

INTRODUCCIÓN

NECESIDADES DE ATENCIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.

Nadie duda de la gran trascendencia que la dependencia tiene en el ámbito social o familiar. Sorprende, sin embargo, las dudas que en ocasiones suscita la importancia del componente sanitario de la misma. Sin entrar en valoraciones de el por qué de esta controversia, la atención sanitaria a las personas mayores dependientes es un factor clave por los siguientes motivos:

- Las enfermedades son, con gran diferencia, la causa principal de la dependencia.
- En muchas ocasiones esas enfermedades se han podido prevenir (medicina preventiva).
- La mayoría de las enfermedades que ya están causando dependencia requieren controles y tratamientos para evitar, entre otras cosas, que la dependencia progrese (medicina asistencial).
- Son muy frecuentes las descompensaciones de las patologías crónicas, al igual que las patologías múltiples, con su polifarmacia añadida, etc., lo que conlleva a una especial dificultad en el manejo asistencial (domicilio, residencia, hospital) y clínico (diferentes especialidades) de estos pacientes.
- Con frecuencia son los problemas sanitarios de las personas mayores dependientes los que desbordan las situaciones de asistencia domiciliaria o residencial.

La situación de partida en nuestro país para abordar este componente sanitario de la dependencia es buena: la Ley General de Sanidad garantiza la atención sanitaria a todos los ciudadanos. Es, por lo tanto, una obligación de todos aprovechar esta situación, adaptándola a estas necesidades específicas, para que la respuesta sea eficiente. En este Capítulo 4 se tratará de aportar luz al respecto.

1. SITUACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.

1.1. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

1.1.1.- COBERTURA ASISTENCIAL.

En 1984 se inició legislativamente la reforma de asistencia médica ambulatoria en España con la promulgación del RD. sobre Estructuras Básicas de salud. Este proceso de reforma de atención primaria de salud (APS) en España incluye como pilares organizativos de la APS: el centro de salud (estructura física y funcional) y el equipo de atención primaria (EAP) (profesionales sanitarios y no sanitarios), que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada (tabla 1).

En el año 2002 finalizó el proceso de transferencia de la gestión de los sistemas sanitarios a todas las comunidades autónomas. La reforma de la APS en España ha influido muy positivamente en la calidad de la atención de salud prestada a la población con una valoración positiva de los cambios introducidos, por parte del usuario.

1.1.1.a – Actividad Asistencial.

Como se confirma en los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2001, el ámbito donde se producen la mayoría de las consultas al médico por parte de la población general es en los centros de salud (57,2%) , frente al 20% en el centro de especialidades y el 9% en consultas externas del hospital, siendo los mayores de 65 años, con un 37,8% los que más consultas generaron (el 33% de los hombres y el 41,4% de las mujeres).

1.1.1.a.1 – Presión asistencial (usuario/ profesional/día).

Los médicos de familia tienen un promedio de 40 ó menos pacientes / día. El promedio global puede verse en la tabla 2. Destaca la disminución del modelo tradicional, dado el progresivo aumento de cobertura de modelo EAP y un nítido aumento de consultas de enfermería, al ir asumiendo un importante papel en algunos programas completos casi siempre dirigidos a ciudadanos de edades más avanzadas, como pueden ser el de actividades preventivas para personas mayores ó el de seguimiento de pacientes crónicos ó inmovilizados.

1.1.1.a.2 – Frecuentación.

La frecuentación (tabla 3) desciende en medicina de familia, manteniéndose prácticamente estable en pediatría y enfermería en comparación con el año 1999. Según datos de ENS 2001, al menos el 80% de la población mayor de 65 años acude una vez al año al médico y el 30% lo hace una vez al mes.

1.1.1.b - La atención a personas mayores de 65 en APS.

Los datos que se exponen sobre este punto han sido obtenidos mayoritariamente de la encuesta Geriatria XXI, dado la escasa existencia de los mismos en las informaciones oficiales e incluso en las publicaciones científicas al respecto.

1.1.1.b.1 - Consultas en el centro de salud / ambulatorio.

Según Geriatria XXI, el 46,58% de los pacientes atendidos en las consultas de EAP son personas mayores, siendo este porcentaje ligeramente más alto en el medio rural que en el urbano e igualmente superior en los consultorios que en los centros de salud. Un 27,2% de los médicos tienen más de un 60% de sus pacientes dentro del grupo de los mayores y más de un 15,5 tiene a su vez un 15% de sus pacientes en el segmento de edad de 80 años y más (tabla 4).

1.1.1.b.1.1- Tasas de frecuentación.

La importante frecuentación de las personas mayores en AP es difícil compararla con estadísticas oficiales, aunque si se puede hacer con las existentes para Castilla y León (figura 1), mostrando una considerable coincidencia ya que según los mismos, el 47% de las consultas en mayores de 14 años se realizan a personas mayores.

Utilizando estos valores podemos calcular las tasas de frecuentación en APS por 1000 habitantes en los diferentes grupos de edad, siendo similar para niños y adultos pero claramente superior en personas mayores (figura 2).

1.1.1.b.1.2 - Tiempo dedicado a la consulta.

Las personas mayores necesitan mayor tiempo de atención. Para el conjunto de adultos, el 42% de los médicos dedica al paciente menos de 6 minutos, y sólo un 10,5% más de 11 minutos; por el contrario, para las personas mayores, sólo el 22,85 de los médicos les dedican menos de 6 minutos.

El promedio para adultos es de 7,4 minutos, promedio que sube hasta 10,3 minutos para las personas mayores, siendo estos tiempos ligeramente superiores en el ámbito rural y consultorios, tal como puede observarse en la tabla 5.

1.1.1.b.1.3 - Motivos de consulta.

Los pacientes acuden a las consultas por los motivos expuestos en la figura 3.

1.1.1.b.1.4 - Consultas en domicilio

Las visitas domiciliarias se realizan fundamentalmente al colectivo de personas mayores (tabla 6), suponiendo más del 40 % de las realizadas por los médicos de APS. El análisis de datos por edades geriátricas no muestra especiales diferencias significativas en cuanto al motivo de consulta a domicilio, si el corte se realiza a partir de los 65 y 80 años, aunque se aprecia una tendencia a un ligero aumento para el incremento de edad (tabla 7).

El tiempo medio de visita es más alto en las personas mayores, cerca de un 85% de las visitas son de más de 10 minutos y en cerca del 25% de más de 20 minutos.

Los tiempos promedio son para adultos de 15,1 minutos y para ancianos de 21 minutos, sin variación según el tipo de centro, pero superior en el ámbito urbano y a mayor tiempo de ejercicio profesional, en contraste esto último con el tiempo de utilización en consulta para el conjunto de la población adulta, ya que es superior a menor tiempo de ejercicio profesional.

1.1.2.- PROGRAMAS QUE AFECTAN AL ANCIANO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SU GRADO DE CUMPLIMIENTO.

La situación de la población anciana que vive mayoritariamente en la comunidad (97% de la población mayor de 65 años), con una tipología heterogénea que varía desde el anciano sano hasta aquel con múltiples enfermedades, hace que sea imprescindible la participación de la APS en la organización del sistema de atención comunitaria a las personas mayores.

La APS es, dentro de la organización sanitaria, el nivel responsable de la promoción del auto cuidado y del cuidado informal en los ancianos del ahora y del futuro; la detección precoz de los problemas de salud; la intervención sobre múltiples problemas de salud; la detección precoz de la incapacidad; la detección de los ancianos de riesgo; y la reinserción a cuidados en la comunidad de los ancianos enfermos e incapacitados.

Es responsable de ofertar, además sus otras características: atención a la mayoría de los problemas de salud sin hacer distinción según edad (el anciano consume un 40 % de la actividad total del médico general) y el suministro de medicación (este grupo de población supone un consumo de fármacos de más del 50 % de lo prescrito en APS). La atención continuada y longitudinal que realiza el sistema de APS es el adecuado para realizar estas funciones. Los objetivos primordiales del cuidado a los ancianos en la APS son dos : aportar una ayuda que predisponga a una larga vida de bienestar y favorecer que acontezca una muerte digna en el domicilio, para ello a diferencia de lo que ocurre en general en atención especializada, los planificadores y profesionales de APS sí han percibido la necesidad de adecuar el tipo de asistencia que se presta a ese nivel a las peculiaridades que presentan las personas mayores. Este reconocimiento ha generado las siguientes actividades:

1.1.2.a - Programa del anciano

Las recomendaciones actuales ponen especial énfasis en que es mejor para las personas dependientes permanecer en sus hogares con los miembros de su familia cercana, por ello se puso en marcha éste programa con la intención de lograr una atención de calidad a las personas mayores. El objetivo general del programa es el de fomentar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores de 65 años. Y los objetivos específicos son el de promover la salud de las personas mayores de 65 años y prevenir los riesgos relacionados con su edad; y el de garantizar la continuidad de los cuidados que las personas mayores de 65 años deben recibir acordes a su nivel de salud (sano, enfermo) y con el nivel de riesgo al que esté expuesto. La evaluación del cumplimiento del programa se realiza a través de la cartera de servicios (normas técnicas mínimas), como se expone en la tabla 8.

1.1.2.b.- Programa de atención domiciliaria

La atención domiciliaria (AD) ,es una de las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria (EAP). La continuidad de la asistencia y de los cuidados de salud es una de las características fundamentales de la APS y su realización práctica no es posible sin contemplar el ámbito domiciliario.

La población diana del programa de AD es:

- Personas que padecen una enfermedad crónica invalidante, o situación de incapacidad de origen multicausal, que les impide el desplazamiento al centro de salud.
- Personas afectadas por un problema de salud que requiere asistencia sanitaria frecuente, pero los condicionantes socio familiares les impide la asistencia regular al centro de salud. La inclusión en el programa de estos pacientes es temporal hasta que se resuelva el problema de salud o desaparezcan los condicionantes socio-sanitarios que dificultan la asistencia al centro de salud.
- Los ancianos de alto riesgo socio-sanitario determinado por la edad (mayores de 80 años), por las situaciones de soledad, de aislamiento social, de bajo soporte familiar o situaciones de duelo. Estas personas precisan una valoración multidimensional en el domicilio.
- Los pacientes con enfermedad en fase terminal, independientemente del tipo de enfermedad.

En Atención Primaria el programa de AD se desglosa en dos subprogramas:

- 1- AD a pacientes inmovilizados
- 2- AD a pacientes terminales

1.1.2.b.1- Contenidos de las actividades del programa de atención domiciliaria

Dichas actividades van enmarcadas en una metodología de trabajo multifactorial, de forma que aborde las distintas esferas del sujeto desde las diversas perspectivas de la intervención: prevención y promoción de la salud, asistencial y rehabilitadora.

- Actividades de prevención y promoción de la salud: las recomendaciones del Programa de actividades de prevención y promoción de la salud, constituyen una adecuada guía. Podemos poner como ejemplo, el control de la medicación que toma el paciente, evitar accidentes domésticos, evitar el síndrome del “ cuidador quemado”...
- Actividades asistenciales: actividades necesarias para la atención de los problemas de salud agudos y crónicos que afectan al paciente.

- Actividades rehabilitadoras: Existe un déficit evidente de profesionales rehabilitadores, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales que ejerzan su actividad en los domicilios de los pacientes, o que establezcan las directrices al respecto.

Las actividades del programa se llevan a cabo en :

- Las consultas domiciliarias programadas, que se realizaran con una frecuencia que variará según la situación del paciente. Recae en mayor proporción en los profesionales de enfermería, salvo los pacientes terminales, los cuales precisan a todos los miembros de la unidad.
- Las consultas domiciliarias a demanda se realizan en respuesta a la solicitud de los pacientes y/o familiares, bien por un problema agudo o por escasez de consultas programadas.
- El sistema de consultas telefónicas, puede ser un buen sistema de ayuda para el seguimiento de los pacientes. Debería establecerse en doble sentido, la familia realiza una consulta por teléfono estableciendo un problema para cuya resolución adquiere una recomendación de los profesionales, y los profesionales establecen la consulta para realizar el seguimiento que deseen.

Los resultados de la evaluación del programa se realiza a través de la cartera de servicios (tabla 9) distinguiéndose los dos subprogramas: programa de inmovilizados (tabla 10) y programa de terminales (tabla 11).

1.1.2.b.2. – Programa de actividades de prevención y promoción de la salud (PAPPS)

Desde su fundación en 1988 , por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) ,se ha caracterizado siempre por la generación de recomendaciones de prevención y promoción de la salud en un marco de priorización temática y metodológica, con unas bases sólidas de evidencia científica. Esta generación de recomendaciones se ha acompañado cada dos años de análisis sobre su grado de implantación real en los centros y consultas adscritos a este programa. La organización Mundial de la Salud (OMS) auspicia un programa de características similares al PAPPS, pero de ámbito europeo, denominado European Review Group on Health Promotion and Prevention (EUROPREV). La coordinación del Europrev se lleva a cabo desde SEMFYC, y el PAPPS es uno de los programas incluidos en Europrev. Las recomendaciones del PAPPS, y de otros organismos como el US TASK FORCE, han ido poniendo cada vez más énfasis, en las actividades de prevención primaria basadas en el consejo y educación sanitaria, dirigidos a conseguir cambios en las conductas de riesgo tanto a nivel individual como poblacional. En el año 2003, este programa estaba implantado en 695 centros de salud, distribuidos en 17 CCAA.

El objetivo de las actividades preventivas en los mayores, sería no tanto el aumento de la expectativa de vida, sino el aumento de la expectativa de vida libre de incapacidad, es decir prevenir el deterioro funcional y cuándo este se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. En esta población la prevención secundaria y terciaria son más relevantes, ya que se enfocan a la prevención de incapacidades. La evidencia científica con estudios aleatorizados en esta población es escasa, por lo que algunas recomendaciones proceden de evidencias indirectas de los programas de valoración geriátrica.

➤ *Actividades preventivas comunes con el adulto:*

- Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria.
- Recomendaciones sobre estilo de vida.
- Prevención del cáncer.
- Prevención de enfermedades infecciosas.
- Prevención de los trastornos de salud mental desde la APS.

➤ *Prevención y promoción de la salud de enfermedades prevalentes en los ancianos:*

- Vacunación de gripe, antineumococo y tétanos.
- Prevención del maltrato.
- Prevención en los siguientes síndromes geriátricos:
 - Caídas; Demencias; Alteraciones de la visión; Hipoacusia; Medicación en el anciano; Incontinencia urinaria; Malnutrición; Valoración Geriátrica Global (VGG) en APS al anciano frágil o en riesgo.

1.1.2.b.3- Cartera de servicios año 2000 (tabla 13)

La evaluación de la calidad, definida a través de las normas técnicas mínimas, se realiza mediante el sistema de auditoria de historias clínicas, con una evaluación de 147.121 historias en el año 2000, en todo el territorio del INSALUD. Los criterios fijados en los años anteriores sobre el diseño y metodología de evolución, para mejorar el grado de concordancia entre diferentes observadores, han permitido a las 57 áreas constituir grupos evaluadores integrados por profesionales de las unidades clínico asistenciales y miembros del equipo directivo en la totalidad de las gerencias. En cada programa se evaluarán unas normas técnicas mínimas (NTM).

- Servicio 316: Prevención y detección de problemas en el anciano: La evaluación de NTM de prevención y detección de problemas en el anciano se ha efectuado en el año 2000 sobre 1.076 unidades clínico-asistenciales,

evaluándose 24.929 historias clínicas y el cumplimiento medio alcanzado es de 62.50%.

- Servicio 313: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: La evaluación de las NTM en el servicio de AD a pacientes inmovilizados en el año 2000, se realizó sobre 1.155 unidades clínico-asistenciales. Se evaluaron 22.162 historias clínicas con un cumplimiento medio alcanzado de 81.73% respecto al año anterior que alcanzo un 74.24%. Estos resultados ponen de manifiesto que el establecimiento de medidas de mejora y reevaluación realizada en el año 2000 ha tenido sus frutos y, por tanto, expresa la importancia de la evaluación como herramienta de calidad.
- Servicio 314: Atención a pacientes Terminales: En el Año 2000 mientras que el servicio de AD a pacientes inmovilizados aumenta respecto al año anterior, el de atención a pacientes terminales experimenta un descenso de su cobertura, debido a la evaluación de criterio de inclusión. Por su parte el servicio de prevención y detección de problemas en el anciano tiene en este ejercicio, un incremento destacable de 18.934 personas.
- PAPPS en el anciano: Su creación fue en el año 2001, no existiendo datos de cumplimiento en el año 2000, aunque se espera tenerlos este año al incorporarse un nuevo programa en el año 2003, de evaluación automática del PAPPS en el sistema OMI-AP, que permite obtener fácilmente los resultados en los centros informatizados..

1.1.2.c.- Equipos de Soporte a Domicilio (ESAD)

Desde 1998 en el territorio INSALUD se implantaron los Equipos de soporte de Atención domiciliaria (ESAD) que se describen en el punto 1.1.3.

1.1.3. EQUIPOS ESPECÍFICOS DE ASISTENCIA (ESAD, PADES,...).

1.1.3.1. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte

Para sistematizar la actuación y elevar la calidad asistencial, ya desde 1991 se incluye en la Cartera de Servicios de APS del INSALUD el *Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y Terminales* (véase capítulo 1.1.2), posteriormente desdoblado en dos programas independientes: *Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados* y *Atención a Pacientes Terminales*. Sin embargo, la creciente complejidad y necesidades cambiantes de estos pacientes, así como la proliferación de recursos tanto sociales como sanitarios de que se pueden beneficiar a lo largo de su evolución, son dificultades añadidas para los profesionales de APS, que con frecuencia se sienten desbordados tanto por el número de pacientes que requieren atención en domicilio como por la falta de "consultores" a los que acudir en los casos más problemáticos. Es sin duda en estos pacientes en los que resulta más difícil la coordinación entre APS y Atención Especializada, incluyendo los Servicios de Urgencias.

Con el objetivo general de mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta en domicilio y potenciar el mismo como lugar de atención, la antigua Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD implantó en 1998 el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD) en las Áreas 1, 2 y 4 de Madrid (INSALUD. 1998; INSALUD. 1999; Resolución de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD (BOE de 10 de agosto de 1999)).

Dados los positivos resultados objetivados sobre la formación de profesionales, calidad asistencial y coordinación socio sanitaria, en el mismo año 1999 se inicia una estrategia de consolidación y extensión de Programas de Atención Domiciliaria con ESAD, implantándose en un total de 10 Áreas del antiguo INSALUD (cobertura del 33,3% de la población) y llegando en el año 2000 a 16 Áreas (47,4% de la población). Desafortunadamente, en los últimos años esta estrategia de extensión ha sufrido una importante desaceleración.

Aunque la composición de los ESAD puede variar con la inclusión de diversos profesionales (trabajador social, psicólogo, profesionales de rehabilitación,...), la mayoría de los que existen en la actualidad están compuestos por dos médicos, dos profesionales de enfermería, un auxiliar clínico y un auxiliar administrativo; se valora especialmente una formación postgraduada en geriatría, cuidados paliativos, patologías crónicas invalidantes y APS.

A continuación se presentan los resultados más significativos de la evaluación realizada por la Subdirección General de Atención Primaria sobre la actividad de los ESAD durante el año 2001. Se trata de los últimos datos de conjunto disponibles, dada la posterior

transferencia de competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas. Como se muestra la tabla 13, a finales de 2001 el 47,4% de la población atendida por el INSALUD tenía acceso al Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte. En la Cartera de Servicios de Atención Primaria del INSALUD se establece que el 11% de la población mayor de 65 años sería susceptible de atención domiciliaria como "inmovilizados"; y el 2 por 1000 de la población general lo sería como "terminales". En el año 2001 la cobertura alcanzó al 38% de pacientes inmovilizados y a 57% de terminales. En conjunto, un total de 68.407 personas, siendo el 88% inmovilizados (INSALUD. 2002).

Respecto la distribución por edades, el 94% de los inmovilizados tenían 65 años o más (43,8% más de 85 años), mientras que estas cifras son, respectivamente, del 82,5% y del 24% en los terminales. El 65,6% del total fueron mujeres, siendo los porcentajes crecientes en el Servicio inmovilizados y al aumentar la edad.

En la tabla 14 se muestra que la inmensa mayoría de los pacientes domiciliarios (95,2%) fueron atendidos por los equipos de APS, sin la colaboración del ESAD. Estas unidades participaron en la atención del 4,8% de los pacientes, de los cuales en casi un tercio (32,5%) se realizó sin la colaboración de los profesionales de APS. Según el tipo de paciente, la intervención de los ESAD fue mayor en los terminales (28% de los incluidos en programa; de ellos, 60% de forma conjunta) que en los inmovilizados (1,6%; 84,7% de forma conjunta).

En cuanto los motivos de inclusión en el Programa de inmovilizados destacan: enfermedad neurológica o psiquiátrica (22,4%), enfermedad cardiocirculatoria (19,7%), problemas de accesibilidad / limitaciones del cuidador principal / condicionantes sociales (17%), enfermedad ósea o articular (11,6%) y enfermedad respiratoria (5,6%). Un 80,9% de los pacientes terminales lo fueron por enfermedad oncológica, el 5,9% por enfermedad cardiocirculatoria y el 4% por enfermedad neurológica.

Respecto la actividad de coordinación, se han registrado 798 reuniones con diferentes unidades y recursos, la mayoría (413) con servicios hospitalarios; y 13.978 consultas telefónicas de coordinación con profesionales de APS.

Durante el año 2001 se realizaron 497 sesiones docentes en centros de salud, rotaron por los ESAD 229 profesionales y se impartieron 550 horas entre cursos, seminarios y talleres. En diciembre de 2001, nueve ESAD tenían abiertos 20 proyectos de investigación.

1.1.3.2. PADES

Los Equipos de Soporte a la Atención Domiciliaria (PADES) fueron creados en 1986 por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, en el programa Vida als Anys, destinado a la atención de las personas mayores enfermas, enfermos crónicos y terminales. Se trata de unidades superponibles a los ESAD desarrollados por el antiguo INSALUD, de los que probablemente fueron modelo. En este capítulo se hace solamente una breve referencia a ellos, dado que su difusión se limita a Cataluña.

Respecto a su composición, están formados por un médico, dos profesionales de enfermería y un trabajador social. Al igual que los ESAD, sus funciones principales son la asistencial, de manera compartida con APS y la coordinación con atención especializada y con los recursos sociosanitarios, más desarrollados en Cataluña que en el resto del país.

En la actualidad (Salvà A et al . 2004) existen 68 equipos, que dan cobertura a la práctica totalidad de la población. En el año 2002 atendieron a 14.497 pacientes. Con respecto al tipo de paciente, el 44% son oncológicos y el resto geriátricos. En cuanto a la alta, en el 42% los pacientes es por fallecimiento; del resto, el 50,2% se deriva APS, un 22% ingresa en un centro sociosanitario y un 16% en un hospital de agudos.

1.1.3.3. Unidades de Cuidados Paliativos

De las diversas unidades que existen en nuestro país para la atención domiciliaria al paciente oncológico terminal, merece la pena citar aquí a los Equipos de Cuidados Paliativos de la Asociación Española contra el Cáncer, dada su difusión por gran parte del territorio nacional (Acuerdo Marco con el INSALUD) y su filosofía de colaboración con APS y con Atención Especializada, si bien con un menor grado de exigencia que los ESAD.

Se trata de equipos formados por un médico, un profesional de enfermería, un psicólogo, un trabajador social y tres o cuatro voluntarios. A diferencia de los equipos antes descritos, recibe a los pacientes tanto a través de APS como del hospital o por contacto directo de la familia del paciente. Suelen estar ubicados en los centros hospitalarios, realizando su trabajo en coordinación con el Servicio de Oncología.

Respecto a su actividad, no disponemos de datos generales del conjunto del país, por lo que se presenta aquí un resumen de la actividad del año 2003 en la Comunidad de Madrid, donde existen seis equipos completos. En el año mencionado, atendieron 870 pacientes, de los cuales 718 entraron en programa. Se realizaron un total de 10.142 visitas (9.563 domiciliarias, 162 a pacientes ingresados y 417 en despacho). La media de visitas por paciente fue de 11 y la de supervivencia en domicilio de 37 días. El 58% de los pacientes atendidos fallecieron en su domicilio.

1.1.5.LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DESDE LA APS.

La coordinación de los equipos de atención primaria de salud debe estudiarse en dos vertientes. La que debe tener lugar entre los profesionales del propio equipo y la que debe establecerse entre éstos y otros profesionales fuera de él.

En relación entre la coordinación entre los diferentes profesionales del equipo, comparada con la asistencia primaria tradicional, la APS en centros de salud ha impuesto un estilo de trabajo multidisciplinario, con existencia en la mayoría de los centros de salud de sesiones interdisciplinarias periódicas en relación a gestión de casos, formación o motivos puramente asistenciales.

1.1.5. a- Coordinación entre APS y Atención Especializada.

Los casos de pacientes de edad avanzada no han sido sometidos a una sistemática de coordinación diferenciada entre ambos niveles asistenciales. La comunicación, los comentarios y los intercambios de puntos de vista con otros especialistas se limitan a las meras “hojas de interconsulta”, de la que generalmente el propio paciente o sus familiares son los portadores. La relación mejora notablemente cuando existe un servicio de geriatría en el área, sobre todo si disponen de atención geriátrica domiciliaria, ya que en estos casos es posible comunicar directamente por teléfono con el geriatra, comentar casos en sesiones o reuniones periódicas en el propio centro de salud, e incluso realizar visitas conjuntas con el especialista en geriatría en el propio domicilio del paciente. Esta actividad mejora notablemente el grado de comunicación y coordinación entre ambos niveles, evita el uso de hospitalizaciones, resulta más cómodo para los pacientes y sus familiares, y mejora el grado de satisfacción de los profesionales de ambos niveles.

No obstante la APS hace especial esfuerzo en fijar medidas encaminadas a garantizar la interrelación con la atención especializada, a través de mejora de los sistemas de información, ínter consultas docentes, pactos oferta- demanda, circuitos , protocolo conjuntos , ...y mejoras en la utilización de recursos.

Todas estas medidas se han traducido en un significativo aumento de la oferta tanto de ínter consultas como de pruebas de laboratorio o radiodiagnóstico en APS (Tabla 16). Estos datos no hacen referencia ya que se desconocen la incidencia de los mismos en las personas mayores de 65 años, en donde el paciente es complejo, con múltiples especialistas a quien acudir, y en donde se dispone de especialista en geriatría en un tercio de los hospitales españoles.

Datos referentes al ESAD respecto a la actividad de coordinación con especializada y APS, siendo esta una de sus principales objetivos, se han registrado 798 reuniones con

diferentes unidades y recursos, la mayoría (413) con servicios hospitalarios; y 13.978 consultas telefónicas de coordinación con profesionales de APS.

1.1.4.b.- Coordinación entre APS y Servicios Sociales

La coordinación con los servicios sociales desde APS suele ser en relación al trabajador social del centro. En este sentido no existen datos claros referentes a los trabajadores sociales en el ámbito de APS, aunque refiriéndonos al cuestionario enviado a médicos de APS (Geriatría XXI, 2000) el 78.1% refería disponer de trabajador social en su entorno de trabajo. En la gran mayoría de los centros de salud, es la trabajadora social a demanda de los profesionales sanitarios (médico o enfermera) quien evalúa el caso, solicitando de acuerdo a sus necesidades el correspondiente servicio social (institucional o comunitario).

En este sentido es especialmente notable la carencia de comisiones sociosanitarias de distrito o de zona, o sus equivalentes según las diferentes CCAA que constituyan un verdadero foro donde profesionales de los servicios sociales y sanitarios puedan comunicarse, compartir información y tomar decisiones para lograr una mayor calidad asistencial y aprovechamiento de los recursos. Dichas comisiones sociosanitarias entre 1994 y 1996 se pusieron en funcionamiento en numerosas áreas sanitarias del territorio del INSALUD. Aunque la experiencia nunca fue evaluada de forma rigurosa, se admite comúnmente que, salvo algunas excepciones, estas comisiones adolecieron de capacidad ejecutiva para gestionar casos y reordenar recursos, y acabaron siendo un foro de discusión de escasa trascendencia (Geriatría XXI, 2000). Una de las causas de estos resultados es la falta de recursos específicos que puedan ser coordinados.

La falta de coordinación entre los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales es uno de los problemas que tradicionalmente se pone de manifiesto cuando se analiza el modo en que se organiza la prestación sociosanitaria. Y, desgraciadamente, esta crítica continúa aún vigente. No obstante, un total de siete CC.AA. han creado un órgano de coordinación de las prestaciones sociosanitarias que coordina las actuaciones de los servicios de Sanidad y de Servicios Sociales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003): Cataluña, País Vasco, Galicia, Navarra, Castilla y León, Aragón y Cantabria. El resto de CC.AA. carece de mecanismos formales de coordinación asimilables a los de las regiones comentadas.

En general, las competencias se encuentran repartidas entre las Consejerías de Sanidad y las de Servicios Sociales, con redes sanitarias y sociales independientes.

1.2. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA

1.2.1. LA GERIATRÍA, EL PACIENTE GERIÁTRICO Y OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS.

La Ley General de Especialidades Médicas de 1978, reconoce a la geriatría como una especialidad más en nuestro país, en igualdad de condiciones que cualquier otra. Su objetivo es “no solo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en las personas mayores, sino también su recuperación de función y su reinserción en la sociedad” (Sociedad Británica de Geriatría).

Definir adecuadamente a la población diana de ser susceptible de asistencia geriátrica especializada, es primordial para que este tipo de atención sea eficiente. Hoy existen dos grandes tendencias en el mundo occidental para definir las:

1. A partir de una alta edad, aproximadamente los 80 años, cuando la fragilidad de la persona es lo habitual, y donde las actuaciones preventivas y asistenciales a la dependencia son más eficaces.
2. Cuando cualquier persona mayor de 65 años padece algún síndrome geriátrico como son: deterioro cognitivo, limitación de la movilidad, caídas, desnutrición, alteraciones de los sentidos, depresión, incontinencia, etc.

En nuestro país se llegó a un consenso (INSALUD, 1995), para definir como “paciente geriátrico”, y por lo tanto susceptible de recibir asistencia geriátrica especializada, al que cumple tres o más de los siguientes cinco criterios:

- Mayor de 75 años.
- Tener patología crónica o crónica reagudizada con tendencia incapacitante.
- Padecer pluripatología.
- Tener problemas psíquicos acompañantes o predominantes.
- Relación de su estado de salud con problemática social o familiar.

Cualquiera de las tres opciones descritas servirá para delimitar a la población anciana dependiente, o en alto riesgo de serlo, y que pueda recibir una asistencia geriátrica adecuada en el contexto de una atención integral a la dependencia. La aplicación conjunta de las tres posibilidades sería lo más completo.

El alto índice de envejecimiento de nuestro país, hace que la población anciana suponga una parte importante de la actividad cotidiana de otras muchas especialidades médicas. A nivel comunitario el protagonismo lo tiene la atención primaria de salud (APS), y a nivel hospitalario la medicina interna, traumatología, cirugía general, etc.

Todas las especialidades sanitarias deben de seguir jugando un importante papel en la atención a las personas mayores dependientes. Tres serán al menos los hechos diferenciales a tener en cuenta en este objetivo:

1. Priorizar en la prevención de la dependencia en todas sus formas.
2. Evitar cualquier tipo de discriminación por edad y/o situación de dependencia.
3. Formación y capacitación en todos los aspectos específicos de la atención sanitaria a las personas dependientes.

La coordinación y apoyo mutuo entre la asistencia geriátrica especializada, la APS y otras especialidades hospitalarias, es clave y de evidentes ventajas para la eficacia global de la asistencia sanitaria a las personas mayores dependientes.

1.2.2.- LOS HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS.

En España, como en la mayoría de los países de nuestro entorno europeo, casi la práctica totalidad de las personas mayores tienen cobertura sanitaria a través del Sistema Nacional de la Salud. Así, alrededor de un 98% de las personas mayores utilizan la sanidad pública cuando precisan de cuidados médicos. En este ámbito es indudable que en general, la asistencia hospitalaria aguda de modelo tradicional puede dar una respuesta de calidad a las personas mayores. Sin embargo, es importante destacar, que en muchas ocasiones ello no es suficiente, ya que un grupo específico de ancianos, ancianos en riesgo, vulnerables, frágiles/pacientes geriátricos (descritos en el apartado anterior y que constituyen un 15-20% de la población mayor de 65 años) precisan de una atención específica a los múltiples problemas que presentan con alto riesgo de incapacidad y dependencia y que la hospitalización aguda puede agravar y/o generar.

1.2.2.a.- Asistencia geriátrica especializada en los hospitales generales de agudos

Aproximadamente el 10% de los mayores de 65 años ingresan al menos una vez al año en un hospital general. Es bien sabido que las personas mayores, pero sobretodo las de mayor edad, son el colectivo que realiza una mayor utilización de los recursos sanitarios: frecuentación hospitalaria 1,9 veces mayor para ingreso hospitalario, siendo de 2,2 para los mayores de 75 años; un 35% del total de los ingresos hospitalarios; un 49% de las estancias, pero con una estancia media de 10,6 días frente a los 8,03 días en menores de 65 años. La población anciana consume más recursos hospitalarios porque su tasa de morbimortalidad es mayor que la de otros grupos de edad. (ENS 1997; Geriatria XXI. 2000).

Durante la fase aguda de la enfermedad es cuando mayor riesgo de dependencia y mortalidad existe en el anciano, especialmente en el anciano frágil si es tratado. Además, si durante la hospitalización el anciano frágil no es atendido correctamente, suele producirse un consumo ineficiente de los recursos sanitarios y sociales. Numerosos estudios muestran que los ancianos ingresan en el hospital más adecuadamente y con patologías más graves (González-Montalbo J et al. 1994; Zambrana L et al. 2001). Pese a que su estancia media es mayor en un 32%, el porcentaje de las llamadas estancias inadecuadas no se asocia a la edad. Cuando se analizan las causas de las estancias hospitalarias inadecuadas de los ancianos la mayoría parecen estar en relación con problemas en la programación hospitalaria y sobre todo con el proceso de atención médica (diagnóstico médico incompleto, sobreprescripción de medicamentos, infrautilización de la rehabilitación, institucionalización inadecuada, pobre coordinación con los equipos de atención primaria).

En este sentido, en relación con la fase aguda de enfermedad, existen múltiples estudios aleatorizados y prospectivos que demuestran la validez y la eficiencia de unidades especializadas de geriatría respecto a las unidades tradicionales en los hospitales de agudos. La atención geriátrica especializada (las Unidades Geriátricas de Agudos o Acute Care for Elders Units; y los equipos geriátricos multidisciplinares evaluadores), comparada con la atención hospitalaria tradicional, mejora la supervivencia, la situación funcional y mental, el uso de fármacos y la posibilidad de evitar la institucionalización y la hospitalización, a un coste similar (Landefeld CS et al. 1995; Harris RD et al. 1991; Asplund K et al. 2000; Counsell SR et al. 2000; Saltvedt I et al. 2002; Stuck AE et al. 1993; Reuben DB et al. 1995; Cameron ID et al. 2003; Abizanda P et al. 1998; González J et al. 1999).

Junto a esta evidencia científica, las recomendaciones de los principales organismos internacionales, la II Asamblea Mundial del Envejecimiento en el 2002, la comisión de comunidades europeas (Informe del Parlamento Europeo. 2001) y el Documento de recomendaciones para la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento UNECE (O'Neil D et al. 2002), señalan la necesidad de la adecuación del sistema sanitario al envejecimiento progresivo de la sociedad, adoptándose medidas de prevención (primaria, secundaria y terciaria) junto con la adecuación de los recursos hospitalarios a las necesidades de los pacientes ancianos con el fin último de prevenir y atender a la dependencia. Para ello apoyan el desarrollo progresivo de recursos geriátricos especializados hospitalarios, para poder aplicar la geriatría desde un planteamiento multidimensional.

1.2.2.a.1. Cobertura actual e indicadores de actividad de la atención geriátrica especializada en los hospitales generales españoles.

El modelo organizativo de mayor eficiencia y eficacia en la atención sanitaria al anciano es el Servicio de Geriatría con todos los niveles asistenciales (Unidad Geriátrica de Agudos, Unidad de Media Estancia, Unidad de Interconsultas o equipo geriátrico evaluador, consultas externas, Hospital de día, y Asistencia Geriátrica Domiciliaria). Puede estar integrado o no en un hospital general, aunque existen indicadores que muestran claramente que el modelo integrado es el de mayor eficacia clínica. El estudio realizado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología en junio del 2003, (tablas 16 y 17) muestra que en un 32% de los hospitales españoles, es decir en una tercera parte de los hospitales españoles, existe cobertura geriátrica especializada (Ruipérez I et al. 2003). En un 22% de los hospitales generales esta cobertura geriátrica estaría constituida por los equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación con diferentes nomenclatura según la comunidad autónoma (Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos, EVCG en territorio INSALUD; Unidades Funcionales Interdisciplinares SocioSanitarias de Geriatría, UFISS en Cataluña...) y en un 10%

por una cobertura que podemos considerar más completa (Servicios de Geriátría o bien Unidades Geriátricas de Agudos).

Estos datos pueden considerarse de lento desarrollo de la atención geriátrica especializada en España, desde su reconocimiento como especialidad en el año 1978. Sin embargo el crecimiento ha sido progresivo, desarrollándose poco a poco de forma paulatina y consideramos que éste será ya imparable hasta conseguir el objetivo de cobertura del 100% de los hospitales generales españoles.

Un dato que llama la atención es la gran desigualdad y la falta de equidad del territorio español ante la atención al anciano. Así mientras hay autonomías con una cobertura alta mayor de un 50-60% hay otras en donde la cobertura se sitúa en un 0% (ver el punto 1.2.6).

Los indicadores de actividad a destacar de la atención geriátrica especializada en los hospitales generales españoles son los siguientes (Geriátría XXI.2000):

- Unidades Geriátricas de Agudos/Servicios de Geriátría:
 - Actualmente hay un ratio cama por 1000 habitantes de alrededor de un 0,01, cuando lo estimado sería de alrededor de un 1,5-4,3 camas/1000 habitantes. (Geriátría XXI.2000; SEMEG. 2004).
 - La edad media ha progresado en los últimos 15 años desde los 75 años hasta los 83-84 años actuales.
 - Proceden de urgencias con alto nivel de presión asistencial en un 80-90%
 - Los principales GRD fueron la insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y el accidente cerebrovascular agudo.
 - La situación funcional de los pacientes ingresados corresponden a incapacidad moderada física en cerca de un 60% e incapacidad moderada mental en un 30%.
 - La estancia media de las UGAs es muy competitiva, incluso por debajo de unidades de cardiología, medicina interna, neurología, situándose en un rango desde 9-12 días.
 - La mortalidad aunque variable dependiendo de las características de las diferentes UGAs, es siempre inferior al 15%.

- Equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación:
 - Gran variabilidad en la actividad según la comunidad y el hospital, con constitución del equipo muy variable, desde algunos equipos que no han conseguido completarlo con enfermera y/o trabajador social, hasta otros en donde son varios geriatras.
 - El servicio que más interconsulta es el servicio de traumatología (42%), seguido de Urgencias (24%) y Medicina Interna (21%), junto con cirugía (9%).

- La mortalidad media de los pacientes que se les interconsulta es de un 7%.

1.2.2.b- Urgencias.

Según los resultados del cuestionario Geriátría XXI, remitido a 20 hospitales nacionales que suman más de 9000 camas, los cuales son corroborados por los datos de la mayoría de los estudios, los mayores de 65 años suponen el 26% de las personas que acuden a las urgencias hospitalarias, ocasionando sin embargo cerca del 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía. Una vez urgencias, generan proporcionalmente al menos el doble de ingresos que los adultos de menor edad (27% frente al 13%). Datos aportados por otros estudios, muestran que el anciano que acude a urgencias lo hace por motivos más graves, requiriendo la realización de un mayor número de pruebas complementarias, que resultan patológicas con mayor frecuencia que en la población más joven, y no ingresan más que otros pacientes por motivos puramente sociales (Jiménez J et al. 1998). De estos resultados se desprende que los ancianos utilizan las urgencias hospitalarias de forma adecuada, debiendo desterrar mitos como que las utilizan en exceso y de forma poco apropiada.

Numerosos trabajos avalan las recomendaciones de que el manejo y el empleo de protocolos para los pacientes geriátricos en los servicios de urgencias han de ser diferentes de los usados con el adulto joven. La intervención de la geriatría en los servicios hospitalarios de urgencias parece suponer importantes beneficios, como son: el desarrollo de un menor deterioro funcional tras la intervención, menor frecuencia de reingresos en el servicio de urgencias, menor riesgo de institucionalización y mortalidad, junto con un menor coste en la atención (Rubenstein LZ. 1996; Sanders AB. 2001; McCusker J et al. 2001; Brazil K et al 1998).

La cobertura geriátrica especializada en el momento actual en urgencias, viene dada por el apoyo a demanda a través de la interconsulta a geriatría (bien a los Servicios o Unidades Geriátricas de Agudos, bien a los diferentes equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación cada comunidad autónoma). Como se ha expuesto en el punto anterior la cobertura geriátrica especializada de los hospitales generales españoles es de un 32%, lo que significa que una tercera parte de los hospitales generales españoles presentan la posibilidad de cobertura de valoración y seguimiento del anciano en urgencias. Sin embargo su uso es muy variado y desigual, pasando de hospitales en donde la interconsulta de urgencias constituye el 30-20% del total de interconsultas, a otros hospitales, en donde el porcentaje de interconsultas es nulo o casi nulo (2-4% del total de interconsultas) (Geriátría XXI.2002).

1.2.3.- LAS UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA Y CONVALECENCIA.

Las Unidades de Media Estancia o Convalecencia, constituyen una pieza clave en la eficacia de la asistencia geriátrica. Estas unidades geriátricas hospitalarias tienen como objetivo fundamental y prioritario la recuperación funcional de los ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible; pero también administran cuidados dirigidos a la adaptación de los pacientes a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de familiares en el cuidado de ancianos incapacitados, el cuidado y cicatrización de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda. Es por todo ello que desde su implantación en diferentes países, han recibido múltiples denominaciones:

Unidades de Rehabilitación Geriátrica, Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional, Unidades de Valoración y Cuidados Geriátricos, Unidades de Cuidados Transicionales o Intermedios, Unidades de Cuidados Subagudos (Geriatría XXI. 2000; Salgado A. 1998; Baztán JJ et al. 2000; Ávila R et al. 2000; Baztán JJ et al. 2000).

A causa del desconocimiento del potencial de recuperación de que dispone el paciente de edad avanzada cuando es correctamente diagnosticado y tratado, no recibe en la mayoría de los servicios hospitalarios un tratamiento de enfoque funcional y rehabilitador. En nuestros hospitales no se potencian la movilización y la deambulación precoces, el mantenimiento y la reeducación de los esfínteres, o la conservación de las actividades de la vida diaria (AVD). Especialidades médicas como la rehabilitación, no consideran la atención a los pacientes mayores como una prioridad ante la gran demanda de atención que presenta la población en edad laboral; por lo que pacientes ancianos con patologías incapacitantes pero potencialmente reversibles, como el accidente cerebrovascular o las fracturas de cadera, subsidiarios de fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia, ni siquiera son incluidos en las listas de espera.

Siendo la rehabilitación un componente habitual de los cuidados geriátricos en cualquier nivel asistencial, la creación de unidades específicas de recuperación funcional responde a la necesidad de contar para este tipo de cuidados que no pueden darse de forma ambulatoria y que inciden principalmente en la reeducación de las actividades de la vida diaria, con una estructura física adecuada y un equipo interdisciplinar con geriatras, enfermeros entrenados, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas...etc que trabajarán de forma conjunta para favorecer la reintegración del anciano frágil, que ha sufrido un proceso incapacitante en su domicilio habitual (Baztán JJ et al. 2000; Ávila R et al. 2000).

Como se reseña en el informe del Defensor del Pueblo publicado en el año 2000, la situación en España es la de la ausencia de una planificación global sobre las condiciones que debe reunir la asistencia sanitaria a las personas mayores. Suele negarse sistemáticamente por los distintos organismos sanitarios la evidencia de que los ancianos frágiles presentan

peculiaridades que les hacen comportarse como pacientes diferentes que se beneficiarían de un sistema diferenciado de atención sanitaria. Existe por tanto una gran variabilidad entre los planes de salud de las comunidades autónomas con el consiguiente riesgo de ineficiencia y falta de equidad. Dependiendo de la localización geográfica, una persona mayor tendrá la oportunidad de recibir un tratamiento especializado completo, parcial o de ningún tipo. Esta realidad es manifiesta en lo que se refiere a la oferta de camas geriátricas de media estancia para la recuperación funcional.

Es difícil conocer con exactitud el número de camas existentes para este fin, debido a la escasa precisión en los datos publicados hasta la fecha y compleja por tanto la cuantificación de las necesidades. Existe una ausencia de registros de este recurso especializado y cierta confusión terminológica en la catalogación de las Unidades de Media Estancia Geriátricas. Algunas de las camas de media estancia se encuentran en hospitales generales y otras en hospitales y centros de larga estancia sin estar definidas como tales; algunas de ellas son monográficas y se dedican específicamente al Ictus o la Ortogeriatría. La estructura sanitaria actual, con un claro enfoque curativo, alta tecnología y elevados costes, no propicia la creación de estas unidades en Hospitales Generales, ya que supone incluir camas con prioridades enfocadas a la rehabilitación. Es por ello que la mayor parte de estas unidades se encuentran ubicadas en Hospitales de apoyo (Geriatría XXI. 2000). Según datos del Catálogo Nacional de Hospitales, actualizados a 21/04/2004, existen 117 Hospitales de Larga Estancia con 11400 camas funcionantes, 447 Hospitales Generales con 621 camas de Rehabilitación y 2658 camas de Larga Estancia y Otros 117 Hospitales de Agudos con 514 camas de Rehabilitación y 414 camas de Larga Estancia (Instituto de Información Sanitaria. 2004).

Como figura en la publicación Geriatría XXI de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en el año 2000 contábamos con 12 UMEs en Hospitales acreditados para la Docencia en Geriatría con 311 camas; 14 UMEs en otros Hospitales con Servicios-Unidades de Geriatría, con 645 camas; y un total de 46 Unidades de Media y de Media-Larga estancia (promediando 40 camas por unidad en Cataluña) con 1864 camas totales, con desigual distribución por CCAA. (Tabla 18)

Según el informe de la SEMEG, publicado este año 2004 contamos actualmente con 2066 camas hospitalarias de recuperación funcional manteniéndose la variabilidad interautonómica (Informe SEMEG. 2004). (Tabla 18).

Las discrepancias de los datos sobre camas en algunas comunidades autónomas entre los dos últimos estudios pueden deberse a las distintas fuentes de información consultadas y a lapso de tiempo transcurrido entre ambos.

Además de una estimación cuantitativa, también es difícil hacer una estimación cualitativa de las características de las Unidades de Media Estancia, debido a la gran heterogeneidad de dichas unidades en lo que respecta a su ubicación, su dotación de recursos humanos y sus parámetros de funcionamiento (Baztán JJ et al. 2000).

Algunos datos de indicadores generales de las UMEs, a destacar, son los siguientes (Geriatría XXI.2002):

- La primera causa de ingreso es el ictus, seguida de la fractura de cadera, y en tercer lugar de inmovilismo.
- En relación con la estancia media, aquellas UMEs situadas en servicios de geriatría tienen una estancia media inferior a los 25 días. En Cataluña, los datos del Plan Vida a los años muestran una estancia media para las UMEs de 46,5 días, no situadas en su gran mayoría en servicios de geriatría.
- La mortalidad media fue inferior al 15%. En aquellas UMEs situadas en servicios de geriatría fue del 5% y en Cataluña, los datos de las Unidades de convalecencia-rehabilitación mostraron una mortalidad en 1997 del 14%.
- Con respecto a la ubicación al alta, de un 16 a un 18% de pacientes son institucionalizados al alta de la UME.

1.2.4.- LOS HOSPITALES Y UNIDADES DE LARGA ESTANCIA.

La principal características del desarrollo de las unidades de larga estancia en España es su heterogeneidad. No existe, fuera de la comunidad científica, un consenso sobre la necesidad y sobre las características de estas unidades diferenciadas de las residencias geriátricas. Por ello solamente se han desarrollado en algunas comunidades en las que se ha considerado en algún momento una prioridad para la atención de las personas con discapacidad y determinado nivel de complejidad clínica. Donde existen, tampoco hay una uniformidad en la denominación de los centros donde están ubicados, llamándose centros sociosanitarios (especialmente en Cataluña) o hospitales de larga estancia (o de media y larga estancia). El sistema de acceso es distinto y la financiación también, así como el modelo de contratación por parte de la administración.

En algunas comunidades los servicios de larga estancia están contratados sin diferenciarlo, al menos en el contrato, de las unidades de agudos. Sin embargo la lectura de las características de sus pacientes, del diagnóstico principal, del nivel funcional, de la estancia media o la mortalidad entre otros parámetros de gestión, dan fe de la topología de pacientes atendidos. Otras comunidades si tienen diferenciado el contrato de las unidades de larga estancia como tal.

El ejemplo más claro es Cataluña donde existen 5.519 camas de larga estancia lo que representa cerca del 5 por mil del total de personas mayores y cerca del 10 % de las camas totales de atención de larga duración (incluyendo las camas en residencias y las camas de larga estancia). Estos son los criterios propuestos por la administración para la implantación de unidades de larga estancia en esta comunidad donde además se han definido otras subunidades específicas para enfermos con demencias, para enfermos con problemas mentales crónicos y para personas con enfermedades neurodegenerativas o daño cerebral orientados a personas generalmente más jóvenes con enfermedades progresivas y gran discapacidad. En Cataluña las unidades de larga estancia forman parte de los recursos sociosanitarios y están ubicadas en centros sociosanitarios o en hospitales de agudos. La financiación es mixta, aproximadamente 75 % sanidad y 25 % social, con una aportación del usuario sobre la parte social, con un porcentaje proporcional a su pensión.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en mayo de 2003, define la prestación de la atención sociosanitaria como *“el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*. Asimismo en la Ley se indica que, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de actuación que cada Comunidad Autónoma

determine y comprenderá los *“cuidados sanitarios de larga duración, además de la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”*.

Sin embargo en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se define los hospitales monográficos y los de media y larga estancia (Real decreto 1277/2003) y no se incluye ninguna denominación que incluya el término de centro sociosanitario. Podemos deducir que el legislador proponía el desarrollo de unidades de larga estancia sociosanitaria con financiación mixta sanitaria y social que pudiesen estar ubicadas en diversos equipamientos sanitarios (hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia o hospitales monográficos) o quizás también sociales.

En cuanto a la distribución de recursos, no hay datos fiables publicados en la mayoría de comunidades Autónomas. Según Geriatria XXI había 10.759 camas en España con una tasa de 0.174 %. (Tabla 19).

Según el observatorio del Sistema Nacional de Salud, el número de camas geriátricas y/o de larga estancia disponible en nuestro país se eleva, según los últimos datos disponibles, a 11.730, lo que representa un 7,4% de la oferta total de camas hospitalarias. Si se incluyen solamente las camas de titularidad pública, el total asciende a 4.781 (lo que representa el 41% de la oferta total de larga estancia, y sólo el 4,4% del número de camas disponibles en hospitales públicos). Según los datos del Catálogo Nacional de Hospitales, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra y La Rioja –además de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla– carecen de servicios de este tipo. A estas CC.AA. se suman Andalucía, Asturias, Cantabria, Galicia y Murcia cuando se computan únicamente las camas de titularidad pública. A partir de estos datos resulta evidente la desigual distribución geográfica de estos recursos. Igual que el cuadro anterior la figura 4 muestra la heterogénea distribución de los recursos existentes con una concentración muy destacada en Cataluña, que junto con Canarias y Madrid reúne más del 65% del total de camas.

Tampoco hay datos generales publicados sobre las características de los pacientes atendidos. En Cataluña donde hay un sistema estandarizado de recogida de información (el conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios) se ha publicado un análisis correspondiente a los pacientes atendidos en el año 2002. Sobre un total 10.946 pacientes atendidos y 5668 altas las características más importantes son las siguientes:

- edad media 76,6 años
- estancia media de las altas que varía entre 71,3 y 110,1 días según las distintas regiones sanitarias.
- Estancia media de los enfermos prevalentes a 31/12 /2002 entre 220,9 y 300,5.
- El 37 % ingresaron directamente desde su domicilio y el 30 % desde un hospital de agudos
- Mortalidad durante el ingreso 32 %

- El 58% de las altas fueron a domicilio (incluye pacientes en programas de descanso familiar). El 10% a un hospital de agudos y el 16% a una residencia.
- El primer diagnóstico (30,1%) fueron los trastornos mentales particularmente la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Los siguientes diagnósticos por orden de frecuencia fueron las enfermedades cerebrovasculares (14,4%), la enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas (10,6), la fractura de fémur (5,4%) o las neoplasmas (4,6%).
- Basado en 31.109 valoraciones la distribución según la clasificación RUG fue:
 - o Rehabilitación especial: 21%
 - o Tratamientos extensivos: 3%
 - o Cuidados especiales: 14%
 - o Complejidad clínica: 26%
 - o Deterioro cognitivo: 8%
 - o Problemas de comportamiento: 2%
 - o Funciones físicas reducidas: 26%

1.2.5.- LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

La hospitalización domiciliaria, desde un punto de vista estricto, englobaría a aquellas experiencias asistenciales que constituyen una alternativa a la hospitalización convencional. Sin embargo, se suelen incluir bajo este concepto, los dispositivos asistenciales que partiendo desde el hospital proporcionan cuidados domiciliarios, para intentar evitar ingresos, favorecer la continuidad de cuidados desde el hospital etc. La necesidad de una planificación adecuada y rigurosa de estos servicios lo justifican los siguientes hechos objetivos:

- La atención primaria de salud (APS) carece de recursos y/o de los conocimientos específicos necesarios para el manejo en el domicilio de los problemas más complejos de las personas dependientes (demencias severas, incontinencias, etc.).
- Los cuidadores o los apoyos sociales no están lo suficientemente entrenados en el manejo de dichos problemas
- Tanto la APS como los cuidadores no tienen “un punto de apoyo” con capacidad resolutoria y actitud positiva hacia algunos casos de necesidad, lo que crea ansiedad y temor a asumir ciertas responsabilidades.

La denominación de hospitalización domiciliaria engloba diferentes sistemas asistenciales, que a menudo se superponen y que se pueden agrupar en:

- **Cuidados tras el alta hospitalaria:** el objetivo de los equipos que proporcionan estos cuidados son asegurar la continuidad de cuidados entre el hospital y la comunidad, facilitando la adaptación de los pacientes en su domicilio y previniendo reingresos hospitalarios evitables. Estas experiencias se han ensayado especialmente en patologías crónicas como insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y también en pacientes ancianos con múltiples patologías. (Phillips et al .2004 ; Naylor et al. 1999 ; y Pérez Martín et al. 2001). En general estas experiencias han conseguido una reducción los reingresos, una tendencia a reducir la mortalidad y un ahorro de costes significativa.
- **Cuidados de soporte:** son cuidados que se proporcionan a pacientes con incapacidad funcional y/o mental grave, establecida e irreversible, consecuencia normalmente de enfermedades crónicas en fase avanzada (Baztán et al. 2000), por ejemplo demencias en fase muy evolucionada, accidentes cerebrovasculares con incapacidad severa y sin posibilidad de recuperación. Los beneficios obtenidos con estos equipos son la mejora de la calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes y de la familia con los cuidados recibidos.
- **Cuidados paliativos:** se proporcionan a pacientes con enfermedades en estadio terminal, habitualmente neoplásicas, centrándose en aspectos de control de síntomas y apoyo psico-social tanto al paciente como a sus cuidadores.

- **Hospitalización domiciliaria propiamente dicha:** es una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio del paciente, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales (González Ramallo. 2002). Sin embargo los cuidados domiciliarios de pacientes ancianos con patologías agudas, especialmente aquellos muy dependientes que requieren un alto nivel de cuidados de enfermería, pueden resultar más caros que la hospitalización convencional (Contel. 1999), además con frecuencia los pacientes con mayor comorbilidad, discapacidad y fragilidad social, han sido excluidos de los estudios que han evaluado estas experiencias.

En nuestro país hay diferentes experiencias de asistencia domiciliaria entre las que la atención al anciano dependiente tiene un papel significativo (tabla 20):

- **Equipos de asistencia geriátrica domiciliaria (AGD)** dependientes de los servicios de geriatría (por tanto dependen del hospital) su distribución es irregular y se circunscribe a algunos servicios de geriatría, especialmente en las comunidades de Madrid y Castilla La Mancha. Su actividad se centra en la atención domiciliaria de pacientes geriátricos en su domicilio, habitualmente tras la solicitud de su médico de cabecera o tras el alta hospitalaria. Funcionan en coordinación con la APS.
- **Programas de atención domiciliaria equipo de soporte (PADES):** forman parte del programa catalán de atención sociosanitaria "*Vida als anys*". Son equipos de atención especializada que dan soporte a la APS para la atención primaria de casos complejos de geriatría y cuidados paliativos. El equipo básico está formado por un médico, 2 enfermeros y un trabajador social. En 2002 había 68 equipos del PADES que atendieron a 14.497 pacientes de los cuales un 66% eran geriátricos (Salvà A et al. 2004)
- **Equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD):** estas unidades fueron desarrolladas por el antiguo INSALUD desde 1998 aunque en los últimos años no se ha creado ninguna nueva. Dependen de Atención Primaria y su función es prestar apoyo asistencial, formación y favorecer la coordinación de recursos. Atienden habitualmente pacientes geriátricos y paliativos.
- **Hospitalización a domicilio (HaD):** las unidades que se han desarrollado en España son dependientes de servicios del hospital, normalmente atendiendo pacientes con altas precoces o derivaciones desde el servicio de urgencias. Las comunidades en las que hay un mayor desarrollo de estas unidades son Valencia; Cataluña y Galicia (Federación Española de Hospitalización a Domicilio. Directorio 2002)

1.2.6.- LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y LOS CENTROS DIURNOS.

Los Centros diurnos pueden dividirse en Hospitales de Día Geriátricos y Centros de Día.

1.2.6.a. Hospital de Día Geriátrico:

El Hospital de Día Geriátrico (HDG) es un Centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, donde acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresa posteriormente a su domicilio (INSALUD 1995). Por tanto los HDG actúan de puente entre el hospital y la comunidad.

Los HDG pueden estar ubicados dentro o fuera del hospital aunque lo más recomendable es que estén dentro del mismo, pudiéndose así reforzar los aspectos de control clínico y valoración. Los objetivos del HDG son:

1. **Recuperación de la capacidad funcional** en pacientes con incapacidad leve-moderada que les permita acudir desde su domicilio, para lo que necesitan una mínima autonomía y un soporte social suficiente en la comunidad. Se realizan actividades de fisioterapia y sobre todo terapia ocupacional.
2. **Valoración geriátrica integral en pacientes complejos**, se debe realizar un abordaje interdisciplinar por todo el equipo.
3. **Cuidados médicos y de enfermería.** El HDG puede ser un lugar adecuado para el control de tratamientos complejos, realización de técnicas (punciones lumbares, toracocentesis...), curas de úlceras complicadas etc todo ello con los medios adecuados y sin que el paciente tenga que ingresar.

Los motivos puramente sociales no deben ser motivo predominante de asistencia al HDG independientemente de se puedan hacer orientaciones o trabajar en estos aspectos. Este tipo de cuidados deben ser asumidos por los Centros de Día.

En una revisión sistemática realizada por Foster en 1999, se valoraron los beneficios del HDG. El objetivo de esta revisión fue determinar la efectividad del hospital de día para prolongar la vida independiente de las personas mayores. Se encontró una diferencia significativa en cuanto a mejoría funcional, disminución de la mortalidad y de la institucionalización, respecto cuidados convencionales. Se observó también una tendencia a reducir la estancia hospitalaria. Hay otros beneficios no fácilmente mensurables que se derivan de la actividad en el HDG como son la situación afectiva y el grado de satisfacción del paciente y los cuidadores (BaztánJJ et al. 2000).

El número de HDG en nuestro país se encuentra muy por debajo de las necesidades reales, existiendo además una gran variabilidad territorial, y sin seguir las recomendaciones

marcadas por el INSALUD en el año 1995 de un HDG por cada 200.000 habitantes. En la tabla 21 se exponen el número de HDG existentes en nuestro país: Alrededor de 55 HDG, de los cuales más de la mitad se encuentran en Cataluña. En 7 comunidades autónomas no hay ningún HDG y en 5 solo existe un solo HDG. Madrid dispone de 4 HDG y Cataluña marca la diferencia con 38, presentando una ratio de plazas/1000 habitantes > 65 años de 0,83 en el año 1997.

Con respecto a los motivos de asistencia al HDG se recogen los siguientes recogidos en Geriátría XXI:

-	Terapia Ocupacional:	52,4%
-	Fisioterapia:	44,2%
-	Cuidados enfermería:	32,7%
-	Atención Médica:	30,9%
-	Valoración:	15,6%
-	Otros:	10,4%

1.2.6.b.- Centros de Día

Se define este recurso como un servicio sociosanitario de apoyo a la familia que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

Los servicios que un centro de día debe ofrecer se pueden dividir en básicos, especializados y complementarios. Un subtipo de Centros de Día con características específicas son los Centros de Día para pacientes con demencia.

Los Centros de Día para personas con demencia han demostrado claros beneficios en diferentes aspectos de estos enfermos: retraso en el declinar cognitivo de los pacientes, mejora de su calidad de vida, disminución de la institucionalización, disminución de la mortalidad, mejoría de las actividades de la vida diaria y del sueño nocturno, diferencias significativas en la mejora de la agitación y de los trastornos del comportamiento, lo que sin duda tendrá que ver en gran parte en la mejoría encontrada en la satisfacción y calidad de vida de las familias (Watanabe, 1996; Kilstoff, 1998; y Zarit, 1998).

Las recomendaciones del nº de Centros de Día para personas dependientes está en 1 plaza por cada 100 personas entre 65 y 79 años y 2 plazas por cada 100 mayores de 80 años (Geriátría XXI, 2000), es decir entre 1 y 2 plazas por cada 100 mayores de 65 años. Sin embargo los datos del informe "Las personas mayores en España. Informe 2002" del IMSERSO la cobertura de plazas de Centros de Día públicas (propias o concertadas) no sobrepasaba en ninguna comunidad autónoma 0,33 plazas por cada 100 mayores de 65 años. El índice de cobertura que añaden los Centros de Día privados es muy escaso.

1.2.7. ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y LAS RESIDENCIAS ASISTIDAS.

Se entiende por cuidados continuados la prestación de servicios de larga duración destinados a individuos portadores de incapacidad establecida que precisan mantener al máximo sus limitados niveles de función, salud y bienestar mental y social. Estos cuidados suelen dividirse, en función del lugar dónde se presten en atención domiciliaria y atención en instituciones. La atención institucional de larga duración en el caso de las personas mayores se lleva a cabo en residencias y en unidades hospitalarias de larga estancia. Clásicamente se ha establecido una distinción, al menos teórica, en el sentido de que deberían vivir en residencias las personas mayores que principalmente necesiten de cuidados sociales, y en unidades de larga estancia aquellas que precisen cuidados principalmente sanitarios.

Actualmente en España las residencias son las principales proveedoras de asistencia institucional de larga duración, por varios factores como son: a) la escasez de unidades hospitalarias de larga estancia en la red sanitaria pública, y b) muchas personas que viven en las residencias han ido enfermando y padeciendo diversos grados de dependencia, con lo que progresivamente han adquirido una mayor necesidad de cuidados de índole sanitaria (Miranda MJ, 1992).

La atención sanitaria a las personas mayores institucionalizadas en residencias no es una tarea sencilla. Los residentes padecen con frecuencia varias enfermedades simultáneamente, cuyo diagnóstico y tratamiento se ve dificultado por la presencia de síndromes geriátricos (caídas, demencia, depresión, inmovilidad, ...). Otros condicionantes como el encontrarse en un medio no sanitario, la escasa formación geriátrica del personal, la coexistencia de intereses públicos y privados, los frecuentes dilemas éticos, los problemas legislativos, etc, hacen más difícil la tarea sanitaria. Igualmente las evaluaciones de la calidad asistencial suelen revelar la existencia de problemas, como por ejemplo el elevado uso de medicación psicoactiva y sedante, de medicamentos de baja utilidad terapéutica, de reacciones adversas a medicamentos o el elevado uso de restricciones físicas (Beers M et al, 1998).

Aunque no es justo generalizar, en el medio residencial con cierta frecuencia los residentes de gran complejidad clínica y con graves deterioros mentales y funcionales que requieren una asistencia sanitaria de cierta sofisticación (Alarcón MT y Salgado A , 1994) coexisten con la escasez de personal (médicos, personal de enfermería, de rehabilitación, etc), titulado y no titulado, y con la falta de recursos materiales y técnicos para afrontar su cuidado específico. Estas circunstancias suelen ser menores en las residencias de titularidad pública, que suelen disponer de mayor soporte terapéutico y rehabilitador.

No obstante pese a las características de los residentes, llama la atención la falta de legislación al respecto en cuanto a la titulación exigida para trabajar en el medio residencial, sin

ni siquiera especificar la necesidad de algún tipo de formación específica en geriatría y gerontología ya sea de postgrado o bien de formación continuada para todo el personal.

Con respecto a la coordinación de las residencias con la atención sanitaria de APS y de especialistas, aunque se ha progresado mucho, la situación sigue siendo deficitaria. Las residencias al estar adscritas a bienestar social, dependen en última instancia de atención primaria, siendo estos los responsables de su farmacia, así como en muchos casos de la atención directa de los usuarios (especialmente en situaciones de urgencias en residencias sin cobertura médica las 24 horas). La situación se complica cuando se necesita de valoración y seguimiento por parte de algún especialista, que dado las características de los usuarios los más demandados son psiquiatría, neurología, traumatología y especialmente geriatría (cuando en su zona sanitaria existe Servicio o Unidad de Geriatría). La comunicación con los especialistas es a través de hoja de interconsulta, con la dificultad añadida de traslados a los centros de especialidades o hospitales por las características de dependencia física y mental de estos pacientes. La legislación actual no contempla la necesidad de que los especialistas deban de desplazarse a las residencias de forma programada o a demanda según interconsulta, o el establecimiento de programas específicos de atención especializada a residencias. En algunas áreas de salud y en el ámbito público se encuentra reglada dicha consulta con algunos especialistas como geriatría y psiquiatría, pero siempre dependiendo de las relaciones y características de dichos equipos. Así es relativamente frecuente la relación de residencias de ámbito público con geriatría (Servicios/Unidades de Geriatría, equipos geriátricos multidisciplinares de evaluación) en cuanto a facilitación de valoración de residentes en consultas, incluso en urgencias y si se dispone de atención geriátrica domiciliar de en ocasiones valoraciones en el medio residencial.

Según los datos de la encuesta de Geriatría XXI sobre coordinación sociosanitaria a 120 residencias de 50 o más plazas con un total de 17.982 residentes todas ellas con, al menos, un médico, más del 50% de dichas residencias no tienen una relación establecida con su hospital o centro de especialidades de base. Con respecto a la utilización de recetas oficiales de la Seguridad Social en un 77% no existían problemas, ya que tenían establecido concierto con la administración (44,8%), acuerdo con el propio médico de familia (25,2%) o a través del inspector (12,1%). Por último alrededor de un 25% de los médicos respondieron no tener establecidos programas de intervención sociosanitarias, y un 30% no tener sesiones multidisciplinares.

Aunque es mucho lo andado y mejorado, con múltiples documentos de mejora de calidad asistencial en el medio residencial, sin embargo, la atención sanitaria en las residencias, es todavía una de las partes menos comprendida y quizás atendida dentro de una red sanitaria como la existente en España, poco inducida a considerar la atención de las personas mayores como un continuum asistencial, más que un sistema compartimentado de servicios.

1.2.8. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

En la situación actual de transición epidemiológica la creación de diversos servicios destinados a la atención de personas mayores y personas con discapacidad que estén adaptados a sus necesidades es una evidencia. Estos servicios deben ser diversos para poder dar respuesta a las distintas situaciones que pueden presentarse. Así a los tradicionales servicios de atención primaria y atención hospitalaria de agudos han aparecido otros niveles geriátricos como las unidades de larga estancia, las unidades de media estancia o los hospitales de día. Al mismo tiempo se incrementan también las necesidades de soporte social puesto que un porcentaje de las personas mayores son dependientes de una tercera persona para realizar las actividades de la vida diaria. Estos servicios también diversificados (tele alarmas, soporte a domicilio, centros de día, pisos tutelados, residencias...) son utilizados especialmente por aquellos grupos de personas con mayores necesidades. A menudo en estas personas coincide la dependencia con la existencia de enfermedades crónicas prevalentes que necesitan diversos grados de seguimiento y atención por parte de profesionales sanitarios. También con frecuencia aparecen problemas agudos intercurrentes o reagudizaciones de enfermedades crónicas. Cada uno de estos servicios responde a necesidades determinadas en cuanto a experiencia y conocimientos profesionales, intensidad de la atención y duración de la misma.

Sin embargo frente a este sistema compartimentado por la multiplicidad de servicios cada persona en concreto percibe sus necesidades como una sola, sin distinciones entre el sistema sanitario y el social ni tampoco entre cada uno de los servicios de cada sistema.

El actual modelo organizativo genera entre otros problemas: múltiples y diversos puntos de acceso, uso de los servicios en función de la puerta de entrada, valoraciones redundantes, uso inadecuado de recursos, inadecuada transmisión de la información. En muchas ocasiones esto causa desorientación en los ciudadanos que se mueven de normativa en normativa y con criterios restrictivos que los derivan de un servicio a otro no siempre de manera adecuada y eficaz.

Así pues, en un escenario de demanda creciente y oferta limitada es esencial asegurar que los servicios sean utilizados según las necesidades de cada persona, sin duplicidades y tan eficientemente como sea posible.

En este marco aparece el concepto de coordinación sociosanitaria que pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios. A nivel internacional se ha acuñado el concepto de cuidados integrados que según Kodner son aquel conjunto de técnicas y modelos organizativos destinados a crear conectividad y colaboración con y entre los sistemas destinados a curar y

los destinados a cuidar tanto en el nivel de la financiación, de la financiación y de la provisión de servicios. En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios.

La coordinación debe realizarse a dos niveles: a) la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y b) la coordinación entre los diversos servicios de un mismo sistema.

Diversas Comunidades Autónomas han creado órganos de coordinación de las prestaciones sociosanitarias que centralizan la información y coordinan las actuaciones de los departamentos de Sanidad y Servicios Sociales. Algunas de ellas han puesto en marcha planes de atención sociosanitaria.

Cataluña en el 1986 puso en marcha el programa Vida Als Anys, interdepartamental, que ha permitido la creación de una red de servicios de media y larga estancia, así como otros servicios como hospitales de día, equipos de valoración y soporte de geriatría a domicilio y equipos de valoración y soporte en el hospital. Este programa posteriormente desaparecido como tal y consolidado en la red llamada sociosanitaria tiene aspectos importantes de coordinación como la financiación mixta de los servicios de larga estancia o el importante elemento de coordinación que representan los equipos de soporte tanto en la comunidad como en el hospital. Podemos afirmar que en este momento la coordinación entre los recursos propiamente sanitarios (hospitales de agudos, media y larga estancia, atención primaria) es bastante satisfactoria en la práctica diaria. Para el acceso a los servicios de larga estancia existen comisiones mixtas sociosanitarias con base territorial. Sin embargo este modelo no ha resuelto la coordinación entre el sistema sanitario y el social que se mantienen con sistemas de acceso y modelos de financiación distintos.

En el País Vasco se ha creado el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, como el órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social. Las funciones del Consejo consisten en elaborar el Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria, garantizar la prestación de servicios, delimitar competencias, promover programas comunes y coordinar mecanismos de evaluación. Está formado por el Consejero de Sanidad (Presidente), el Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, cuatro vocales del Departamento de Sanidad o Servicio Vasco de Salud, los tres Diputados Forales de Acción Social y un representante de la Asociación de Municipios. Sin desarrollar una red propia de servicios se busca una mejor respuesta al paciente sociosanitario integrando sistemas de información y coordinación entre la atención primaria y especializada.

Hasta la separación de las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales, Galicia planteaba la atención sociosanitaria desde un enfoque de integración. Actualmente, las competencias de atención sociosanitaria se ubican en la Consellería de Asuntos Sociais, Empleo y Relaciones Laborales, Dirección Xeral do Maior e de Persoas con Discapacidaes,

Subdirección Xeral de Atención a Persoas Maiores, la cual ha de trabajar en coordinación con el XERGAS. Hasta el momento no existe una red de centros sociosanitarios como tal, ni tampoco una coordinación entre prestadores. En la ley de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA), se señala que la continuidad del servicio se garantizará por ambos sistemas mediante la adecuada coordinación entre las distintas administraciones públicas.

En Navarra, los sistemas de salud y de servicios sociales constituyen dos estructuras orgánicas independientes, con dos organismos autónomos: el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, adscrito al Departamento de Salud, y el Instituto Navarro de Bienestar Social, adscrito al Departamento de Bienestar Social. el Decreto Foral 284/2000 crea la figura de Coordinador del Plan Foral de Atención Sociosanitaria, dependiente funcionalmente del Departamento de Salud.

En Castilla y León el II Plan Sociosanitario, trata de potenciar la coordinación a través de la creación de comisiones sociosanitarias con base territorial (provincia) que tiene funciones de gestión de casos y promoviendo sistemas de información compartidos. La atención primaria debe jugar un papel importante conjuntamente con los servicios sociales a la hora de orientar el uso de recursos.

Por su parte, Aragón a través de una gerencia única que integra todos los recursos, tanto de atención primaria como de atención especializada y la coordinación entre servicios sanitarios y sociales y Cantabria que tiene una consejería única para sanidad y servicios sociales y dispone de un servicio de programas y ordenación sanitaria encargado de gestionar los servicios sociosanitarios han desarrollado también estructuras de coordinación sociosanitaria.

En general todas las comunidades han demostrado su interés por desarrollar estructuras de coordinación a nivel de la administración. Los que hemos comentado son las que a nuestro entender han dado pasos más seguros en la institucionalización de estos modelos. Otras Comunidades prefieren la coordinación entre sus servicios sin crear estructuras nuevas en la administración. También el Propio Ministerio de Sanidad y el de Trabajo y Asuntos sociales es sus sucesivos planes han incorporado el concepto de coordinación sociosanitaria. Sin embargo las estructuras coordinadoras como las comisiones sociosanitarias de área nunca tuvieron suficiente poder ejecutivo.

El desarrollo de la coordinación sociosanitaria debe partir de una base de factibilidad y de comprensión de la realidad de cada territorio. Algunos criterios pueden sin embargo compartirse:

1. La coordinación sociosanitaria no puede sustituir la escasez de recursos
2. La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria y social y diversos servicios) y de la necesidad del mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.

3. El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.
4. La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.
5. El acceso a los recursos debe producirse descentralizadamente a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, uso natural del mismo, por parte de la población y existencia de los recursos)
6. Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.
7. La administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre oferta y demanda.

1.2.9. PECULIARIDADES Y DIFERENCIAS SEGÚN LAS DIFERENTES CCAA.

El principal reto en la asistencia sanitaria que establece el gobierno español es el de “la coordinación del sistema sanitario para asegurar la cohesión territorial y funcional”, ya que, como es sabido, desde el 1 de enero de 2002 se hallan transferidas las competencias a las 17 comunidades autónomas. ¿Cuál es la situación actual de las diferentes comunidades autonómicas españolas?. Algunas situaciones se describen en otros capítulos (residencias, centros de día), o en otros puntos de este capítulo (unidades de larga estancia hospitalaria y coordinación sociosanitaria). Por ello a continuación se describen las diferencias entre las CCAA en la asistencia geriátrica especializada en los hospitales de agudos, las unidades de media estancia, y en los hospitales de día.

De forma global el mapa autonómico existente en cuanto a la asistencia geriátrica hospitalaria es de una gran heterogeneidad y de una falta completa de equidad, encontrándose comunidades de primera en donde intentan cubrir específicamente esta necesidad de prevención y tratamiento de la dependencia y otras por el contrario que ni siquiera se plantean la existencia de dicha necesidad, negando la misma al no tener ni un solo dispositivo geriátrico especializado hospitalario. La ausencia o el escaso desarrollo de estos recursos, redundará a medio y largo plazo en un aumento del gasto derivado de una ineludible mayor necesidad de cuidados sociales y sanitarios domiciliarios y residenciales.

En este sentido, con diferencia se encuentra Cataluña con un gran desarrollo de las unidades hospitalarias de atención a la dependencia con características rehabilitadoras y de cuidado (UME, Hospital de día y larga estancia hospitalaria), gracias al programa Vida a los años, pero con apenas atención geriátrica hospitalaria de unidades de agudos, pero si al menos de un gran desarrollo de los equipos geriátricos de evaluación. Quizás el reto futuro de dicha comunidad sea el intentar actuar en el punto de mayor riesgo de dependencia, la hospitalización de agudos, y no solo cuando esta ya aparece. Por ello será previsible que de una forma u otra aumenten en los próximos años las UGAs en los hospitales generales de Cataluña. El resto de CCAA presentan una atención hospitalaria con una cobertura muy desigual en cuanto a atención de agudos y atención de media y larga estancia, existiendo en algunas comunidades una situación realmente alarmante en cuanto a ausencia total o existencia mínima de recursos geriátricos especializados tanto a nivel hospitalario de agudos (País Vasco, Cantabria, Andalucía, Extremadura, Baleares, Asturias, Canarias) como a nivel de media y larga estancia (País Vasco, Extremadura, Baleares, Murcia, Navarra).

1.2.9.a. Asistencia geriátrica especializada en los hospitales generales de agudos

Según los datos del estudio de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Ruipérez I, 2003) (tablas 16 y 17), nos encontramos ante una situación muy heterogénea y

desigual. Con los datos actuales se podrían establecer cuatro grupos de cobertura geriátrica hospitalaria:

1. Un primer grupo de cabeza, constituido por cuatro comunidades con una cobertura geriátrica igual o superior al 50%, entre las que destaca Cataluña, con más de dos terceras partes (77%) de cobertura en sus hospitales de agudos, junto con Madrid (54%) y Castilla-La Mancha (50%).
2. Un segundo grupo con cobertura intermedia de entre el 25 y el 50%, constituido por cinco comunidades: Castilla y León, Aragón, Canarias, Galicia, y Murcia.
3. Un tercer grupo, con cobertura baja, inferior al 25%, formado por Navarra, la Comunidad Valenciana, Baleares, Asturias, Extremadura y Andalucía.
4. Un último grupo sin cobertura geriátrica (0%): Cantabria y el País Vasco, así como Ceuta y Melilla.

Siguiendo con la anterior clasificación, en relación con las UGA, existirían dos comunidades autónomas con una cobertura intermedia (del 25 al 50%): Madrid (31%) y Castilla-La Mancha (30%); ocho autonomías se encontrarían en el grupo de cobertura baja (inferior al 25%), y habría siete autonomías sin cobertura geriátrica de UGA en sus hospitales generales.

Estos datos muestran un mapa autonómico actual con una asistencia geriátrica hospitalaria desigual y sobre todo poco equitativo, existiendo autonomías donde la población tiene acceso en la fase aguda de enfermedad a una atención geriátrica especializada, y otras donde ello no es posible.

Esto puede suponer que el riesgo de una baja calidad de atención sanitaria a los más ancianos y frágiles sea alto en nuestro país. No obstante, ya es mucho lo andado, y aunque queda más por realizar, uno de los principales retos de la asistencia geriátrica se encuentra en romper las resistencias de las diferentes administraciones para conseguir una atención sanitaria para las personas mayores basada en la prevención de la dependencia (programas de atención primaria y hospitales de agudos) junto, y coordinada, con la atención del cuidado de la dependencia (programas de atención domiciliaria, rehabilitadores, de larga estancia, programas sociales...). Ante los datos expuestos anteriormente, la SEGG, siguiendo la evidencia científica, mantiene las recomendaciones europeas, y reitera que la atención geriátrica especializada es un derecho básico al que, hoy día, no tienen acceso la mayoría de las personas mayores cuando lo necesitan.

1.2.9.b. Las unidades de media estancia y convalecencia

Según la tabla 18, Cataluña muestra con diferencia un número muy superior de unidades de media estancia y convalecencia con respecto al resto de las CCAA. Así del total de las 46 unidades existentes en España, más de la mitad, 25 (54%), se encuentran en

Cataluña. En un segundo grupo, distante, estaría constituido por dos CC.AA, Madrid y Andalucía, con cuatro unidades cada una. Un tercer grupo, de 11 CC.AA, solo dispondría de dos o una unidad en la comunidad para tratar de forma especializada procesos susceptibles de recuperación funcional y/o convalecencia tras el proceso agudo. Estos datos más actualizados según el estudio de la SEMEG en el 2004, se continúan confirmando en cuanto a número de camas por comunidad autónoma, existiendo todavía 4 CCAA sin ninguna UME (Murcia, Baleares, Navarra, Ceuta y Melilla).

Estos datos pueden de igual forma suponer que en la mayoría de las CCAA, no se está tratando adecuadamente la dependencia tras la fase aguda de enfermedad, y más concretamente aquella dependencia que es posible de rehabilitar, la dependencia que es posible evitar o bien disminuir en intensidad con el grado consiguiente de aumento de coste sanitario y social, así como de satisfacción y calidad de vida de la persona mayor afectada de dicha dependencia que ha acontecido por no recibir un tratamiento geriátrico rehabilitador adecuado.

1.2.9.c. Los hospitales de día geriátricos

Según los datos de la tabla 21, el panorama asistencial con respecto a este recurso geriátrico especializado es semejante al anterior, con una distribución autonómica también muy semejante. Así Cataluña se alza con 38 Hospitales de día geriátricos, es decir un 69% del total (55). Madrid estaría de una forma muy distante con 4 hospitales de día (7%). 9 CCAA solo tienen 1 o 2 Hospitales de día cada una. Y por último 7 CCAA no tienen ningún hospital de día.

Estos datos nos muestran la misma consideración del punto anterior en cuanto al tratamiento de la dependencia tras la fase aguda de la enfermedad por las diferentes CCAA.

**2. PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN
SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES
DEPENDIENTES**

1.1.LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

Un conocido tópico sanitario dice: “es mejor prevenir que curar”. Más importante aún será prevenir aquello que con frecuencia no se puede curar como es la dependencia. Hoy ya se puede afirmar que es posible la comprensión de la morbilidad a etapas más avanzadas de la vida y poder así reducir los años de dependencia. Sirva como importante ejemplo los datos publicados sobre Estados Unidos, donde entre 1982 y 1999 no aumentaron las personas mayores dependientes, a pesar de que los mayores de 65 años crecieron desde 26,9 a 35,3 millones durante dicho periodo (Manton y Gu, 2001).

Las estrategias de prevención de la dependencia deben llevarse a cabo simultáneamente a tres niveles: primario, secundario y terciario.

Prevención Primaria de la dependencia

Tratará de que la dependencia no aparezca evitando que lo haga la causa. Desde las responsabilidades sanitarias, corresponde a la APS el protagonismo en dicha prevención. Las medidas que se han mostrado más eficaces son:

- Práctica de un ejercicio físico adecuado.
- Alimentación correcta y peso apropiado.
- Evitar tóxicos como el tabaco.
- No consumir más medicamentos que los necesarios.
- Consumo muy moderado de bebidas alcohólicas.
- Mantener una actividad social adecuada.

Prevención secundaria de la dependencia

Se procurará detectarla precozmente y actuar sobre los grupos de más riesgo. Tanto la APS como la atención especializada deben de asumir importantes responsabilidades en este nivel de prevención. Las medidas más eficientes serán la detección precoz e intervención adecuada sobre los siguientes problemas:

- Hipertensión arterial.
- Hiperlipemias.
- Anticoagulación en la fibrilación auricular.
- Déficit sensoriales (vista y oído).
- Depresión.
- Osteoporosis.
- Osteoartrosis.
- Enfermedades respiratorias.
- Diabetes mellitas.

Prevención terciaria de la dependencia

Una vez que la enfermedad genera dependencia, se deberá actuar de forma precoz, correcta y completa. Suele ser la fase aguda de una enfermedad nueva o durante la reagudización de una enfermedad ya conocida. Comprenderá la fase diagnóstica, terapéutica y rehabilitadora. Con participación de la APS y la atención especializada, incluyendo la atención geriátrica.

El desarrollo adecuado de los niveles asistenciales geriátricos que en este capítulo se tratan, son de vital importancia para limitar la dependencia a sus justos términos, tanto cuantitativos como cualitativos. Tanto para su prevención terciaria como para su asistencia sanitaria cuando ya la dependencia está establecida.

No será tan importante la creación de nuevos recursos como la reconversión y adaptación de algunos de los ya existentes. Es necesario, eso sí, auténtica voluntad por parte de los responsables sanitarios de querer apoyar en el componente sanitario de la protección a la dependencia. En este sentido es fundamental reconocer a la asistencia geriátrica como una prestación básica del Sistema Nacional de Salud, en el catálogo de prestaciones que se deberá definir próximamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Sin dicha prestación, difícilmente se podría llevar a la práctica una adecuada Ley de Protección a la Dependencia en España.

2.2. PROMOVER PROGRAMAS COMUNITARIOS Y DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

El Artículo 12 bis de la Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (AME), dice: "Reconocemos la necesidad de conseguir progresivamente la plena realización del *derecho de todas las personas a disfrutar del grado máximo de salud física y mental* que se pueda lograr.... y reconocemos que van en aumento las necesidades de una población que está envejeciendo, por lo que es preciso *adoptar nuevas políticas*, en particular en materia de atención y tratamiento, *promover medios de vida saludables y entornos propicios*" (Naciones Unidas, 2002).

Los programas comunitarios deben, para asegurar su eficacia y probablemente también su eficiencia, considerar los siguientes fundamentos:

- Estar *basados en la Atención Primaria de Salud (APS)*, y representar una *actividad conjunta de, al menos, médicos, profesionales de enfermería y trabajadores sociales*.
- Ser apoyados por una *red de servicios sociales con recursos suficientes, ágiles y fácilmente accesibles*, en función de las necesidades específicas de cada persona. Hacer realidad, si no una la integración sociosanitaria, sí al menos una coordinación eficaz.
- Considerar como objetivo principal la *prevención de la dependencia*. Se reconoce como fundamental la labor de los *profesionales de rehabilitación*. Sin olvidar la detección e intervención precoces sobre las enfermedades, incluyendo muy especialmente las que afectan al ámbito de la *salud mental*.
- Asegurar el *apoyo efectivo a los cuidadores* de aquellas personas que sufren ya cualquier grado de dependencia. Este apoyo debe incluir una *formación básica* en los cuidados que el anciano precise.
- Facilitar una *formación suficiente en Geriatría y Gerontología* a todos los profesionales que participen en los programas, así como asegurar la *asesoría por especialistas* o expertos en la referida disciplina. *Incentivar la participación* de los diversos profesionales y el *trabajo en equipo multidisciplinar*.
- Promover la *colaboración* con las familias y organizaciones sin ánimo de lucro e incluso del sector privado, *bajo el liderazgo y supervisión de los recursos públicos*.

En el ámbito de nuestro país, merece la pena destacar los siguientes programas comunitarios desarrolladas por el Plan de Acción Internacional de Madrid, y por lo tanto de recomendación preferente (Naciones Unidad. Plan de acción II AME, 2002):

1. El fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida.

o **Objetivo 1:** reducir los efectos de los factores de riesgo de sufrir enfermedades.

o **Medidas:**

- Conceder prioridad a las políticas de erradicación de la pobreza.
- Asegurar las condiciones que permitan a las familias y comunidades cuidar a las personas mayores.
- Establecer objetivos, en particular en función del sexo, para mejorar el estado de salud de las personas de edad y reducir las discapacidades y la mortalidad.
- Actuar especialmente sobre la nutrición, inactividad, tabaquismo y alcoholismo.
- Promover el uso seguro de todos los medicamentos y reducir su uso al mínimo.

o **Objetivo 2:** elaboración de políticas para prevenir la enfermedad en los ancianos.

o **Medidas:**

- Intervención precoz para impedir o posponer enfermedades y discapacidades.
- Promover programas de vacunación.
- Garantizar programas de reconocimientos médicos desde APS.
- Capacitar y ofrecer incentivos a los profesionales que eduquen a las personas mayores sobre modos de vida saludables y autocuidado.
- Prestar atención a los peligros resultantes del aislamiento social y las enfermedades mentales, apoyando grupos de autoayuda.
- Prevenir las caídas y lesiones, tanto en la vía pública como en el hogar.
- Monitorizar la prevalencia de enfermedades en personas mayores para elaborar políticas de prevención.
- Aconsejar el mantenimiento de estilos de vida activos y saludables.

o **Objetivo 3:** acceso de todas las personas de edad a una nutrición adecuada.

o **Medidas:**

- Garantizar la seguridad alimentaria.
- Promover una nutrición sana y adecuada desde la primera infancia.
- Prestar especial atención a las deficiencias nutricionales.
- Educar a las personas mayores, cuidadores y público en general sobre las necesidades nutricionales especiales de los ancianos.
- Promover servicios dentales asequibles.
- Formar a los profesionales sobre las necesidades nutricionales de los ancianos.
- Asegurar la nutrición adecuada y suficiente en todos los centros de asistencia.

2. Acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud.

o **Objetivo 1:** eliminar las desigualdades sociales y económicas por edad o sexo.

o **Medidas:**

- Facilitar el acceso de las personas mayores a los servicios sanitarios y de rehabilitación, en especial en las zonas rurales.
 - o **Objetivo 2:** desarrollo y fortalecimiento de los servicios de APS para los ancianos.
 - o **Medidas:**
 - Establecer programas comunitarios de salud para las personas mayores.
 - Mejorar la formación de los trabajadores de APS y servicios sociales en Gerontología y Geriatría.
 - o **Objetivo 3:** asegurar la atención continuada a las personas mayores.
 - o **Medidas:**
 - Mejorar la coordinación entre APS, atención especializada, atención a largo plazo y servicios sociales y comunitarios.
 - Apoyo a la prestación de rehabilitación, atención de enfermedades crónicas y atención paliativa y su integración en la atención general de la salud.
 - Establecer servicios de geriatría y perfeccionar su coordinación con APS y recursos sociales.
3. **Capacitación de los proveedores y profesionales de servicios de salud**
- o **Objetivo 1:** mejorar la información y capacitación de los profesionales y voluntarios de salud y servicios sociales sobre las necesidades de los ancianos.
4. **Necesidades relacionadas con la salud mental de las personas mayores**
- o **Objetivo 1:** desarrollo de servicios integrales de salud mental que incluyan entre sus servicios la prevención e intervención temprana.
5. **Las personas de edad y las discapacidades**
- o **Objetivo 1:** mantenimiento de una capacidad funcional máxima durante toda la vida y promoción de la participación plena de los ancianos con discapacidades.
 - o **Medidas:**
 - Garantizar que se incluye a las personas mayores discapacitadas en los programas nacionales sobre discapacidad.
 - Proporcionar servicios de rehabilitación física y mental a las personas mayores.
 - Formular programas de base comunitaria para formar sobre las causas y prevención de las discapacidades.
 - Crear normas y entornos propicios a las personas mayores.
 - Promover la construcción de viviendas sin obstáculos.
 - Alentar y facilitar la creación de organizaciones de autoayuda.

En la actualidad, la Cartera de Servicios de Atención Primaria incluye diversos Programas específicos (vacunación de gripe y tétanos, prevención de enfermedades cardiovasculares, atención a pacientes crónicos de diversas enfermedades, prevención y detección de problemas en el anciano...), encuadrados dentro del Programa integrado “Servicios de Atención al Adulto-Anciano”, vigente en prácticamente todas las Comunidades Autónomas (INSALUD, 2002; Luque A, 2002). El reto para los próximos años debe contemplar tanto el aumento de la cobertura de la mayoría de ellos como, sobre todo, ampliar su enfoque, integrando las actividades propiamente sanitarias “*en un esfuerzo global de toda la sociedad*”, como se ha expuesto anteriormente en el presente capítulo.

2.3. POTENCIAR PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Los programas de atención domiciliaria son una opción asistencial que puede proporcionar a los ancianos dependientes una mejor calidad de vida: menores complicaciones graves, disminución de la institucionalización, menor número de reingresos, mejora de la información y la relación médico-paciente. Las condiciones fundamentales para la potenciación de estos programas son:

- Los programas de atención domiciliaria no sustituyen en general el ingreso hospitalario de estos pacientes. Las características de estos pacientes hace muy difícil un manejo domiciliario de los procesos agudos con las garantías de calidad asistencial adecuadas. Sin embargo, sí pueden contribuir a propiciar altas precoces, prevenir reingresos etc.
- Los programas de atención domiciliaria deben funcionar en coordinación con los equipos de atención primaria, en lo posible atendiendo a las demandas asistenciales de éstos y en cualquier caso manteniendo un adecuado flujo de información para garantizar la continuidad de los cuidados.
- La cualificación y formación de los profesionales del equipo debe ser adecuada para la atención de los ancianos dependientes en su domicilio, son fundamentales los conocimientos sobre síndromes geriátricos y cuidados al final de la vida. Es totalmente recomendable que cuenten con un geriatra y enfermera con formación específica.
- Los equipos deben tener una respuesta rápida, las situaciones que suelen plantarse: control tras el alta hospitalaria, descontrol sintomático severo... suelen requerir una intervención precoz, habitualmente en un plazo menor a una semana.
- Uniformidad en la prestación de los servicios: hay una gran diversidad entre las prestaciones asistenciales entre unas comunidades y otras e incluso entre dos áreas sanitarias de una misma ciudad. Sería deseable apostar por una iniciativa y extenderla en lo posible y no depender de iniciativas puntuales.

2.4. DESARROLLO DE CENTROS DIURNOS.

Los centros diurnos (Hospitales de Día Geriátricos y Centros de Día) son alternativas asistenciales que ha demostrado su capacidad para evitar la institucionalización del anciano dependiente. Además los Hospitales de Día Geriátricos (HDG) además de la recuperación funcional, pueden disminuir la mortalidad.

La potenciación de estos centros debe partir de una premisa inicial que es la clara distinción entre las funciones y objetivos de un HDG y un Centro de Día. El HDG tiene un componente claro de recuperación funcional, valoración exhaustiva, control clínico (médico y de enfermería). El Centro de Día tiene como principal función el mantenimiento de la situación funcional y una cierta descarga de los cuidadores, es un recurso que depende de los servicios sociales y no de los sanitarios.

Desarrollo de Hospitales de Día Geriátricos:

- Creación de HDG con una función fundamental de recuperación funcional de ancianos con incapacidad leve-moderada con el objetivo principal de que permanezcan en la comunidad. La ratio recomendada (Geriatría XXI, 2000; informe defensor del pueblo 2000) es de 1 HDG por cada 250.000 habitantes o por cada 30.000 personas mayores de 65 años.
- Potenciación de aspectos clínicos (médicos y de enfermería)
 - Consultas específicas: incontinencia urinaria, caídas, úlceras...
 - Atención a pacientes con patologías inestables o pluripatología con el fin de evitar múltiples reingresos
 - Valoraciones rápidas de procesos subagudos: ejemplo deterioros funcionales, síndrome confusional (como alternativa al ingreso o a la asistencia a urgencias).
- La ubicación de los Hospitales de Día Geriátricos en hospitales dentro de los servicios de geriatría permite fomentar las funciones clínicas antes referidas
- Favorecer las funciones de Valoración Geriátrica Integral, por ejemplo previas a ingreso en residencia.
- Favorecer las funciones de educación para la salud y la posibilidad de reunión de asociaciones de grupos de familiares de enfermos crónicos (enfermedad de Alzheimer, diabetes...) estas funciones podrían ser compartidas con los Centros de Día.

Desarrollo de Centros de Día:

- Creación o concierto con Centros de Día acreditados acercándose al ratio de al menos de una plaza cada 100 mayores de 65 años.

- Desarrollo separado de Centros de Día funcionales y Centros específicos para pacientes con demencia o al menos una oferta diferenciada dentro de cada centro.
- Fomentar terapias de estimulación cognitiva y conductuales para el tratamiento de problemas asociados a la demencia.
- Fomentar los ámbitos de educación para pacientes y familiares y los de reunión-participación de las asociaciones de familiares.
- Potenciar los aspectos de coordinación con proveedores de cuidados domiciliarios (ejemplo auxiliares a domicilio) para propiciar que determinados pacientes puedan acudir a los Centros y así permanecer en la comunidad.
- Fomentar que los Centros de Día puedan abrir los fines de semana (o concertar plazas para este fin) para favorecer estancias de respiro a familiares que cuidan habitualmente a ancianos dependientes (especialmente en casos de demencia).

2.5. POTENCIAR LA COBERTURA SANITARIA DE LAS RESIDENCIAS ASISTIDAS.

En la actualidad son las personas mayores en situación de dependencia las que mayoritariamente, ocupan las plazas residenciales. Este cambio en el perfil de sus usuarios ha repercutido en una mayor medicalización de la atención; por tanto habremos de caminar hacia una concepción de residencia que, sin abandonar el concepto de que es “un lugar para vivir”, se conciban como unidades de larga estancia o cuidado continuado extra-hospitalario para atender a pacientes ancianos, con muy escasas o nulas posibilidades de recuperación, que precisan cuidados continuos clínicos y de enfermería del más alto nivel y por tanto deben contar con los medios técnicos y humanos para suministrarlos.

Las recomendaciones en este sentido serían:

- Debe establecerse como necesario que antes de la inclusión de una persona mayor en una residencia se realice una valoración integral que evalúe si se han agotado todas las posibilidades de diagnóstico y de tratamiento sanitario de sus problemas antes de considerar la dependencia como definitiva.
- Aún partiendo de la base de que el ingreso debe estar precedido de algún grado de dependencia, el principal objetivo dentro del marco residencial, será mantener todas las funciones e incluso luchar por recuperar determinadas pérdidas, siempre partiendo de una actitud positiva realista. Pequeños logros en cuanto a rehabilitación aislada, pueden suponer grandes avances funcionales y secundariamente aumentar la autoestima.
- La asistencia sanitaria en residencias debe integrarse con la asistencia sanitaria en general y deben establecerse sistemas de coordinación en el terreno sanitario de los profesionales del medio residencial tanto con los de atención primaria como con los de atención especializada, especialmente con geriatría, de modo que las personas mayores en el medio residencial reciban la asistencia sanitaria que precisen en cada momento con la precocidad e intensidad necesaria.
- Todas las residencias deberán de contar con un hospital de referencia, que cuente con la infraestructura geriátrica especializada adecuada, donde atender al paciente en caso de necesidad, ya que de no ser así, las residencias se convertirían en “hospitales de tercera”, donde el anciano no tendría la cobertura sanitaria completa a la que tiene derecho (artículo 43 de la Constitución).
- Las residencias contarán con equipos multidisciplinares, en los cuales han de estar presentes dependiendo del tipo de residencia: médicos, enfermeros diplomados, enfermeros auxiliares, podólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social, animadores socioculturales y cuidadores.

- Debe facilitarse el acceso a la formación en geriatría y gerontología de todos los profesionales del medio residencial, debiéndose de legislarse y establecer unos requisitos mínimos formativos en cada profesión a cumplir, que incluya igualmente la formación continuada.

2.6. GENERALIZAR LA COBERTURA GERIÁTRICA EN LOS HOSPITALES GENERALES.

De forma reiterada se responsabiliza al envejecimiento de la población como el principal causante del aumento de consumo de recursos sanitarios y concretamente de recursos hospitalarios. Pero estudios de coste en países como EEUU han demostrado que el gasto no está tan relacionado con la expectativa de vida, sino con la presencia de dependencia, y sobre todo con la institucionalización. Por ello todo aquella intervención que demuestre la disminución de la dependencia tendrá su máxima indicación.

Como se ha comentado previamente, no todos los pacientes ancianos necesitan de una atención geriátrica hospitalaria especializada, sino aquellos que presentan un alto riesgo de incapacidad y dependencia y que la hospitalización aguda puede agravar y/o generar, es decir el anciano frágil/paciente geriátrico, que constituye un 15-20% de los ancianos. Cualquier sistema sanitario debería contemplar todos los recursos humanos y materiales y la organización de los mismos para dar respuesta a las necesidades de la población que cubre.

Incorporar la cobertura de la dependencia como prestación en el ámbito de la Seguridad Social, debe de suponer un incremento de la protección a los ciudadanos en situación de riesgo de dependencia, así como en dependencia ya constituida, sobre todo grave o muy grave. Esta prestación debe de estar centrada en una atención de la dependencia tanto desde el punto de vista social como desde el punto de vista sanitario, recogiendo las recomendaciones de los principales organismos internacionales, de desarrollar políticas asistenciales centradas no solo en el cuidado de la dependencia sino en la prevención de la dependencia y de su progresión. Por ello la principal propuesta en este punto es:

- Establecer políticas de desarrollo progresivo de recursos geriátricos especializados hospitalarios en base a la provisión de cuidados preventivos, progresivos y continuados, que alcancen el 100% de los hospitales generales españoles.
- Dichas políticas deben de seguir los principios de universalidad, equidad y excelencia. No se debe tolerar la desigualdad sanitaria en atención geriátrica hospitalaria especializada existente actualmente entre las distintas comunidades autónomas.

2.6.a. Asistencia geriátrica especializada en la hospitalización de agudos.

Dada la evidencia expuesta en el punto 1.2.1. sobre la asistencia geriátrica hospitalaria, las propuestas en este punto son:

- Cobertura del 100% de los hospitales generales con asistencia geriátrica especializada.
- Implantación de forma progresiva de la cartera de servicios aprobada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con la consiguiente implementación paulatina de UGAs en todos los

hospitales españoles, para garantizar así el derecho de los ancianos a recibir una asistencia especializada de calidad por igual en todo el territorio español.

- Un paso intermedio a la propuesta anterior la constituye el desarrollo y crecimiento de los equipos geriátricos interconsultores actuales en aquellos hospitales generales que no disponen de UGAs. Estos equipos deberán estar bien dotados de todo el personal necesario para poder ser realmente eficientes e ir desarrollándose poco a poco hasta su dotación de UGA.
- Todos los hospitales generales deberán de disponer de equipo geriátrico interconsultor para poder apoyar a las personas mayores de alto riesgo ingresadas a cargo de otras especialidades.
- Potenciar la interconsulta entre los servicios hospitalarios que atienden a los pacientes ancianos con la asistencia geriátrica especializada, especialmente en aquellas patologías muy incapacitantes como la fractura de cadera, el accidente vascular cerebral, y la demencia.
- Potenciar la formación específica en geriatría de todos los profesionales que atienden a personas mayores, con programas de rotación específica por las unidades de geriatría.
- Inclusión de la red de asistencia geriátrica especializada en la investigación clínica en orden de mejorar la atención (diagnóstico, tratamiento, costes) del anciano frágil/paciente geriátrico.

2.6.b. Urgencias hospitalarias

Tal y como se ha expuesto en el punto 1.2.2.b. las personas mayores en urgencias suele plantear problemas diagnósticos y terapéuticos diferentes y de una mayor dificultad que el adulto joven. En este sentido la intervención de la geriatría en los servicios de urgencias hospitalarios en el grupo de población anciano frágil/ paciente geriátrico ha demostrado disminuir el deterioro funcional tras intervención, menor frecuencia de reingresos, menor riesgo de institucionalización y mortalidad, acompañado de un menor coste en la atención.

Por ello las propuestas básicas y evidentes para disminuir la dependencia o mejorar la atención de ésta en el ámbito de las urgencias hospitalarias son:

- Formación específica en Geriatría de todos los profesionales sanitarios de los servicios hospitalarios de urgencias.
- Puesta en marcha de protocolos de actuación específicos para el anciano propios de la urgencia hospitalaria, que incluyan siempre una valoración geriátrica integral básica del área funcional, mental y social. Algunos programas específicos de intervención a destacar por su alta frecuencia en urgencias y su alta relación con dependencia y morbimortalidad son los específicos de pérdida funcional, de caídas, de cuadros confusionales, de ictus, de cardiopatía isquémica, de fractura de cadera y de abuso y maltrato.

- Garantizar la cobertura del 100% de los hospitales generales españoles de acceso a la atención geriátrica especializada a demanda de los servicios de urgencias. Su función es la de apoyo a demanda del servicio de urgencias para valoración precoz con capacidad de intervención y seguimiento de aquellos ancianos que lo precisen.
- Desarrollar y potenciar la investigación clínica específica de la población anciana, especialmente de los más mayores, en los servicios de urgencias, sus intervenciones específicas y su respuesta a los diferentes tratamientos.

2.7. GARANTIZAR EL ACCESO A UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA O CONVALECENCIA.

Las Unidades de Media Estancia o Convalecencia, son el primer nivel asistencial geriátrico que fue evaluado y que cuenta con el mayor grado de evidencia científica. Pese a ello el grado de desarrollo en los diferentes sistemas sanitarios es más lento del que sus establecidos beneficios harían prever. Estas Unidades han demostrado, un año después del alta hospitalaria, una reducción de la mortalidad (23.8 frente a 48.3 %), una reducción de la institucionalización (12.7 vs 30 %), mejoría de la situación funcional en actividades básicas (48.4 frente a 25.4 %) e instrumentales (46.8 vs 30.5 %) de la vida diaria, mejoría de la situación cognitiva (35.6 frente a 22.4 %) y afectiva (42.4 vs 24.1 %) y reducción de la estancia hospitalaria, reingresos y costes de la atención del grupo de pacientes tratados en la unidad ubicada en un hospital de agudos, frente al grupo control tratado de forma convencional. (Rubenstein LZ et al, 1984). Asimismo las unidades ubicadas en un hospital monográfico para la rehabilitación, han corroborado los beneficios sobre la situación funcional y la reducción de la mortalidad y la institucionalización (79 % vs 61 % viviendo en su domicilio) a los 6 meses, sin diferencia de coste del proceso con el grupo control (Applegate WB et al, 1990). Estos datos han sido confirmados con posterioridad en el metaanálisis de Stuck AE et al en el 1993.

La falta de criterios homogéneos a la hora de instaurar este tipo de cuidados puede repercutir en la efectividad y eficiencia de este nivel asistencial. La ausencia o escaso desarrollo de este tipo de recurso, redundará a medio y largo plazo en un aumento del gasto derivado de una ineludible mayor necesidad de cuidados sociales domiciliarios y residenciales.

Por tanto durante la hospitalización de la persona mayor el deterioro funcional como complicación de su proceso agudo o derivado la propia hospitalización, es una realidad que aparece en un 25-55% de los casos y que afecta fundamentalmente a la capacidad de deambulación, el control de esfínteres y el aseo personal. Esto condiciona un incremento en su necesidad de cuidados y un alto riesgo de institucionalización al alta. Sin embargo antes del acceso a residencias o instituciones de larga estancia, deben agotarse todas las posibilidades preventivas y terapéuticas que la evidencia científica ofrece (Defensor del Pueblo, 2000).

Múltiples estudios en los últimos 10 años, utilizando diversos ratios, han tratado de estimar las necesidades actuales y futuras de este tipo de recurso en nuestro país, teniendo como referencia los llevados a cabo en otros países (La British Geriatric Society estimaba en 1990, un ratio de 2.5 camas de media estancia por cada 1000 habitantes > 65 años) (INSALUD 1995; Geriatria XXI, 2002; SEMEG 2004).

El informe del INSALUD en 1995, estimaba una necesidad de 0.93 camas de media estancia por cada 1000 habitantes > 65 años. Por tanto el número de camas necesaria en el año 2000 hubiera sido de 5764, frente a las 1864 existentes, constatándose un déficit del 68 %;

porcentaje que en el año 2026 se estimará en el 76 % (con una necesidad de camas totales de 7626) (Tablas 22, 23, y 24)

Las necesidades que planteó la SEGG en su informe *Geriatría XXI* en el año 2000, eran de 1.5 camas de media estancia por cada 1000 habitantes > 65 años (3). Por tanto el número de camas estimado entonces necesario era de 9296, frente a las 1864 existentes, constatándose un déficit del 80%; déficit que en C. A. como Baleares, Murcia, Navarra y Ceuta y Melilla alcanzaba el 100 %. Dicho déficit se estimaba ascendería hasta el 85 % (con una necesidad de camas totales de 12300) en el año 2026 (tablas 22,23,24, y 25).

El último estudio publicado por la SEMEG en el año 2004, teniendo en cuenta el cómputo de camas por CC. AA. en 2004, el número estimado actualmente es de entre 3859 y 8932 camas, frente a las 2066 existentes, constatándose un déficit entre 46 y el 77% según el indicador elegido (tablas 22,23,24, y 25).

La creación de unidades geriátricas de media estancia hospitalarias tiene un volumen suficiente de evidencia científica (grado de recomendación A) que acredita su eficacia, efectividad y eficiencia frente a los cuidados hospitalarios convencionales reduciendo el desarrollo de incapacidad y sus consecuencias mediante la recuperación funcional en fases subagudas de enfermedad.

Los criterios políticos de desarrollo de recursos deben comenzar a tener en cuenta las evidencias científicas y planificar a partir de ellas. En virtud de los datos como propuestas diremos (reseñando el informe del Defensor del Pueblo publicado en el año 2000), que:

- Al menos debe de existir una unidad de media estancia por cada hospital general , con una total recomendación de ser adscrita al Servicio de Geriatría o Unidad de Agudos de Geriatría, pudiendo estar ubicada en un hospital diferente al hospital general.
- Debe garantizarse la equidad en el acceso a las Unidades de Media Estancia y Convalecencia. Debe atenuarse la enorme variabilidad interterritorial, mejorando la provisión de recursos en las zonas que carecen de ellos.
- Las personas mayores que residan en la comunidad deben tener acceso al nivel geriátrico con mayor dedicación a la recuperación funcional.

2.8. DESARROLLO DE SUFICIENTES CAMAS DE LARGA ESTANCIA.

Atención de larga duración es el sistema de actividades desarrolladas por **cuidadores informales** (familia, amigos, vecinos) o **profesionales** (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que *una persona que no puede valerse por si misma* pueda llevar una vida con la mejor calidad posible, según sus preferencias personales, el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, objetivos personales y dignidad humana

La Larga estancia geriátrica está destinada a la atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia con diversos grados de complejidad clínica y que no pueden ser atendidos en su domicilio. Pueden desarrollarse unidades específicas, según necesidades, para enfermos con enfermedad de Alzheimer u otras demencias, para salud mental o para enfermos con enfermedad neurodegenerativa o daño cerebral.

Para el desarrollo de los servicios de larga estancia deben considerarse diferentes aspectos:

- Deben definirse los criterios básicos de acreditación de estas unidades exigiendo determinados niveles de estructura y de funcionamiento.
- Existencia de un equipo multidisciplinar
- La ubicación puede ser diversa en función de las necesidades de cada territorio. Idealmente se ubicarán en hospitales de media y larga estancia.
- Deberá proveer servicios sanitarios que habitualmente no son cubiertos en las residencias (figura 5). Farmacia, servicio médico y de enfermería 24 horas. Pruebas complementarias básicas (radiología básica y analítica)
- Debe fijarse los criterios de ingreso con priorización en función de la situación de complejidad clínica.

En cuanto a la dotación de recursos:

- Debería existir una unidad de larga estancia en cada área de influencia
- El nº de camas puede ser variable en función de características poblacionales y territoriales. Una tasa aproximada del 5 por 1000 mayores de 64 años y alrededor de un 10 por 100 del total de las camas disponibles de larga duración se han visto adecuadas para satisfacer las necesidades.
- En zonas muy pobladas se puede plantear subunidades para personas con determinadas características particulares como por ejemplo enfermos con demencia.

2.9. POTENCIAR LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

Tras la transferencia de las competencias sanitarias, en enero de 2002, a las diez CC.AA. anteriormente integradas en el INSALUD, todas las Comunidades Autónomas son ya plenamente responsables de la gestión de los servicios sanitarios, y de la mayor parte de los servicios sociales de financiación pública en su territorio.

La falta de coordinación entre los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales es uno de los problemas tradicionales. En general, las competencias se encuentran repartidas entre las Consejerías de Sanidad y las de Servicios Sociales, con redes sanitarias y sociales independientes. Todas las CC.AA. muestran su interés por promover la coordinación entre servicios sanitarios y sociales. Sin embargo, al referirse a coordinación sociosanitaria, algunas comunidades entienden que los recursos sanitarios y los recursos sociales deben funcionar en paralelo aunque con más coordinación, mientras otros consideran que es necesario crear una zona de reunión entre ambas (“integración”).

Según se destaca dentro de la serie documentos de trabajo del Observatorio de la Salud, sobre la atención sociosanitaria en España los principales obstáculos a la coordinación sociosanitaria son: a) la tradicional baja provisión de servicios sociales condicionada por el modelo familiar tradicional, b) la descoordinación entre los distintos niveles de gobierno implicados, c) la fragmentación y escasa dimensión de los proveedores privados de cuidados sociales, d) la escasez de algunas tecnologías útiles para estos fines en los centros de atención primaria y especializada.

Lo cierto es que, hoy por hoy, al margen de buenos propósitos, salvo escasas excepciones siguen existiendo similares problemas y dificultades de coordinación de la atención sociosanitaria que a finales de los años 80.

Por ello con el fin de avanzar y mejorar la coordinación sociosanitaria se proponen, en línea con el informe del defensor del pueblo (2000):

- Cambios en el establecimiento de las prioridades de atención que afectan al sistema sanitario y a los servicios sociales:
 - Sistema sanitario: es urgente que se otorgue a la vejez el lugar que le corresponde en sanidad con:
 - Mejora de la formación en geriatría de todos los profesionales.
 - Implantación de la cartera de servicios específicos del anciano en la APS.

- Implantación progresiva de los recursos geriátricos especializados hospitalarios descritos a lo largo del capítulo.
 - Servicios Sociales: es necesario una atención más especializada hacia las personas mayores en alto riesgo o que padecen dependencia, con un importante impulso de los servicios de atención (acceso universal a los servicios de ayuda domicilio, telealarma, centro de día, plazas temporales de residencia, e incremento de las plazas residenciales temporales o permanentes).
- Cambios en los sistemas de gestión de los servicios sociales y sanitarios para que se garantice la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios. Así será necesario:
- La sectorización en áreas sociosanitarias únicas.
 - Creación de órganos, estructuras o instrumentos de coordinación que sean un lugar apropiado de entendimiento, negociación y toma de decisiones de carácter institucional (por ejemplo las comisiones sociosanitarias de distrito), y que dichos órganos dispongan de recursos que gestionar.
 - Crear criterios consensuados y diseño de protocolos de derivación que hagan posible la automatización de estos procesos, con sistema único de valoración para el acceso a los servicios, utilizable desde cualquier ámbito de atención, con descentralización en la toma de decisiones y desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de la atención directa.
 - Utilización de instrumentos comunes de valoración que eviten la multiplicación de tiempo y esfuerzos profesionales, con el consiguiente incremento del gasto social y sanitario. Pero además, que eviten que una persona mayor frágil deba someterse a sucesivos interrogatorios y juicios minuciosos sobre su situación física, psíquica, socioeconómica y afectiva, que con frecuencia solo contribuyen a dilatar la solución a sus problemas.
- Cambios en las culturas de las diferentes disciplinas y profesiones implicadas en la intervención, con reconocimiento mutuo. Es necesario superar la práctica de la derivación/expulsión de un nivel asistencial sanitario a uno social o viceversa, por desarrollar una cultura de la atención integral allí donde se presente la necesidad. A cubrir.

2.10. IMPLANTAR CONTROLES DE CALIDAD ESPECÍFICOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

En las siguientes líneas se incluyen recomendaciones para el establecimiento de sistemas de control de la calidad de los servicios sociales y sanitarios de atención a la dependencia. Son recomendaciones generales dado que un buen sistema de control de calidad suele implicar cambios legislativos, organizacionales y un esfuerzo continuo que obliga a ir cambiando, adaptando y mejorando los sistemas de control a medida que se progresa en la provisión de un servicio determinado.

Cualquier sistema de control de calidad asistencial para un sistema público de protección a la dependencia debería ser realizado y monitorizado por una agencia estatal independiente (y/o por una agencia independiente en cada comunidad autónoma). Se debe evitar el uso exclusivo de los sistemas de certificación ya existentes, pues suelen estar muy centrados en el proceso de atención y poco en los resultados de salud y porque en su elaboración han participado de forma activa los proveedores de servicios sociales y sanitarios, limitando sus posibilidades de regulación (Sloss EM, et al. 2000). Este sistema de control de calidad debería cumplir los siguientes requisitos:

1. *El desarrollo del sistema de control debe incluir cambios legislativos (incluidos y derivados de la ley de protección a la dependencia) y organizativos (creación de agencias de control, por ejemplo) que se deberían desarrollar de forma homogénea en todas las comunidades autónomas de forma progresiva a lo largo del tiempo. Los criterios de calidad y los mecanismos de control que se establezcan deben incluir una primera etapa básica de criterios mínimos que necesitará ser evaluada de forma periódica para ir introduciendo mejoras de forma progresiva en el tiempo. Esta progresividad debe permitir la adaptación de los gobiernos autonómicos y de los proveedores de servicios sociales y sanitarios a las normas y criterios de calidad que se establezcan. Las comunidades autónomas y los proveedores con mayor experiencia podrán superar en cada momento los mínimos imprescindibles, lo cual servirá a su vez, de motor en el desarrollo del sistema.*

2. *La fijación de criterios de calidad y de normas debería ser realizado por profesionales independientes con experiencia en el sector de atención a las personas mayores enfermas y dependientes y recogido en normativa específica que obligue a su cumplimiento. Este proceso debe tener en cuenta:*

- La situación actual del servicio que se pretende regular (grado de desarrollo, nivel de calidad inicial, formación en calidad de sus profesionales, etc.) para fijar estándares de calidad que sea posible alcanzar.
- La financiación global (pública y privada) del servicio que se pretende regular, siendo especialmente cuidadoso en la posibilidad de cumplir criterios de estructura.

En el desarrollo de criterios y normas se debe tener en cuenta la opinión de los proveedores de servicios (públicos y privado), pero se debe evitar la presión que éstos ejercerán sobre la fijación de criterios y normas. En este proceso se debería contar con la participación de sociedades científicas y de asociaciones de familiares.

3. *La aplicación de criterios y normas se debe realizar de forma común tanto a proveedores de servicios públicos (públicos y concertados) como a proveedores privados.*

4. Debe existir un *núcleo de información común* para todas las comunidades autónomas que permita la comparación usando criterios de estructura, proceso y resultados en el conjunto del estado. Cada comunidad autónoma, podrá, además, desarrollar sistemas de control específicos que permitan monitorizar sus propios avances, dado que es previsible que el desarrollo de servicios sociales y sanitarios sea heterogéneo (por políticas sociales y sanitarias diferentes o por la puesta en marcha de programas piloto de evaluación en una determinada comunidad autónoma antes de su extensión al resto del estado). La información debe ser pública y accesible para ayudar a la mejora continua.

5. El sistema de control de calidad debe incluir los siguientes ámbitos:

- *Acreditación de servicios*: Debe trabajarse en la homogeneización de normativas básicas en todas las comunidades autónomas. Los servicios acreditados deben formar parte de la “red acreditada de provisión de servicios sanitarios y/o sociales” que debe ser publicitada. La re-acreditación periódica se debería realizar como mínimo una vez al año. La acreditación debe recoger criterios básicos de estructura, proceso y resultados.
- *Criterios de estructura*: Debe incluir como mínimo el ratio de personal mínimo para desarrollar el servicio, los diferentes profesionales necesarios para desarrollarlo (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) y la

formación necesaria. Se debe recoger, asimismo, la normativa arquitectónica y de seguridad necesaria.

- *Proceso de atención*: Debe incluir como mínimo, los protocolos y procedimientos de atención frente a los problemas más comunes incluyendo la valoración diagnóstica y el tratamiento (demencia, desnutrición, caídas de repetición, incontinencia, rehabilitación, etc.). La fijación de estándares mínimos en evaluación y tratamiento debe ser realizado por expertos. El proceso de atención debe ser interdisciplinar tanto en la evaluación como en el tratamiento.

- *Resultados de salud*: Se debe incluir resultados de salud y dependencia en la monitorización de la prestación de servicios. Estos criterios deben ser fijados por expertos. Dentro de estos resultados es ineludible incluir medidas de satisfacción y de calidad de vida (páginas web del proyecto ACOVE, Joint Comisión, National Guideline Clearinghouse)

6. El ámbito de aplicación de los criterios de calidad debe incluir:

- *Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales Básicos*: Haciendo especial énfasis en los programas de prevención y promoción de la salud. Estos programas de deben evaluar de forma periódica pues su implantación es heterogénea en el momento actual. Es muy importante explorar sistemas de detección y tratamiento precoz de la fragilidad para remitir al paciente a servicios especializados de geriatría que eviten la progresión a dependencia.

- *Atención hospitalaria*: Se deben realizar y evaluar programas de detección del anciano frágil en cada hospital que incluyan evaluación y rehabilitación precoz. En cada área sanitaria debe existir un servicio de geriatría de referencia para prestar soporte a la atención hospitalaria y a la atención primaria sanitaria y social. Al ser la hospitalización la principal fuente de dependencia en ancianos, estos programas hospitalarios deben ser rigurosamente evaluados y corregidos.

- *Unidades de rehabilitación geriátrica* (unidad de media estancia, unidad de convalecencia, etc.): Deben existir en cada área sanitaria y se deben fijar el número de plazas necesarias. Es necesario fijar los criterios mínimos de funcionamiento (mortalidad, estancia media, ganancia funcional, etc.).

- *Residencias de ancianos*: Se deben fijar programas de rehabilitación activa y de mantenimiento en cada una de ellas. Se debe monitorizar la efectividad de estos programas (Fries BE, et al. 1994).

- *Centros de día*: Además de fijar y monitorizar la efectividad de programas de rehabilitación, se debe potenciar la conexión con los servicios de atención primaria.

- *Ayuda social domiciliaria*: Debe ser monitorizada en su efectividad y analizar la cartera de servicios actual tanto en prevención como en ayuda a la dependencia.

Los programas considerados sociales (residencias de ancianos, centros de día y ayuda a domicilio) deben incluir criterios de calidad y efectividad no sólo sobre el usuario sino también sobre el cuidador principal.

7. *Integración de servicios*: Se deberían fijar criterios de calidad que estimulen la coordinación de servicios entre diferentes niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria y social), servicios domiciliarios y de ingreso y servicios sanitarios y sociales. En sistema debe evolucionar hacia la integración de servicios sociales y sanitarios de forma global siguiendo experiencias como los PACE (Program for All-Inclusive for the Elderly).

8. *Formación y educación continuada*: Se debe potenciar la formación de todos los profesionales sanitarios en atención a la dependencia tanto en el pregrado como en el postgrado y en programas de formación continuada. Es necesaria la colaboración de la universidad y de las sociedades científicas en este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda P, Oliver JL, Luengo C, Romero L. Resultados y beneficios de la creación de un equipo de valoración y cuidados geriátricos en el Hospital General de Albacete: análisis del primer año de funcionamiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:195-201.
- Alarcón MT y Salgado A. Plan de cuidados en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994; 29, 106-112.
- Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322: 1207-1214.
- Applegate WB, Millar ST, Graney MJ et al. A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990; 322: 1572-1578.
- Art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 (2003).
- Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, et al. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1381-8.
- Ávila R, Vazquez E, Baztán JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (supl 6): 3-14.
- Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Madrid: SEMEG, 2001.
- Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención Sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000a; 115:704-717.
- Baztán JJ, Hornillos M, González-Montalvo JI. Encuesta sobre la estructura y actividad de las unidades geriátricas de media estancia y convalecencia en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (supl 6): 61-76.
- Baztán JJ, Miralles R. Unidades Geriátricas de media estancia y convalecencia: un diamante que hay que cuidar y pulir. *Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (supl 6): 1-2.
- Beers M, Avorn J, Soumerai S, et al. Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents. *JAMA* 1988; 206:3016-3020.
- Brazil K, Bolton c, Ulrichesen D, et al. Substituting home care for hospitalization: the role of a quick response service for the elderly. *J Community Health* 1998; 23:29-43.
- Cameron ID, Handoll HHG, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, 2003.
- Contel JC. La hospitalización domiciliaria no es una alternativa plenamente recomendable. *Aten Primaria* 1999; 24: 162-168.

- Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic DM, et al. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1572-81.
- Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1997.
- Federación Española de Hospitalización a Domicilio, <http://www.fehad.org/lindex2>.
- Forster A et al. Systematic review of day hospital care for elderly people: *BMJ* 1999; 318-324.
- Fries BE, Scheinider DP, Foley WS, et al. Refining a case-mix measure for nursing homes: resource utilization groups (RUG-III) *Med Care* 1994; 23: 668-85.
- García JA. Calidad asistencial en unidades de media estancia y convalecencia geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (supl 6): 47-60.
- Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Editores Médicos, 2000.
- Giménez J, Rodríguez JL, Garcé E, et al. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(Supl 1):64.
- González J, Alarcón T, Del Río M, Gotor P, Aceituno V. Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:336-45.
- González Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103:441-444.
- González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez , Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)*2002; 118: 659-6s64.
- Harris RD, Henschke PJ, Popplewell PY. A randomised study of outcomes in a defined group of acutely ill elderly patients managed in a geriatric assessment unit or a general medical unit. *Aust N Z J Med* 1991;21:230-4.
- II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2).
- Informe del Parlamento Europeo. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Disponible en: http://europa.eu.int/commm/employment_social/news/2003/jan/ACTE_ES_PDF.pdf. Última consulta, julio de 2003.
- Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SEMEG, 2004.

- Informes, estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología. Madrid: Defensor del Pueblo, Publicaciones, 2000.
- Inouye SK, Bogardus ST Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to preven cognitive and functional decline in older hospitalized patient. Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc. 2000 Dec; 48 (12): 1697-706.
- INSALUD Madrid. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte, Áreas 1,2 y 4; 1998.
- INSALUD. Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. 1995.
- INSALUD. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). 1999.
- INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Oferta de Servicios. 2002.
- Instituto de Información Sanitaria. Sistema Nacional de Salud. Tablas Estatales 2001. Publicado 2004. (www.msc.es).
- Ruipérez I, Midón J, Gómez-Pavón J, y cols. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38(4):281-287.
- Joint Comisión: <http://www.jcaho.org/>
- La atención sociosanitaria en españa: experiencias actuales y retos para el futuro. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Serie documentos de trabajos 1-2004.
- Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM , Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional ourcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med 1995;332:1338-44.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 (2003).
- Luque A. Actividades preventivas en el anciano. En: SEMFYC, editor. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: EdiDe, 2002; 1133-37.
- McCusker J, Verdon J, Tousignant P et al. Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. J Am Geriatr soc 2001;49:1271-81.
- Millard PH, Sharman J. Ready to go home. Rehabilitation re-discovered. Age Concern England, 1999.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. Informe 2002.
- Miralles R. Selección de pacientes en una unidad geriátrica de media estancia o convalecencia: factores pronósticos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35 (supl 6): 38-46.

- Miranda MJ. Análisis del modelo residencial público. Número monográfico sobre análisis de la atención institucionalizada al anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; supl 1, 13-14.
- Naciones Unidas. Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (S 2): 8-11.
- Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (S 2): 12-37.
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov/indez.asp>.
- Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281:613-20.
- O'Neill D, Williams B, Hastie I, en representación de la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea y División de Medicina Geriátrica de la Unión Europea de Médicos Especialistas. Retos, oportunidades y función de la asistencia sanitaria especializada en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37:289-356.
- Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 221-233.
- Pérez Martín, A, Rol de la Morena, MJ, Mareque Ortega, MI *et al*. Efecto sobre el consumo de recursos hospitalarios de un programa de atención geriátrica domiciliaria en personas ancianas con patología cardiorrespiratoria muy evolucionada. *Rev. Esp. Salud Publica* 2001; 75: 559-567.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004; 291:1358-67.
- Proyecto ACOVE: <http://www.acponline.org/sci-policy/acove/>
- Resolución de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud de 26 de julio (BOE de 10 de agosto de 1999).
- Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med* 1995;332:1345-50.
- Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, et al. Health status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J Am geriatr Soc* 1988; 37: 562-569.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Engl j Med* 1984; 311: 1664-1670.
- Rubenstein LZ. The emergency services in health department: a useful site for CGA? *J Am Geriatr Soc* 1996;44:601-2.

- Salgado A. Unidades de media y larga estancia: conceptos y críticas. En Atención al Anciano en el Medio Sanitario. Clínicas Geriátricas XIV. Madrid. Médicos, 1998.
- Saltvedt I, Opdahl ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a Geriatric Evaluation and Management Unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:792-8.
- Salvà-Casanovas A, Llevadot D, Miró M, Vilalta M y Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39: 101-108.
- Sanders AB. Older persons in the emergency medical care system. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1271-81.
- Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG et al. Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:363-9.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
- Watanabe Y. The long-term effect of day care rehabilitation. *Hokkaido Igazu Zasshi* 1996; 71:391-402.
- Zambrana JL, Delgado M, Cruz G y cols. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2001;116:652-654.
- Zarit SH. Stress reduction for family care givers: effect of adult day care use. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53: S 267-77.

TABLAS POR ORDEN DE APARICIÓN EN EL TEXTO

Tabla 1.- Distribución por Comunidades Autónomas de Centros de salud

	Centros de Salud
Aragón	112
Asturias	78
Baleares	45
Cantabria	37
Castilla la Mancha	185
Castilla y León	217
Extremadura	97
La Rioja	17
Madrid	228
Murcia	71
Ceuta	3
Melilla	3
INSALUD	1.093

Fuente : MEMORIA INSALUD 2000

Tabla 2. Presión Asistencial (*) (nº de usuarios/profesional/día)

	EAP		Modelo tradicional		Total			
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	∧∨00/99	%∧∨00/99
Médico de Familia	36,77	36,63	42,19	41,67	37,31	37,04	-0,24	-0,007
Pediatría	25,84	25,57	14,26	14,44	23,89	23,94	0,05	0,002
Enfermera	25,08	25,30	20,72	21,03	24,86	25,12	0,26	0,010

* Se incluyen las consultas administrativas.

Fuente: Memoria INSALUD 2000

Tabla 3. Frecuentación (nº de consultas habitante/año)

	EAP		Modelo tradicional		Total	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Médico de Familia	6,93	6,79	6,24	6,37	6,85	6,75
Pediatría	6,47	6,46	5,09	5,09	6,30	6,31
Enfermera	4,15	4,18	1,89	1,82	4,00	4,08

Fuente: Memoria INSALUD 2000

Tabla 4.- Porcentaje de consultas en APS por personas mayores, según tipo de centro y ámbito.

		Total	Tipo de centro		Ámbito	
			Consultorio	Centro de salud	Rural	Urbano
>= 65años	Media	46,58	51,36	45,05	52,97	43,9
	Desv. Típ.	23,21	23,96	22,35	24,22	22,13
> 80 años	Media	13,51	14,26	12,68	11,31	12,9
	Desv. Típ.	11,89	19,84	12,10	8,04	12,32

Fuente: Geriatria XXI: encuesta a médicos de APS

Tabla 5. Tiempo de atención en consulta por tipo de centro y ámbito

		TOTAL	Tipo de centro		Ámbito	
			Consultorio	Centro de salud	Rural	Urbano
ADULTOS	media	7,39	7,38	6,75	8,41	6,57
	Desv . Tip.	3,88	4,36	2,66	3,99	3,18
> = 65 años	Media	10,29	10,81	9,23	11,46	9,27
	Desv . Tip.	5,85	7,23	3,84	5,97	5,46

Fuente :Geriatria XXI. Encuesta a médicos de APS

Tabla 6. Visitas a domicilio por mes.

		TIPO DE VISITA %	
		URGENTES*	PROGRAMADAS*
Nº DE VISITAS A DOMICILIO	0-20	42,11	13,16
	21-40	10,53	22,81
	41-60	14,91	7,02
	61-80	19,30	16,67
	81-100	5,26	30,70
	NS/NC	7,89	9,65
	TOTAL	100	100

(*) Porcentaje de médicos que las realizan.

Fuente : Geriátría XXI : Encuesta a médicos de APS

Tabla 7. Motivo de visitas a domicilio por mes.

	Dxo y/o tto	Revisión	sólo recetas	otros	NC
Total	57,8	25,7	12,3	3,7	0,5
65 – 74 a	36,8	30,7	29,5	2,3	0,8
75 y más	40,6	30,4	24,6	4,3	0,2

Fuente : Geriátría XXI : Encuesta a médicos de APS

Tabla 8. Cartera de servicios (NTM del programa del anciano). INSALUD 2001

Total INSALUD		Nº HISTORIAS CLINICAS				NUMERO U.C.A.S EVALUADAS
		Global evaluadas	EXC. No anciano de riesgo	EXC. Demencia diag./previa	EXC. Anc. Riesgo	
		22.583	7.572	573	375	
Normas técnicas		NUMERO TOTAL DE "SI"	% CUMPLIM. SOBRE Hª EVALUADAS	MEDIA DE NT (TOTAL "SI")	MEDIA NT EN %	
316.1	Incontinencia urinaria	19.746	87,44			
	Antecedentes de caídas y posibles causas	17.817	78,90			
	Consumo de fármacos (dosis y tiempo)	20.571	91,09			
	Agudeza visual y auditiva	18.596	82,35			
	Ingresos hospitalarios (nº y causa)	18.857	83,50			
	Con quien vive	19.013	84,19			19.100
316.2	Canal auditivo	14.756	65,34			
	Buco-dental	15.868	70,27			15.312
316.3	Alimentación	18.660	82,63			
	Ejercicio físico	18.177	80,49			
	Uso apropiado de Medicamentos	16.946	75,04			
	Prevención de accidentes domésticos	15.248	67,52			
	Higiene personal	16.089	71,24			17.024
316.4	Pertenencia a grupos de riesgo y motivos	16.463	74,13	16.463	74,13	
316.5	Valoración y diagnósticos clínicos	12.265	81,71	12.265	81,71	
316.6	Valoración funcional actividades vida diaria	10.250	68,28	10.250	68,28	
316.7	Síntomas depresivos	8.490	56,56	8.490	56,56	
316.8	Valoración cognitiva	8.951	62,00	8951	62,00	
316.9	Red de apoyo familiar y social	8.988	59,88			
	Situación económica y de vivienda	7.643	50,92			
	Cambios de domicilio	7.407	49,34			
	Utilización del ocio / tiempo libre	6.912	46,05			7.737,5
316.10	Valoración de causas	7.004	46,66			
	Plan de cuidados	7.371	49,10			7.187,5
SUMA TOTAL					669,87	

**Tabla 9.- Cumplimiento de la cartera de servicios, programa de atención domiciliaria.
Año 2000**

CUMPLIMIENTO				
	GLOBAL	EAP EXCL	EAP/ESAD	ESAD EXCL
Inmovilizados	81,0	80,4	84,4	86,0
nº de historias evaluadas	3.069	2.637	249	183
Terminales	75,9	68,4	82,9	90,9
nº de historias evaluadas	1.998	1.198	362	438

Fuente : Memoria INSALUD 2000

Tabla 10. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados resultados evaluación normas técnicas. Resultados 1999.

NORMAS TÉCNICAS		RESULTADOS 1999	
		% CUMPLIMIENTO POR SUBNORMAS	% CUMPLIMIENTO POR NORMA
313.1	Motivo de inclusión	95	95
313.2	Persona/s cuidadora/s del paciente	79	
	Situación sociofamiliar	68	73
313.3	Problemas de salud	92	
	Tratamientos farmacológicos	76	84
313.4	Estado de nutrición	73	
	Control de esfínteres	78	
	Estado de piel y mucosas	80	
	Estado de conciencia	79	
	Presencia/ausencia de síntomas físicos	79	78
313.5	Valoración funcional actividades vida diaria	64	64
313.6	Plan de cuidados	72	
	Consejo/información sobre cuidados	67	69
313.7	Evolución del estado general	77	
	Revisión del plan de cuidados	55	
	Consejo/información sobre plan de cuidados	54	
	Fecha de la siguiente visita	37	56

RESULTADO GLOBAL 1999 = 74%

Tabla 11.- Atención a pacientes terminales, resultados evaluación normas técnicas 2001.

NORMAS TÉCNICAS		RESULTADOS 2001	
		% CUMPLIM. POR SUBNORMAS	% MEDIO POR NT
314.1	Fecha de Inclusión y dco./enfermedad	99	99
314.2	Dolor	81	
	Estreñimiento	83	
	Insomnio	65	
	Anorexia	84	
	Estado de conciencia	83	
	Síntomas de ansiedad/depresión	66	77
314.3	Control de esfínteres	78	
	Estado de piel y mucosas	82	
	Deambulación/encamamiento	88	83
314.4	Persona/s cuidadora/s del paciente	79	
	Situación sociofamiliar	62	
	Información y actitud paciente y familia	64	69
314.5	Tratamiento farmacológico	94	
	Consejo/información higiénico dietética	78	
314.6	Síntomas físicos o psíquicos	82	82
314.7	Revisión del plan de cuidados	70	70

RESULTADO GLOBAL DEL SERVICIO 2001= 81%

Tabla 12. Coberturas específicas de las personas mayores de 65 años alcanzadas en la Cartera de Servicios 2000.

Coberturas alcanzadas Cartera de Servicios 2000 Servicios del adulto							
Código	Nombre del servicio	1999 personas incluidas	%	2000 personas incluidas	%	Δ 00/99	% Δ 00/99
301	Vacuna de la gripe >= 65a	1.560.513	55.7	1.656.193	59.1	95.679	3.4
313	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	117.205	38	120.320	39	3.115	1.0
314	Atención a pacientes terminales	19.602	65.5	15.026	50.2	-4.576	-15.3
316	Prevención y detección de problemas en el anciano	479.575	38.1	498.509	39.6	18.934	1.5

Tabla 13: Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte: pacientes incluidos en programa en 2001

Gerencia	Población	Total pacientes	Inmovilizados		Terminales	
			N	%	N	%
Total	7.215.531	68.407	60.195	88,0	8.212	12,0
Albacete	356.728	3.698	3.298	89,2	400	10,8
Badajoz	496.125	5.194	4.622	89,2	572	11,0
Burgos	336.060	2.903	2.535	87,3	368	12,7
Cartagena	273.901	3.698	3.341	90,3	357	9,7
Gijón	289.612	1.322	1.111	84,0	211	16,0
León	332.189	3.296	2.695	81,8	601	18,2
Madrid 1	618.306	6.090	5.505	90,4	585	9,6
Madrid 2	391.652	4.505	4.201	93,3	304	6,7
Madrid 4	510.377	4.621	3.833	82,9	788	17,1
Madrid 5	610.416	4.164	3.713	89,2	451	10,8
Madrid 7	475.820	4.836	4.290	88,7	554	11,3
Madrid 11	688.244	6.942	5.964	85,9	978	14,1
Mallorca	636.464	5.309	4.402	82,9	907	17,1
Santander	361.572	3.588	3.279	91,4	309	8,6
Zaragoza I	533.179	5.070	4.587	90,5	483	9,5
Zaragoza II	304.886	3.170	2.818	88,9	352	11,1

Fuente: modificado de INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Oferta de Servicios. 2002

Tabla 14: Distribución de pacientes domiciliarios por tipo de paciente, dispositivo asistencial y por Área

Gerencia	Total pacientes	Inmovilizados		Terminales	
	68.407	60.195 (88%)		8.212 (12%)	
		Atendidos por EAP	Intervención ESAD N (*)	Atendidos por EAP	Intervención ESAD N (**)
Albacete	3.698	3.128	170 (5,2)	331	69 (17)
Badajoz	5.194	4.577	45 (1)	552	20 (3)
Burgos	2.903	2.468	67 (2,6)	301	67 (18)
Cartagena	3.698	3.313	28 (0,8)	247	110 (31)
Gijón	1.322	1.093	18 (1,6)	116	95 (45)
León	3.296	2.667	28 (1)	507	94 (16)
Madrid 1	6.090	5.348	157 (2,9)	335	250 (43)
Madrid 2	4.505	4.154	47 (1,1)	182	122 (40)
Madrid 4	4.621	3.789	44 (1,1)	298	490 (62)
Madrid 5	4.164	3.585	129 (3,5)	316	135 (30)
Madrid 7	4.836	4.279	11 (0,3)	458	89 (16)
Madrid 11	6.942	5.964	0 (0)	622	356 (36)
Mallorca	5.309	4.374	28 (0,6)	659	248 (27)
Santander	3.588	3.196	83 (2,5)	295	14 (5)
Zaragoza I	5.070	4.479	108 (2,4)	389	94 (19)
Zaragoza II	3.170	2.792	26 (0,9)	321	31 (9)

Fuente: modificado de INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Oferta de Servicios. 2002

EAP: Equipo de Atención Primaria (*): porcentaje sobre total inmovilizados (**): porcentaje sobre total terminales

Tabla 15: Actividad de coordinación entre APS y especializada

	1998		1999		2000	
	Derivaciones	Tasa/1000h	Derivaciones	Tasa/1000h	Derivaciones	Tasa/1000h
Interconsultas	4.503.524	296	4.506.099	293	5.207.503	315
Laboratorio	5.387.194	354	5.618.326	365	6.504.361	395
Radiodiagnóstico	1.420.411	93	1.357.541	88	1.893.743	96

Fuente: Memoria INSALUD 2000

Tabla 16: Asistencia geriátrica especializada en los hospitales generales de más de 100 camas de España (ordenados por Comunidad Autónoma, de mayor a menor porcentaje de recursos de asistencia geriátrica)

Lugar	N	Asistencia Geriátrica	
		Si	NO
España	216	70 (32%)	146 (68%)
La Rioja	1	1 (100%)	0
Cataluña	35	27 (77%)	8 (23%)
Madrid	13	7 (54%)	6 (46%)
Castilla-La Mancha	10	5 (50%)	5 (50%)
Castilla y León	15	7 (47%)	8 (53%)
Canarias	8	3 (37%)	5 (63%)
Aragón	9	3 (33%)	6 (67%)
Galicia	12	3 (25%)	9 (75%)
Murcia	8	2 (25%)	6 (75%)
Comunidad Valenciana	23	5 (22%)	18 (78%)
Navarra	5	1 (20%)	4 (80%)
Baleares	5	1 (20%)	4 (80%)
Extremadura	9	1 (11%)	8 (89%)
Asturias	9	1 (11%)	8 (89%)
Andalucía	32	3 (9%)	29 (91%)
País Vasco	17	0	17 (100%)
Cantabria	3	0	3 (100%)
Ceuta	1	0	1 (100%)
Melilla	1	0	1 (100%)

(Ruipérez I et al. 2003)

Tabla 17: Tipo de asistencia geriátrica especializada en los hospitales generales de más de 100 camas de España, ordenados por Comunidades Autónomas de mayor a menor porcentaje de cobertura geriátrica más completa.

Lugar	N	Tipo de Asistencia Geriátrica		
		Más completa	Incompleta	No existe
España	216	21 (10%)	49 (22%)	146 (68%)
Madrid	13	4 (31%)	3 (23%)	6 (46%)
Castilla-La Mancha	10	3 (30%)	2 (20%)	5 (50%)
Aragón	9	2 (22%)	1 (11%)	6 (67%)
Navarra	5	1 (20%)	0	4 (80%)
Galicia	12	2 (17%)	1 (8%)	9 (75%)
Cataluña	35	5 (14%)	22 (63%)	8 (23%)
Extremadura	9	1 (11%)	0	8 (89%)
Asturias	9	1 (11%)	0	8 (89%)
Castilla y León	15	1 (7%)	6 (40%)	8 (53%)
Andalucía	32	1 (3%)	2 (6%)	29 (91%)
La Rioja	1	0	1 (100%)	0
Canarias	8	0	3 (37%)	5 (63%)
Murcia	8	0	2 (25%)	6 (75%)
Comunidad Valenciana	23	0	5 (22%)	18 (78%)
Baleares	5	0	1 (20%)	4 (80%)
País Vasco	17	0	0	17 (100%)
Cantabria	3	0	0	3 (100%)
Melilla	1	0	0	1 (100%)
Ceuta	1	0	0	1 (100%)

(Ruipérez I et al. 2003)

Tabla 18: Número de unidades y camas de media estancia:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SEGG 2000		SEMEG 2004
	Nº DE UMEs	Nº CAMAS	Nº CAMAS
ANDALUCÍA	4	273	253
ARAGÓN	1	70	125
ASTURIAS	1	40	109
BALEARES	0	0	0
CANARIAS	1	12	12
CANTABRIA	1	15	0
CASTILLA-LA MANCHA	2	38	16
CASTILLA-LEÓN	2	33	38
CATALUÑA	25	1020	1771
COMUNIDAD VALENCIANA	1	14	24
EXTREMADURA	1	8	0
GALICIA	1	18	20
MADRID	4	139	283
MURCIA	0	0	0
NAVARRA	0	0	0
PAÍS VASCO	1	89	0
LA RIOJA	1	95	9
CEUTA Y MELILLA	0	0	0
TOTAL	46	1864	2066

Geriatría XXI. Madrid: SEGG. Editores Médicos, 2000.

Informe SEMEG. Madrid: SEMEG, 2004.

Tabla 19. Distribución de Camas de larga estancia por comunidades autónomas.

	INE (1994)		M° Sanidad (1997)		
	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Ratio
Andalucía	4	381	3	274	0,29
Aragón	4	376	4	382	1,60
Asturias (Ppo. de)	3	137	4	255	1,20
Baleares (Islas)	1	125	1	166	1,47
Canarias (Islas)	13	1.302	14	1.417	8,48
Cantabria	1	159	1	160	1,73
Castilla-La Mancha	1	128	0	0	0,00
Castilla y León	3	237	3	301	0,59
Cataluña	43	3.786	53	4.699	4,75
Comunidad Valenciana	2	288	4	712	1,16
Extremadura	0	0	0	0	0,00
Galicia	3	197	2	130	0,26
Madrid	9	1.528	5	1.108	1,61
Murcia	4	253	3	236	1,59
Navarra	1	62	0	0	0,00
País Vasco	8	812	8	919	2,85
Rioja (La)	1	50	0	0	0,00
Ceuta y Melilla	0	0	0	0	0,00
Total	101	9.821	105	10.759	1,74

Fuente: Elaboración propia con datos INE 1997 e Insalud 1999, y datos de población del Padrón Municipal de 1996.

Tabla 20. Diferencias entre las diferentes tipo de asistencia especializada a domicilio.

	AGD	PADES	ESAD	HaD
ATENCIÓN	Especializada	Especializada	Primaria	Especializada
TIPO DE PACIENTES	Geriátricos	Paliativos y geriátricos	Paliativos y geriátricos	Variados
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	Variable	Cataluña	Antiguo “territorio INSALUD”	Todo el territorio, diferente desarrollo
COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA	SÍ	SÍ	SÍ	VARIABLE

Tabla 21: Número de Hospitales de día y plazas por comunidad autónoma.

	Nº	Plazas
Andalucía	1	40
Aragón	2	27
Asturias	1	15
Baleares	0	0
Canarias	1	18
Cantabria	2	30
Castilla-la Mancha	2	30
Castilla y León	2	27
Cataluña	38	823
Comunidad Valenciana	0	0
Extremadura	1	18
Galicia	1	0
Madrid	4	75
Murcia	0	0
Navarra	0	0
País Vasco	0	0
La Rioja	0	0
Ceuta y Melilla	0	0
Totales	55	1.103

Tabla 22: Número de camas de media estancia: proyección de necesidades según diferentes estimaciones:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	INSALUD **0,93	SEGG ***1,5	SEMEG			BGS *2,5
			#Estudio Toledo	#GRDs	#Nº Altas ≥65 a	
ANDALUCÍA	885	1427	590	870	1365	2378
ARAGÓN	222	358	144	243	334	596
ASTURIAS	197	318	130	211	301	530
BALEARES	105	169	71	116	163	282
CANARIAS	155	251	113	162	261	418
CANTABRIA	86	139	57	94	132	232
CASTILLA-LA MANCHA	296	478	312	533	722	797
CASTILLA-LEÓN	476	767	192	309	444	1278
CATALUÑA	920	1484	612	984	1417	2473
COMUNIDAD VALENCIANA	571	920	385	596	891	1534
EXTREMADURA	169	272	113	179	263	453
GALICIA	467	753	313	520	725	1255
MADRID	640	1032	436	682	1009	1720
MURCIA	138	223	94	138	217	372
NAVARRA	81	131	56	95	129	219
PAÍS VASCO	299	483	204	308	472	805
LA RIOJA	44	71	29	48	67	119
CEUTA Y MELILLA	12	19	8	12	19	32
TOTAL	5764	9296	3859	6098	8932	15494

*BGS 1990	Estimaciones con un ratio de 2,5 camas/1000 > 65 a
**INSALUD 1995	Estimaciones con un ratio de 0,93 camas/1000 > 65a
***SEGG 2000	Estimaciones con un ratio de 1,5 camas/1000 > 65 a

Geriatría XXI. Madrid: SEGG. Editores Médicos, 2000.

Informe SEMEG. Madrid: SEMEG, 2004.

Tabla 23: Déficit actual de camas de media estancia

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SEGG 2000			SEMEG 2004				DÉFICIT DE CAMAS
	Nº CAMAS EXISTENTES	Nº CAMAS NECESARIAS	DÉFICIT DE CAMAS	Nº CAMAS EXISTENTES	CAMAS NECESARIAS			
					#Estudio Toledo	#GRDs	#Frágiles	
ANDALUCÍA	273	1427	81%	253	590	870	1365	57-71-81 %
ARAGÓN	70	358	80%	125	144	243	334	13-48-62 %
ASTURIAS	40	318	87%	109	130	211	301	16-48-63 %
BALEARES	0	169	100%	0	71	116	163	100%
CANARIAS	12	251	95%	12	113	162	261	89-92-95 %
CANTABRIA	15	139	89%	0	57	94	132	100%
CASTILLA-LA MANCHA	38	478	92%	16	312	533	722	95-97-98 %
CASTILLA-LEÓN	33	767	96%	38	192	309	444	80-88-91 %
CATALUÑA	1020	1484	31%	1771	612	984	1417	* Superávit
COMUNIDAD VALENCIANA	14	920	98%	24	385	596	891	94-96-97%
EXTREMADURA	8	272	97%	0	113	179	263	100%
GALICIA	18	753	98%	20	313	520	725	94-96-97 %
MADRID	139	1032	87%	283	436	682	1009	35-58-72 %
MURCIA	0	223	100%	0	94	138	217	100%
NAVARRA	0	131	100%	0	56	95	129	100%
PAÍS VASCO	89	483	82%	0	204	308	472	100%
LA RIOJA	95	71	*	9	29	48	67	69-82-87 %

CEUTA Y MELILLA	0	19	Superávit 100%	0	8	12	19	100%
TOTAL	1864	9296	80%	2066	3859	6098	8932	46-66-77 %

Geriatría XXI. Madrid: SEGG. Editores Médicos, 2000.

Informe SEMEG. Madrid: SEMEG, 2004.

Tabla 24: Déficit total actual y futuro de camas de media estancia.

	SEGG 2000			SEMEG 2004				
	Nº CAMAS EXISTENTES	Nº CAMAS NECESARIAS	DÉFICIT DE CAMAS	Nº CAMAS EXISTENTES	CAMAS NECESARIAS			DÉFICIT DE CAMAS
					#Est. Toledo	#GRDs	#Frágiles	
TOTAL ACTUAL	1864	9296	80%	2066	3859	6098	8932	46-66-77 %
AÑO 2011				2066	4758	7686	10980	57-73-81 %
AÑO 2026	1864	12300	85%					

Geriatría XXI. Madrid: SEGG. Editores Médicos, 2000.

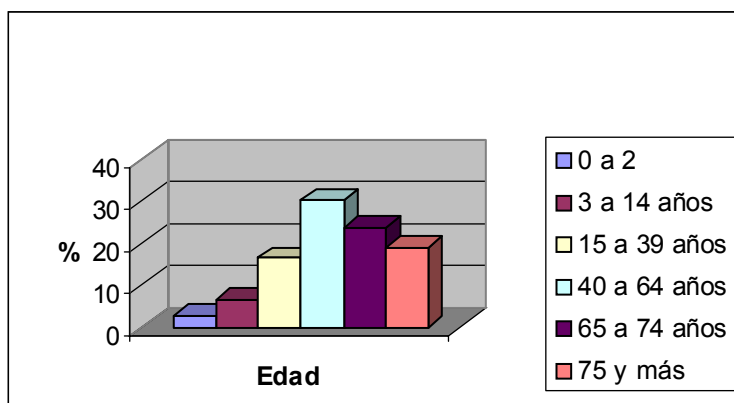
Informe SEMEG. Madrid: SEMEG, 2004.

Tabla 25: Déficit total actual y futuro de camas de media estancia

	SEGG 2000			INSALUD 1995		BGS 1990	
	Nº CAMAS EXISTENTES	Nº CAMAS NECESARIAS	DÉFICIT DE CAMAS	Nº CAMAS NECESARIAS	DÉFICIT DE CAMAS	Nº CAMAS NECESARIAS	DÉFICIT DE CAMAS
TOTAL ACTUAL	1864	9296	80%	5.764	68%	15.494	88%
AÑO 2011							
AÑO 2026	1864	12300	85%	7.626	76%	20.500	91%

**FIGURAS POR ORDEN DE
APARICIÓN EN EL TEXTO**

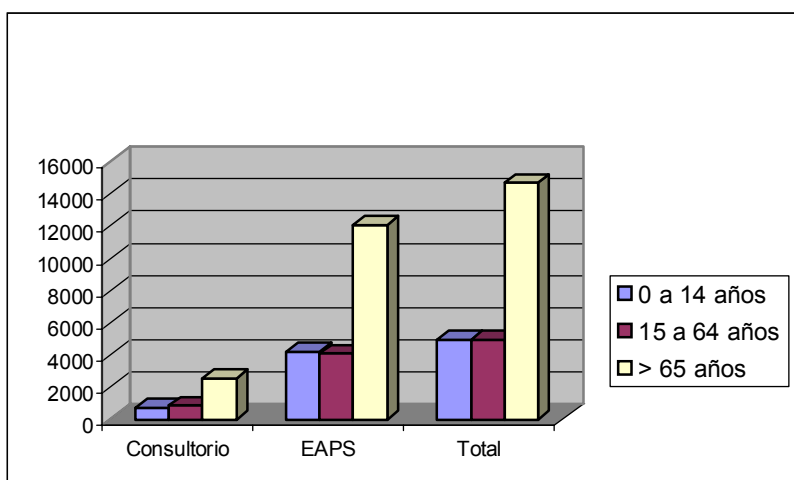
Figura 1. Distribución porcentual del nº de consultas por grupos de edad en Castilla y León.



Edad	%
0 a 2 años	2,9
3 a 14 años	6,6
15 a 39 años	16,4
40 a 64 años	30,3
65 a 74 años	23,8
75 y más	19,1

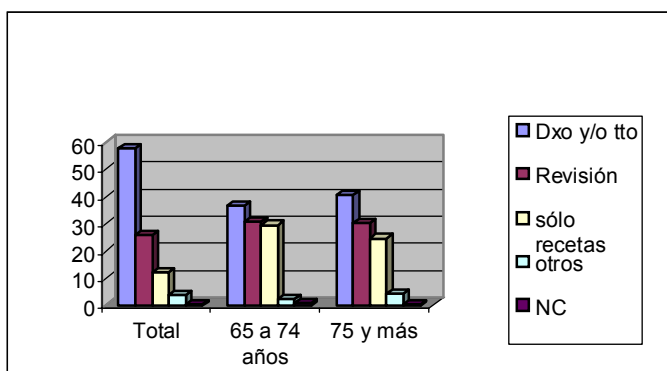
Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla y León, 1997.

Figura 2.- Tasas de consultas en APS por grupos de edad y modalidad de atención



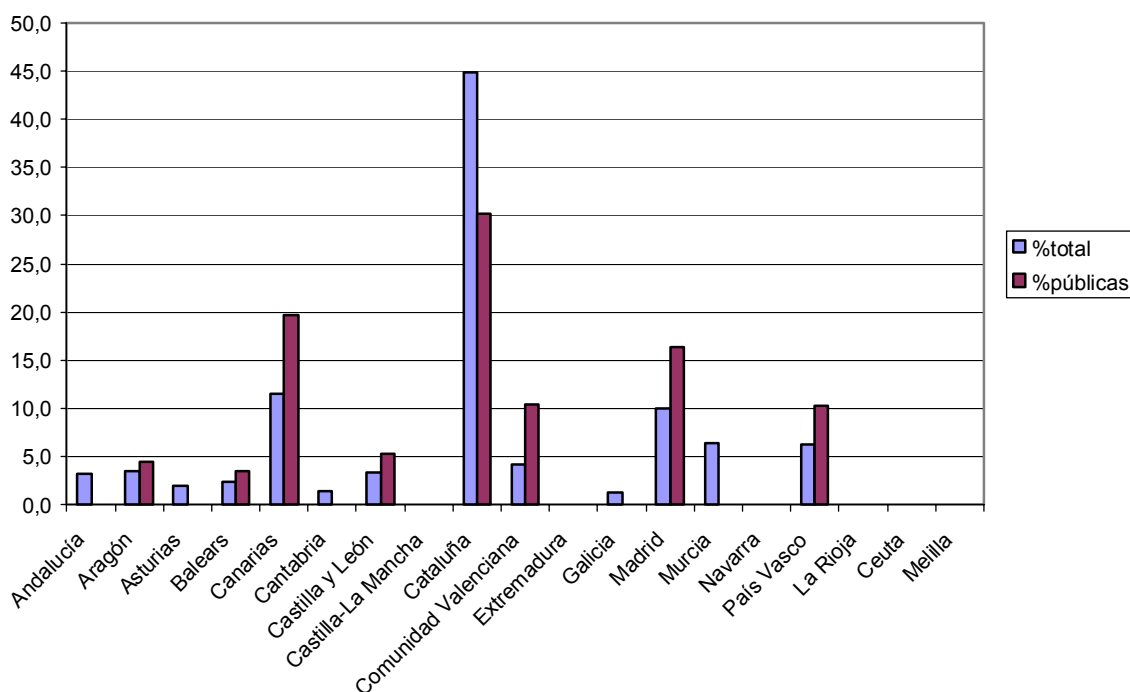
	0 - 14 a	15 - 64 a	> 65 a
Consultorio	731,7	871,4	2568,6
EAPS	4216,6	4098	12079
Total	4948,3	4969,4	14648

Figura 3. Motivo de consulta el médico en las últimas dos semanas.



Fuente : ENS 1995

Figura 4. Distribución de camas de geriatría y/o larga estancia por CC.AA. (en porcentaje).



Fuente: Tomado del informe del Observatorio del Sistema nacional de salud elaborado a partir del Catálogo Nacional de Hospitales (2003).

Figura 5: Servicios sanitarios y sociales que deben de proveer las unidades de larga estancia hospitalaria.

Tipo de servicios	"Hogares residencias"	Residencias asistidas	Unidades de larga estancia
Hostelería	+	+	+
Soporte para las ABVD	+	+	+
T. Médicos básicos	+	+	+
Soporte social. Personal i familiar	+	+	+
Animación sociocultural	+	+	+
Atención farmacéutica	+	+	+

Valoració integral (bio-psi-soc)		+	+
Tratamientos médicos no complejos		+	+
Rehabilitación de mantenimiento y terapéutico en determinados casos		+	+
Teràpia ocupacional		+	+

Atención médica 24 horas			+
Tratamientos médicos más complejos (Med.EV)			+
Situaciones agudas			+
Analítica y radiología básica			+