

# **CAPÍTULO VI**

## **EL SISTEMA SANITARIO Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

---

# ÍNDICE

<b>1. Introducción. Definición y atención sanitaria a la Dependencia .....</b>	<b>3</b>
1.1. Definición de la Dependencia .....	3
1.2. Atención Sanitaria a la Dependencia .....	3
<b>2. Servicios sanitarios dedicados a la Dependencia .....</b>	<b>5</b>
2.1. Atención Primaria. ....	6
2.1.1. La reforma de la Atención Primaria: .....	6
2.1.2. Datos de actividad en Atención Primaria: .....	7
2.1.3. Programas de atención primaria relacionados con las personas dependientes en atención primaria: .....	9
2.1.4. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD y PADE) y Unidades de Cuidados Paliativos:.....	13
2.2. Los hospitales generales de agudos.....	14
2.2.1. Datos de actividad hospitalaria: .....	14
2.2.2. Asistencia geriátrica en los hospitales generales de agudos .....	15
2.2.3. Urgencias .....	17
2.3. Los hospitales y unidades de media estancia y convalecencia.....	17
2.4. Los hospitales y unidades de larga estancia.....	19
2.5. La hospitalización domiciliaria.....	21
2.6. Los Centros diurnos: Hospitales de Día y Centros de Día.....	24
2.6.1. Hospital de Día: .....	24
2.7. Atención especializada y las residencias asistidas.....	27
2.8. Cuidados informales: .....	28
<b>3. Consideraciones sobre el desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia en el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia .....</b>	<b>28</b>
<b>4. Gestión y recursos necesarios.....</b>	<b>40</b>
<b>5. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>43</b>

# **1. Introducción. Definición y atención sanitaria a la Dependencia**

## **1.1. Definición de la Dependencia**

Existen diversas definiciones de la Dependencia. Así encontramos la del Consejo de Europa. (Oslo, 2000): "Dependencia es un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores". En base a esta definición Querejeta González en su libro Discapacidad/Dependencia editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2004, propone una dependencia como "la situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad". O como señala la OMS, la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.

## **1.2. Atención Sanitaria a la Dependencia**

La atención sanitaria a las personas 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.

Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la discapacidad es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben tener un lugar preferente.

La dependencia afecta de manera más extensa a las personas mayores. La característica biológica fundamental del envejecimiento se puede resumir como la pérdida de adaptabilidad de cualquier aparato u órgano a noxas externas e internas, debido a una disminución de la capacidad de reserva y a unos estímulos sensoriales disminuidos. Por ello se debe reconocer a la población de personas mayores frágiles como una de las principales beneficiarias en los programas de atención a la dependencia. De hecho, a medida que aumenta la edad también lo hace el riesgo de pérdida de autonomía lo que conlleva una dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Así el 19,6% de las personas mayores de 65 años son dependientes para los cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia moderada y un 3% una dependencia severa.

La dependencia se asocia al envejecimiento, pero afecta también a personas que han sufrido accidentes, enfermedades de distinto tipo, malformaciones congénitas, etc. Todas ellas son susceptibles de recibir cuidados sanitarios y sociales hasta ahora no suficientemente desarrollados. Las prestaciones sanitarias se han centrado, principalmente, en la atención con fines curativos. Sin embargo, el envejecimiento demográfico, la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas como consecuencia de la mayor capacidad resolutoria del sistema, la mayor supervivencia de personas

con discapacidad, la mayor esperanza de vida de las personas mayores y el desarrollo social, determinan nuevas demandas en la cobertura, el funcionamiento y la utilización de los servicios sanitarios. El incremento de personas con dependencia que esto supone, llevará consigo la necesidad de desarrollar un sistema de Atención a la Dependencia que cubra los aspectos de cuidado social y los relacionados con la cobertura de las necesidades sanitarias que las personas con dependencia puedan presentar.

Las personas dependientes pueden requerir prestaciones sociales y/o sanitarias (de atención clínica y de cuidados sanitarios) que deben estar coordinadas en todo momento para dar una adecuada respuesta sociosanitaria. Pero es importante delimitar las competencias de sanidad y las del sector social, de acuerdo con lo que se defina en las normas que regulen el futuro Sistema de Atención a la Dependencia y desarrollen la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como con la ordenación sanitaria y social de cada Comunidad Autónoma.

La prestación sociosanitaria en el artículo 14 de la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se define como "la atención que comprende 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, la Ley contempla 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".

## **2. Servicios sanitarios dedicados a la Dependencia**

Como el objetivo es ampliar y mejorar la cantidad y la calidad de los servicios que se ofertan a las personas con dependencia, y dado que el Sistema Nacional de Salud

presta atención sanitaria a las personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conllevan dependencia, se requiere un análisis de sus necesidades sanitarias y de los recursos actualmente disponibles.

En España, casi la totalidad de las personas mayores tienen cobertura sanitaria a través del Sistema Nacional de la Salud. Por ello, el 98% de las personas mayores utilizan la sanidad pública cuando precisan de cuidados médicos.

Aunque se ha desarrollado en muchas comunidades autónomas, no existe un sistema de información unificado sobre recursos para la atención de personas dependientes, lo que impide poder valorar adecuadamente el mapa de recursos a nivel estatal.

## **2.1. Atención Primaria.**

### **2.1.1. La reforma de la Atención Primaria:**

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud fijó las bases de la Atención Primaria en España: la delimitación de la Zona de Salud, la definición del Centro de Salud como la estructura física y funcional que posibilitaría el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, la definición y composición de los Equipos de Atención Primaria, la figura del Coordinador Médico, las funciones de los Equipos de Atención Primaria, la nueva jornada de trabajo, la integración de los médicos de cupo, la libre elección de médico, el paso de la cartilla de afiliación a la seguridad social familiar a la tarjeta sanitaria individual, etc.

Este impulso a la Atención Primaria de Salud tuvo su antecedente en la Declaración de Alma Ata, promovida por la OMS y la UNICEF, en 1978, el mismo año que en España se sometía a referéndum la Constitución.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo I, dentro de las prestaciones de atención primaria contempla la atención al adulto y anciano, que comprende:

- a) Las vacunaciones recomendadas en los programas de los servicios de salud.
- b) La detección de factores de riesgo, cuando existan medidas de eficacia comprobada para eliminarlos o reducirlos.
- c) La educación, la atención y asistencia sanitarias a enfermos con procesos crónicos.
- d) La atención a los problemas específicos de salud, durante la tercera edad, conforme a lo previsto en el artículo 50 de la Constitución.
- e) La atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

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 Atención Primaria de Salud 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.

La situación de la población anciana que vive mayoritariamente en la comunidad (97% de la población mayor de 65 años), hace que sea imprescindible la participación de la Atención Primaria en la organización del sistema de atención sanitaria a las personas mayores.

### **2.1.2. Datos de actividad en Atención Primaria:**

Actividad Asistencial: Según la Encuesta Nacional de Salud de 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%), 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).

Presión asistencial: Se expresa como número de pacientes por profesional y día. La presión asistencial global de Medicina de Familia es en 2001 de 37,28 en el INSALUD. Ha aumentado en los últimos años y hay asociación de ese incremento con el crecimiento de la población mayor de 65 años (Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

Frecuentación: el indicador se expresa como número de consultas por habitante y año. La media del INSALUD en 2001 era de 6,9 para Medicina de Familia, 6,51 para Pediatría y 4,13 para Enfermería. Hay un incremento en la frecuentación desde 1995, que solo en parte se explica por el incremento de los mayores de 65 años. En el año 2000, el crecimiento de la población mayor de 65 años explicaría el 8% del incremento de la frecuentación (Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

Utilización de los Servicios de Atención Primaria por parte de los mayores: Según el estudio 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. 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.

Tiempo dedicado a la consulta de los mayores: según algunos estudios el 47% de las consultas en mayores de 14 años se realizan por personas mayores. Pero además, las personas mayores necesitan mayor tiempo de atención.

Consultas en domicilio de los mayores: Las visitas domiciliarias suponen más del 40% de las realizadas por los médicos de Atención Primaria de Salud. Además los tiempos promedio son para adultos de 15,1 minutos y para ancianos de 21 minutos.



Según la ENS 2001 el 1,1% de los mayores de 65 años había requerido atención domiciliaria por los dispositivos sanitarios en los últimos 15 días.

### **2.1.3. Programas de atención primaria relacionados con las personas dependientes en atención primaria:**

Las actuaciones sanitarias más planificadas en relación al dependiente se han desarrollado en torno a los siguientes programas:

#### **Programa de actividades de prevención y promoción de la salud (PAPPS)**

El PAPPS, creado en 1988 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), se ha caracterizado por la generación de recomendaciones de prevención y promoción de la salud en un marco de priorización con unas bases sólidas de evidencia científica. Estas recomendaciones se han acompañado cada dos años de una evaluación.

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 de las 17 comunidades autónomas.

El objetivo de las actividades preventivas en los mayores, sería 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.

Actividades preventivas comunes con el adulto:

Actividades preventivas cardiovasculares.

Recomendaciones sobre estilos de vida.

Prevención del cáncer.

Prevención de enfermedades infecciosas.

Prevención de los trastornos de salud mental.

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

Vacunación de la gripe: los resultados de la vacunación de la gripe según la cartera de servicios de Atención Primaria del INSALUD en 1999 y 2000 fueron:

Código	Nombre del servicio	1999 personas incluidas	% de cobertura	2000 personas incluidas	% de cobertura
301	Vacuna de la gripe en mayores de 65 años	1.560.513	55.7	1.656.193	59.1

La cobertura de este servicio en 2001 ha sido del 60%.

- Vacunación 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 en Atención Primaria al anciano frágil o en riesgo.

### **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.

### **Programas de atención domiciliaria:**

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

#### **Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención a terminales.**

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

La población diana del programa de Atención Domiciliaria es:

- Personas que padecen enfermedad crónica invalidante o tienen una 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 sociofamiliares 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 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 precisan una valoración multidimensional en el domicilio.
- Los pacientes con enfermedad en fase terminal, independientemente del tipo de enfermedad.

### **Evaluación de Cartera de Servicios:**

La evaluación de las coberturas en los servicios de Cartera de Atención Primaria del INSALUD relacionados con la dependencia en 1999 y 2000 es la siguiente:

Los datos de cobertura de 2001 han sido: atención domiciliaria a inmovilizados: 42,0%; atención a terminales: 51,3% y prevención y detección de problemas en el anciano: 43,3%.

La evaluación de la calidad de los servicios, definida a través de las normas técnicas mínimas (NTM), se realiza mediante un sistema de auditoria de historias clínicas, con una evaluación de 147.121 historias en el año 2000, en todo el territorio del INSALUD. Los resultados fueron:

	SERVICIOS	1999 personas incluidas	% de cobertura	2000 personas incluidas	% de cobertura
313	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	117.205	38	120.320	39
314	Atención a pacientes terminales	19.602	65.5	15.026	50.2
316	Prevención y detección de problemas en el anciano	479.575	38.1	498.509	39.6

- Servicio 313: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: La evaluación de las NTM en el servicio de atención domiciliaria 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 de las NTM del 81.73% (en 1999 se había alcanzado un 74.24%).

- Servicio 314: Atención a pacientes Terminales: la evaluación de las NTM en 2001 da un resultado de cumplimiento de los criterios de calidad del 81%.

- 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 de las NTM es del 62.50%.

#### **2.1.4. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD y PADE) y Unidades de Cuidados Paliativos:**

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

Dados los positivos resultados objetivados sobre la formación de profesionales, la calidad asistencial y coordinación sociosanitaria, 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). En los últimos años esta estrategia de extensión ha sufrido una cierta desaceleración.

Los ESAD están compuestos en general por médicos y profesionales de enfermería, así como auxiliar de clínica y administrativos.

De la evaluación de los ESAD realizada en 2001 se deduce que la mayoría de los pacientes domiciliarios (95,2%) fueron atendidos por los Equipos de Atención Primaria, sin la colaboración del ESAD y que estas unidades participaron en la atención del 4,8% de los pacientes. Del total de pacientes atendidos por los ESAD,

el 32,5% lo fueron sin la colaboración de los profesionales de Atención Primaria. Según el tipo de paciente, la intervención de los ESAD fue mayor en los pacientes terminales que en los pacientes inmovilizados.

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. Su difusión se limita a Cataluña. 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 Atención Primaria y la coordinación con atención especializada y con los recursos sociosanitarios. En la actualidad, 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% fueron oncológicos y el resto, geriátricos (Salvà et al. 2004).

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).

## **2.2. Los hospitales generales de agudos.**

### **2.2.1. Datos de actividad hospitalaria:**

En relación a la frecuentación de las consultas de atención especializada y de primaria en los mayores de 65 años, la Encuesta Nacional de Salud de 2001, nos da un resultado de 12,24 consultas por habitante y año. Siendo mayor la frecuentación en mujeres: 13,44.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, el 13,3% de los mayores de 65 años reconoce haber estado hospitalizado, al menos una noche en los últimos 12 meses.

En relación al motivo de ingreso: 46,2% lo fue por intervención quirúrgica, 19,3% para estudio médico para diagnosticar, 28,6% para tratamiento médico sin intervención quirúrgica y 5,9% por otros motivos.

La población anciana consume más recursos hospitalarios porque su tasa de morbimortalidad es mayor que la de otros grupos de edad. Las personas mayores, y 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 (ENS 1997 y 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).

Los pacientes dependientes incluidos los ancianos y otros, son atendidos por diversos especialistas y servicios: desde la Medicina Interna y sus especialidades, los servicios de Cirugía, Traumatología y desde luego los de Rehabilitación entre otros.

Se considera que un 15%-20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles y precisan de una atención específica para los múltiples problemas que presentan con alto riesgo de incapacidad y dependencia y que la hospitalización aguda puede agravar.

### **2.2.2. Asistencia geriátrica en los hospitales generales de agudos**

Según un estudio de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología de junio de 2003, el 32% de los hospitales españoles tienen cobertura geriátrica especializada (Ruipérez et al.). 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 Interdisciplinarias Sociosanitarias de Geriatria, UFISS en Cataluña, etc.) y en un 10%

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

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

- Unidades Geriátricas de Agudos/Servicios de Geriátría:
  - 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 está en un rango de 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%.



### **2.2.3. Urgencias**

Los mayores de 65 años son el 26% de las personas que acuden a urgencias hospitalarias y constituyen el 40% de los ingresos hospitalarios por esta vía (Geriatría XXI).

### **2.3. Los hospitales y unidades de media estancia y convalecencia.**

Los hospitales o unidades de media estancia o convalecencia, constituyen una pieza clave en la eficacia de la asistencia al paciente dependiente con necesidades de atención sanitaria. Estas unidades hospitalarias tienen como objetivo prioritario la recuperación funcional de los pacientes, generalmente 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. Por ello desde su implantación en diferentes países, han recibido múltiples denominaciones.

Existe 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. Hay una cierta confusión terminológica de manera que algunas camas de media estancia se encuentran en hospitales generales y otras

en hospitales y centros de larga estancia sin estar definidas como tales (Geriatría XXI. 2000).

Según datos del Catálogo Nacional de Hospitales, existen 117 Hospitales de Larga Estancia con 11.400 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 (Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Datos provisionales a 2001).

Según el estudio Geriatría XXI de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en el año 2000 existían 12 Unidades de Media Estancia en Hospitales acreditados para la Docencia en Geriatría con 311 camas; 14 Unidades de Media Estancia 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 comunidades autónomas.

Según el informe de la SEMEG, publicado en 2004, actualmente existen 2066 camas hospitalarias de recuperación funcional con importante variabilidad interautonómica (Informe SEMEG. 2004). 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.

**Indicadores de funcionamiento:** por la heterogeneidad antes mencionada, es difícil hacer una estimación cualitativa de las características de las unidades de media estancia, en lo que respecta a su ubicación, su dotación de recursos humanos y sus parámetros de funcionamiento (Baztán et al, 2000). Algunos datos de indicadores generales de las a destacar, son los siguientes (Geriatría XXI.2002):

- La primera causa de ingreso es el ictus, seguida de la fractura de cadera.
- Un 16-18% de pacientes, al alta de la unidad de media estancia, son institucionalizados.

## **2.4. Los hospitales y unidades de larga estancia.**

Para los pacientes dependientes, la atención sanitaria en régimen de internamiento se prestará en los hospitales de media y larga estancia y los de salud mental y tratamiento de toxicomanías, definidos en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Así mismo, cuando sea preciso, la atención se prestará en hospitales generales.

Lo principal del desarrollo de las unidades de larga estancia en España es su heterogeneidad. No existe consenso suficiente sobre su necesidad y las características que deben reunir estas unidades. De hecho se han desarrollado más en unas comunidades que en otras. Además, los centros reciben diversas denominaciones, llamándose centros sociosanitarios, especialmente en Cataluña, u hospitales de larga estancia (o de media y larga estancia) en otras comunidades.

El sistema de acceso es variable y la financiación también, así como el modelo de contratación por parte de la administración. Mientras que en algunas comunidades sí está diferenciado el contrato de las unidades de larga estancia, en otras comunidades, los servicios de larga estancia son contratados sin diferenciarlos de las unidades de agudos. Sin embargo, una serie de parámetros, como las características de los pacientes, el diagnóstico principal, el nivel funcional, la estancia media o la mortalidad, dan idea de la tipología de pacientes atendidos.

En la siguiente tabla se refleja el número de hospitales de larga estancia diferenciando entre públicos y privados, según los datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, a fecha de 2001:

#### **HOSPITALES de LARGA ESTANCIA POR DEPENDENCIA**

	<i>Larga Estancia</i>	<b>TOTAL</b>
<i>Sistema Nacional de Salud</i>	5	190
<i>Otros Públicos</i>	23	123
<b>Públicos</b>	<b>28</b>	<b>313</b>
<i>Privados sin fin de lucro</i>	33	147
<i>Privados con fin de lucro</i>	56	308
<b>Privados</b>	<b>89</b>	<b>455</b>
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>768</b>

En la siguiente tabla se refleja el número de camas de larga estancia diferenciando por Áreas asistenciales, según los datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, a fecha de 2001:

#### **CAMAS DE LARGA ESTANCIA EN FUNCIONAMIENTO POR ÁREAS ASISTENCIALES**

	<i>Larga Estancia</i>	<b>TOTAL</b>
<b>Medicina I. y Espec. Médicas</b>	<b>806</b>	<b>41.780</b>
<b>Cirugía G. y Espec. Quirúrgicas</b>	<b>68</b>	<b>29.257</b>
<b>Traumatología</b>	<b>28</b>	<b>13.432</b>
<b>Obstetricia y Ginecología</b>	<b>13</b>	<b>11.667</b>
<i>Obstetricia</i>	3	6.965
<i>Ginecología</i>	10	4.702
<b>Pediatría</b>	<b>26</b>	<b>9.225</b>
<i>Medicina Pediátrica</i>	3	5.499
<i>Cirugía Pediátrica</i>	22	1.172
<i>Neonatología</i>	1	2.554
<b>Rehabilitación</b>	<b>708</b>	<b>1.843</b>
<b>Medicina Intensiva</b>	<b>6</b>	<b>4.672</b>
<i>UCI</i>	6	3.597
<i>Unidad Coronaria</i>	0	471
<i>Unidad Intensivos Neonatales</i>	0	456
<i>Unidad de Quemados</i>	0	148
<b>Larga Estancia</b>	<b>9.222</b>	<b>12.563</b>
<b>Psiquiatría</b>	<b>107</b>	<b>20.124</b>
<i>Unidad de Agudos</i>	81	4.971
<i>Unidad de Larga Estancia</i>	26	15.153
<b>Otras</b>	<b>416</b>	<b>1.879</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11.400</b>	<b>146.442</b>

En la siguiente tabla se reflejan los datos asistenciales en los hospitales de larga estancia, según los datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, a fecha de 2001:

**HOSPITALES Y DATOS ASISTENCIALES de HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA**

	<i>Larga Estancia</i>	<b>TOTAL</b>
Hospitales	117	<b>768</b>
Camas en funcionamiento	11.400	<b>146.442</b>
Pacientes ingresados	37.857	<b>4.860.010</b>
Pacientes dados de alta	36.091	<b>4.848.714</b>
Estancias causadas	3.795.802	<b>42.682.239</b>
Consultas totales	274.195	<b>64.581.492</b>
Urgencias	76.144	<b>21.322.399</b>
Actos quirúrgicos	11.740	<b>3.780.047</b>
Determinaciones de laboratorio	1.088.946	<b>752.664.697</b>

En la siguiente tabla se reflejan los datos de actividad en los hospitales de larga estancia, según los datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, a fecha de 2001:

**INDICADORES DE ACTIVIDAD EN HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA**

	<i>Larga Estancia</i>	<b>TOTAL</b>
Estancia media	105,17	<b>8,80</b>
% Ocupación	91,22	<b>79,85</b>
% Rotación	3,17	<b>33,11</b>
% 1 <sup>as</sup> Consultas/Consultas totales	25,45	<b>33,41</b>
% Urgencias ingresadas	1,13	<b>11,77</b>
Presión de urgencias	2,27	<b>51,63</b>
Actos quirúrgicos/quirófano	345,29	<b>1.134,47</b>

## **2.5. La hospitalización domiciliaria.**

La **hospitalización domiciliaria**, englobaría a la asistencia sanitaria que constituye una alternativa a la hospitalización convencional. Sin embargo, algunos autores incluyen 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 **atención 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.

Los **dispositivos de Atención Primaria** son el principal recurso para la atención a los pacientes en el domicilio aunque en los casos más complejos de las personas dependientes requieren del apoyo de unidades específicas.

En España hay **diferentes experiencias de unidades específicas de asistencia sanitaria domiciliaria**: algunas desarrolladas, como se ha mencionado en el capítulo 2, por dispositivos de Atención Primaria (ESAD y PADES fundamentalmente), otras por los de atención especializada pero con función de apoyo a los de Atención Primaria (AGD) y otras más cercanas al concepto de Hospitalización a Domicilio:

- **Equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD)**: estas unidades fueron implantadas por el antiguo INSALUD desde 1998, estando bastante extendidas en las comunidades últimamente transferidas, aunque su desarrollo ha sufrido una cierta desaceleración en los últimos años. Dependen de Atención Primaria y su función es prestar apoyo asistencial, mejorar la formación de los profesionales y favorecer la coordinación de los diferentes recursos. Atienden habitualmente pacientes geriátricos y paliativos. Con unas funciones similares pero centrados en la atención a paliativos existen los Equipos de Cuidados Paliativos de la Asociación Española contra el Cáncer (ver punto 2.1.4).
- **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 atención primaria para la atención de casos complejos 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). (ver punto 2.1.4).

- **Equipos de asistencia geriátrica domiciliaria:** 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 Atención Primaria.
- **Hospitalización a domicilio:** 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 tienen un desarrollo diverso de estas unidades: Valencia (16 unidades), Galicia (12 unidades), Cataluña (14 unidades), País Vasco y Castilla y Leon (5 unidades), Andalucía (4 unidades), Canarias y Madrid (3 unidades), Asturias (2 unidades), Murcia, Baleares, Extremadura y Cantabria (1 unidad) (datos de la Federación Española de Hospitalización a Domicilio. Directorio 2002).

## **2.6. Los Centros diurnos: Hospitales de Día y Centros de Día.**

### **2.6.1. Hospital de Día:**

#### **Actividad asistencial:**

Los datos visitas y hospitalización en relación a Hospitales de día se muestran en la siguiente tabla. (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2001).



## VISITAS EN HOSPITAL DE DÍA Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO POR DEPENDENCIA

	SNS	Otros Públicos	Públicos	Privados sin fin de lucro	Privados con fin de lucro	Privados	TOTAL
<b>Hospital de día</b>							
Geriátrico	36.968	52.155	<b>89.123</b>	94.449	54.771	<b>149.220</b>	<b>238.343</b>
Psiquiátrico	180.032	84.957	<b>264.989</b>	16.730	4.795	<b>21.525</b>	<b>286.514</b>
Otros	975.970	72.770	<b>1.048.740</b>	26.306	57.161	<b>83.467</b>	<b>1.132.207</b>

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, 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 de Foster en 1999, se valoraron los beneficios del HDG y los resultados fueron: mejoría funcional, disminución de la mortalidad y de la institucionalización y 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 (Baztán JJ et al. 2000). .

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

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

### ***Centros de Día:***

Se distinguen del Hospital de Día (que tiene un componente de valoración más exhaustiva, de recuperación funcional y de control clínico médico y de enfermería), porque el Centro de Día, tiene como función principal el mantenimiento de la situación funcional y de una cierta descarga de los cuidadores y por tanto, es un recurso dependiente más de servicios sociales que de los sanitarios.

Se define como un servicio sociosanitario de apoyo a la familia, que ofrece a los pacientes dependientes y 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.

Según 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.

Hay un subtipo de Centros de Día con características específicas que son los dedicados a pacientes con demencia. Estos Centros han demostrado beneficios en diferentes aspectos: 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, mejora sintomática en casos de agitación y de los trastornos del comportamiento. Además, se ha demostrado una mejoría en la satisfacción y calidad de vida de las familias (Watanabe, 1996 y Zarit , 1998).

## **2.7. Atención especializada y las residencias asistidas.**

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.

Las residencias al estar adscritas a bienestar social, dependen para la atención sanitaria inicial 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).

## **2.8. Cuidados informales:**

La práctica totalidad del apoyo informal tiene su origen en los cuidados que proporcionan miembros de la familia de la persona dependiente. Así, sólo en un 2,6% de los casos, el cuidador principal es una persona que no tiene vínculos familiares con el sujeto que recibe los cuidados.

Según algunos estudios, el perfil medio del cuidador en España es el de una mujer de entre 50 y 60 años, hija en la mayor parte de los casos, que dedican muchas horas al día al cuidado. Sólo entre el 11.23% de las familias reciben ayuda externa de un cuidador profesional.

Han existido experiencias de apoyo al enfermo crónico y/o terminal y a sus familias, en los domicilios, en los centros de Atención Primaria y en los Hospitales a través de la prestación social sustitutoria o de ONGs.

## **3. Consideraciones sobre el desarrollo de la atención sanitaria a personas en situación de dependencia en el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia**

La atención sanitaria a las personas en situación de dependencia incluirían: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.

**Los cuidados sanitarios de larga duración** se refieren a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad

cotidiana, que pueden proporcionarse en su domicilio o requerir un periodo prolongado de internamiento.

**La atención sanitaria a la convalecencia** se dirige a personas que tras sufrir un proceso agudo de enfermedad o accidente, o un episodio intercurrente en casos de enfermedad o discapacidad crónica, presentan limitaciones en su autonomía y requieren atención y cuidados durante un periodo de tiempo limitado.

**La rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable** se orienta a la recuperación de la autonomía perdida y la prevención de situaciones de discapacidad y dependencia.

Es necesario que se garantice la continuidad del servicio entre los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones y/u organizaciones implicadas.

Los **principios generales** de los servicios para la atención de personas en situación de dependencia desde el ámbito sanitario, serían:

- Acceso **universal y gratuito en condiciones de igualdad efectiva**.
- Debe priorizarse un **enfoque preventivo** de la dependencia basado en atención durante todo el ciclo de vida de las personas, mediante programas de promoción de la salud.
- Las prestaciones deben estar **orientadas a la atención de las necesidades individuales de las personas ajustadas a su historia de vida y a su entorno familiar y social**.
- Debe consensuarse **un sistema de valoración de la dependencia** apoyándose en criterios comunes que orienten la elaboración y la gestión de los planes de cuidados.
- Se garantizará un **enfoque integral**, coordinando el conjunto de niveles y dispositivos asistenciales de salud y sociales.

- Debe primar el **mantenimiento del usuario en su entorno** a la institucionalización.
- La **cartera de servicios debe ser una oferta básica** que posibilite una atención con criterios homogéneos en toda España, independientemente del ámbito geográfico.
- Los servicios deben ser **eficaces, efectivos y eficientes** (debe ofertarse una atención sanitaria basada en la evidencia).
- La **extensión de esta cartera** a toda la población debe ser posible gracias a la **financiación prevista para el Sistema de Atención a la Dependencia**.
- **Debe responder a las garantías y derechos de los usuarios** en relación a seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso a las mismas.
- Deberán establecerse **sistemas de evaluación y mejora de la calidad de esta prestación**.

### **¿Cuál es el objetivo?**

Mejorar el estado de salud y de autonomía física, psíquica y social y la permanencia en la medida de lo posible del usuario en su domicilio o entorno social para así contribuir a una mejor calidad de vida tanto del paciente como del cuidador respetando sus estilos de vida y sus preferencias.

### **Contenido de la atención sanitaria a la Dependencia:**

<b>1. Protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad</b>
---

Deberán impulsarse programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la dependencia. Estarán dirigidos al conjunto de la población y/o a

grupos de población específicos para afrontar situaciones de riesgo de dependencia durante todo el ciclo vital.

Se llevarán a cabo a través de la promoción y prevención individual realizada en consultas médicas y de enfermería, en el domicilio del paciente, en los periodos de hospitalización, así como mediante educación para la salud a grupos de población (pacientes crónicos, cuidadores, etc.) en los centros sanitarios o en centros comunitarios o en medios de comunicación.

### **Contenido de los programas de protección, promoción de la salud y prevención de la dependencia:**

#### **En la población general:**

- Promoción de hábitos saludables: ejercicio físico, alimentación, descanso, utilización de medicamentos, etc.
- Medidas preventivas para evitar el consumo de tabaco, el alcoholismo y otras dependencias.
- Detección precoz, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas. Vacunaciones.
- Detección precoz de procesos neoplásicos.
- Prevención de accidentes.
- Identificación precoz de personas con situaciones de riesgo de exclusión social, violencia doméstica y conductas de riesgo.

**En el anciano (además de lo anterior):** La meta es prevenir la aparición de enfermedades (físicas y mentales) y de sus secuelas, manteniendo el mayor grado de autonomía (por encima de los umbrales de dependencia) que le permita la

integración social en su medio gozando de una calidad de vida satisfactoria con unos sistemas adecuados de apoyo.

- Prevención de caídas, mediante la práctica del ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular, y la revisión del estado de salud, de la medicación psicotrópica y del entorno.
- Detección de la demencia, estando alerta ante síntomas de alarma como la pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos del comportamiento, referidos por el paciente o la propia familia.
- Prevención de la malnutrición en el anciano.
- Detección precoz de alteraciones visuales (con especial énfasis en diabéticos y en pacientes con elevación de la presión intraocular o si hay antecedentes familiares de glaucoma) y auditivas.
- Detección de incontinencia urinaria y de alteraciones del ritmo intestinal.
- Prevención del uso inadecuado de la medicación.

**Prevención durante la hospitalización en hospital de agudos:** El deterioro durante la hospitalización representa un cambio significativo en la calidad de vida para el paciente y sus cuidadores, y tiene también consecuencias sobre el sistema de salud que le asiste. De hecho en personas mayores las principales causas de pérdida de la autonomía son aquellas derivadas de procesos con necesidad de hospitalización. En muchos casos el resultado al alta es el de una persona con más necesidades para realizar las actividades de la vida diaria y una familia desbordada y confusa ante la nueva situación, lo que les lleva a una demanda de institucionalización o en su defecto de ayuda social comunitaria. Una parte de esta demanda podría ser evitada instaurando estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas. En los hospitales de agudos hay que potenciar más la movilización y la deambulación precoces, el mantenimiento y la reeducación de los esfínteres, o la conservación de las actividades de la vida diaria.



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 la dependencia. Para ello apoyan el desarrollo progresivo de recursos geriátricos especializados hospitalarios, para poder aplicar la geriatría desde un planteamiento multidimensional.

## **2. Cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable**

La **valoración clínica y funcional** para evaluar la necesidad de cuidados sanitarios y de ayuda social de la persona dependiente incluirá el diagnóstico de los problemas de salud relevantes y utilizará una escala o cuestionario validado para la valoración funcional de las actividades de la vida diaria, que aporten datos básicos sobre la edad y filiación del usuario, nivel cognitivo y comportamiento, estado físico, estado nutricional, consumo de medicamentos y tratamientos y procedimientos especiales. Esta valoración orientará la elaboración de **planes de cuidados** basados en los factores de riesgo y diagnósticos detectados, así como en las necesidades funcionales del paciente. El plan de cuidados tendrá un enfoque multidisciplinar e integrará la atención médica, los cuidados de enfermería y los sociales.

En la valoración de la persona mayor se tendrán en cuenta aspectos diferenciales que conforman las características de la enfermedad en este tramo de edad: pluripatología, presentación atípica, alta incidencia de complicaciones secundarias

tanto de las enfermedades como del tratamiento empleado, necesidad de rehabilitación para estimular la readaptación, tendencia a la cronicidad e incapacidad.

Un instrumento que se ha demostrado eficaz es la valoración geriátrica integral, que es el proceso de identificar las personas con problemas médicos, psicosociales, funcionales y sociales con el objetivo de realizar un plan de cuidados y su posterior seguimiento.

**Estos cuidados se realizarán en:**

- 2.1. En el ámbito domiciliario.
- 2.2. Hospital de día.
- 2.3. Centros de internamiento.

<b>2.1. Atención sanitaria en el domicilio:</b>
---

Los programas de atención domiciliaria son una opción asistencial que puede proporcionar a los pacientes dependientes una mejor calidad de vida: menores complicaciones graves, disminución de la institucionalización, menor número de reingresos, mejora de la información y de la relación entre el paciente y los profesionales de la salud.

**Las características que tendrá esta atención serían:** formación adecuada de los profesionales que la prestan; realizada o coordinada con atención primaria; la atención domiciliaria no es una atención sustitutiva del ingreso hospitalario, pero sí puede prevenir reingresos o facilitar una mejor gestión de las altas hospitalarias; debe ser una *prestación común para toda la población que la necesite* y no depender de iniciativas puntuales de unas zonas respecto a otras.

Esta atención incluiría:

- **Captación del enfermo dependiente** desde los centros responsables de la atención, al alta hospitalaria y tras la atención en urgencias del hospital y derivación al nivel de atención que corresponda.
- **Valoración clínica y funcional y plan de cuidados.** En muchos foros se está proponiendo la creación de la figura de la *enfermera gestora de casos* o enfermera comunitaria de enlace de atención domiciliaria cuya misión es la de velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones con los mejores resultados.
- **Atención médica,** que garantizará el diagnóstico precoz, el tratamiento y la continuidad asistencial de los problemas de salud del paciente (pluripatología; enfermedades vasculares; enfermedad respiratoria obstructiva crónica; demencias; problemas de movilidad, caídas y fracturas; problemas sensoriales; cuidados paliativos; etc.).
- **Cuidados de enfermería,** que incluirán:
  - La valoración del estado nutricional, control de esfínteres, piel y mucosas, trastornos del sueño, síntomas físicos y actividades de la vida diaria.
  - El plan de cuidados incluirá los problemas identificados y las intervenciones que se realizarán. Se tratarán las disfunciones en alguno de los patrones funcionales de salud de las personas: percepción/control de la salud, nutrición/metabólico, eliminación, actividad/ejercicio, sueño/descanso, cognitivo/perceptivo, autopercepción/autoconcepto, rol/relaciones, sexualidad/reproducción, afrontamiento/tolerancia al estrés, valores/creencias.

- Las intervenciones se concretarán en: técnicas de enfermería, atención y apoyo a la familia y el cuidador, educación sobre los riesgos en el hogar, fisioterapia preventiva y rehabilitadora, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, atención y apoyo a los problemas de deterioro cognitivo y del comportamiento,
- Asimismo se llevará a cabo la coordinación con otros niveles asistenciales y los servicios sociales: servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, etc. Y la valoración conjunta de necesidad de ayudas técnicas, material sanitario y prestaciones sociales.
  
- **Formación y apoyo a la familia y a los cuidadores:**
- Formación sobre cuidados personales de salud: nutrición, cuidados corporales, uso racional de medicamentos, prevención de accidentes y ejercicio físico. Formación sobre cuidados higiénico-sanitarios del entorno doméstico.
- Apoyo al cuidador, incluyendo la coordinación con centros de día y programas de estancias temporales o de vacaciones para personas con dependencia.
  
- **Programas de apoyo sanitario a personas en situaciones de exclusión, maltrato, violencia doméstica y con conductas de riesgo social.**
  
- **Atención sanitaria a distancia:** Asistencia médica y cuidados personales basados en la transmisión a distancia de datos, voz e imagen.

## **2.2. Atención sanitaria en Hospital de día:**

Los Centros diurnos han demostrado su capacidad para evitar la institucionalización. Hay que subrayar la distinción entre Hospital de Día, que tiene un componente de recuperación funcional, valoración más exhaustiva y control clínico (médico y de enfermería) del Centro de Día, que tiene como función principal el mantenimiento de la situación funcional y de una cierta descarga de los cuidadores y que sería un recurso dependiente más de los servicios sociales que de los sanitarios.

**Las actividades básicas del *hospital de día* serían:**

**Tras la valoración clínica y funcional y la elaboración de un plan de cuidados** que integrará la atención médica, los cuidados de enfermería y la coordinación con los cuidados sociales, en este ámbito serán de importancia los programas de:

- Fisioterapia y terapia ocupacional activa y de mantenimiento
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD y AIVD).
- Atención y apoyo a problemas de deterioro cognitivo y del comportamiento.
- Valoración de riesgos y seguridad de los pacientes.

## **2.3. Atención sanitaria a pacientes en régimen de internamiento: hospitales de media y larga estancia.**

Que se realizará en *hospitales o unidades de media estancia o de convalecencia* (que tienen por objetivo la recuperación funcional de los pacientes con incapacidad o deterioro reversible, cuidados dirigidos a la adaptación a la incapacidad, cuidado de úlceras y heridas, aprendizaje de los familiares en el cuidado, etc.) y *hospitales de larga estancia* (destinada a la atención continuada de personas con enfermedades o

procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidos en el domicilio.

Este tipo de atención incluirá:

- **Programa de captación** según procedencia y destino: domicilio, centro comunitario, centro hospitalario u otro centro social; y **derivación** protocolizada desde el centro al domicilio.
  
- **Valoración clínica y funcional y plan de cuidados.**
  
- **Atención médica:**
  - Realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que precise el paciente durante su estancia en el centro sanitario así como la atención médica a la convalecencia y recuperación.
  - Derivación a otros ámbitos de atención sanitaria (hospital general, atención especializada ambulatoria, atención primaria, etc.) cuando sea preciso.
  
- **Cuidados de enfermería:**
  - Programación de cuidados basada en los problemas de salud del paciente.
  - Control periódico de síntomas.
  - Intervenciones técnicas de enfermería.
  
- **Rehabilitación funcional de procesos específicos:**
  - Fisioterapia y terapia ocupacional.
  - Entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD y AIVD).
  - Rehabilitación mental. Apoyo a los problemas cognitivos y del comportamiento.
  - Servicios de readaptación al entorno familiar y comunitario (apoyo a las familias, grupos de autoayuda).

- **Otros servicios:**
- Podología.
- Apoyo psicológico.
- Medicación, curas, gases medicinales, material fungible y productos sanitarios que sean precisos.
- Alimentación, según la dieta prescrita.
- Nutrición parenteral y enteral.
- Servicios hoteleros básicos directamente relacionados con la propia hospitalización.
- **Valoración de la seguridad y gestión de riesgos de los residentes.**
  
- **Programa de apoyo al enfermo para su desinstitucionalización.**
  
- **Derivación a otros niveles de atención cuando sea preciso.**

### **3. Programas de apoyo sanitario a centros sociales o residenciales:**

Deben establecerse sistemas de coordinación de los profesionales del medio residencial con los de atención primaria y los de atención especializada. La atención sanitaria incluirá:

- La gestión de medicamentos y protocolización de la dispensación de medicamentos.
- La derivación para atención sanitaria a Atención Primaria o Especializada por parte del centro residencial cuando se precise.

#### **4. Garantías de calidad, seguridad, movilidad y tiempo de acceso a las prestaciones**

Se debe garantizar la calidad e idoneidad de los cuidados que precisan las personas dependientes, tanto en domicilio, como en centros de día y en centros de internamiento. Para ello se deben establecer estándares de calidad de esos servicios o centros.

Se debe garantizar que el derecho a las prestaciones acompañe al paciente en el caso de desplazamientos dentro del estado español.

Asimismo se deben establecer garantías de plazos para el acceso a estas prestaciones.

#### **5. Sistemas de información**

Sus objetivos serían:

- Favorecer la implantación de una metodología de valoración común de los pacientes dependientes útil para todos los ámbitos o entornos del mismo que permita una continuidad en la atención.
- Servirá de base para elaborar un mapa de recursos sociosanitarios con el fin de facilitar la evaluación, planificación y la realización de estudios epidemiológicos.

## **4. Gestión y recursos necesarios**

### **Sistema de valoración y acceso:**

Es necesario definir un sistema de valoración homologado que identifique los requisitos que debe reunir una persona para ser considerada como dependiente y ser incluida en el Sistema de Atención a la Dependencia. La regulación del procedimiento de acceso al Sistema de Atención a la Dependencia debe entenderse como una



condición previa al establecimiento del plan de cuidados sanitarios, que afectará a la planificación y la asignación de recursos. La valoración de la dependencia que lleve a una subsiguiente prestación debería estar en relación con la valoración de la necesidad de cuidados.

### **Prácticas profesionales: Gestión de casos.**

Las características básicas de la *buena práctica profesional* en la atención sanitaria a la dependencia deberían incluir:

- Reorientar las prestaciones a aquellas que sean realmente necesarias y útiles.
- Identificación precoz de las personas e
- n situación de riesgo.
- Énfasis en la protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención integral, multidisciplinar, personalizada y continuada.
- Rehabilitación física, psicoafectiva y social para promover el mayor grado posible de autonomía y prevenir la aparición o agravamiento de situaciones de discapacidad y/o dependencia.
- Orientación de los cuidados hacia el mantenimiento de las personas en el medio socio familiar y el entorno domiciliario.
- Apoyo a las familias y a los cuidadores informales.
- La participación de la persona, y en su caso, la familia o personas que le representen en la toma de decisiones sobre los cuidados a recibir, a partir de una información suficiente y veraz de su condición o estado.

La enfermera de Atención Primaria podría ser la *gestora de los casos* y establecer junto con el médico de familia y el trabajador social de atención primaria, el plan de cuidados del paciente y las actuaciones coordinadas con los servicios sociales. La gestión de casos conllevaría la valoración del enfermo dependiente, la determinación del acceso a los recursos sanitarios y/o sociales y la derivación al nivel de atención preciso.

En los Centros de día y Hospitales en los que se deba dar una atención a enfermos dependientes, deben configurarse también *responsables de la gestión* de estos casos de manera similar a lo mencionado anteriormente. Habría que potenciar el papel de los geriatras en la atención sanitaria a los mayores y en la coordinación con la atención primaria.

### **Formación y capacitación profesional:**

Los profesionales de los servicios de salud deberán tener a su disposición:

- Programas de actuación sanitaria aplicables a estos pacientes.
- Programas de formación para llevar a cabo la promoción, prevención, diagnóstico precoz y la valoración de cuidados y el establecimiento de la atención sanitaria a personas con dependencia. Esta formación se adquirirá mediante rotaciones por unidades especializadas, programas específicos dirigidos a estos pacientes, interconsultas, etc.

### **Recursos sanitarios necesarios:**

Una vez desarrollado el Sistema de Atención a la Dependencia y definidas las prestaciones sanitarias correspondientes, se tendrá derecho a la provisión de una serie de servicios sanitarios y sociales hasta ahora no reconocidos de forma explícita. Por tanto habrá que planificar el Sistema teniendo en cuenta que dar una adecuada atención sociosanitaria a las personas dependientes requiere más recursos sanitarios de los actuales, independientemente de la mejora en los sistemas de gestión y coordinación existentes y de las entidades proveedoras de los mismos.

## 5. Referencias bibliográficas

- 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.
- Querejeta González. Discapacidad/Dependencia editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2004.
- Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de 2001.
- INSALUD Madrid. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte, Áreas 1,2 y 4; 1998.
- 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.
- Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria y aspectos conexos. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2000; 35:107-114.
- 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.
- 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.
- Naylor MD, Brooten 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.
- 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.

- Perez Martin, 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.
- González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 659-664.
- Contel JC. La hospitalización domiciliaria no es una alternativa plenamente recomendable. *Aten Primaria* 1999; 24: 162-168.
- 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.
- 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.
- Watanabe Y. The long-term effect of day care rehabilitation. *Hokkaido Igazu Zasshi* 1996; 71:391-402.
- Zarit SH et al. Stress reduction for family care givers: effect of adult day care use. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53: S 267-77.
- Naciones Unidas. Declaración Política de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (S 2): 8-11.
- II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2).
- 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.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 (2003).

- Análisis y Evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Documento de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología de 2004.
- Prevención de la Dependencia en las personas mayores. SEMEG.
- Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Madrid: SEMEG, 2001.
- Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1997.
- 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](http://europa.eu.int/commm/employment_social/news/2003/jan/ACTE_ES_PDF.pdf). Última consulta, julio de 2003.
- 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 Geriatría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología. Madrid: Defensor del Pueblo, Publicaciones, 2000.
- 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.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. Informe 2002.
- Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (S 2): 12-37.
- Watanabe Y. The long-term effect of day care rehabilitation. Hokkaido Igazu Zasshi 1996; 71:391-402.

