

Llenar el Vacío

Documento de trabajo para el impulso de la continuidad entre los recursos de los sistemas sanitario y social.



Llenar el Vacío

Documento de trabajo para el impulso de la continuidad entre los recursos de los sistemas sanitario y social.

Proyecto promovido por la Fundación Economía y Salud.

Dirección técnica: Emilio Herrera Molina. Fundación NewHealth.

Dirección ejecutiva: Fátima Millán Bravo.

Equipo de expertos:

- Emilio Herrera Molina.
- Andoni Ansean Ramos.
- Francisco Rubio Blanco.
- Desamparados García Julián.
- Gonzalo Hernández López.

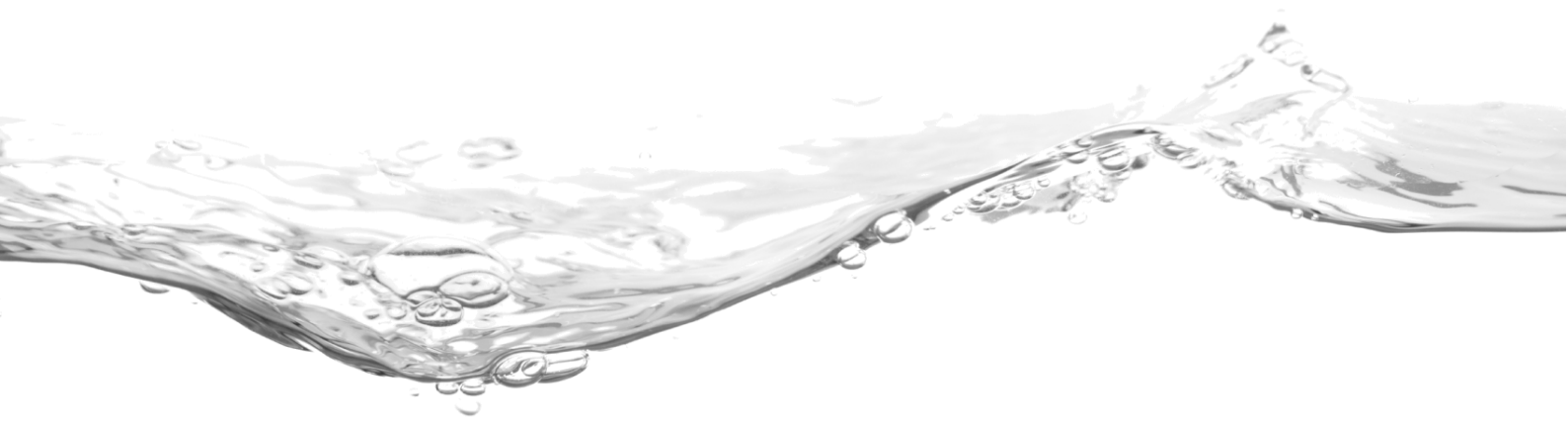
Diseño y maquetación: Silvia Librada Flores. Fundación NewHealth.

Fecha de informe: Junio 2013.



“Deseamos autonomía para nosotros mismos y seguridad para aquellos a los que amamos...”

Robert Applebaum



Preámbulo

Enfermedad crónica, dependencia y edad están íntimamente relacionadas. Sin embargo, tradicionalmente, ha existido una escisión entre la forma de atención a la enfermedad y la manera de abordar los problemas relacionados con el envejecimiento y la dependencia.

A ello ha contribuido, entre otras, la frecuente división de competencias entre sanidad y asuntos sociales. Mientras el sector sanitario se ha centrado en la atención de los enfermos crónicos en hospitales de agudos cuando se producía un empeoramiento de la enfermedad y desde la atención primaria cuando era más estable, los cuidados relacionados con la dependencia han estado en manos del sector social.

Este no es un fenómeno único de nuestro país. Incluso en modelos de provisión de servicios distintos al nuestro ha habido una importante distancia inicial desde ambos sectores que ha dificultado que la atención a las necesidades sanitarias y sociales se hiciera de una manera efectiva y sin solución de continuidad. En los países en los que los recursos especialmente financiados eran los de carácter sanitario (caso de los EEUU por ejemplo), el inicial crecimiento de *nursing homes* (centros sociosanitarios) dejaba atrás el desarrollo de los recursos residenciales de asistidos (casi en tierra de nadie). Al contrario, en los sistemas de mayor crecimiento y financiación social, el crecimiento se ha venido desarrollando desde la sanidad centrada en el evento agudo de un lado, y en la atención residencial desde el sector social (como es nuestro caso). Pero de una manera o de otra, el continuum asistencial se ha visto raramente resuelto en su plenitud.

La necesidad de desarrollar estrategias que permitan la atención integral del enfermo crónico dependiente, se ha ido haciendo evidente de forma progresiva para profesionales e instituciones.

En la actualidad, presionados por los cambios demográficos que conducen inexorablemente a un importante envejecimiento de la población, organismos internacionales, gobiernos de todos los países y administraciones públicas, ponen el punto de mira en la necesidad de una coordinación sociosanitaria que permita ofrecer cuidados de calidad gestionados de manera sostenible^{1,2,3,4}.

Tenemos unos sistemas sanitario y social que si bien requieren reformas estructurales, han llegado a tener un estupendo nivel de desarrollo. Somos conscientes que los cambios sociodemográficos que sufriremos inexorablemente en los próximos años, demandarán incluso mayores esfuerzos en las soluciones y recursos ofertados. Y sin embargo, afrontamos una crisis económica sin precedentes que nos lleva a no disponer fácilmente del capital necesario para adicionar linealmente los servicios que se requerirán. La creatividad en el diseño de soluciones y el arrojo de acometerlas han pasado de ser deseables a estrictamente imprescindibles.

Los servicios sociales deberán organizarse mejor para poder coordinarse con el sistema sanitario. Los servicios de atención a la dependencia tienen forzosamente que incrementar los ya existentes porque mayores serán los niveles de dependencia con el devenir sociodemográfico. Por la misma causa, igualmente han de hacerlo irremediablemente los recursos capaces de dar servicios de larga duración a los enfermos crónicos. Estamos muy escasos de ambos a nivel nacional, y pensar en cualquier crecimiento es difícilmente planteable en el contexto financiero actual. El sistema sanitario tendrá que mirar fuera de su estricto campo de acción tradicional para encontrar las soluciones que necesita.

Es necesario hacer cosas diferentes a las que hemos venido haciendo y en especial modificar la manera de hacerlas. Hemos llegado al momento (aunque algunos aún se resistan) en el que las cosas no pueden seguir siendo como hasta ahora han venido aconteciendo.

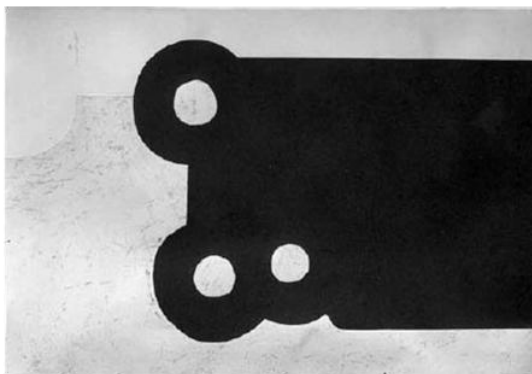
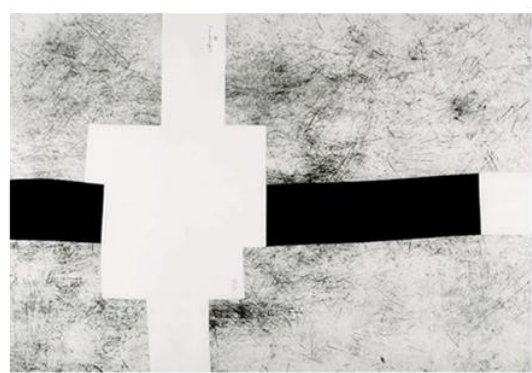
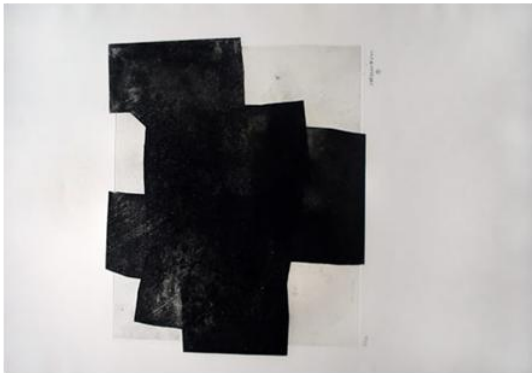
Como señalaba Mintzberg “tiempos de crisis, tiempos de sinergias”, el cambio tendrá que ser fruto del esfuerzo tanto de la administración como de las empresas privadas del sector, tanto de los profesionales como de los propios ciudadanos. Al contrario, la falta de él, sólo nos llevará sin ningún género de dudas a la quiebra total del Estado del Bienestar.

Entre el sector sanitario y el social existe aún un gran vacío sociosanitario, resultado de la suma imperfecta de los recursos de ambas partes. En esos pequeños espacios, está probablemente la respuesta que impida la caída al abismo al que nos enfrentamos.

Numerosos documentos vienen apuntando en este sentido. Y casi nada se mueve. En el presente informe se revisan algunos de los conceptos más relevantes defendidos en nuestro contexto y se exponen diferentes iniciativas aportadas en distintas Comunidades Autónomas para el abordaje de la enfermedad crónica y la dependencia, analizando la realidad de distintos centros de atención sociosanitaria para enfermos crónicos y/o discapacitados y proponiéndose un modelo de evaluación y atención a la enfermedad crónica en centros de larga duración.

Este trabajo no pretende partir de cero en el conocimiento, sino impulsar al trabajo y la acción. Busca concretar una propuesta sencilla que sirva de documento de trabajo y posicionamiento de los diferentes agentes del sector. Podría ser finalmente este modelo o cualquier otro que considere las mismas variables. Pero en todo caso

“Hagámoslo”...



Chillida.

Contenidos

Introducción	1
Envejecimiento.....	1
Envejecimiento y discapacidad.....	2
Cronicidad y dependencia: un binomio creciente no resuelto.....	3
Cuidados y Cuidadores.....	13
Avances en las iniciativas públicas hacia los servicios sociosanitarios coordinados e integrados: iniciativas que instan Leyes que lo promueven y Reales Decretos que no lo resuelven.....	15
Preguntas.....	19
Objetivos.....	21
Metodología.....	25
Revisión Bibliográfica.....	27
Revisión comparativa y grupo de expertos.....	28
Herramientas de valoración.....	29
Resultados.....	31
Características de la oferta de los diferentes tipos de recursos de ingreso ofrecidos a personas con dependencia avanzada y enfermedades crónicas.....	33
Características de plazas de centros residenciales y sociosanitarios.....	49
De residencias asistidas a nuevos recursos alternativos de cuidados.....	59
Herramientas de derivación de pacientes desde los hospitales de agudos al recurso del nivel de atención más adecuado.....	75
Debate y discusión.....	103
Conclusiones/ propuestas.....	107
Bibliografía.....	115



Introducción



Introducción

Describir el contexto requiere recordar la magnitud que el envejecimiento, la discapacidad, la dependencia y la enfermedad crónica van cobrando para el sistema sociosanitario de salud, así como las estimaciones de costes que podrían suponer y la disposición general de las administraciones al respecto.

Algunas de las consideraciones revisadas pueden resultar de interés en lo que se refiere a:

Envejecimiento.

La población mundial envejece como demuestra tanto el incremento sostenido de los grupos de más edad como la disminución de porcentaje de jóvenes. Naciones Unidas calcula que en la primera mitad del siglo XXI la población mayor de 65 años se habrá triplicado y que para 2050 llegará a constituir casi un tercio de la población en Europa.

El grupo de edad que crece más rápidamente es el de las personas mayores de 80 años, que aumenta un 3,8% anual y se calcula que mundialmente puede llegar a ser una quinta parte de los mayores a mediados de siglo⁵. Según el mismo informe, España será el país más envejecido del mundo en 2050, con un 44% de mayores de 60 años y una mediana de edad de 55 años (36,1 para la población mundial).

La esperanza de vida en España es una de las más altas de Europa, situándose en los 81,6 años (78,5 para los hombres y 84,6 para las mujeres). Según el censo 2011 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 17,3% de la población española tiene 65 años o más. De estos 8.116.350 mayores, el 57,2% son mujeres y el 42,8% restante son hombres. Los mayores de 80 años representan un 30% de las personas de edad. Las diferencias entre géneros se acentúan en las cohortes mayores, llegando a constituir las mujeres el 64% de las personas de más de 80 años y el 76% de los mayores de 95.

Hay trabajos que intentan determinar qué variables asociadas a la edad son las que determinan un aumento del gasto sanitario. Parece que es la proximidad a la muerte la que se asocia con mayor fuerza al incremento del gasto, comenzando a elevarse a los 15 años antes de la muerte y llegando a ser 10 veces superior en los últimos 5 años de vida de una persona, independientemente de la edad que tenga. Cuando se incorpora al efecto de la muerte y el de un aumento en la esperanza de vida en las proyecciones de gasto sanitario, una tasa de crecimiento anual resultante es del 0,40%, la mitad de la tasa prevista con un método tradicional en el que sólo se tiene en cuenta el efecto del aumento de la esperanza de vida. No obstante, estas previsiones pueden estar infravalorando el efecto de la edad sobre el gasto, ya que no incluyen los cuidados de larga duración y el componente sociosanitario del gasto⁶.

Otro factor a tener en cuenta es, cómo el desarrollo tecnológico puede modular las necesidades de institucionalización o disminuir el coste de los cuidados crónicos, ofreciendo aparataje de ayuda a las personas dependientes y a su familia y/o diferentes herramientas de ayuda así como consultas no presenciales⁷.

Envejecimiento y discapacidad.

El reto que se plantea en este contexto es conseguir que el aumento de la esperanza de vida se consiga a expensa de los años vividos libres de discapacidad. Aunque hay estudios que publican que la discapacidad aparece cada vez en cohortes de mayor edad^{8,9}, otros señalan que en las mujeres, la ganancia de años de esperanza de vida se está produciendo a expensas de un aumento de años vividos en discapacidad¹⁰. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada en 2008 reveló que hasta los 44 años, las cifras de discapacidad eran más elevadas en los hombres, invirtiéndose la situación a partir de los 45 y creciendo las diferencias a medida que aumentaba la edad¹¹.

El 32% de las personas mayores de 65 años y el 47,4% de las mayores de 80 presentan alguna discapacidad. La más frecuente es la dificultad para desplazarse fuera del hogar, seguida de la discapacidad para realizar las tareas del hogar. El 62% de las personas mayores de 65 años con discapacidad declaran tener 3 o más discapacidades y aproximadamente el 17% de las personas mayores de 64 años reciben cuidados como consecuencia de alguna discapacidad.

Entre las diferentes regiones, la mayor tasa de discapacidad se da en Galicia (112,9 por mil habitantes), seguida de Extremadura (109,9 por mil habitantes).

La Rioja presenta la tasa más baja junto con Cantabria (61,6 y 70,0 por mil habitantes respectivamente).

Las deficiencias con mayor incidencia en las personas mayores, son las osteoarticulares, las mentales y las múltiples (debidas a procesos degenerativos propios de edades avanzadas) que originan, en un elevado porcentaje, discapacidades que tienen que ver con la autonomía, el cuidado personal y las tareas domésticas, derivando en muchos casos en situaciones de fragilidad general y dependencia de otras personas¹².

Cronicidad y dependencia: un binomio creciente no resuelto.

Se calcula que en diez años las enfermedades crónicas constituirán la primera causa de discapacidad en el mundo, y que en 20 años se duplicará la incidencia de éstas en mayores de 65. El colectivo que, en general, necesita más horas de cuidado es el de los enfermos con deficiencia mental.

Por otra parte, el Sistema Sanitario español se encuentra entre los más eficientes de la UE, ya que con el segundo más bajo gasto global sobre PIB, obtiene resultados en salud similares a los países más desarrollados. Sin embargo, el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías y las expectativas de los consumidores, hacen que el gasto sanitario continúe creciendo en todos los países a pesar de los esfuerzos realizados en todos ellos para controlar costes¹³. La mayor parte del gasto sanitario se dedica a la atención de la enfermedad crónica¹⁴.

Se calcula que el gasto sanitario público mensual en 2010 de las personas de 65 y más años ascendió a 2.141 millones de euros €/ mes, 291.326 € por cada mil habitantes de 65 o más años¹⁵, es decir, 3,496 €/año de media por habitante mayor de 65 y más años. El coste medio de la persona no dependiente (2908,8 €/año) es 3,34 veces menor que el de la persona gran dependiente (9718,7€/año). Este gasto incluye las consultas en centro y en domicilio de médicos y enfermeras de atención primaria, hospitalizaciones, consultas de especializada hospitalaria, rehabilitación, atención bucodental, hospitalización, hospital de día, pruebas médicas, transporte sanitario, vacunaciones, fármacos y prótesis. Los mayores costes sanitarios se concentran en dependientes severos de 80-84 años (12.476,6 €/año).

Las principales partidas de gasto en personas no dependientes son la hospitalización (28,85%) y la atención primaria (21,55%). En personas dependientes el gasto en transporte adquiere mayor dimensión (hasta 33,7% en grandes dependientes), y junto con la hospitalización (26 % en grandes dependientes) constituyen las partidas de mayor gasto.

Según la publicación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad “La hospitalización de las personas mayores en el sistema nacional de salud”, el 53% de las estancias hospitalarias (13.923.916) correspondieron a personas mayores de 64 años, con una estancia media de 9,9 días. La primera causa de ingreso son las enfermedades del sistema circulatorio (23%), seguidas de las enfermedades respiratorias (15,46%) y de las digestivas (12,66%)¹⁶. Los ingresos debidos a los diez diagnósticos más frecuentes suponen más de un 50% del total de las hospitalizaciones y son los que se exponen en las siguientes tablas para mujeres [Tabla 1] y hombres [Tabla 2].

Tabla 1. Diez primeras causas de hospitalización. Pacientes de 65 y más años. Mujeres. Año 2010.

Diez primeras causas de hospitalización (secciones CIE9MC). Pacientes de 65 y más años. Mujeres. Año 2010.			
Cod.	Descripción	Nº altas	Porcentaje
420-429	Otras formas de enfermedad cardíaca	76.842	10,25
570-579	Otras enfermedades del aparato digestivo	44.435	5,93
820-829	Fractura miembro inferior	41.233	5,50
510-519	Otras enfermedades del aparato respiratorio	41.228	5,50
430-438	Enfermedad cerebrovascular	37.965	5,06
710-719	Artropatías y trastornos relacionados	33.125	4,42
780-789	Síntomas	27.596	3,68
410-414	Cardiopatía isquémica	26.831	3,58
480-487	Neumonía y gripe	23.336	3,11
590-599	Otras enfermedades del aparato urinario	23.234	3,10
Subtotales 10 diagnósticos principales más frecuentes		375.825	50,13
Total altas SNS (MUJERES)		749.673	

Elaboración propia. Fuente: La hospitalización de las personas mayores en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 2. Diez primeras causas de hospitalización. Pacientes de 65 y más años. Hombres. Año 2010.

Diez primeras causas de hospitalización (secciones CIE9MC). Pacientes de 65 y más años. Hombres. Año 2010.			
Cod.	Descripción	Nº altas	Porcentaje
420-429	Otras formas de enfermedad cardiaca	67.897	8,55
490-496	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades asociadas	46.533	5,86
410-414	Cardiopatía isquémica	45.878	5,78
510-519	Otras enfermedades del aparato respiratorio	44.080	5,55
570-579	Otras enfermedades del aparato digestivo	44.044	5,55
430-438	Enfermedad cerebrovascular	38.195	4,81
480-487	Neumonía y gripe	37.224	4,69
179-189	Neoplasia maligna de órganos genitourinarios	31.285	3,94
780-789	Síntomas	30.537	3,85
150-159	Neoplasias malignas de los órganos digestivos y del peritoneo	28.970	3,65
Subtotales 10 diagnósticos principales más frecuentes		414.643	52,24
Total altas SNS (HOMBRES)		793.769	

Elaboración propia. Fuente: La hospitalización de las personas mayores en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 el porcentaje de población con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido en el grupo de edad de 65 a 74 años se eleva hasta el 68%. Esta cifra se incrementa en las cohortes de mayor edad, hasta llegar a ser del 80% en mayores de 85 años.

La patología osteoarticular , la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón, las respiratorias, las cataratas y el glaucoma, las enfermedades genitourinarias, el deterioro cognitivo o Alzheimer, los accidentes vasculares cerebrales, los tumores malignos, el parkinson, la diabetes, y la depresión, son enfermedades que se repiten como las más prevalentes en personas mayores tanto en estudios nacionales como internacionales^{58,9}, causando incapacidad y gran necesidad de cuidados. Además, es frecuente que estos procesos se presenten en forma de pluripatología.

Se estima que el 5% de los mayores de 65 años son pluripatológicos, y que el 40 % de los pacientes pluripatológicos atendidos en atención primaria presentan tres o más enfermedades crónicas. Esto aumenta la complejidad que cada una de las enfermedades pudiera representar por separado y conlleva una polimedicación no exenta de riesgos que se acentúan en ancianos frágiles y un deterioro funcional progresivo.

Un ejemplo de la incidencia de enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años atendida por un mismo médico de familia queda recogida en la siguiente tabla según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [Tabla 3]. Aparecen en zona sombreada aquellas que, independientemente de su mayor o menor prevalencia, producen un alto grado de discapacidad:

Tabla 3. Prevalencia de diferentes enfermedades diagnosticadas por un médico en la población mayor de 65.

Causa de enfermedad	De 65-74 años	De 75-84 años	85 o más años
Artrosis, artritis y reumatismo	44,75%	56,55%	60,87%
Dolor de espalda crónico (cervical)	26,77%	29,07%	26,02%
Dolor de espalda crónico (lumbar)	29,56%	33,07%	30,34%
Diabetes	17,53%	21,78%	18,3%
Infarto de miocardio	1,53%	2,54%	3,33%
Otras enfermedades del corazón	10,48%	17,58%	23,56%
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC	7,69%	11,71%	14,02%
Cataratas	13,58%	21,81%	27,02%
Incontinencia Urinaria	6,12%	15,24%	28,67%
Tumores malignos	2,98%	3,36%	3,95%
Osteoporosis	10,82%	14,94%	14,67%
Depresión crónica	11,09%	11,31%	10,58%
Ansiedad crónica	10,03%	10,01%	8,69%
Otros problemas mentales	1,89%	4,74%	12,34%
Embolia, Infarto Cerebral, Hemorragia Cerebral	1,23%	2,22%	5,30%
Dificultad para ver (visión lejana)	Dificultad severa 1,85% No puede ver 2,43%	Dificultad severa 4,04% No puede ver 3,50%	Dificultad severa 9,37% No puede ver 6,72%
Dificultad para oír	Dificultad severa 2,19% No puede oír 0,30%	Dificultad severa 5,48% No puede oír 1,20%	Dificultad severa 17,54% No puede oír 4,04%
Migraña o cefalea frecuente	7,20%	7,67%	9,18%

Causa de enfermedad	De 65-74 años	De 75-84 años	85 o más años
Varices	20,14%	22,07%	24,19%
Hipertensión arterial	44,34 %	49,32%	50,97%
Alergia crónica (asma excluida)	9,04%	8,03%	5,23%
Asma	4,33%	4,72%	6,97%
Úlcera gástrica o duodenal	4,07%	4,59%	3,03%
Hipocolesterolemia	34,31%	32,41%	22,31%
Problemas crónicos de piel	5,20%	5,72%	6,75%
Estreñimiento crónico	6,14%	10,35%	13,63%
Cirrosis, disfunción hepática	0,99%	1,48%	1,48%
Hemorroides	6,64%	8,17%	5,82%
Problemas de tiroides	7,25%	7,01%	2,91%

Elaboración propia. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.

Las **enfermedades osteoarticulares** ocupan en conjunto el primer lugar en prevalencia entre los mayores, en un porcentaje sustancialmente superior al resto de las enfermedades. En general, no son enfermedades que supongan un riesgo importante que atente contra la vida del individuo, sin embargo son patologías muy invalidantes y relacionadas con la discapacidad, por el dolor y la impotencia funcional que de ellas se derivan. En un estudio realizado en ancianos institucionalizados en cuatro residencias dependientes del Instituto de Atención Sociosanitaria en Tenerife, se evidenció que el 50% de los casos de poliartrosis eran dependientes totales o necesitaban ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria, un 63% utilizaban instrumentos de apoyo (mayoritariamente silla de ruedas) y más de la mitad tenían equilibrio y marcha anormal¹⁰.

Mención especial entre la patología osteoarticular merece la osteoporosis, cuyas principales manifestaciones, la fractura vertebral y la fractura de cadera, se asocian a una gran incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, y en el caso de la fractura de cadera, una tasa de mortalidad hospitalaria del 5% de media en España¹¹. El 90% de las fracturas de cadera (FC) ocurren en mayores de 64 años, y la mayor incidencia se da en los mayores de 74 años y en mujeres. Las tasas de recuperación del nivel funcional previo a la fractura oscilan entre el 20 y el 36% a los 3 ó 4 meses, y del 40 al 80% a los 12 meses. El uso de ayudas instrumentales para la deambulación aumenta con respecto a la situación previa a la fractura.

Se estima que la fractura, en cohortes de mujeres de 70 años con un estado previo de independencia, se asocia con un mayor riesgo, no sólo de mortalidad, sino también de no poder seguir viviendo de forma independiente en el domicilio previo o de reingreso hospitalario durante los dos años siguientes a la fractura¹². Zuckerman¹⁷ realizó un estudio clasificando a los pacientes no institucionalizados con fractura de cadera por niveles de función. Evidenció que tras la fractura, se produce una importante pérdida de función con respecto a la situación previa, tanto para la capacidad de deambular, como para las actividades básicas de la vida diaria se recupera gradualmente hasta los 12 meses, siendo los pacientes que previamente a la fractura tienen unos niveles funcionales intermedios los que mayores pérdidas funcionales sufren con respecto a la situación previa, es decir, son los que menos recuperan.

Un segundo gran grupo de patologías crónicas con alta prevalencia son las **enfermedades cardiovasculares**. La hipertensión arterial no constituye por sí misma una patología invalidante, aunque está directamente relacionada con la ocurrencia de eventos cardiovasculares que sí lo son (Ictus, cardiopatía isquémica, etc.). La insuficiencia cardíaca (IC) afecta al 1% de la población mayor de 40 años, aumentando con la edad hasta situarse aproximadamente en el 10% entre los mayores de 70 años¹⁸. La disnea, el edema en miembros inferiores y la fatiga son los síntomas principales de la insuficiencia cardíaca, asociándose todos ellos a un importante grado de dependencia.

La New York Heart Association clasifica la cardiopatía isquémica en 4 grados, ya el grado II se describe como aquel con ligera limitación de la actividad física pero sin síntomas en reposo, la actividad física normal causa fatiga. Estos síntomas pueden aumentar de forma progresiva hasta llegar al grado IV, en el que existe una incapacidad de realizar actividad física estando presentes los síntomas de la insuficiencia cardíaca incluso en reposo y aumentando con cualquier actividad física.

La insuficiencia cardíaca es la causa más frecuente de hospitalización, pero un sistema organizado especializado en el cuidado de la IC mejora los síntomas y reduce los ingresos hospitalarios y la mortalidad¹⁴. La cardiopatía isquémica es otro de los diagnósticos más frecuentes de ingreso en mayores de 65 años (5º causa según informe del Ministerio de Sanidad)¹⁹. Aunque es una enfermedad con alta letalidad inmediata (más del 25% de los casos no llegan al hospital) un porcentaje de la población padece cardiopatía isquémica crónica, habiéndose estimado la prevalencia de angina en un 7,5%¹⁵. Es la primera causa de entres las enfermedades cardiovasculares, de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. El 86% por mortalidad prematura y el 14% por discapacidad o mala salud²⁰.

Los pacientes refieren malestar u opresión precordial, cervical o mandibular que con frecuencia limitan la realización de las actividades de la vida diaria; de hecho, se ha desarrollado el Índice de Actividad de Duke, un cuestionario autoaplicable empleado para medir la capacidad funcional en pacientes con cardiopatía a partir de actividades habituales de la vida diaria que evalúan la capacidad funcional en actividades domésticas, laborales, sexuales y de recreación u ocio, a las que se asigna un valor de consumo energético. Así se pretende valorar la gravedad y el pronóstico de la enfermedad ²¹.

El Ictus es la segunda causa de invalidez o discapacidad en el adulto a largo plazo y la segunda causa de demencia. Aunque no existen estudios de prevalencia a nivel nacional, diversos estudios realizados en población mayor de 65 años evidenciaron una prevalencia de entre el 4% y el 8,5%. En un metaanálisis publicado en 2006 basado en estudios de prevalencia de ictus en mayores de 70 años, se halló una prevalencia del 6,4 % (7,3% para hombres y 5,6% para mujeres)¹³. Un 75% de los ictus afectan a mayores de 65 años. A los 6 meses de producirse un ictus el 26% de los pacientes han fallecido y se estima que el 44% de los supervivientes quedan con dependencia funcional. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y estado de Salud del INE (1999) un tercio de los pacientes con dependencia causada por un evento cardiovascular sufren dependencia moderada y el 50% grave, y el 16% muy grave. Los principales síntomas que persisten tras el ictus son la parálisis, el desequilibrio, los trastornos del habla y del lenguaje, los trastornos visuales, los déficits cognitivos, las alteraciones emocionales, la fatiga física o psíquica y el dolor¹⁶.

La diabetes constituye otra de las enfermedades crónicas más prevalentes en mayores asociadas a dependencia (17%-21% según el tramo de edad en Encuesta nacional de salud). Además de las complicaciones agudas de la diabetes (cetoacidosis, coma hiperosmolar, hipoglucemia) que conducen en numerosas ocasiones a episodios de hospitalización y determinan una mayor fragilidad del anciano afecto de esta enfermedad, son las complicaciones crónicas las que se asocian a dependencia en mayor medida. Los pacientes diabéticos tienen alto riesgo cardiovascular, pudiendo sufrir con mayor frecuencia las patologías anteriormente descritas con el consiguiente grado de dependencia. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad en personas con diabetes.

Otras complicaciones crónicas de esta enfermedad son la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía. La retinopatía diabética supone una de las complicaciones más invalidantes de la diabetes, ya que conduce a ceguera. La prevalencia en los estudios realizados en España en población diabética se encuentra entre el 4,6% y el 5,8%.

La nefropatía diabética tiene una prevalencia del 20%, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y menos frecuentemente puede evolucionar a insuficiencia renal terminal. Respecto a la neuropatía, la más frecuente es la polineuropatía distal que, muy prevalente y de difícil tratamiento, conduce a alto riesgo de úlceras en los pies. La interacción entre la neuropatía, las alteraciones vasculares y la infección, puede resultar en la amputación del miembro (tasa de 4,9 amputaciones por cada 1000 diabéticos para hombres, y 1,7 para mujeres en 2009)⁶.

Otra de las causas más frecuente de ingreso hospitalario en mayores de 65 años es el **EPOC** (segunda causa en hombres)¹⁹. Es causante del 3% de la pérdida de años ajustados por discapacidad en países desarrollados. Se estima que entre un 9 y un 10% de la población mayor de 40 años padece EPOC, aunque hasta un 70% puede estar sin diagnosticar. La disnea es su principal síntoma y puede ser muy invalidante. Está clasificada en cinco grados por el Medical Research Council, siendo grado 0 aquella disnea que se produce únicamente con ejercicio intenso, y grado 4 la que impide realizar tareas personales o salir de casa. Se presentan además tos, expectoración y mayor frecuencia de infecciones respiratorias. En fases avanzadas de la enfermedad puede aparecer anorexia y pérdida de peso, no siendo infrecuentes los síntomas psiquiátricos derivados del aislamiento social y del efecto neurológico de la falta de oxígeno⁷.

Un importante grupo de patologías asociadas a discapacidad en personas mayores, es el de las **enfermedades mentales**. Afectan, a lo largo de la vejez, a entre el 60 y el 90% de los ancianos. El cuadro psiquiátrico más frecuente entre los 65 y los 75-80 años es la depresión, mientras que a partir de esa edad, la prevalencia se reparte entre demencia y depresión²². La depresión reduce la calidad de vida, incrementa las enfermedades físicas y acorta la vida media. Cuando aparece durante la hospitalización, prolonga las estancias, y se consigue menor funcionalidad. La prevalencia en mayores de 65 alcanza el 10-12 % de los casos, siendo aún mayor entre pacientes institucionalizados y en hospitalizados. Es un trastorno infradiagnosticado e infratratado, ya que se tiende a considerar normal un peor estado de ánimo en personas mayores.

Los síntomas pueden ser tristeza, inhibición, falta de ilusión por las cosas ni por lo que le rodea, apatía, abatimiento, pesimismo, sensación de soledad e inutilidad, sentimientos de culpa, y pensamientos suicidas. Puede disminuir el apetito, perder peso, y sufrir alteración del sueño, además de diversas manifestaciones somáticas como algias difusas.

La demencia es una grave enfermedad con gran impacto sobre la calidad de vida de quien la sufre y de sus cuidadores. Se afectan de distintas áreas del individuo (intelectual, conductual y funcional) y no se dispone de tratamiento curativo. La causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer. En los países occidentales la prevalencia de demencia para los mayores de 65 años es del 5-10% y se dobla aproximadamente cada cuatro años hasta llegar aproximadamente a un 30% en la década de los 80 años. Entre las complicaciones más importantes están las alteraciones de conducta que frecuentemente provocan la quiebra de cuidados por parte de los familiares o cuidadores. Determinadas alteraciones de la evolución médica de los pacientes con demencia pueden llevar a su institucionalización u hospitalización en centros de agudos o de larga estancia (confusión mental, incontinencia urinaria, estreñimiento, dolor, problemas nutricionales, infecciones)²³. Es por tanto una patología con altas necesidades de cuidados tanto sociales como sanitarios.

Oliva calcula que el gasto total público (sumando el coste sanitario y el de los servicios sociales) asciende en 2010 a 25.227,4 millones de euros, de los que 21.919,4 millones corresponderían al gasto sanitario y 3.308,8 millones a gastos sociales. El coste por cada 1.000 dependientes severos ascendería a 11.729.557 euros/año, 1,43 veces el coste de 1.000 dependientes moderados. Diferenciando por sectores, el coste sanitario de grandes dependientes es 3,34 veces el de no dependientes, mientras que el gasto social de los primeros es 15,42 veces el de los últimos¹⁵. Se observa que, tomando en conjunto a todos los mayores de 65, tanto el gasto social como el sanitario aumentan si se compara el gasto de la persona no dependiente con el de la persona dependiente moderada (402,8% para la cohorte de 65-74 años); sin embargo, en el paso de dependiente moderado a dependiente severo, aumenta un 52,28% el gasto social y disminuye el gasto sanitario (-22,16%). En determinadas cohortes de edad puede no darse este fenómeno.

Algunos estudios internacionales han tratado de identificar variables que identifiquen a pacientes hospitalizados con riesgo de institucionalización en centros sociosanitarios. La incontinencia, las caídas en el hospital, las dificultades en la marcha, el uso de tranquilizantes, el síndrome confusional, el déficit de visión lejana y el hecho de vivir solo, son variables que se asocian a la institucionalización. Estos factores deberían ser objeto de atención y rehabilitación específica de cara a disminuir el riesgo de ingreso en un centro sociosanitario^{22,24}. Gaugler realizó un metaanálisis de la literatura existente sobre los factores que se repiten entre los pacientes que ingresan en un centro socio sanitario: la ausencia de apoyo informal o de recursos socioeconómicos aparece fuertemente asociada a la institucionalización, así como la discapacidad cognitiva o tener 3 o más dependencias para la realización de actividades de la vida diaria²⁵.

Similares resultados obtiene Luppá, que en su revisión sistemática de la literatura concluye que los indicadores asociados a la institucionalización están principalmente basados en la insuficiencia cognitiva y/o funcional, asociado a la falta de asistencia en tareas cotidianas del día a día²⁶: la edad, el no poseer casa propia, un bajo nivel de salud auto-percibida, la discapacidad cognitiva, la discapacidad funcional para la realización de las actividades de la vida diaria, la demencia y un alto número de prescripciones médicas son los predictores que resultaron asociados con mayor fuerza.

Otra realidad puesta de manifiesto por diferentes autores es la inadecuada utilización de recursos sanitarios de elevado coste tales como hospitales de agudos para el tratamiento de pacientes pluripatológicos y dependientes^{27,28,29}. Un estudio publicado por Antares Consulting en 2010, estimaba que se usaban de forma potencialmente inadecuada 5.281 camas de hospitales de agudos (1.638.000 estancias anuales). Tomando como precio medio de la cama en un hospital de agudos los 657 euros/día, el importe de los días de estancia hospitalaria de dudosa adecuación habría supuesto en 2008 algo más de 1.000 millones de euros (1.076.459.340 €)³⁰.

Cuidados y Cuidadores.

Casi la mitad de las personas con necesidad de cuidados son atendidos por 8 o más horas diarias, principalmente para tareas de autocuidado y del hogar.

Respecto a los cuidadores en un tercio de los casos, son las hijas las encargadas de los cuidados de estos mayores, y un 22% son cuidados por su cónyuge. Los cuidadores ven dificultada su tarea principalmente por falta de fuerza física y la mayoría afirma sentirse cansado, incluso con algún deterioro de su salud.

Casi 300.000 personas estaban internadas en centros residenciales en 2008 según el INE (residencias de personas mayores, centros de personas con discapacidad y hospitales psiquiátricos y geriátricos de larga estancia), el 90% aquellos de los cuáles declaran tener alguna discapacidad. Más del 80% de los residentes son personas mayores y tres de cada cuatro de éstos, son mayores de 80 años. Dicho de otro modo, el 60% de los residentes son mayores de 80 años. El 71% de los residentes tiene once o más discapacidades, y más del 70% presenta tres o más discapacidades con grado de severidad total si no reciben ayudas técnicas. La enfermedad que presentan los residentes con más frecuencia es la artrosis o artritis, seguida de la Enfermedad de Alzheimer y otro tipo de demencias.

En 2008, 2,2 millones de personas con discapacidad recibieron algún servicio sociosanitario, aunque un 6,5% de personas que precisaban de alguno de estos servicios no tuvieron acceso al mismo por encontrarse en lista de espera para recibirlos, por motivos económicos o por no tenerlos ofertados cerca de su domicilio. Los servicios de atención a la salud fueron los más demandados, principalmente cuidados médicos y de enfermería.

Se observaba una consolidación del modelo residencial de pocas plazas, lo cual facilitaba el establecimiento de lazos afectivos y la sustitución del hogar de la persona por un entorno similar. El 56% de los centros tiene menos de 50 plazas, un 28% entre 50 y 100 y un 10% entre 100 y 150. En Extremadura y Canarias un 70% de los centros tiene menos de 50 plazas. Con la evolución de la crisis, la situación financiera está (trágicamente) cambiando alguna de estas realidades: los pequeños centros no siempre son capaces de sobrevivir sin el músculo financiero capaz de soportarlas.

Los Presupuestos Generales del Estado presupuestaron 1.598,07 millones de euros para el SAAD para 2010 que, junto a los 1.448,18 millones aportados por las CCAA, resultarían 3.046,25 millones de euros invertidos en dependencia¹⁵.

Olivenza estimaba que en España en 2010, el coste por plaza de un centro de día para personas dependientes era de 8.942,92 €/año; el concertado 9.821,35 €/año y el de plazas psicogeríatras 10.753,87 €/año. En el mismo estudio, el coste estimado de la plaza en centro residencial para personas no dependientes era de 16.358 €/año en centros públicos y 17.601,06 €/año en concertados; para personas dependientes en centros concertados 18.803,68 €/año; y para plazas psicogeríatras concertadas 24.514,44 €/año³¹.

Las informaciones más actualizadas requerirían un doble análisis: la confrontación de la manera en la disponibilidad de los presupuestos públicos avanzan a la baja para las plazas de internamiento, a la vez que la sobrecarga sobre ellos es social y sanitariamente cada vez mayor.

Desde la perspectiva sanitaria, es evidente con la **Estrategia Nacional de abordaje a la cronicidad** el reconocimiento público de la necesidad de abordar de manera decidida el problema de la enfermedad crónica en España desde el sector sanitario, pero la actual configuración y el equilibrio de los servicios y recursos dedicados a esta sigue mostrando lo contrario: sólo el 16% de la financiación se dedica a la atención primaria, el 19,8% al gasto farmacéutico, el 1,4% a la prevención y la salud pública, mientras que el 54% a la atención especializada. De las 160.981 camas hospitalarias (3,43 camas/1000 habitantes), el 71% dependen del sector público (es una media que varía por regiones) y el 40% se concentran en grandes hospitales de más de 500 camas. Pues bien: el SNS gestiona el 80% de las camas de agudos, el 36% de las camas psiquiátricas, y sólo el 30% de las camas de larga estancia.

Avances en las iniciativas públicas hacia los servicios sociosanitarios coordinados e integrados: iniciativas que instan Leyes que lo promueven y Reales Decretos que no lo resuelven.

El 13 de diciembre de 2006, se celebraba en Nueva York la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**, posteriormente ratificada en España en 2007. En la Convención los Estados Parte se comprometen a asegurar y promover **un abordaje de la discapacidad y de la enfermedad crónica desde una perspectiva sociosanitaria no fragmentada**, que abordara todas las necesidades del individuo con un plan integral de cuidados definido según su discapacidad, ofertado en domicilio o en el centro sociosanitario más adecuado según una valoración estandarizada previa.

En España, en el año **2003** se aprobó la **Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, en cuyo artículo 14 se definía la atención sociosanitaria como aquella que comprendía “el conjunto de los 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 la autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Se abundaba en que debía al menos contemplar “los cuidados de larga duración, la atención sanitaria a la dependencia, y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establecía la **cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización**. Se pretendía garantizar a los ciudadanos el derecho a recibir en todas las Comunidades Autónomas las mismas prestaciones, con las mismas condiciones e idénticas garantías. En ella se establecía la forma de abordaje de la enfermedad crónica tanto en Atención Primaria como en Atención especializada. Comprendía, en general, *la valoración del estado de salud y de factores de riesgo, los consejos sobre estilos de vida saludables, la detección de los problemas de salud y valoración de su estadio clínico, la captación del paciente para el seguimiento clínico adecuado a su situación, la atención y seguimiento de personas polimedicadas y con pluripatología y la información y consejo sanitario sobre su enfermedad y los cuidados precisos al paciente y cuidador/a, en su caso*³². En su artículo 6.5 del anexo II, la norma establecía que debía realizarse la “detección y seguimiento del anciano de riesgo, según sus características de edad, salud y situación sociofamiliar” así como la “valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria.

Esta valoración conllevaba la elaboración de un *plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales*, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada”.

Aún estando en la línea de lo propuesto, este desarrollo de la cartera de servicios del sistema nacional de salud se quedó muy corto respecto a la prestación de la atención sociosanitaria: se postergaba la definición de los servicios (probablemente) propuestos en sí por la ley, como prueba de la precaución del sector sanitario ante la posible apertura a un nuevo abanico de servicios que en parte hasta entonces habían recaído en otros sectores.

En 2006 se promulgó la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LPAD)**¹⁸. En ella se reconocía la atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada, la necesidad de atención personalizada, de colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios y de promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia pudieran llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.

En 2007 se elaboraron los sistemas de valoración y se comenzaron a reconocer beneficiarios. La Ley clasificaba la dependencia según el grado de autonomía de las personas y su necesidad de cuidados, en tres grados grupos:

- **Grado I.** Dependencia moderada: necesidad de ayuda para realizar la actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día.
- **Grado II.** Dependencia severa: necesidad de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, sin que se precise apoyo permanente de un cuidador.
- **Grado III:** Gran dependencia: necesidad de ayuda para realizar la actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y que requiere apoyo indispensable y continuo de otra persona por la pérdida total de la autonomía mental o física.

En septiembre de 2011 se habían emitido 436.130 dictámenes de gran dependencia (grado III nivel 2 y 1), 444.996 dictámenes de dependencia severa (grado II nivel 2 y 1), y 363.268 dictámenes de dependencia moderada (grado I nivel 2 y 1) para todos los grupos de edad¹⁴. A pesar del importante avance que supone el reconocimiento de la dependencia y las prestaciones subsiguientes, el cumplimiento de esta ley en el actual momento de crisis económica, suponía ya por entonces un gran reto para una sociedad que, tal como exponía la ley, pretendía configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global.

El catálogo de servicios sociales descrito por la Ley de Dependencia incluía los servicios de teleasistencia, los de ayuda a domicilio (para las necesidades de hogar y cuidados personales), los centros de día (para mayores, para menores de 65 años y de atención especializada), centros de noche y servicios residenciales: residencias de personas mayores en situación de dependencia y centros de atención a personas en situación de dependencia en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Mirando con un poco de perspectiva ambas normas, si bien las respectivas Leyes en sí habían dado el paso de instar al desarrollo de servicios de atención sanitaria a la dependencia dentro del abanico de colaboración y coordinación sociosanitaria, los desarrollos de las carteras de servicios que les siguieron se quedaron en los que clásicamente habían estado en cada sector, sin dar finalmente los pasos pretendidos para atender ese rango de necesidad que volvía a quedarse en espacio de nadie. Los cuidados de larga duración en centros de larga estancia, la convalecencia, los servicios sociosanitarios de rehabilitación, o la atención de las crecientes necesidades sanitarias en las residencias de asistidos volvían a quedarse sin resolver.

En el estudio de situación de la coordinación sociosanitaria en España desarrollado para la elaboración del Libro Blanco¹⁴, se realizaba un análisis detallado de las diferentes experiencias de coordinación llevadas a cabo en los últimos 15 años en las CCAA españolas hasta 2011. Podía observarse como el mayor número de iniciativas se relacionan con la publicación de normativas, con la creación de estructuras que permitieran organizar las actuaciones de los profesionales de los sistemas sanitario y social, o con el desarrollo de programas para la atención a la enfermedad mental. De hecho 17 CCAA habían desarrollado normativas, planes o programas que hacían alusión a la coordinación sociosanitaria y en 7 de ellas habían creado una Consejería única para Sanidad y Asuntos sociales (8 en 2012 al crear también la cartera única Andalucía).

Sin embargo el desarrollo de un abanico de recursos que de manera práctica resolviera el continuo asistencial era muchísimo más escaso.

En la mayor parte de CCAA se habían creado estructuras formales para fomentar la coordinación (gestor de casos, comisión sociosanitaria, coordinador sociosanitario...), estableciendo protocolos de derivación entre hospitales, atención primaria, residencias de ancianos, etc. igualmente se habían desarrollado estrategias o programas específicos para la atención a la cronicidad y programas para la atención a personas con enfermedades específicas (cuidados paliativos, enfermedad mental, discapacidad, enfermedades raras...) o se había desarrollado normativa para la mejora de atención social en centros sanitarios (detección de


riesgo social al ingreso, valoración al alta) y la mejora de la atención sanitaria en centros sociales (uso racional del medicamento, aportación de material fungible, atención sanitaria en residencias). Se observaban también iniciativas en el ámbito de mecanismos de financiación compartida para recursos que atienden a los enfermos crónicos con dependencia entre el ámbito sanitario y social (financiación compartida de camas, de material fungible, transferencia anual de importes por atención sanitaria a personas institucionalizadas...).

Pero a pesar de los esfuerzos realizados para aumentar la coordinación intersectorial por parte de instituciones y profesionales implicados, la sensación tras realizar la revisión general del estado de la cuestión en ese trabajo, es que escaseaban soluciones prácticas y concretas, que adoptadas explícitamente y aprobadas como tal, garantizaran el desarrollo de plazas de internamiento suficientes para atender a aquellos que requieren internamiento prolongados y cuidados sanitarios y de su dependencia de manera intensa.

El último intento en este sentido, viene de la mano del **Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y a cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación de los avales del Estado para 2011**, que dedica su Capítulo III a la coordinación sociosanitaria, estableciendo la elaboración de una **Estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria** que incorpore objetivos de coordinación, mejora de la calidad y eficiencia e innovación.

Veremos a futuro, hasta donde somos capaces de llegar.

Preguntas

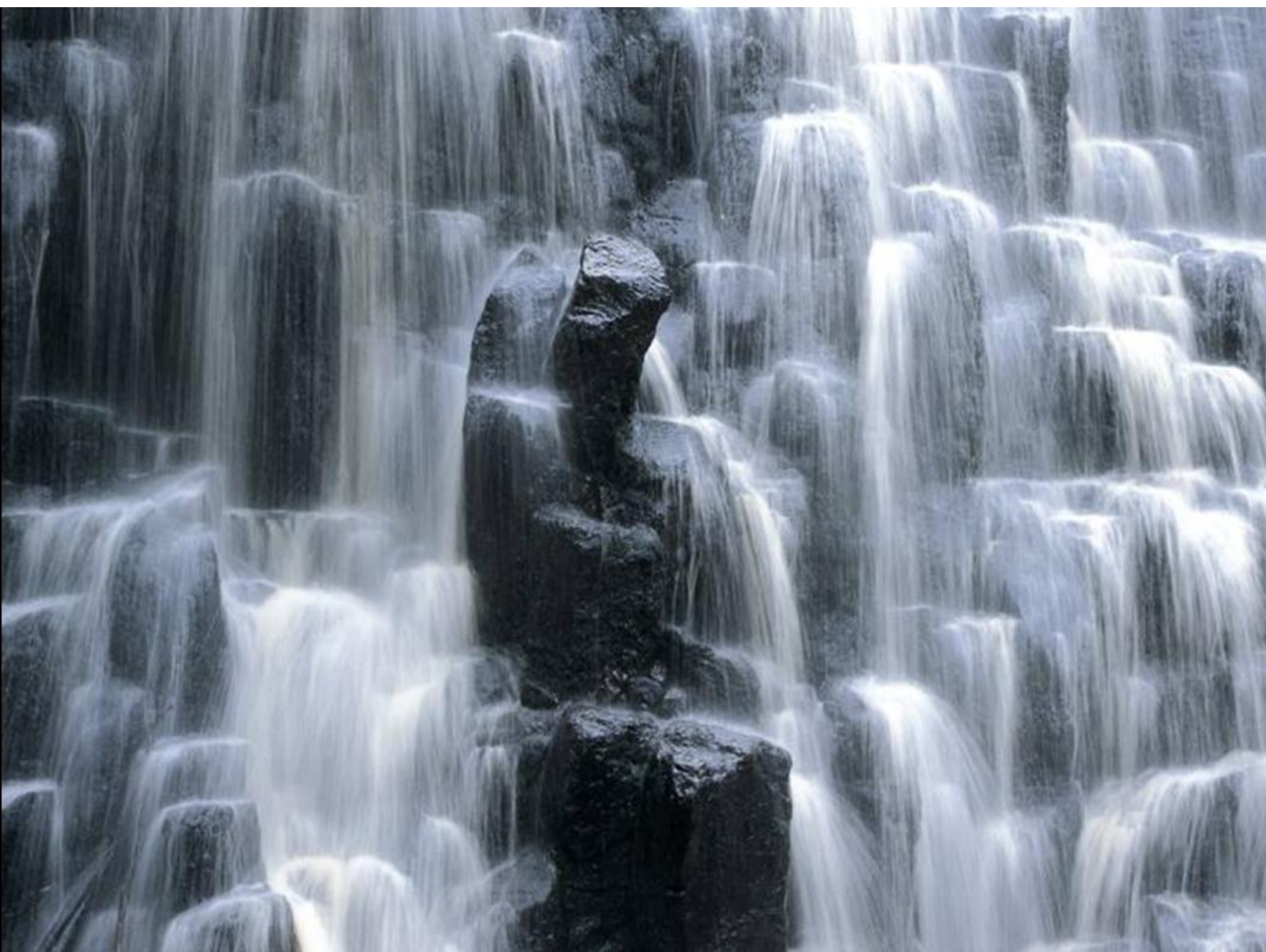


¿Cuál es el perfil/modelo de centro residencial de asistidos que fomenta la normativa en España?
¿Se adapta al progresivo incremento de las enfermedades crónicas que presentan sus residentes?

¿Podría existir un modelo sencillo capaz de adaptarse a los diferentes grados de necesidades de cuidados al que evolucionar desde la realidad existente?

¿Existen herramientas que permitan discernir el tipo de centros sociosanitarios que necesitarían los pacientes que se dan de alta hospitalaria?

Objetivos



Objetivos

- 1** Estudiar en la normativa las características de la oferta de los diferentes tipos de recursos de ingreso ofrecidos a personas con dependencia avanzada y enfermedades crónicas en España.
- 2** Diferenciar entre los recursos estructurales, recursos humanos y perfiles de capacitación de tres modelos principales de recursos: centros residenciales, centros sociosanitarios y hospitales de crónicos. Comparar la conveniencia de los diferentes recursos, para los diferentes perfiles de usuarios de cada una de estas modalidades.
- 3** Plantear un modelo sencillo de categorización basado en la diferenciación de la necesidad de cuidados.
- 4** Identificar la existencia actual de herramientas de derivación desde los hospitales de agudos que permitieran la asignación de un paciente con alta hospitalaria al nivel más adecuado de recursos y describirlas.
- 5** Reflexionar inicialmente sobre las posibilidades y dificultades de evolucionar desde el modelo actual al modelo propuesto.

Metodología



Metodología

Para disponer de una visión inicial de la forma de atención a la cronicidad y en concreto de los diferentes tipos de ingreso para enfermos crónicos y discapacitados, que en parte nutre tanto la Introducción, como parte de las ideas de la Discusión del presente documento, se ha realizado una primera **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA** de artículos publicados en revistas científicas.

Revisión Bibliográfica.

La metodología empleada siguió un proceso de búsqueda, lectura, y selección de la literatura científica que cumplía los criterios de adecuación al tema en cuestión.

Las palabras clave usadas en una primera búsqueda fueron: “*social*” + “*long-term care*” + “*chronic disease*” + “*illness*” + “*nursing home*”, habiéndose realizado en las siguientes bases de datos:

Cochrane Library, Cochrane Plus, EMBASE, MEDLINE, PUBMED, PICO-Pubmed, SciELO, NHS Evidence, Web of Knowledge, Health Evidence Network, DOCUMED, IBECS, IME-Biomedicina, LILACS, TESEO.

Se recuperaron 142 artículos, de los cuales una vez eliminados los referidos a niños y a enfermedades concretas, se revisaron los abstract de 47 artículos.

A este listado de artículos se añadieron otros ya conocidos por búsquedas previas, así como los textos más relevantes relacionados con la cronicidad y la dependencia, publicados por organizaciones internacionales (OMS), Administraciones Públicas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), Imserso, así como las localizables vía web por las diferentes Consejerías a nivel Nacional y fundaciones o asociaciones varias (Lares, Círculo de Sanidad) en formato electrónico.

Revisión comparativa y grupo de expertos.

A continuación se realizó una **REVISIÓN COMPARATIVA** de la normativa existente para acreditación de residencias de mayores en las diferentes CCAA, que ha servido de base para describir las variables a tener en cuenta en la definición de las tipologías de centros sociosanitarios según los distintos perfiles de usuarios.

Extraídos de la literatura los perfiles de usuarios y/o de centros que cada comunidad autónoma define, las variables relevantes en la acreditación de centros y la variabilidad de exigencias respecto a las mismas, se envió a un **GRUPO DE EXPERTOS** de una misma región (para evitar el sesgo de la variabilidad regional inicial) la síntesis elaborada para que sirviéndoles de reflexión, expusieran su criterio sobre cuál serían los perfiles de usuarios que establecerían idealmente de la manera más simple posible y las características de los centros que deberían atenderlos. Se les solicitó también que analizaran en base a su experiencia el continuo sociosanitario y la situación real en él de sus propios centros.

En el pequeño grupo de expertos, concentraba a cuatro gerentes de centros sociosanitarios de diferentes características y perfil, demostrativas de la variada tipología que habitualmente agrupa este mismo rango: uno era un hospital de crónicos (cuya estructura y organización era de origen sanitario), otro era un centro residencial de mayores cuyos usuarios tenían altas necesidades sanitarias (estructura y organización de origen social), el tercero era un centro sociosanitario dirigido a pacientes con grandes necesidades de rehabilitación neurológica (ictus, traumatismos...) y el cuarto era un centro residencial de mayores con necesidades sanitarias medias. Todos habían sido referidos como centros que ofrecían una alta calidad de cuidados y cuyos directores eran profesionales de larga trayectoria en el ámbito de la coordinación sociosanitaria.

Del debate del grupo de trabajo se extrajeron diferentes ideas y propuestas de clasificación de pacientes y de cómo deberían ser los centros sociosanitarios que los atendieran.

Herramientas de valoración.

Una vez establecidos, según el consenso de expertos, la más sencilla categorización de los diferentes tipos de centros sociosanitarios para los distintos grados de dependencia y necesidades sanitarias, se buscaron posibles **HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN** que permitieran clasificar a los distintos pacientes dependientes con necesidades sanitarias, como usuario adecuados para cada tipo de recurso concreto determinado.

Para ello, se realizó una nueva búsqueda bibliográfica que permitió explorar diferentes herramientas nacionales e internacionales de valoración de la enfermedad crónica y la discapacidad para pacientes, cuando son trasladados desde hospitales de agudos a residencias geriátricas, así como las condiciones necesarias para la elaboración de un instrumento de calidad.

Las palabras clave utilizadas para esta búsqueda fueron “*Nursing home*” + “*Classification tool*” + “*Nursing home patients*” + “*Nursing home discharge*” + “*acute hospital*” + “*assessment tool*” + “*Nursing home placement*”.

Se consultó como punto de partida EBSCO host, que utiliza un amplio abanico de bases de datos (Academic Search Premier) para la búsqueda de publicaciones científicas. La primera identificación de los recursos de interés se hizo por título y abstract. Posteriormente se hizo una lectura de todos los resúmenes encontrados para clasificarlos y hacer un análisis de resultados atendiendo al objetivo global de la revisión.

Tras describir en el trabajo la idoneidad de las diferentes herramientas de clasificación para el modelo propuesto, se escogió como base la herramienta más cercana al modelo de clasificación de centros propuesto y se realizaron las modificaciones oportunas para la propuesta de la que podría ser una herramienta sencilla y acertada.

Resultados







Características de la oferta de los diferentes tipos de recursos de ingreso ofrecidos a personas con dependencia avanzada y enfermedades crónicas.

Revisión normativa.

Aunque la pretensión con la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), era servir de cauce para la colaboración y participación de las administraciones públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles, tanto la situación de partida como el desarrollo de la red de atención formal a la dependencia es desigual en las diferentes Comunidades Autónomas¹⁵. La asignación de recursos que cada comunidad declara destinar a la atención de la dependencia es heterogénea, no sólo en importe, sino también en el tipo de recursos. Tanto las características de la población como otras cuestiones políticas, organizativas o económicas pueden ser el origen de estas diferencias.

Según el informe “Las Personas Mayores en España. Informe 2010”, publicado por el Imserso, la oferta de plazas en centros residenciales se ha incrementado en España en un 40% de 2002 a 2010 (de 239.761 a 335.380 plazas). Por comunidades autónomas, la Comunitat Valenciana, Galicia y Extremadura son las que más han crecido. Canarias, Asturias, Illes Balears, Murcia y Aragón también han crecido por encima de la media. Las plazas concertadas son las que han sufrido mayor incremento (155%).

Normativa para centros residenciales de mayores.

La ley exige acreditación a los centros que formen parte del SAAD, pero no todos los centros que ya atendían a mayores dependientes han podido acreditarse, por lo que actualmente conviven centros para mayores dependientes que forman parte del SAAD y otras que realizan la misma función pero que están fuera del mismo.

Siguiendo lo dispuesto en el artículo 34.2 de la Ley de Dependencia, la fijación de criterios comunes de acreditación de centros se llevó a cabo en el Consejo Territorial con la aprobación del Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), de 27 de noviembre de 2008. Estos criterios deben entenderse como mínimos, debiendo las Administraciones Públicas Autonómicas realizar la legislación de su competencia y determinar la fórmula de habilitación provisional de los centros.

Sólo Cantabria y Asturias han aprobado normativa desde entonces, el resto de las Comunidades Autónomas siguen considerando acreditadas provisionalmente las que ya estuvieran autorizadas con anterioridad³³.

A pesar de no haber aprobado normativa que regule la acreditación de residencias posterior a la ley de dependencia, la mayor parte de las CCAA establecían en su regulación previa, diferencias en cuanto a los requisitos exigibles para residencias de personas mayores en función de su grado de dependencia, al menos entre residencias para personas válidas y para dependientes, aunque algunas comunidades establecen una mayor gradación, estableciendo tres o más tipos de residencias para mayores.

Las tablas adjuntas [ANEXO. Tabla 4, 5 y 6] recogen una panorámica de la normativa de acreditación de los distintos tipos de residencias en las distintas CCAA. Se establecen tres tipos de residencias de menor a mayor necesidad de cuidados (intentando seguir los tres grados establecidos por la ley de dependencia), para intentar exponer la normativa ajustada según los diferentes tipos de modelo residencial que se establecen en cada CCAA. Queda sombreado en **azul** todo lo relativo a las residencias para personas no dependientes o dependencia leve (similar a grado I para el SAAD), en **naranja** lo relacionado con las residencias dirigidas a personas con dependencia moderada (similar a grado II según el SAAD) y en **gris** la normativa dirigida a centros para personas con alto grado de dependencia (similar a grado III del SAAD).

Como la normativa es muy heterogénea, es posible que las ratios para una comunidad, no estén dirigidas exactamente al mismo tipo de centros que en otra, pero queda así representada de forma gráfica una síntesis del reglamento vigente.

A continuación se exponen, para mejor comprensión de las tablas, los diferentes **TIPOS RESIDENCIALES** que cada comunidad autónoma establece:

Andalucía

Diferencia entre residencias para personas válidas^{34,35}, residencias para personas mayores en situación de dependencia y centros residenciales con plazas para personas mayores con trastornos graves y continuados de conducta³⁶. La Orden de 2007³⁶ será de aplicación a todos aquellos centros que soliciten la autorización de funcionamiento. Los centros que a la entrada en vigor de la Orden 2007 tuvieran solicitada o concedida una acreditación definitiva, se seguirán rigiendo por lo establecido en la Orden de 1 de julio de 1997³⁴.

Aragón

Se diferencia entre residencias de ancianos válidos, residencias de ancianos mixtas y residencias de ancianos asistidas. Se exigen requisitos adicionales a los establecidos en la normativa en los pliegos de prescripciones técnicas de las licitaciones de centros residenciales^{37,38,39,40}.

Asturias

Se establecen criterios diferentes para personas sin dependencia o dependientes grado I, II o III según criterios de la Ley de Dependencia, de forma que las residencias, que en cualquier caso pueden ser mixtas, deberán cumplir los distintos criterios en función de número de residentes dependientes de distinto grado^{41,42,43}.

Canarias

Diferencia entre centros de atención social, centros de atención sociosanitaria y centros residenciales mixtos. Entre los primeros se encuadran los centros residenciales de válidos (residencias, hogares funcionales y viviendas tuteladas), quedando los centros de atención sociosanitarios definidos especialmente por prestarse en ellos de forma temporal o permanente, en régimen de internamiento, atención y cuidados de tipo social y sanitario. Por su parte, los centros residenciales mixtos se definen como aquellos destinados al alojamiento y atención de forma conjunta, de personas mayores válidas y con necesidades de atención sociosanitaria. Para poder ser usuario de un centro, la normativa canaria fija que es necesario ser mayor de 60 años o aunque no se alcance dicha edad, estar afectados de incapacidad física, psíquica o sensorial, cuando por sus circunstancias personales, familiares o sociales, así lo requieran. Se establece diferente normativa para centros sociosanitarios de más de 30, 60 y 100 plazas^{44,45}.

Cantabria	Diferencia entre residencias de 24 horas para mayores, residencias de 24 horas para personas con enfermedad mental/discapacidad intelectual y residencias de 24 horas para personas con discapacidad física y/o cuidados alta intensidad ^{46,47,48} .
Castilla La Mancha	Los Centros destinados a la atención de las personas mayores se clasifican en mini-residencias, hasta 35 plazas; residencias de tamaño medio, entre 36 y 80 plazas y grandes residencias, de más de 80 plazas. Diferencia ratios de personal según el número de usuarios no dependientes y dependientes ⁴⁹ .
Castilla y León	Determina que las residencias deben detallar la tipología de sus usuarios, siendo necesario establecer el grado de dependencia, pudiendo ser persona válida o persona asistida, que se clasifican en grado I y II, según las circunstancias indicadoras del grado de dependencia (que no coinciden con la clasificación de la ley de dependencia ya que el decreto es anterior: el grado I incluye a las personas con limitaciones leves o graves y necesita ayuda e intervención de otra persona; el grado II se refiere a aquellos que tienen una completa dependencia de otra persona). Además define plaza psicogerátrica como aquella destinada a personas que presenten trastornos de conducta derivados o compatibles con la situación clínica de demencia, que imposibilite un régimen normal de convivencia. La normativa general es igual para cualquier tipo de centro, estableciéndose algunas diferencias para centros de más de 25, 50 75 o 100 plazas. La ratio de cuidadoras o auxiliares es diferente según el grado de dependencia de los usuarios ⁵⁰ .
Cataluña	Diferencia entre hogares residencia para personas con autonomía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria y residencias asistidas. También realiza especificaciones concretas para centros de hasta 35 residentes, de 36 a 80, de 81 a 110, de 111 a 150 y de más de 150 ^{51,52} .
Comunidad Valenciana	Diferencia entre centros residenciales para personas mayores y centros para personas mayores dependientes, además entre los últimos diferencia a aquellos con Unidades de alta dependencia. Se establecen además algunas diferencias para centros de hasta 35 residentes, de 36 a 100, de 101 a 150 y de más de 150 ^{53,54,55} .

La normativa vigente diferencia entre residencias de ancianos con autonomía, mixtas y residencias de ancianos asistidas⁵⁶. Sin embargo, en los pliegos de prescripciones técnicas de las licitaciones, hacen diferencias para adjudicar centros entre pacientes T1, T2 y T3 tal como especifica el Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura⁵⁷. Según este documento los pacientes dependientes pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- T1A: Pacientes que cumplan los siguientes criterios (todos):
 - Presencia de una o varias de las siguientes enfermedades:
 - Insuficiencia de órgano vital avanzada o descompensada
 - Enfermedad de fase terminal
 - Senilidad extrema
 - Pluripatología (>7 diagnósticos CIE-9 MC)
 - Necesidad de seguimiento médico diario
 - Imposibilidad de prestación de cuidados en domicilio
- T1B: Pacientes que cumplan los siguientes criterios (todos):
 - Presencia de una o varias de las siguientes enfermedades:
 - Demencia de cualquier etiología
 - Enfermedad neoplásica en fase terminal
 - Insuficiencia de órgano
 - Daño cerebral secundario a traumatismo o AVC
 - Necesidad de uno de estos servicios:
 - Cuidados de enfermería superiores a media hora diaria, todos los días de la semana, incluyendo curas de úlceras, sueroterapia intensiva, aspiración de secreciones, etc.
 - Ventilación mecánica
 - Nutrición parenteral
 - Imposibilidad de cuidar estos cuidados en el domicilio
- T2: Pacientes que cumplan los siguientes criterios:
 - Barthel igual o inferior a 50
 - Uno de los siguientes requisitos:
 - Necesidad de medicación parenteral (subcutánea) o nutrición enteral
 - Presencia de curas con carga de enfermería inferior a media hora diaria
 - Necesidad de oxigenoterapia continua o aspiración intermitente de secreciones
 - Una o varias ostomías
 - Imposibilidad de prestar estos cuidados en el domicilio
- T3: Pacientes que requieren cuidados dirigidos a paliar su dependencia, con intervención sanitaria puntual (similar, desde el punto de vista sanitario, a cualquier persona en domicilio).

Galicia	Diferencia entre módulos destinados a personas con autonomía, módulos destinados a personas dependientes. Se establece normativa específica para residencias que participan en el programa de cheque asistencia ^{58,59} .
Islas Baleares	Diferencia entre plazas de personas válidas y de personas asistidas ⁶⁰ .
La Rioja	No hace ninguna diferencia entre grados de capacidad de las personas atendidas, aunque sí entre residencias de categoría 1 (hasta 40 plazas) y de categoría 2, y entre estas últimas, de nivel 1 (de 41 a 75 plazas), nivel 2 (entre 76 y 150 plazas), nivel 3 (entre 151-200 plazas) y nivel 4 (más de 200 plazas) ⁶¹ .
Madrid	Diferencia entre ratios de personal para usuarios válidos y ratios para usuarios asistidos ^{62,63,64} .
Murcia	Diferencia entre residencias de válidos y de asistidos. Existen especificaciones para centros de hasta 40 residentes, de 41 a 80, de 81 a 120, de 121 a 160 y de más 160 ⁶⁵ .
Navarra	Diferencia entre atención personas válidas, asistidas y psicogerítricas. En algunos aspectos se regula normativa específica para centros de hasta 40 plazas, de 41 a 80 plazas, de 81 a 120 plazas, de 121 a 160 plazas y de más de 160 plazas ⁶⁶ .
País Vasco	Diferencia entre residencias de válidos y de asistidos, y establece mínimos para residencias de menos de 30 residentes válidos/asistidos. En la residencias mixtas la ratio de personal exigible queda abierta según determine la Administración competente ⁶⁷ .

El Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), de 27 de noviembre de 2008, se refiere de forma sucinta a los recursos materiales y equipamientos, exigiendo únicamente que garanticen la prestación del servicio adaptada a las necesidades de las personas en situación de dependencia, a las intensidades, a la seguridad y a la accesibilidad.

Tampoco se extiende cuando enumera la documentación a aportar por los centros, que incluye entre otros un plan de gestión de calidad, que incluya el mapa de procesos, procedimientos y protocolos de actuación, referidos al usuario y a la familia, a los servicios, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados⁶⁸.

Sin embargo, los requisitos en materia de **RECURSOS HUMANOS** son descritos de forma mucho más detallados:

- Los Directores y Directoras de los Centros deberán contar con titulación universitaria y haber realizado formación complementaria en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de Centros Residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia, salvo en los puestos ya ocupados, en los que el Director o Directora tendrá como mínimo 3 años de experiencia en el sector y contará con la formación complementaria anteriormente reseñada.
- Los Cuidadores y Cuidadoras deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico de Atención Sociosanitaria, y el Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales. Quienes realicen las funciones de asistencia personal a personas con gran dependencia deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio.

Los requisitos relativos a estas cualificaciones profesionales se exigen progresivamente, un 35% del personal debía la formación mencionada en 2011 y el 100% debería tenerla en 2015.

En cuanto a las **RATIOS DE PERSONAL**, se establecen ratios globales y de cuidadoras, mínimos exigibles para 2011 según el grado de dependencia de los residentes, calculados estimando el valor medio entre media de lo exigido en el momento en las diferentes CCAA, una vez excluidos los valores extremos, y las ratios máximas de las CCAA más exigentes [Tabla 7].

Tabla 7. Ratios globales y de cuidadoras, mínimos exigibles para 2011.

	Exigible en 2011 Grado II		Exigible en 2011 Grado III	
	Ratio global	Cuidadoras	Ratio global	Cuidadoras
Residencia Mayores dependientes	0,45	0,27	0,47	0,28
Centro de Día y de Noche	0,23	0,14	0,24	0,15
Residencia P. discapacidad física	0,61	0,42	0,64	0,44
Residencia P. discapacidad intelectual	0,60	0,42	0,63	0,44
Centro Día y Noche p. d. física	0,29	0,12	0,30	0,13
Centro de Día y de Noche p. d. intelectual	0,29	0,18	0,32	0,19

Para 2015 debían haberse establecido nuevos ratios en 2012, así como las ratios específicas para el resto de las categorías.

Las Tablas [ANEXO. Tabla 8.1, 8.2, 8.3] referidas a recursos humanos en centros residenciales de mayores, recogen la normativa de las 17 CCAA respecto a ratios de personal en los distintos tipos de centros que la normativa establece. Esta normativa como ya se ha mencionado, es en mayor parte de las CCAA, previa al Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación.

A diferencia de lo que ocurre con la normativa referente a recursos humanos, la relativa a estructura y recursos materiales es muy heterogénea en su descripción de las exigencias mínimas. Cada normativa se extiende en gran medida en algunos elementos estructurales y/o materiales y regula de forma somera otros.

Las Tablas 9 y 10 [ANEXO. Tablas 9.1, 9.2, 9.3 y 10.1, 10.2, 10.3] exponen los distintos aspectos relacionados con estructura [Tablas 9] y recursos materiales [Tablas 10] recogidos en la reglamentación de 6 CCAA, con el fin de obtener un trazado de cuáles son las variables a tener en cuenta para los distintos tipos de centros.

En general la normativa exige a los centros residenciales de mayores que ubiquen en lugares próximos a zonas de actividad socio comunitaria o bien comunicados por transporte público, con fácil acceso a los servicios de salud. Deberán situarse en lugares seguros y en muchas normativas expresan su preferencia por la situación en planta baja o un edificio que en su conjunto constituya el propio centro. Deben poseer jardines o zonas exteriores para pasear o estar cerca y tener fácil acceso a plazas o parques públicos.

Las condiciones estructurales en relación a itinerarios, aparcamientos, escaleras, cambios de nivel aseos etc. se regulan habitualmente según el nivel de accesibilidad contemplado en los Decretos publicados por las distintas CCAA para la supresión de barreras físicas y de comunicación, desarrollando diferentes leyes nacionales^{69,70,71,72,73,74}. La distribución de las dependencias debe permitir la intimidad de los usuarios en las zonas destinadas a habitación y facilitar las relaciones y convivencia en zonas comunes.

Suele establecerse normativa respecto al abastecimiento de agua, evacuación de aguas residuales, instalación eléctrica, instalación de gas, climatización, ventilación, iluminación, sistemas de vigilancia, ascensores y protección contra incendios⁷⁵.

Algunos Decretos regulan de forma detallada los recorridos interiores horizontales, la señalización, las dimensiones de pasillos, pasamanos, vestíbulos, escaleras, rampas, puertas y espacios libres, otros tan sólo dicen acerca de estos elementos, que deben cumplir normativa de accesibilidad o adecuarse al tipo de usuarios del centro. Igual ocurre con el tipo de pavimento y revestimientos, dependiendo de la comunidad autónoma, se establecen mayor o menor número de requisitos al respecto.

Los espacios comunes tales como salas de estar, de actividades, de terapia ocupacional, de tratamientos especiales o fisioterapia, enfermería, despachos médicos, despachos de dirección, recepción, sala de visitas, aseos de visitantes y espacios comunes, vestuarios de personal, cocina, lavandería, lencería y almacenes son normalmente mencionados, aunque el espacio mínimo que debe dedicarse a cada estancia y las características de las mismas varían en la profundidad de las especificaciones.

Por el contrario, la zona residencial que incluye los dormitorios y aseos de los residentes está en general bastante pormenorizado. Las exigencias normativas que se incluyen se refieren mayoritariamente a los siguientes elementos:

- Porcentaje de habitaciones individuales
- Número de usuarios máximo por habitación
- Superficie mínima para los dormitorios según el número de usuarios
- Espacios alrededor de la/s camas y de separación con el resto del mobiliario
- Puntos de luz y enchufes
- Iluminación, ventilación y ventanas
- Sistemas de llamada de emergencia para dormitorios y aseos
- Ratio de aseos o baños por usuario
- Número mínimo de aseos adaptados
- Número mínimo de aseos geriátricos
- Superficie mínima de los baños
- Espacio mínimo libre entre sanitarios
- Tipo de ducha, lavabo y grifería

En cuanto a recursos materiales y mobiliario, suele establecerse que sea de buena calidad y se vele por su adecuada conservación. Se presta especial atención a la dotación de los dormitorios: camas articuladas, mesillas con ruedas, sillones cómodos y con brazos, armarios, mesas adecuadas para sillas de ruedas. La descripción del mobiliario de otras estancias es menos minucioso.

El material sanitario tal como ECG; carro paradas con desfibrilador, pulsioxímetro, esfigomanómetro, fonendoscopio, aspiradores autónomos, grúas de movilización de pacientes, aparataje para rehabilitación en salas de fisioterapia se exige en algunas comunidades para determinados tipos de centros.

A pesar de haber dispuesto los datos de forma que pudiera realizarse una comparativa entre comunidades, es obvio que la heterogeneidad existente entre comunidades autónomas no permite realizar tal ejercicio.

Existe gran disparidad en la tipología de centros definidos por cada comunidad, evidenciando la falta de un modelo común que permita prestar atención integral a los pacientes con necesidades sociosanitarias. Muchas comunidades se limitan a diferenciar entre residencias para personas válidas y asistidas, ignorando la gran variabilidad existente entre los pacientes dependientes. Pero hasta aquellas comunidades que hacen un intento por integrar la perspectiva sociosanitaria adolecen en su normativa de falta de especificación sobre que puede considerarse un centro sociosanitario y a qué tipo de pacientes debería atender. Otras comunidades ponen el acento en las diferencias de tamaño de los centros, estableciendo diferencias estructurales y de recursos según el número de residentes, independientemente del perfil de pacientes atendidos. La única condición que se considera frecuentemente como con necesidades especiales es la de enfermedad mental o graves trastornos de conducta, estableciéndose condiciones especiales para los centros que atienden a estos pacientes. Otra peculiaridad observada es el hecho de que en algunas comunidades, aunque la legislación al respecto es muy vaga, se utilizan los pliegos de prescripciones técnicas de las licitaciones para establecer condiciones estructurales y de recursos que determinan importantes diferencias entre distintos tipos de centros.

Tampoco están definidos criterios comunes a legislar respecto a las ratios de personal. En algunos decretos se desarrolla ampliamente la necesaria formación del director y los profesionales de atención directa y en otros apenas se menciona. En algunas comunidades se establecen ratios globales y en otras por turnos. La forma de expresar las ratios es desigual: en ocasiones en horas/año, en horas/semana, horas/día, en porcentajes de jornadas de profesionales, según diferentes fracciones de plazas (un profesional cada 10, cada 40, cada 50, cada 100 plazas) y a veces es tan inespecífico como limitarse a normar que deben tenerse el número de profesionales suficientes "según necesidad". No es posible por tanto, establecer comparaciones sobre el volumen de recursos exigidos por la normativa de cada comunidad ni en el caso de que hubiera homogeneidad en la tipología de centros.

Y si las diferencias hasta ahora expresadas son patentes, la gran variabilidad existente entre normativas en lo que respecta a estructura y recursos materiales, es aún mayor. Desde aquellas que establecen en muchos aspectos “según necesidades”, hasta aquellas absolutamente específicas en cuanto a medidas de puertas, ventanas, espacios libres, tipos de pavimento. Es frecuente que la normativa que se extiende mucho en algunos aspectos, sea más parca en el resto. Los baños y los dormitorios de los residentes suelen tener en cuenta las mismas especificaciones aunque las exigencias sean diferentes, pero el resto de los elementos y estancias están más o menos regulados según la comunidad.

Por poner un ejemplo ilustrativo, pueden observarse las diferencias de especificación de un único elemento, las escaleras, en dos comunidades diferentes:

En una comunidad se legisla respecto a las mismas *“Las escaleras serán de directriz recta. No se permitirán las mesetas en ángulos, las mesetas partidas y las escaleras compensadas. Se realizarán de forma que tengan una dimensión de huella no inferior a 0,30 m. y de tabica no superior a 0,18 m. El ancho libre mínimo deberá superar los 0,90 m. con doble pasamanos a ambos lados a una altura de 0,70 m. y 0,90 m. Si la escalera tiene una anchura superior a 2,50 m. será necesario instalar un pasamanos intermedio. Este debe prolongarse horizontalmente 0,30 m. más allá del arranque y terminación de la escalera. El último peldaño de acceso a una planta no debe invadir el área de circulación horizontal. Los tramos de escalera tendrán un mínimo de 3 peldaños y un máximo de 14. La huella se construirá en material antideslizante, sin resaltes sobre la tabica. El inicio y final de la escalera se señalará con un pavimento de textura diferente al resto. Las escaleras contarán con un dispositivo de iluminación para posibilitar la visualización durante la noche.”* En otra normativa de una comunidad autónoma diferente, no se hace referencia a las escaleras más que cuando menciona a los centros para personas con discapacidad visual, para los cuales exige: *“Los tramos de escaleras deberán ser de directriz recta. Deberán estar dotados de doble pasamanos continuos adaptados, a ambos lados, en tramos y descansillos, cumpliendo la normativa vigente relativa a la eliminación de barreras de físicas y de comunicación”.*

Por el contrario, en el mismo decreto, la comunidad que apenas legisla las escaleras, exige respecto a salas de estar y polivalentes: *“Salas de estar: Se dispondrá de espacios destinados a las relaciones convivenciales de los usuarios con una superficie mínima 30 m² disponiendo en todo caso de 2 m² por usuario. Deberán disponer de iluminación y ventilación natural y directa, quedando terminantemente prohibida su ubicación en sótanos. Se dotarán de sillones suficientes y de un mobiliario adecuado a las necesidades y actividades realizadas en dichas salas. Deberán dotarse de pasamanos continuo adaptado en sus paramentos, no ocupados por el mobiliario. El acceso, los recorridos interiores y el mobiliario deberán cumplir las condiciones de accesibilidad que indique la normativa vigente. Salas polivalentes.: Existirá al menos una sala polivalente con una superficie mínima de 20 m², disponiendo en todo caso de 2 m² por usuario. Deberán disponer de luz y ventilación natural y directa, quedando terminantemente prohibido su ubicación en sótanos. Contarán con el material idóneo para las actividades que en ellas se realicen. El acceso, los recorridos interiores y el mobiliario deberán cumplir las condiciones de accesibilidad que indique la normativa vigente”*

Sin embargo, la comunidad que se extendía más en las escaleras, es menos explícita en salas de estar: *“En el conjunto de las salas de estar y otros espacios de actividades y convivencias, habrá una superficie mínima de 1,8 m² por persona, pudiendo estar comunicadas entre sí. En las residencias de más de 15 usuarios al menos una de las salas tiene que tener una superficie mínima de 30 m². Las sillas y butacas deberán ajustarse a las mismas recomendaciones hechas para el mobiliario del comedor”*.

Algo parecido ocurre con los criterios de calidad exigidos a los centros. En algunas comunidades se especifican gran cantidad de planes y procesos que deben desarrollarse en los centros, en otras se realiza la exigencia en las licitaciones, y en ocasiones los criterios de calidad son vagos e inespecíficos.

Detallar que tanto los requisitos de todas las estructuras y elementos puede o no considerarse necesario, sin embargo el hecho de que existan diferencias tan importantes en la forma de enfocar los requisitos mínimos exigibles a los centros, sugiere la necesidad de una reflexión conjunta.

Con este panorama, es imposible realizar un ejercicio de evaluación de modelos que permita a la administración central establecer cuál es el más eficiente o cual consigue mejores resultados de calidad para orientar a las diferentes comunidades autónomas sobre la senda a seguir. Se hace necesario establecer unos criterios mínimos y un formato que, salvando las competencias transferidas a las comunidades, sean contemplados en cualquier normativa promulgada. Este ejercicio debe partir de la definición del modelo de atención sociosanitaria a implantar y la especificación de los diferentes tipos de centros necesarios para atender a los diferentes perfiles de pacientes.



Características de plazas de centros residenciales y sociosanitarios.

Revisión en diferentes estudios.

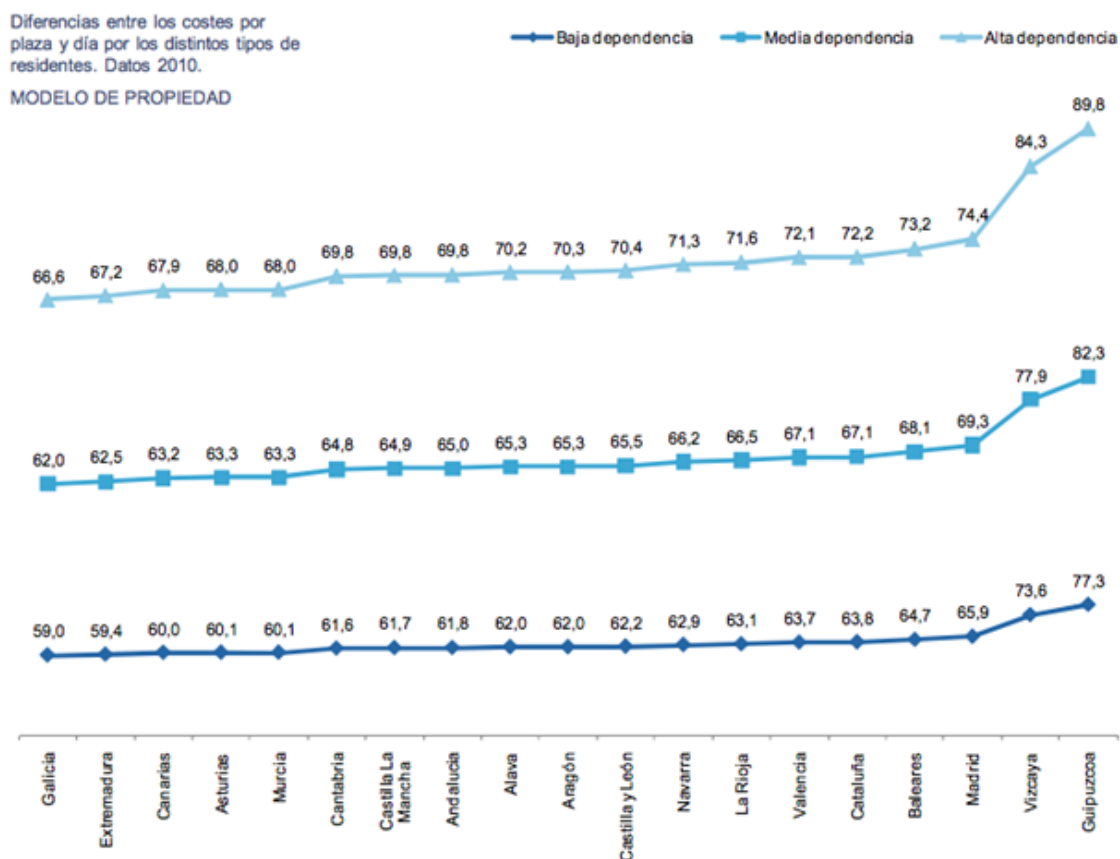
La Fundación Edad y Vida realizó en 2011 un estudio de costes en 180 centros residenciales privados de las 17 Comunidades Autónomas, que gestionaban un total de 26.777 plazas privadas y concertadas⁷⁶. El tamaño medio de los centros fue de 154 plazas por centro, con un 67,3% de residentes grandes dependientes y severos y el 20,2% de residentes con dependencia moderada. El 54,3% de las plazas tenían financiación privada y el 45,7% concertadas. La mayoría de plazas concertadas estaban ocupadas por personas mayores con alto grado de dependencia. Este estudio concluye que el coste total sin IVA de una plaza en un centro residencial privado de atención a personas mayores dependientes, se sitúa, como media, en 70,89 €/estancia/día, en el año 2010 (20,4% de costes operativos, 52,2% de costes de personal y 19,9% de otros costes, quedando un 7,5% de beneficio industrial).

El trabajo *Situación del Servicio de Atención Residencial en España* publicado en 2010 por PricewaterhouseCoopers establece el coste medio de una plaza residencial en España, ubicada en un centro de 120 plazas en régimen de propiedad en 70 €⁷⁷. Sin embargo, existen importantes diferencias en función del tipo de usuario y la comunidad autónoma. Ya que la mayor partida de costes es la dedicada a recursos humanos, las comunidades con los convenios más altos, son las que tienen un coste por plaza más elevado.

Si se calcula el coste medio por plaza según el grado de dependencia, resultaría de 63,4 €/día en el caso de baja dependencia (1.928 €/mes), 66,8 €/día en el caso de media dependencia (2.032 €/mes), y 71,9€/día en el caso de alta dependencia (2.187 €/mes).

Las diferencias entre los costes por plaza y día por los distintos tipos de residentes según la Comunidad Autónoma, se muestran en el siguiente gráfico [Gráfico 1].

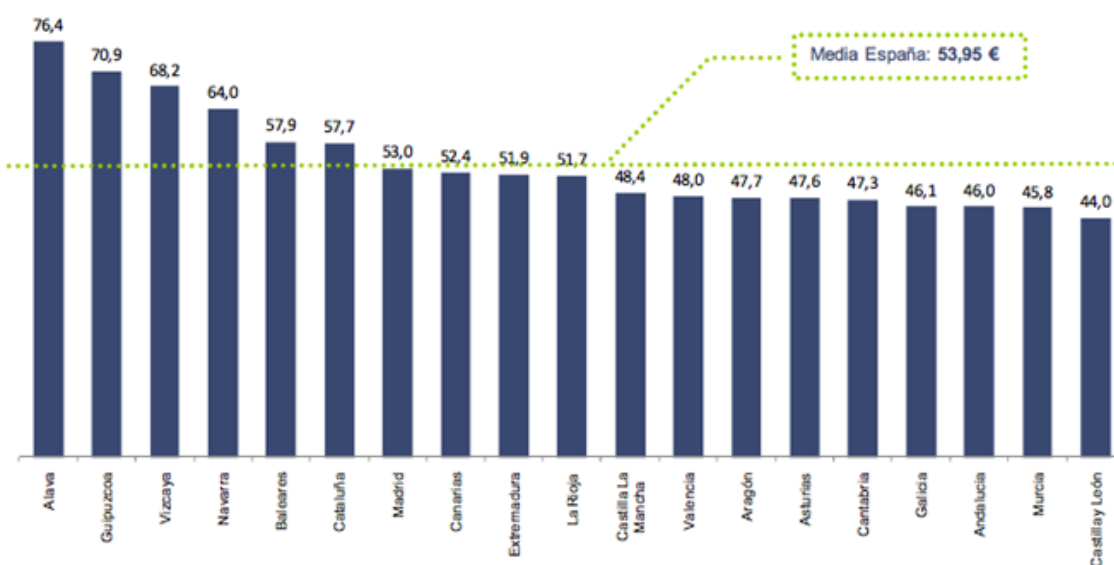
Gráfico I. Diferencias entre los costes por plaza y día de los distintos tipos de residentes.



Fuente: PricewaterhouseCoopers. Situación del Servicio de Atención residencial en España. 2010.

Sin embargo, cuando analiza las tarifas medias de plazas concertadas pagadas por las CCAA a los centros privados, la tarifa media que establece este estudio para España se sitúa en 53,95 € por plaza y día IVA excluido, muy por debajo del coste medio estimado por plaza (70€). Por encima de la media se sitúan País Vasco, Navarra, Baleares y Cataluña. Las comunidades con una tarifa más baja son Castilla y León, Murcia, Andalucía y Galicia; y las que presentan mayores diferencias entre el coste y el precio medio establecido para las plazas concertadas son Castilla y León, Andalucía, Valencia, Murcia, Aragón, y Cantabria, comunidades en las que las diferencias superan el 30% [Gráfico 2].

Gráfico 2. Tarifas medias pagadas por las Administraciones Autonómicas a los centros concertados por plaza asistida y día. IVA excluido. Datos 2010.



Fuente: Datos proporcionados por los principales operadores del sector. Para el cálculo de la tarifa, se ha realizado el promedio entre las tarifas aportadas por los diferentes operadores presentes en cada una de las comunidades. En el caso de comunidades con tarifas diferenciadas por nivel de dependencia, se ha calculado la tarifa media teniendo en cuenta la distribución de plazas definida como hipótesis del centro tipo.

Fuente: PricewaterhouseCoopers. Situación del Servicio de Atención residencial en España. 2010.

La insuficiencia de tarifa establecida por la administración para cubrir costes es señalada por otros estudios⁷⁸. El aumento de las exigencias de la Administración respecto a mayor cualificación de los profesionales y de equipamiento con el consiguiente aumento de los costes, unido a la falta de financiación podrían conducir a la aparición de problemas para la prestación del servicio o a una reducción del nivel de calidad si no se establecen estrategias alternativas.

En este sentido, aunque diferentes autores inciden de forma especial en algún aspecto concreto, todos ponen de manifiesto que para hacer sostenible la atención sanitaria y a la dependencia, es necesario cambiar la forma de atención a la cronicidad dándole una perspectiva sociosanitaria que actualmente no existe.

Son ejemplos las siguientes propuestas:

→ **PwC**, en su trabajo “Diez temas candentes de la sanidad española para 2013”, expone detalladamente la necesidad de hospitales de cuidados intermedios tan escasos en España:” Según datos de la OCDE, la media de camas de larga estancia en hospitales e instituciones se sitúa en 49,5 camas por cada 1.000 habitantes de edad igual o superior a 65 años. De éstas, 44 camas por 1.000 habitantes de 65 o más años se ubican en instituciones como residencias etc. y 6 camas en departamentos de larga estancia en hospitales. La mayoría de los países cuentan con un número reducido de camas en hospitales, estando la mayoría de las camas de servicios de larga duración ubicadas en otras instituciones. En la mayoría de los casos, se han desarrollado instituciones que prestan servicios de larga duración que reciben a los pacientes que ya no requieren una atención aguda en hospitales, de forma que se liberan recursos de camas hospitalarias, de mayor coste para el sistema. España se sitúa a la cola de los países de la OCDE en cuanto a número de camas de larga estancia con 31,1 camas/1.000 habitantes de más de 65 años, especialmente en lo referente a camas hospitalarias”⁷⁹.

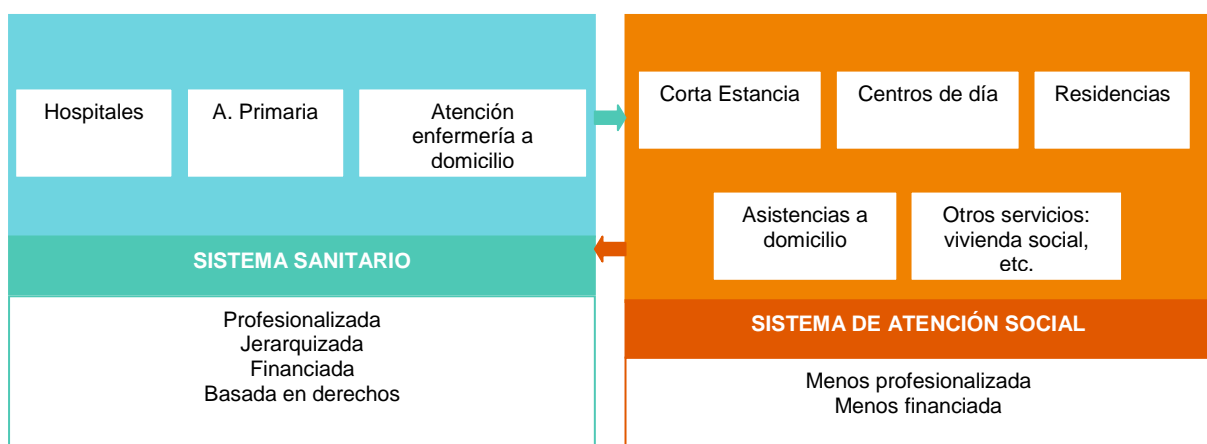
Considera necesario un plan nacional y un modelo que aborde los siguientes puntos:

- Liberación de camas de hospitales de agudos manteniendo un alto grado de coordinación con dispositivos de media y larga estancia.
- El modelo de financiación y su vinculación o no a la financiación de la Ley de Dependencia o la posibilidad de incluir copagos.
- Necesidad de avanzar hacia una verdadera colaboración público-privada en un marco de actuación claro que incentive la realización de inversiones y el establecimiento de un sistema de pago que permita su sostenibilidad a largo plazo.
- Necesidad de profesionalización de los servicios de atención a la dependencia.

- La reorganización y coordinación de la atención social y sanitaria: derivación de pacientes a centros de media estancia/centros residenciales y uso de nuevas tecnologías evitar traslados e ingresos innecesarios.
- La responsabilidad individual: educación en el autocuidado y en la utilización de recursos.
- Reflexión sobre la aportación del usuario a la financiación del sistema (actualmente en la mayoría de las comunidades autónomas las personas ingresadas en centros de atención de larga duración contribuyen a la financiación de su plaza con el 75%-80% de su pensión).
- Organismo que permitiera coordinar la atención social y sanitaria, definiendo claramente sus funciones y competencias⁷⁹.

Mantiene sin embargo en su propuesta, separado el sistema sanitario del sistema de atención social, abogando por “la integración y coordinación entre los mismos, de manera que el paciente sea atendido en cada momento por el dispositivo que mejor se adapta a su condición” [Figura 1].

Figura 1. Necesidad de la coordinación entre diferentes dispositivos de asistencia de larga estancia.



Elaboración propia. Fuente: PricewaterhouseCoopers. Caudentes de la Sanidad Española para 2013.

→ **Antares Consulting** propone desarrollar una red de recursos alternativos a la hospitalización de agudos (hospitales de media y larga estancia, centros sociosanitarios, hospitales de día, programas de hospitalización y de atención a domicilio) lo que puede permitir importantes contenciones de costes en los recursos más caros. Hace especial hincapié en la necesidad de fortalecer la atención primaria³⁰ y e invertir decididamente en los sistemas de información, que ya no son solamente un recurso de soporte al proceso asistencial, sino que se han convertido en una herramienta clave, que aporta competitividad y valor añadido a las organizaciones.

Ofrece diferentes estrategias clave para que este cambio pueda llevarse a cabo. En primer lugar, da gran importancia a la Función Financiación como palanca del cambio. Expone que los sistemas en los que la prestación de servicios está menos regulada (compra aislada de servicios diferentes por la autoridad y variedad de agencias proveedoras de servicios) parecen tener una clara ventaja para organizar la integración de servicios sociales y sanitario, ya que los sistemas más tradicionales, con recursos financiados a presupuesto, sufren más dificultades para transformar sus servicios en organizaciones integradas. Aboga por una caja común que financie la atención sociosanitaria, constituida con financiación desde los servicios regionales de salud y destinada a efectuar la compra de servicios a diferentes proveedores del campo social o sanitario⁸⁰. Sin embargo, advierte que la evidencia de que disminuyan los costes no se produce siempre, pero en cambio es generalizada la opinión de que se mejoran muy significativamente los resultados porque aunque abordar la atención a los pacientes crónicos y con necesidades sociosanitarias desde modelos alternativos evita costes generados por la atención tradicional, aplicar este nuevo modelo tendrá sus propios costes. Serán, probablemente unitariamente menores que los de la atención sanitaria de agudos pero no siempre globalmente puesto que no se trata solamente de sustituir el modelo anterior, sino que también es importante conseguir unos resultados de mayor cobertura y calidad de servicio³⁰.

→ La Fundación Edad y Vida propone una reorganización hospitalaria y de la

media y larga estancia de forma que la atención hospitalaria debería centrarse en la intervención y trato de las enfermedades agudas y la derivación de pacientes a los centros de media estancia/centros residenciales con unidad sociosanitaria acreditada, directamente desde los servicios de urgencias hospitalarias. La media estancia se ocuparía de los casos de paliativos, convalecencia, post/subagudos, hospital de día y larga duración con requerimientos de atención sanitaria compleja (estancia media actual 45 días). La atención de larga duración se dirigiría al ámbito social y sanitario y su financiación debería tener en cuenta estas dos vertientes, proponiéndose la incorporación de un módulo sanitario de financiación en los centros residenciales, acreditados según los recursos y servicios que ofrezcan e incorporaría la atención sanitaria y la farmacia. Sugiere también la Fundación, la creación de un organismo autónomo de planificación y evaluación de los servicios que tuviera una dependencia compartida entre Salud y Servicios Sociales y el desarrollo de la colaboración público privada.

HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS	CENTROS HOSPITALARIOS DE MEDIA ESTANCIA (Modelo sociosanitario) CENTROS RESIDENCIALES (Con unidad sociosanitaria acreditada por sanidad)	CENTROS DE ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN (Centros residenciales con Módulo sanitario acreditado)	OTRAS PRESTACIONES (Ayuda a domicilio, teleasistencia, etc).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervención y tratamiento de enfermedades agudas y de reagudización y urgencias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paliativos ▪ Convalecencia ▪ Post-agudos ⁽¹⁾ y Sub-agudos ⁽²⁾ ▪ Hospital de día ▪ Enfermos crónicos con requerimientos de atención sanitaria compleja ⁽³⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Larga duración: ✓ Gran dependencia ✓ Dependencia severa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Larga duración: ✓ Dependencia moderada ✓ Dependencia leve
<p>Coste cama 650€/estancia/día</p>	<p>Coste cama 300€/estancia/día (Hospitales públicos de crónicos y larga estancia)</p> <p>130-150€/estancia/día (Modelo sociosanitario)</p>	<p>Coste cama 70€/estancia/día</p>	<p>Coste sin IVA</p>

(1) Atención post-aguda: que persigue un tratamiento integral del enfermo mayor frágil con una enfermedad aguda reciente o un accidente, disminuyendo su estancia en agudos mediante un traslado precoz a unidades de convalecencia.

(2) Atención sub-aguda: que persigue un tratamiento integral a enfermos con una enfermedad crónica conocida y muy evolucionada, disminuyendo o evitando la estancia en agudos mediante un tratamiento en una unidad de menos complejidad terapéutica.

(3) Enfermos crónicos con requerimientos de atención sanitaria compleja: persona dependiente que requiere servicios sanitarios, por patología crónica prevalente y condiciones sanitarias específicas.

Elaboración propia. Fuente: Reflexiones para una mejora organizativa de la acción social y sanitaria de la cronicidad y la dependencia⁸¹



**De residencias asistidas a nuevos recursos
alternativos de cuidados.**

Resumen de una mesa de debate de expertos.

Debate preliminar: características generales de los centros de institucionalización.

Para el debate estructurado de la mesa de trabajo, se ha recurrido a describir las características de cuatro centros situados dentro del espectro “socio-sanitario”, a priori de tipologías diferentes, de la misma comunidad autónoma: una gran residencia pública con alta dotación de recursos, un centro residencial privado/concertado con concierto de plazas socio-sanitarias, un gran centro socio-sanitario/hospital de crónicos y un centro de internamiento de neurorehabilitación intensiva para pacientes con daño cerebral. Todos están acreditados por cumplir las condiciones de la normativa de su comunidad.

CENTRO RESIDENCIAL ASISTIDOS

El centro residencial de asistidos tiene una clara orientación a la atención del mayor y su entorno, su familia. Respecto al resto de los centros, en contra de lo que pudiera suponerse por estar todos dedicados a la atención de pacientes con altas necesidades socio-sanitarias, se constata en el análisis de sus características que, al no existir tradicionalmente una estructura definida y consensuada para centros socio-sanitarios como tal, cada uno se diferencia claramente de los otros dos, dependiendo del sector de origen del mismo.

El hospital de crónicos, tiene un marcado carácter sanitario. Su estructura por tanto se asemeja a la de cualquier otro hospital medio, teniendo en cuenta que ha tenido que ser adaptado a una edificación de la segunda década del siglo pasado. Las ratios de personal son de un médico por cada 25 pacientes, en enfermería 1/15 en turno de mañana, 1/20 en el de tarde y 1/50 en el de noche; en auxiliares de enfermería 1/5 en la mañana, 1/8 en la tarde y 1/20 en el turno de noche, 1 fisioterapeuta por cada 50 plazas y un trabajador social cada 100.

HOSPITAL DE CRÓNICOS

RESIDENCIA ASISTIDA DE MAYORES

La residencia asistida de mayores, atiende a grandes dependientes con importantes necesidades sanitarias. Se estructura de forma similar a una residencia de ancianos muy bien dotada, donde además de la zona residencial los dormitorios y un generoso ratio de baños adaptados y geriátricos, cuenta con amplias salas de estar, comedores, salas de visitas, despachos de administración y dirección, cafetería, salón de actos, capilla, sala de terapia ocupacional, fisioterapia, peluquería y biblioteca.

Se ha dotado además de una plantilla de profesionales sanitarios y mantiene entre 800 y 900 días al año de estancias de los pacientes en hospitales de agudos. Los ratios son de 1,25 médicos por cada 100 plazas, 1 enfermera por cada 14 plazas, 1 auxiliar de enfermería por cada 2,5 plazas, 1 fisioterapeuta y un trabajador social cada 160 plazas y 1 terapeuta ocupacional por cada 320.

De reciente construcción, creado específicamente para cubrir las necesidades de pacientes que precisan rehabilitación neurológica (ICTUS, TCE, lesión medular, etc.). Todas sus habitaciones tienen dispositivo de oxígeno y son individuales o con cama de acompañante. Disponen de 11 consultas (médicos, logos, psicólogo, etc.), 2 gimnasios, 1 piscina de hidroterapia, 2 salas de T. Ocupacional, 2 Salas terapia grupal, 3 salas de curas, 3 salas de cambio, salón de actos, cafetería vending, sala informática para pacientes y jardines. Sus ratios son de 1 médico por cada 25 plazas, 1 enfermera por cada 9 plazas, 1 auxiliar de enfermería por cada 3,5 plazas, 1 fisioterapeuta por cada 10 pacientes, 1 trabajador social cada 75 plazas, 1 terapeuta ocupacional por cada 13 y un psicólogo por cada 25 plazas.

CENTRO DE NEURO- REHABILITACIÓN

Parece a priori que los grandes dependientes que necesitan más cuidados/rehabilitación sanitaria, requieren mayor ratio de personal sanitario de grado medio o superior que en los centros de origen social, en los que existiría mayor número de cuidadoras o auxiliares.

Partiendo del conocimiento de la alta calidad de atención en todos los centros analizados y el cumplimiento de la normativa regional acreditada por los conciertos que mantienen, podemos constatar que la clara variedad de recursos y estructuras existentes para atender a pacientes de alta complejidad sociosanitaria muestra la heterogeneidad del grupo, y evidencia la necesidad de establecer una clasificación de pacientes exhaustiva que permita adecuar los recursos a las necesidades.



Propuesta de un modelo de categorización basado en la diferenciación de la tipología de los anteriores según resultados obtenidos.

Tras el debate celebrado en el grupo de discusión, se acordó, como más adecuada según sus opiniones, la siguiente propuesta de categorización de mayores en función de sus necesidades sociosanitarias [Tabla II].

Tabla II. Categorización de la población mayor según necesidades sociosanitarias.

NO	N1	N2	N3	N4
Mayores con menor o mayor grado de dependencia pero con pocas necesidades sanitarias.	Anciano frágil: Mayores en situación de riesgo sanitario que por sus limitaciones de autonomía personal y estado de salud no puedan ser atendidas correctamente en su domicilio y requieren un entorno que les provea de sus necesidades sociosanitarias previniendo complicaciones de su estado de salud sin ruptura de la continuidad asistencial.	Personas con dependencia moderada y necesidad de cuidados sanitarios continuados relacionados con su patología crónica: <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad funcional severa establecida y no rehabilitable. - Incapacidad secundaria a procesos neurológicos que no requieren rehabilitación. - Patología crónica incapacitante. - Complicaciones de demencias moderadas –severas. 	Pacientes con procesos crónicos invalidantes y/o terminales, en procesos agudos de rehabilitación/ recuperación, así como con procesos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de recuperación funcional: <ul style="list-style-type: none"> * Incapacidad funcional severa con mal pronóstico inicial pero que pueden mejorar con rehabilitación. * Patología crónica incapacitante que requiere frecuentes controles clínicos y pueden mejorar con rehabilitación. - Unidad de estados de alteración de conciencia: <ul style="list-style-type: none"> * Pacientes tipo I según el PIDEX-2 del daño cerebral sobrevenido. 	Pacientes que, independientemente de su grado de dependencia, presentan alta necesidad de cuidados o intervención sanitaria, ya sea por una enfermedad aguda de gravedad suficiente para precisar internamiento hospitalario o por reagudización de enfermedad crónica que pueda beneficiarse de los recursos diagnósticos o terapéuticos que le ofrece el hospital de agudos.
50-60 €	60 -90 €	130-150 €	150-300 €	650 €

Elaboración propia.

Nivel 0 (NO)

Mayores con menor o mayor grado de dependencia pero con pocas necesidades sanitarias.

Nivel 1 (N1)

Anciano frágil. Mayores en situación de riesgo sanitario que por sus limitaciones de autonomía personal y estado de salud no puedan ser atendidas correctamente en su domicilio y requieren un entorno que les provea de sus necesidades sociosanitarias previniendo complicaciones de su estado de salud sin ruptura de la continuidad asistencial. Se considera anciano frágil a aquel con factores de riesgo de discapacidad tales como deterioro cognitivo, depresión pluripatología, polifarmacia, malnutrición, caídas, limitación funcional en extremidades inferiores, deterioro visual, pobre autopercepción del estado de salud, hospitalizaciones previas y baja frecuencia de contactos sociales. Asimismo, pacientes con incapacidad severa sin grandes necesidades de cuidados sanitarios que ingresan de forma temporal por sobrecarga o enfermedad del cuidador principal, pactando previamente el tiempo de ingreso.

Nivel 2 (N2)

Personas con dependencia moderada y necesidad de cuidados sanitarios continuados relacionados con su patología crónica. Este grupo se incluirían pacientes estables con las siguientes características:

- Incapacidad funcional severa establecida, sin posibilidad de rehabilitación, que precisa ciertos cuidados médicos o de enfermería, y éstos no pueden ser dispensados a nivel domiciliario o residencial.
- Pacientes con incapacidad funcional secundaria a procesos neurológicos (Ictus, Parkinson, neuropatías, etc.) procesos traumatológicos o deterioros funcionales o inmovilismos de cualquier etiología, que presentando inicialmente un mal pronóstico no está indicado, a priori, tratamiento rehabilitador intensivo.
- Patología crónica incapacitante (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, diabetes, EPOC, etc. evolucionados) que requiere controles clínicos y éstos no pueden ser asegurados en la comunidad o en un nivel residencial.

Pueden incluir estados avanzados de enfermedad e incluso terminalidad, siempre y cuando esta no requiera un control exhaustivo y continuado por síntomas intensos.

- Complicaciones de demencias moderadas que impiden la atención domiciliaria o alteran la convivencia familiar, para control de las mismas. Pactando previamente el tiempo de ingreso.

La complejidad de los cuidados sanitarios que requiere ya es intermedia y requieren mayor atención como: medicación parenteral, nutrición enteral, cuidado de ostomías, oxigenoterapia continua o aspiración intermitente de secreciones, curas diarias de enfermería.

Nivel 3 (N3)

Personas afectas de procesos crónicos, invalidantes y/o terminales, en procesos agudos de rehabilitación/recuperación, así como procesos relacionados. Podrían diferenciarse dos subgrupos de pacientes incluidos en el grupo N3:

Grupo I: Unidad de recuperación funcional

- Pacientes con incapacidad funcional secundaria a procesos neurológicos (AVC, Parkinson, neuropatías,...), procesos traumatológicos o deterioros funcionales o inmovilismos de cualquier etiología, que presentando inicialmente un mal pronóstico, pueden mejorar con tratamiento de rehabilitación y/o terapia ocupacional y mantenimiento básicos de larga duración.
- Patología crónica incapacitante que requiere frecuentes controles clínicos y éstos no pueden ser asegurados en la comunidad o en un nivel residencial y pueden mejorar con tratamientos de rehabilitación y/o terapia ocupacional y mantenimiento básicos de larga duración.

Requieren unos cuidados específicos en función de los procesos asistenciales a tratar, y requieren una alta intensidad en los cuidados. De un lado en el caso de las terapias de rehabilitación intensiva, los protocolos de actuación deben ser personalizados y dirigidos a objetivos terapéuticos muy concretos.

Grupo 2: Unidad de estados de enfermedad muy avanzada o con gran intensidad de síntomas o alteraciones de conducta

- Pacientes con diagnóstico establecido de alteración crónica de la conciencia: estado vegetativo permanente, estado de mínima conciencia, síndromes de enclaustramiento, coma, no subsidiarios de tratamiento rehabilitador de cualquier etiología (más de 4 meses desde el diagnóstico inicial en etiología no traumática y más de dos en caso de etiología no traumática).
- Pacientes con insuficiencias de órgano muy avanzadas, enfermedad en fase terminal, síntomas múltiples y cambiantes de alta intensidad, cierta descompensación de su pluripatología.
- Pacientes con demencias muy avanzadas y/o con graves alteraciones de conducta.

Pueden requerir una o varias curas de enfermería diarias, atención continuada del personal sanitario ante eventuales descompensaciones, nutrición parenteral, ventilación mecánica, medicación y/o sueroterapia intensiva, curas de úlceras con escasa respuesta a tratamiento.

Nivel 4 (N4)

Pacientes que, independientemente de su grado de dependencia, presentan alta necesidad de cuidados o intervención sanitaria, ya sea por una enfermedad aguda de gravedad suficiente para precisar internamiento hospitalario, por una situación de inestabilidad clínica o por reagudización de enfermedad crónica que pueda beneficiarse de los recursos diagnósticos o terapéuticos que le ofrece el hospital de agudos.

Puede observarse en la propuesta de tipología de centros que, en la estimación de costes, a pesar de que el perfil de pacientes a atender es muy diferente, en determinados niveles las tarifas propuestas llegan a solaparse: 60 € es el límite superior para centros N0 y el inferior para N1 y 150€ es el límite superior para N2 y el inferior de N3. Está descrito en la literatura que los costes de personal constituyen hasta el 65% del total de costes, y el concreto el personal de atención directa, que incluye auxiliares, enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y farmacéuticos, llega a alcanzar el 45% del coste de un centro. Los expertos coinciden en que este es el elemento esencial, unido a la calidad de las instalaciones.

La [Tabla 12] recoge los ratios de personal de atención directa propuesto para cada módulo de 30 pacientes según los diferentes perfiles de atención. Por considerarse fuera del concepto “atención sociosanitaria”, no se discutieron los ratios de personal óptimos de los centros de mayores N0 ni del hospital de agudos destinado al tratamiento de pacientes N4.

Sí parece que hay acuerdo en que los centros que atienden a personas con mayores necesidades sanitarias (N3 siempre y aconsejable en N2), cuenten con un director médico que podrá coincidir o no en la misma persona que se haga cargo de la gerencia:

Tabla II. Ratios por tipo de usuarios.

	N1	N2	N3
Médico especialista en Geriátría (o Medicina Interna, o Médico de Familia para N1)	0,2/30	1/30	1,2/30
Médico especialista en Neurología	0	0	0,35/30
Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación	0	0,2/30	0,35/30
Psicólogo/a	0	0,25/30	0,4/30
Enfermeros/as (mañana)	0,6/30	1/30	2/30
Enfermeros/as (tarde)	0,35/30	1/30	1,2/30
Enfermeros/as (noche)	0,35/30	0,75/30	0,6/30
Auxiliar de enfermería (mañana)	3/30	4,3/30	4,3/30
Auxiliar de enfermería (tarde)	1/20	1/8	1/10
Auxiliar de enfermería (noche)	1/40	1/20	1/25
Fisioterapeuta	1,5/30	3,75/30	3/30
Auxiliar de enfermería de rehabilitación	0,75/30	1,5/30	1,2/30
Terapeuta ocupacional	0,2/30	0,35/30	2/30
Logopeda	0	0	0,5/30
Trabajador/a social	0,2/30	0,35/30	1/30

Si se realiza el sumatorio, la ratio global de profesionales de atención directa resulta de 7,25/30 plazas para el tipo N1, 14,8/30 plazas para el tipo N2 y 19,25/30 plazas para el tipo N3, lo cual, a priori ya justificaría en gran parte la importante diferencia de tarifa entre N1 y N2 y la menor diferencia entre N2 y N3. Pero además, existen otros factores que pueden modificar el coste de la plaza incluso tratándose del mismo tipo de pacientes. Uno de estos determinantes es el tamaño del centro o número de plazas del mismo. En centros pequeños de 30 pacientes no es posible tener fracciones de profesionales por turnos, es decir, si número de enfermeras de noche propuestas es de 0,35 en N1 y 0,6 en N2 para cada 30 plazas, sólo si el centro tiene 90 pacientes en el primer caso o 45 en el segundo, podrán ajustarse las ratios. De lo contrario, tener una enfermera por la noche incrementará el coste del servicio. Se ratifica que los centros más grandes son más eficientes que los pequeños, aunque tengan otras limitaciones ya descritas a tener en cuenta tales como la deslocalización.

El otro elemento diferenciador identificado por los expertos, la calidad de las instalaciones, también puede influir en gran medida en que el coste se acerque al límite inferior de la horquilla de tarifas o a la superior. La calidad estructural y de recursos materiales puede incrementarse hasta llegar a cumplir altos estándares, sobre todo en centros que atienden a pacientes con mayores necesidades de atención: aumento del número de metros cuadrados por dormitorio, baño adaptado en cada dormitorio, habitaciones individuales con cama de acompañante en centros N3, personalización del dormitorio según idiosincrasia del paciente, personalización de los menús, aumento del número de horas de terapia ocupacional y rehabilitación).

La estructura de los centros debería adecuarse al subtipo de pacientes a los que se atendiese. Si el centro se destina a la atención de pacientes con diferentes grados de necesidades sociosanitarias, deberían existir módulos diferenciados para cada tipo de pacientes según su grado de necesidad y áreas diferentes en cada módulo para patologías concretas tales como pacientes con graves trastornos de conducta o pacientes terminales. Esta adaptación de la estructura diferenciada por módulos, aunque puede aumentar los costes estructurales, puede permitir disminuir los costes de personal al incrementar el tamaño del centro.

Comparación de la conveniencia de los diferentes recursos, para los diferentes perfiles de usuarios de cada una de estas modalidades. Resumen de conclusiones del Grupo de Discusión.

Aunque las necesidades sanitarias y la dependencia son variables que se asocian directamente a la edad, existe un continuo de aquellas dos variables que nos permiten diferenciar distintos subgrupos de mayores institucionalizados en función del punto en el que se sitúen en cada uno de dichos continuos: la necesidad sanitaria y el nivel de dependencia. Existe un grupo de pacientes mayores institucionalizados por su nivel de dependencia, pero cuyas necesidades sanitarias son escasas y similares a las de cualquier otro individuo no institucionalizado. En el otro extremo existe un grupo de pacientes que precisan una intervención sanitaria intensa que requiere tratamiento en un hospital de agudos. Ambos extremos quedan fuera del debate, por considerar que el mayor interés se centra en proponer un modelo de atención sociosanitaria que cubra las necesidades no resueltas por los servicios sanitarios y sociales en su conjunto.



Las principales conclusiones extraídas del grupo de discusión en relación al espacio sociosanitario, pueden resumirse como sigue:

El sector sanitario y el sector social son dos ámbitos diferenciados cuyos profesionales están formados para llevar a cabo funciones diferentes, de forma que el sector social se orienta principalmente a la asistencia de la persona dependiente y su familia, mientras el sector sanitario se ocupa de la prevención, diagnóstico, cuidados, tratamiento y rehabilitación de personas enfermas. Aunque habitualmente existe una interacción de ambos sectores y debe potenciarse la coordinación intersectorial para que las personas dependientes institucionalizadas tengan el adecuado acceso a los servicios sanitarios, y los pacientes ingresados en un hospital tengan facilidad para solucionar sus problemas sociales, en cada ámbito se desarrollan las tareas que le son propias y así debería seguir siendo.

Existe un perfil numeroso de usuarios en los que las necesidades sanitarias y sociales se presentan de forma superpuesta y no están siendo adecuadamente abordadas, ni desde el sector sanitario ni desde el social. Es por ello por lo que es necesario construir un espacio sociosanitario, con profesionales entrenados para ver al paciente con una mirada integral que incorpore ambas perspectivas. Es tan complicado para profesionales del sector social abordar problemas sanitarios complicados, como para los profesionales sanitarios tratar con problemas sociales complejos. Un cambio de cultura social y profesional se hace esencial para el desarrollo de este proyecto sociosanitario.

La creación de centros sociosanitarios redundaría en mayor sostenibilidad del sistema al disminuir las hospitalizaciones en hospitales de agudos (con precio/cama/día muy superior). Estos Centros deberían disponer de una capacidad de resolución clínica y diagnóstica adecuada que les permitiera disminuir significativamente el nivel de reingresos hospitalarios, atendiendo pacientes en fases pre y postoperatorias, de convalecencia, paliativos, largas estancias, pluripatologías y rehabilitación.

Los centros de mayores que actualmente atienden a pacientes con necesidades sanitarias bajas-medias, no están preparados estructuralmente para asumir la atención de pacientes con altas necesidades sanitarias (Nivel 3). Bien dotados económicamente podrían asumir los cuidados de personas con necesidades sociosanitarias medias-altas (Nivel 2).

La inversión que exige la creación o estructuración de un edificio para convertirse en centro sociosanitario, exigiría un alto precio por cama/día en licitaciones cortas o licitaciones de al menos 8-10 años para poder recuperar la inversión.

El precio al que la Administración Pública concierta los servicios sociosanitarios es insuficiente para prestar una atención de calidad a los usuarios, especialmente a aquellos con mayores necesidades de atención. Es necesario dotar a estos centros con financiación suficiente para atender tanto las necesidades sanitarias de los pacientes como las sociales asociadas a su nivel de dependencia. Debería establecerse además, una cantidad mínima por reserva de plaza, cuando no depende del centro el número de días que esté sin ocupar, que permita garantizar la viabilidad de los proyectos.

Si en las licitaciones de centros residenciales de mayores, el área de mayor peso es la oferta económica con gran diferencia respecto al resto de características técnicas ligadas al tipo de cuidados ofrecidos, se mermará la calidad de la atención a los usuarios. Los sistemas de licitación de plazas residenciales de mayores como gestión de servicio público, no deberían permitir un sistema competitivo que condujera a ofertas económicas que pudieran condicionar la viabilidad de los proyectos y la calidad de los servicios a prestar. La adjudicación debería partir de la garantía suficiente de precio para la complejidad de las plazas en concurso, y fundamentar para la concesión básicamente en tres criterios:


- Criterios de calidad del servicio ofertado.
- Instalaciones ofertadas.
- Ubicación geográfica en función de las necesidades de la población.

Las tarifas a abonar por la administración sanitaria por cada uno de los servicios que concierne deberían ser tarifas únicas y con pocas posibilidades de ser reducidas por los licitadores, de tal forma que fueran el fruto de aplicar estándares de costes reales que garanticen que la financiación es adecuada y suficiente para prestar los servicios con la calidad que se exige en la licitación y que se espera de los servicios públicos. La reducción significativa de precios para acceder a las adjudicaciones supone asumir un importante riesgo de cara a una adecuada prestación de los servicios.

Serían más eficientes centros grandes, a partir de 150 plazas, que tuvieran capacidad y recursos para atender a pacientes con diferentes grados de necesidades sociosanitarias. Se estima que el número de pacientes mínimos con iso-necesidades de atención debería de ser de aproximadamente 30 usuarios para poder estructurar un módulo específico de cuidados para ese nivel de necesidad sin que genere pérdidas. El problema de los grandes centros es la deslocalización.

Para estimar las ratios de profesionales que necesita cada tipo de usuario, deberían establecerse mínimos por franja horaria. La flexibilidad horaria de la jornada de los profesionales permite optimizar recursos (jornadas partidas).

Por la especificidad de los cuidados sanitarios, se estima que los centros que atiendan a pacientes con altas necesidades sanitarias deberían contar con profesionales en su dirección de un perfil muy diferente: la atención de pacientes en un hospital de crónicos o similar, requiere una clara especificación de una dirección médica.



Herramientas de derivación de pacientes desde los hospitales de agudos al recurso del nivel de atención más adecuado.

Identificación de algunas herramientas de derivación.

Son muchas las aplicaciones que desde su aparición, se les ha dado a las diferentes escalas de clasificación de enfermos crónicos y/ dependientes⁸²:

- Como sistema de clasificación de usuarios en grupos de «isodependencia» o «isorrecursos» (sistemas de medición de la casuística o case-mix).
- Para la derivación y/u orientación hacia servicios sociosanitarios.
- Para evaluación de la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial (cargas de trabajo, cuidados a largo plazo...).
- Para la valoración de la progresión de la enfermedad o la graduación de determinadas deficiencias.
- Para el control de acceso a servicios sociales.
- En estudios estadísticos y sociológicos de salud y calidad de vida.

El amplio uso de los sistemas de clasificación de pacientes crónicos, y en particular su conveniencia para planificar los servicios que los atienden, condujo a un desarrollo precoz de los instrumentos de valoración de pacientes en los entornos de media y larga estancia, evolucionando desde clasificaciones que sólo tenían en cuenta la capacidad funcional hasta sistemas que ya valoraban la complejidad asistencial de pacientes⁸³.

García-Altés describe que las características esenciales de un instrumento de clasificación de pacientes, que debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Deben clasificar pacientes según iso-consumo de recursos y debe identificar pacientes con un elevado uso de recursos, incluso si son raros.
- Al contrario que en la atención de agudos, los diagnósticos y procedimientos médicos no tienen tanta importancia en la determinación del uso de recursos, mientras que la capacidad funcional y los condicionantes físicos son básicos⁸⁴. La descripción de los problemas de los pacientes ha de ser multidisciplinar.
- Sólo será práctico si está dotado de sentido clínico, es decir, si los pacientes de un mismo grupo tienen afinidad en sus características clínicas.
- Es necesario que incluya el tiempo dedicado por los profesionales a la asistencia directa a los ancianos, ya que es la variable básica en la explicación de los costes⁸⁵. Esto puede hacerse de forma directa o indirecta⁸⁶.

Los sistemas directos clasifican a los residentes en base al tiempo de cuidados necesario para realizar el plan de cuidados establecido. Los indirectos se basan en la

relación existente entre la capacidad funcional del residente (iso-necesidad), el volumen de cuidados que recibe (iso-consumo) para construir grupos de residentes con características comunes que permitan explicar la variabilidad en el consumo de recursos. Los directos son más precisos, pero los indirectos son muy sencillos de usar y muy útiles si están validados. Son ejemplos de sistemas de clasificación directos el PLAISIR (Canadá) y el Management Minutes (EEUU). El primero se basa en la evaluación de las necesidades de cuidados en alimentación, higiene, eliminación, respiración, movilización, diagnósticos, procedimientos y comunicación. Se preestablece un tiempo estándar de realización de esa actividad y se determina la frecuencia necesaria de cada una de estas actividades. Permite calcular una estimación del volumen de asistencia requerida por un usuario⁸⁷. El segundo, usado en EEUU [Figura 2], incluye 18 actividades en lugar de ocho y también tiene tiempos estandarizados para las tareas⁸⁸.

Figura 2. Comparing case-mix systems for nursing home payment.

Initial MMQ and Semiannual MMQ Record Layout

Field Description	Field Position	Field Length	Data Type*	Coding
Card Code	1	1	N	Always 1
Admission Date	2-9	8	N	MMDDYYYY
Effective Date	10-17	8	N	MMDDYYYY
Reason Code	18	1	AN	1-5, D (discharge record)
Last Name	19-33	15	A,B	
First Name	34-45	12	A,B	
Middle Initial	46	1	A,B	
Sex	47	1	N	1, 2
Race	48	1	N	1-5
MassHealth ID	49-58	10	AN, N	Must be 10 digits (will accept alpha in first two digits).
Date of Birth	59-66	8	N	MMDDYYYY
MassHealth Provider Number	67-73	7	N	
Dispense Medications	74	1	N	Always 1
Skilled Observation	75	1	N	1, 2
Personal Hygiene/Bathing	76	1	N	1-3
Personal Hygiene/Grooming	77	1	N	1-3
Dressing	78	1	N	1-5
Mobility	79	1	N	1-5
Eating	80	1	N	1-8
Bladder	81	1	N	1-6
Bowel	82	1	N	1, 2, 3, 4, 6
Bladder/Bowel Retraining	83	1	N	1-4
Positioning	84	1	N	1, 2
Card Code	85	1	N	Always 2
Pressure Ulcer Prevention	86	1	N	1, 2
Skilled Procedure/Pressure Ulcer	87	1	N	0-9
Number Pressure Ulcer Stage 1	88	1	N	0-9
Number Pressure Ulcer Stage 2	89	1	N	0-9
Number Pressure Ulcer Stage 3	90	1	N	0-9
Number Pressure Ulcer Stage 4	91	1	N	0-9
Skilled Procedure/Other	92	1	N	0-9
Skilled Procedure Type 1	93-94	2	N, B	00-14
Skilled Procedure Type 2	95-96	2	N, B	00-14
Skilled Procedure Type 3	97-98	2	N, B	00-14
Subtotal	99-101	3	N	030-556
Special Attention Immobility	102	1	N	0, 1
Special Attention Rigidity	103	1	N	0, 1
Special Attention Behavior	104	1	N	0-3
Special Attention Isolation	105	1	N	0, 1
Restorative Nursing Code 1	106	1	N	0-7
Restorative Nursing Code 2	107	1	N	0-7
Restorative Nursing Code 3	108	1	N	0-7
Grand Total	109-112	4	N	030-6416, no decimal point**
Category	113	1	A	H, J, K, L, M, N, P, R, S, T
Toilet Use	114	1	N	1-4
Transfer	115	1	N	1-4
Mental Status	116	1	N	1-3
Restraint	117	1	N	1-3
Activities	118	1	N	1-3, 8
Consultation 1, Type	119-120	2	N	00-12, 88
Consultation 1, Frequency	121	1	N	0-6
Consultation 2, Type	122-123	2	N	00-12, 88
Consultation 2, Frequency	124	1	N	0-6
Consultation 3, Type	125-126	2	N	00-12, 88
Consultation 3, Frequency	127	1	N	0-6
Med 1, Type	128	1	N	0-8
Med 2, Type	129	1	N	0-8
Med 3, Type	130	1	N	0-8
Med 4, Type	131	1	N	0-8
Med 1, Frequency	132	1	N	0-3
Med 2, Frequency	133	1	N	0-3
Med 3, Frequency	134	1	N	0-3
Med 4, Frequency	135	1	N	0-3
Accidents	136	1	N	1, 2
Contractures	137	1	N	1, 2
Weight Change	138	1	N	1, 2
Primary Diagnosis	139-143	5	AN	Left-justified
Secondary Diagnosis 1	144-148	5	AN, B	Left-justified
Secondary Diagnosis 2	149-153	5	AN, B	Left-justified
Secondary Diagnosis 3	154-158	5	AN, B	Left-justified
Affiliation	159	1	N	1-3
RN Evaluator Name	160-184	25	A	
Date	185-192	8	N	MMDDYYYY

**Grand total = total of scores for services 1-14. This number should be zero filled and left-justified, with the decimal removed (for example: 0300=30.0; 2260=226.0; 6416=641.6).

En cuanto a los instrumentos indirectos, se han desarrollado gran variedad, sobre todo de aquellos que evalúan la capacidad funcional para la realización de actividades de la vida diaria (AVD). Las diferencias existentes entre ellos consisten en el número de AVD consideradas y la gradación como variables dicotómicas (SI/NO) o con más categorías. Los índices de capacidad funcional más utilizados son el índice de Barthel, el índice de Katz y la escala de Kenny.

ÍNDICE DE BARTHEL ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h,necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

100 Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)

60 Dependencia leve

35-55 Dependencia moderada

20-35 Dependencia severa

20 Dependencia total

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. ÍNDICE DE KATZ.

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de abrocharse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del W.C.	Independiente. Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
Puntuación total		

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: Índice de Katz: C.

Estos sistemas clasificaban muy bien a pacientes según del consumo diario de recursos de auxiliares de enfermería, pero resultaban insuficientes para medir la carga asistencial de pacientes que, independientemente de su capacidad física, precisaban importantes volúmenes de cuidados técnicos de enfermería, rehabilitación, o cuya inestabilidad clínica determinaba mayores cuidados médicos. Esto motivó la progresiva inclusión de variables destinadas a medir este tipo de cuidados. Así, se desarrollaron herramientas más elaboradas que incluyen diferentes variables de complejidad asistencial: destacan el *Resident Assessment Instrument (RAI)*, *Maryland System*, el *Minnesota System*, el modelo de Winsconsin , el sistema de clasificación de Alberta⁸⁹, el MAC II⁹⁰, los *Resource Utilization Groups* versión I (RUG-I), RUG-II⁹¹, RUG-T⁹².

De esta forma, se ha llegado a disponer de una amplia variedad de instrumentos que, elaborados con diferente metodología, pueden usarse para distintos fines o para todos ellos. El RAI por ejemplo se diseñó para elaborar planes de cuidados individualizados con dos componentes interrelacionados: el *Minimun Data Set (MDS)* y los *Resident Assessment Protocols (RAP)*. El MDS es un instrumento de valoración multidimensional con más de 300 ítems que describe las necesidades de cuidados de enfermería, las capacidades y necesidades psicosociales del sujeto a valorar.

Una vez recogido este conjunto mínimo de datos, esta información puede usarse, además de para aquello para lo que fue creada la herramienta (elaboración de planes de cuidados), para clasificar a pacientes según grupos de iso-consumo y derivarlos a uno u otro centro, para valorar la calidad de vida de esos pacientes en estudios epidemiológicos o para establecer los recursos necesarios para atender a un grupo de pacientes como forma de gestión y planificación de servicios. La implantación del RAI es requerida obligatoriamente desde Abril de 1991 en todos los centros de larga y media estancia norteamericanos autorizados para la financiación con fondos gubernamentales. El RAI incluye ítems o combinaciones de ítems del MDS que identifican áreas problema del residente que se relacionan con los Protocolos de Evaluación del Residente (los *Resident Assessment Protocols* o RAP), que constituyen el segundo componente del RAI. Se ha desarrollado un RAP para cada una de las 12 áreas problema de mayor importancia, tales como delirio, caídas, comunicación, bienestar psicosocial o pérdida cognitiva. Cada RAP proporciona recomendaciones para el desarrollo de los planes de cuidados individuales⁹³.

El desarrollo de sistemas de información dio pie al desarrollo de sistemas de clasificación de pacientes, entre ellos los *Resource Utilization Groups* instrumentos que agrupan a los pacientes según determinadas características recogidas por estos sistemas. El RUG T-18, por ejemplo, categoriza a los pacientes en grupos en función de dos dimensiones: la complejidad clínica y de la autonomía personal, de forma que cada grupo tendría un consumo de recursos diferente⁹⁴. Según la situación clínica establece cinco categorías jerárquicas, lo que supone que, cuando un paciente reúne al menos un criterio para ser incluido en una categoría de rango superior, no es necesario buscar criterio de inclusión en el resto de las categorías. La jerarquía entre categorías se establece en el siguiente orden (de superior a inferior):

1. Rehabilitación: el paciente realiza rehabilitación más de 30 minutos diarios. Se recogen el número y tipo de terapias realizadas (fisioterapia, terapia ocupacional y/o logoterapia).
2. Cuidados especiales: paciente que cumple alguno de los siguientes criterios: coma, úlceras de decúbito estadio IV, alimentación parenteral, cuadriplejía, esclerosis múltiple, aspiración, SNG, y tienen un índice de actividades de la vida diaria (AVD) mayor de cinco.
3. Clínicamente complejos: pacientes con criterios de cuidados especiales, pero un índice de AVD menor de cinco y los que cumplan, al menos, uno de los siguientes criterios: oxigenoterapia, transfusiones, úlceras y/o lesiones de quimioterapia, parálisis cerebral, ITU, hemiplejía, deshidratación, sangrado interno, terminales, úlcera de estasis, visita médica.
4. Alteraciones de la conducta: pacientes que presentan alguno de los siguientes criterios: agresión o insultos, conducta regresiva o alucinaciones.
5. Institucionalizados: la clasificación en este grupo se realiza por exclusión, incluyendo en él a los pacientes que no cumplen criterios de inclusión en ninguno de los grupos anteriores.

La segunda dimensión evaluada es la de AVD. El índice se calcula sumando las puntuaciones otorgadas a cada paciente en cada una de las tres actividades consideradas, que son: continencia (con tres niveles), alimentación (con cuatro niveles) y deambulación (con tres niveles) [Figura 3].

Figura 3. Sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría.

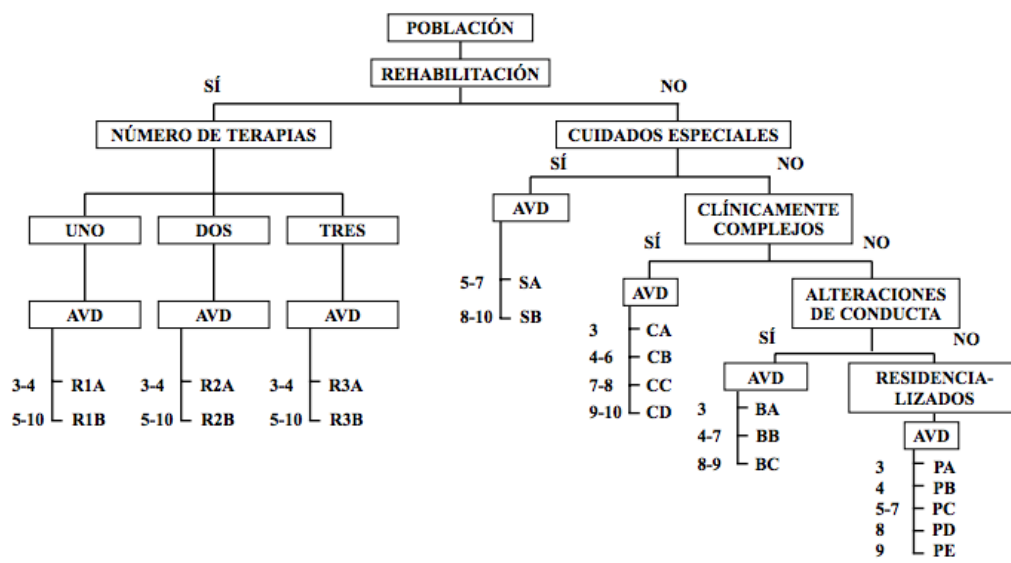


Fig. 1. Estructura del sistema RUG-18.
Los números que están al lado de cada grupo RUG indican el índice de actividades de la vida diaria

Fuente: Iglesias C, Montilla A, Erkorea M, Inda M, Testerra V. Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: Resource Utilization Groups T-18

La agrupación final viene dada por la medida de ambas dimensiones y tiene como resultado 20 posibles grupos de sujetos, que se comportarían de manera diferente en cuanto a la intensidad de cuidados precisada. Los grupos se denominan con códigos compuestos, en primer lugar por la letra de la categoría jerárquica a la que pertenecen (R, S, C, B o P) y, en segundo lugar, por una letra que indica el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (“A” incapacidad leve, “B” incapacidad moderada, “C” incapacidad severa, “D” incapacidad grave, o “E” incapacidad muy grave).

- Los RUG-III han demostrado su validez en Japón, Reino Unido, República Checa, Suecia y España. Además, a pesar de las diferentes dotaciones de personal y prácticas asistenciales, la diferencia relativa entre los grupos en consumo de recursos (índice de case-mix) sigue un patrón sorprendentemente similar al de los Estados Unidos en todos los casos.
- En Europa, el proyecto SHELTER (Services and Health for Elderly in Long TERM care) define la metodología en países europeos para implementar un instrumento (interRAI LTCF) que sirve como herramienta para medir y evaluar información sobre los residentes en centros socia sanitarios en estos países europeos.

El interRAI LTCF permite una evaluación comprensiva y estandarizada de las necesidades y preferencias de personas que reciben cuidado post-agudo en centros geriátricos. Es utilizada en Canadá, Europa (Bélgica, Inglaterra, Finlandia Alemania, Islandia, Italia, Holanda, Noruega, España, Suecia, Suiza), Asia (Hong Kong, Korea, Japón), y el Pacífico (Australia y Nueva Zelanda). El estudio SHELTER (realizado en 7 países de la UE) corrobora que RAI LTCF es una metodología fiable para evaluar a pacientes con riesgo de derivación a centros sociosanitarios⁹⁵.

En Reino Unido se desarrolló la herramienta GEMS, que pasó un proceso de validación de tres fases: creación, validación local y validación remota. Es una herramienta bastante simple ya que solamente mide cuatro variables: marcha, visión, estado mental, y sedación. Una puntuación de 2 o más indica que ese paciente tiene alto riesgo para ser derivado a un centro geriátrico⁹⁶.

HERRAMIENTA GEMS

CHARACTERISTIC	Guide to scoring		Score
GAIT Unsafe gait as judged at get up and go test	Normal	0	
	Abnormal	1	
EYESIGHT (abnormal vision) Eyesight less than 6/60 or registered blind	Normal	0	
	Abnormal	1	
MENTAL STATE (impaired cognitive function) Scoring less than 7/10 on an Abbreviated Mini Mental Test Score	Normal	0	
	Abnormal	1	
SEDATION Taking regular Benzodiazepines, phenothiazines and other major tranquilisers	Normal	0	
	Abnormal	1	
SCORES OF 2 OR MORE ARE HIGH RISK			

Otro grupo de investigadores británicos combinaron elementos de tres diferentes escalas (el Modified Barthel Index MBI, el Abbreviated Mental Test AMTS y la Northwick Park Dependency Scale NPDS) para formar una escala de 17 ítems (LEADS), la cual (junto con otros cuatro indicadores) predice correctamente el 88% de los pacientes con riesgo de derivación a un centro geriátrico, y el 85% de aquellos que no necesitan ser derivados (en predicciones hechas en un máximo de dos semanas después de la admisión en el hospital)⁹⁷.

LEADS SCALE

	Original scale & ITEM NO.	ITEM
1	MBI 3	Stairs
2	MBI 7	Bathing
3	AMT 7	Know current month
4	MBI 6	Grooming
5	MBI 2	Ambulation
6	<i>NPDS 7</i>	Dressing
7	<i>NPDS 1</i>	Mobility
8	AMT 4	Orientated to place
9	<i>NPDS 4.1</i>	Toileting bowels
10	<i>NPDS 2</i>	Bed transfer
11	<i>NPDS 5</i>	Wash/groom
12	MBI 9	Urinary incontinence
13	MBI 4	Feeding
14	MBI 11	Faecal incontinence
15	AMT 6	Know DOB
16	<i>NPDS 9</i>	Skin pressure
17	<i>NPDS 8.3</i>	Enteral Feeding

Otros autores han usado como sistemas de clasificación, una agrupación de escalas validadas (Barthel, Mini-Mental) añadiendo ítems como la incontinencia, la edad o el género, para determinar su necesidad de ingreso en centros sociosanitarios a través de un diagrama de árbol⁹⁸.

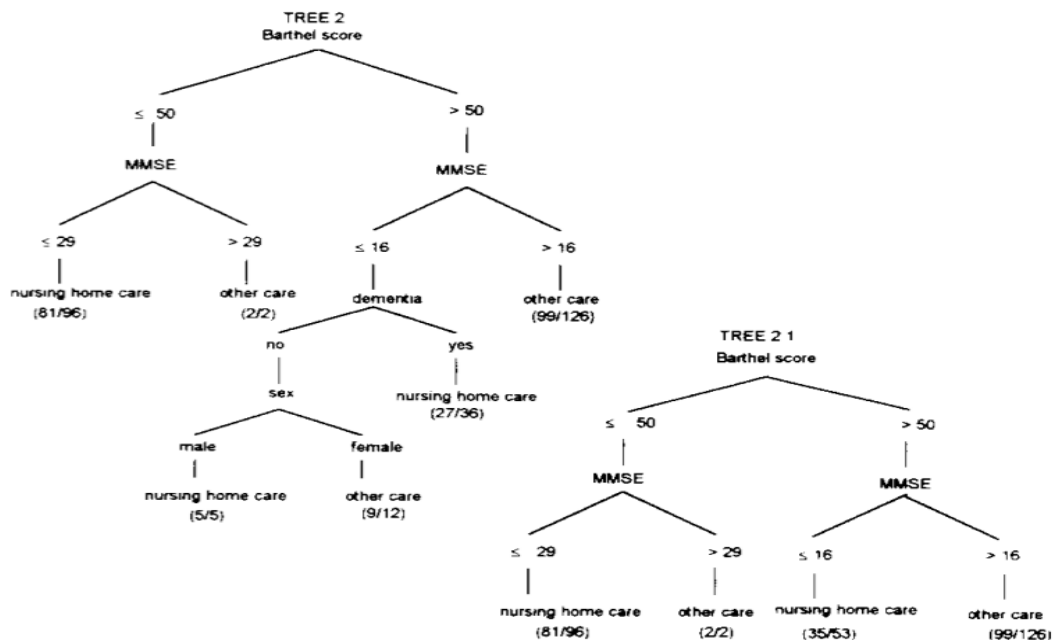


Figure 2. Tree 2 and Tree 2.1. Mini-Mental State Examination (MMSE) scores included in explanatory variables. The figures in parentheses are the ratios of subjects correctly classified to the total number of subjects.

En España, las distintas comunidades autónomas han utilizado diferentes herramientas de valoración que permitan clasificar grupos de pacientes con similares consumos de recursos. Se exponen a continuación algunos ejemplos:

- La Consellería de Sanidade e Servizos Sociais da Xunta de Galicia establece un sistema de información para Centros Sociosanitarios que tiene como objetivo crear un puente entre el mundo social y el sanitario, mejorando la valoración y los planes de cuidados de los residentes/pacientes. El CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) Sociosanitario se ha estructurado por períodos de isovaloración: se analiza el nivel de cuidados que precisa cada usuario en un período de tiempo determinado mediante dos instrumentos: uno de valoración, el RAI (Resident Assessment Instrument) y otro de clasificación, el agrupador RUG (Resource Utilitation Groups ©inter RAI, Washington D.C.)⁹⁹.

- En Euskadi propuso también en 2006 el RAI en su versión del 20% y el RUG III como sistema de clasificación de pacientes case-mix¹⁰⁰. Un porcentaje de las variables del RAI se utiliza para calcular el consumo de recursos (tiempos de auxiliar, enfermería...) y clasificar al usuario en la atención a largo plazo.

El sistema clasifica en 44 posibles agrupaciones, resumidas en 7 Categorías Mayores clínico asistenciales. Cada una de las 44 agrupaciones tiene asignado un peso o isoconsumo de recursos medido en tiempo de personal de atención directa, de manera que el consumo promedio de cada agrupación es estadísticamente diferente del de los grupos adyacentes:

CLASIFICACIÓN CLÍNICA RUG III
a) REHABILITACIÓN ESPECIAL:
RVA: Más de 450 min./semana con índice AVD de 4 a 7.
RVB: Más de 450 min./semana con índice AVD de 8 a 13.
RVC: Más de 450 min./semana con índice AVD de 14 a 18.
RHA: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 4 a 7.
RHB: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 8 a 11.
RHC: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 12 a 14.
RHD: De 300 a 450 min./semana con índice AVD de 15 a 18.
RMA: De 150 a 300 min./semana con índice AVD de 4 a 7.
RMB: De 150 a 300 min./semana con índice AVD de 8 a 15.
RMC: De 150 a 300 min./semana con índice AVD de 16 a 18.
RLA: De 45 a 150 min./semana con índice AVD de 4 a 11.
RLB: De 45 a 150 min./semana con índice AVD de 12 a 18.
b) CUIDADOS INTENSOS:
() Alimentación parenteral () Aspiración
() Ventilador / Respirador () Traqueostomía
SE1: Una técnica de las indicadas.
SE2: Dos técnicas de las indicadas.
SE3: Tres o más técnicas de las indicadas.
c) CUIDADOS ESPECIALES:
() Coma () Esclerosis múltiple () Úlcera grado 3-4
() Quemaduras () Cuadripléjico () Sonda nasogástrica
() Fiebre (más vómitos, neumonía o deshidratación)
() Septicemia () Medicación IV () Radioterapia
SSA: Cuidado Especial con índice AVD de 7 a 13.
SSB: Cuidado Especial con índice AVD de 14 a 16.
SSC: Cuidado Especial con índice AVD de 17 ó 18.

d) COMPLEJIDAD CLÍNICA:
() Oxigenoterapia () Úlceras/Lesiones () Quimioterapia
() Transfusiones () Parálisis cerebral () Infección urinaria
() Hemipléjico () Deshidratación () Sangrado interno
() Enfermedad terminal () Úlcera de estasis () Visita médica
() Afasia () Broncoaspiración () Neumonía
() Diálisis () Protecciones
CA1: Clínicamente Complejo con índice AVD de 4 ó 5 y no deprimido.
CA2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 4 ó 5 con depresión.
CBI: Clínicamente Complejo con índice AVD de 6 a 10 y no deprimido.
CB2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 6 a 10 con depresión.
d) COMPLEJIDAD CLÍNICA:
CC1: Clínicamente Complejo con índice AVD de 11 a 16 y no deprimido.
CC2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 11 a 16 con depresión.
CD1: Clínicamente Complejo con índice AVD de 17 ó 18 y no deprimido.
CD2: Clínicamente Complejo con índice AVD de 17 ó 18 con depresión.
e) DETERIORO COGNITIVO:
IA1: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 4 ó 5 y no rehabilita con enfermería.
IA2: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 4 ó 5 con rehabilitación por enfermería.
IB1: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 6 a 10 y no rehabilita con enfermería.
IB2: Deterioro Cognitivo con índice AVD de 6 a 10 con rehabilitación por enfermería.
f) PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO:
() Agresión () Insultos () Vagabundeo () Alucinaciones
BA1: Alteración Conducta con índice AVD de 4 ó 5 y no rehabilita con enfermería.
BA2: Alteración Conducta con índice AVD de 4 ó 5 con rehabilitación por enfermería.
BB1: Alteración Conducta con índice AVD de 6 a 10 y no rehabilita con enfermería.
BB2: Alteración Conducta con índice AVD de 6 a 10 con rehabilitación por enfermería.
g) FUNCIONES FÍSICAS REDUCIDAS:
PA1: Índice AVD de 4 ó 5 y no rehabilita con enfermería.
PA2: Índice AVD de 4 ó 5 con rehabilitación por enfermería.
PB1: Índice AVD de 6 a 8 y no rehabilita con enfermería.
PB2: Índice AVD de 6 a 8 con rehabilitación por enfermería.
PC1: Índice AVD de 9 ó 10 y no rehabilita con enfermería.
PC2: Índice AVD de 9 ó 10 con rehabilitación por enfermería.
PDI: Índice AVD de 11 a 15 y no rehabilita con enfermería.
PD2: Índice AVD de 11 a 15 con rehabilitación por enfermería.
PE1: Índice AVD de 16 a 18 y no rehabilita con enfermería.
PE2: Índice AVD de 16 a 18 con rehabilitación por enfermería.

- En Aragón, en su programa de atención a enfermos crónicos dependientes, establece la valoración con escalas de uso común para todos los profesionales sanitarios del Sistema de Salud de Aragón que intervienen en la atención de los pacientes incluidos en este programa.

Son escalas sencillas, validadas en su gran mayoría y adecuadas para una valoración rápida y eficaz (alta sensibilidad y especificidad): para la valoración funcional de los pacientes incluidos en el programa usan el Índice de Barthel, para su valoración cognitiva el TEST DE PFEIFFER como screening o el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo como escala específica de confirmación y de valoración del grado de su situación mental y cognoscitiva.

No se excluye la utilización de otros instrumentos o escalas de valoración que faciliten la detección de problemas de salud, cuando los profesionales encargados de la atención de los pacientes lo consideren necesario para valorar diferentes aspectos de la salud de los mismos y para establecer el tipo de cuidados que precisan¹⁰¹

- En Extremadura se ha usado una herramienta sencilla y de fácil aplicación que permite clasificar a los pacientes, no solamente por su dependencia funcional, sino también por sus necesidades de cuidados sanitarios. Puede determinarse de esta forma el tipo de centro sociosanitario al que se destinaría cada usuario. Establece 7 variables relacionadas con la dependencia funcional (edad, red social de apoyo, nutrición, higiene, movilización, eliminación y relación) y cuatro que determinan las necesidades sanitarias de los pacientes (oxigenación, medicación, curas y signos vitales). Posteriormente se sustituyó la herramienta por otra más compleja, ya que tiene una parte que tiene que ser cumplimentada por enfermería y otra por un médico y una tercera por el trabajador social. El médico debe establecer el diagnóstico clínico, la fecha prevista de alta, la puntuación en la escala de Glasgow, y señalar si el paciente se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:
 - Situación de coma o mínima conciencia.
 - Daño cerebral adquirido con mal pronóstico de recuperación funcional.
 - Enfermo pluripatológico con mal pronóstico de recuperación funcional.
 - Dificultad de alta hospitalaria por deterioro funcional previo al ingreso con una puntuación en la escala de Rankin modificada mayor de tres.

A continuación debe cumplimentarse un cuestionario que recoge la edad del paciente, la situación funcional previa (escala de Rankin modificada), la red social de apoyo y unidad familiar (incluye APGAR familiar y otros 6 ítems), la competencia del cuidador (3 ítems que incluyen ZARIT) y la vivienda (2 ítems).

La valoración de enfermería se recoge en un amplio cuestionario que valora los siguientes aspectos:

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de movilización
- Necesidad de reposo y sueño
- Necesidad de vestirse
- Necesidad de mantenimiento de la homeostasis,
- Necesidad de higiene
- Necesidad de seguridad
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de ocio

Deben enumerarse además los problemas crónicos de salud y la medicación activa.

El baremo de valoración de dependencia más homogéneamente extendido actualmente en España, desde su publicación, es el establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia grave y de gran dependencia, además de los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere.

La determinación del grado y nivel de la dependencia de la persona valorada se obtiene a partir de la puntuación final obtenida de acuerdo con la siguiente escala de puntuación:

	Puntos		Puntos
Grado I	25-49	Nivel 1	25-39
		Nivel 2	40-49
Grado II	50-74	Nivel 1	50-64
		Nivel 2	65-74
Grado III	75-100	Nivel 1	75-89
		Nivel 2	90-100

Se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada, teniendo en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, y considerando, en su caso, las ayudas técnicas, ortesis y prótesis que le hayan sido prescritas. Valora actividades y tareas del entorno habitual dentro y fuera del domicilio: comer y beber, regulación de la micción/ defecación, lavarse, vestirse, mantenimiento de la salud, transferencias corporales, desplazarse dentro y fuera del hogar, realizar tareas domésticas y tomar decisiones. Para cada una de la actividades hay que determinar un nivel de desempeño, el tipo de problemas (en caso de tenerlos) que tiene la persona para llevarlas a cabo, y el grado de apoyo de otra persona necesario para la realización de las tareas.

Se codifican tres niveles de desempeño de tareas:

- Sí, la persona valorada es capaz de realizar la tarea sin el apoyo de otra persona.
- NO, la persona valorada necesita el apoyo de otra persona.
- NO APLICABLE (algunos ítems en menores de edad por ejemplo).
- Problemas en el desempeño de tareas:
- F. No ejecuta físicamente la tarea.
- C (solo aplicable en discapacidad intelectual o enfermedad mental). No comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación.
- I (solo aplicable en discapacidad intelectual o enfermedad mental). No muestra iniciativa para la realización de la tarea.
- Grados de apoyo de otra persona en las tareas:
- SP. Supervisión/ Preparación. La persona valorada sólo necesita que otra persona le prepare los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le haga indicaciones o estímulos, sin contacto físico, para realizar la actividad correctamente y/o evitar que represente un peligro.
- FP. Asistencia física parcial. La persona valorada requiere que otra persona colabore físicamente en la realización de la actividad.
- FM. Asistencia física máxima. La persona valorada requiere que otra persona le sustituya en la realización física de la actividad.
- ES. Asistencia especial. La persona valorada presenta trastornos de comportamiento y/o problemas perceptivos-cognitivos que dificultan la prestación del apoyo de otra persona en la realización de la actividad

Para cada una de las actividades se pide que se identifiquen problemas en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño en la actividad, que se describa el funcionamiento de la persona en la actividad, que se identifiquen las ayudas técnicas y las barreras o facilitadores del entorno.

Tras la aplicación del baremo, se obtiene el siguiente resumen de valoración:

Actividades	Tareas	Desempeño	Problemas en desempeño			Grado de apoyo	Puntos
Comer y beber	Emplear nutrición y/o hidratación artificial		F	C	I		
	Abrir botellas y latas		F	C	I		
	Cortar o partir la carne en trozos		F	C	I		
	Usar cubiertos para llevar la comida a la boca		F	C	I		
	Sujetar el recipiente de bebida		F	C	I		
	Acercarse al recipiente de bebida a la boca		F	C	I		
	Sorber las bebidas		F	C	I		
Regulación de la micción/ defecación	Acudir a un lugar adecuado		F	C	I		
	Manipular la ropa		F	C	I		
	Adoptar y abandonar la postura adecuada		F	C	I		
	Limpiarse		F	C	I		
	Continencia micción		F	C	I		
	Continencia defecación		F	C	I		
Lavarse	Lavarse las manos		F	C	I		
	Lavarse la cara		F	C	I		
	Lavarse la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Lavarse la cara superior del cuerpo		F	C	I		
Otros cuidados corporales	Peinarse		F	C	I		
	Cortarse las uñas		F	C	I		
	Lavarse el pelo		F	C	I		
	Lavarse los dientes		F	C	I		
Vestirse	Calzarse		F	C	I		
	Abrocharse botones		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo		F	C	I		
	Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo		F	C	I		
Mantenimiento de la salud	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas		F	C	I		
	Evitar riesgos dentro de domicilio		F	C	I		
	Evitar riesgos fuera del domicilio		F	C	I		
	Pedir ayuda ante una urgencia		F	C	I		

Actividades	Tareas	Desempeño	Problemas en desempeño			Grado de apoyo	Puntos
Transferencias corporales	Sentarse		F	C	I		
	Tumbarse		F	C	I		
	Ponerse de pie		F	C	I		
	Transferir mientras sentado		F	C	I		
	Transferir mientras acostado		F	C	I		
Desplazarse dentro del hogar	Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado		F	C	I		
	Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones		F	C	I		
	Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual		F	C	I		
Desplazarse fuera del hogar	Acceder al exterior del edificio		F	C	I		
	Desplazarse alrededor del edificio		F	C	I		
	Realizar desplazamientos cercanos		F	C	I		
	Realizar desplazamientos lejanos		F	C	I		
	Utilizar medios de transporte		F	C	I		
Tareas domésticas	Preparar comidas		F	C	I		
	Hacer la compra		F	C	I		
	Limpiar y cuidar de la vivienda		F	C	I		
	Lavar y cuidar la ropa		F	C	I		
Tomar decisiones	Actividades de autocuidado		F	C	I		
	Actividades de movilidad		F	C	I		
	Tareas domésticas		F	C	I		
	Relaciones interpersonales		F	C	I		
	Gestión del dinero		F	C	I		
	Uso de servicios a disposición del público		F	C	I		
PUNTUACIÓN TOTAL			GRADO	NIVEL			

La puntuación final se obtiene de la suma de los pesos de las tareas (definidos en una tabla) en que la persona no tiene desempeño, por el coeficiente del grado de apoyo en cada tarea (en otra tabla) y el peso de la actividad correspondiente. En personas con discapacidad intelectual, con enfermedad mental o con afectaciones perceptivo-cognitivas se emplea además una tabla específica de pesos de las tareas.

Propuesta tras la revisión de herramientas: adaptación de la herramienta más ajustada al modelo propuesto según los resultados obtenidos.

Tal como se ha visto en la revisión bibliográfica, para realizar una adecuada valoración de pacientes que nos permita determinar el tipo de recurso sociosanitario más adecuado, es necesario que la herramienta de clasificación contenga elementos de valoración de la dependencia, así como de las necesidades sanitarias de cada paciente.

Dada la variedad de diagnósticos clínicos posibles y la pluripatología tan prevalente en las personas mayores, elaborar una herramienta de clasificación sencilla que determine consumo de recursos en base a diagnósticos clínicos se hace complicado, ya que diferentes personas con los mismos diagnósticos pueden tener necesidades muy diferentes según la evolución de las distintas enfermedades en el individuo. Más que la patología en sí misma, interesa que la herramienta describa las necesidades sanitarias.

En este sentido, entendemos que las dos alternativas que se muestran a continuación podrían resultar útiles:

PROPUESTA I.

Revisadas las diferentes opciones, la Herramienta HECUPAS, usada en Extremadura cuando estableció su tipología de recursos asistenciales sociosanitarios organizados en función de la intensidad y la continuidad de cuidados sanitarios que en ellos se dispensaran, constituye un instrumento sencillo y de gran utilidad, ya que destina a los pacientes a diferentes centros con una gradación similar a la propuesta por el grupo de expertos. Es una herramienta ampliamente probada, y aunque queda pendiente su validación, su facilidad de uso y la experiencia acumulada, hacen de ella un instrumento de referencia a tener en cuenta.

Para ello, la herramienta en sí a aplicar sería la siguiente:

EDAD

Entre 20 a 65	1
66 a 70	2
71 a 80	3
> de 80	4

RED SOCIAL DE APOYO

Cubierta 100%	1
Parcial	2
En quiebra	3
Sin Red Social	4

NUTRICION

Autoalimentado	1
Necesita ayuda para comer y beber	2
Alimentación totalmente asistida	3
Alimentación enteral	4

M. HIGIENICAS

Se asea solo	1
Necesita supervisión y ayuda	2
Aseo completo asistido	3
Aseo completo asistido de 2 o más personas	4

MOVILIZACION

Es autónomo	1
Ayuda frecuente. Transf. Cama a sillón y viceversa	2
Ayuda permanente. Transf. Cama a sillón y viceversa	3
Encamado	4

ELIMINACION

Evacua sin ayuda	1
Incontinencia urinaria y/o fecal esporádica	2
Incontinencia urinaria y/o fecal frecuente diurna y nocturna	3
Incontinencia total. Cuidados postincontinencia piel	4

RELACION

Asume su proceso y colabora	1
Colabora, requiere cuidados y advertencias	2
Deficiencias de los sentidos, desorientación esporádica	3
Desorientación permanente. No colabora (agresivo, deprimido) GDS 6-7	4

OXIGENACIÓN

Oxigenación adecuada	1
Mascarilla, gafas, aerosoles.	3
Aerosolterapia, fisioterapia y/o aspiración secreciones.	5
Traqueostomizado + intubado, aspiración de secreciones pautada	7



MEDICACIÓN

Oral. I.M o Sc < 1/24h	1
Medicación IM o Sc 12 a 24 h.	3
Sueroterapia IV puntual	5
Alimentación parenteral Sueroterapia continua. Medicación IV 6 - 8 h.	7

CURAS

No precisa cura	1
Cura simple. Equivalente a UPP grado I	3
Cura equivalente a UPP grado II - III .Medidas especiales	5
Curas múltiples, desbridamiento Equivalente a UPP grado IV	7

SIGNOS VITALES

Control puntual o a demanda	1
T, P, R, y T.A. Diuresis. Revisión sintomática 1 vez/24 h	3
T, P, R, y T.A.cada 8 h. Diuresis 12	5
T, P, R, T.A. < 8h. Observaciones frecuentes	7

Diagnóstico:

TOTAL PUNTUACIÓN

Puntuación ABVD

Puntuación necesidades de cuidados enfermería.

0
0
0

Fdo:

De esta forma, con la aplicación de este cuestionario, aparecerán los siguientes grupos de pacientes:

- Personas Mayores en situación de riesgo sanitario que necesitan cuidados dentro de un entorno residencial donde se prestarán atención y rehabilitación de la dependencia (tipo de centro **N1** propuesto por el grupo de expertos).
- Pacientes con dependencia moderada y necesidad de cuidados sanitarios continuados relacionados con su patología crónica (tipo de centro **N2** propuesto por el grupo de expertos): necesitan de cuidados sanitarios, menos complejos que los anteriores, o supervisión permanente debido a su nivel de dependencia y pérdida de autonomía que hayan adquirido, dentro de un entorno sanitizado, confortable y con dotación de personal de enfermería que garantice la atención durante las 24 horas del día. Las revisiones médicas ya no serían diarias, sino a demanda de la enfermera. Asimismo contarán con los servicios de apoyo de fisioterapia, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.

- Pacientes con necesidad de cuidados sanitarios intensos y continuados (tipo de centro **N3** propuesto por el grupo de expertos): destinados a la atención de personas que requieren cuidados sanitarios continuos e intensos, no curativos, y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que necesitan cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida dentro de un entorno sanitizado, confortable y con dotación de personal, médico, enfermería que garantice la atención durante las 24 h del día, contando además con el apoyo de fisioterapia, psicólogo etc.

Tipo de recurso sociosanitario	Puntuación HECUPAS
N0 RESIDENCIAS MAYORES VÁLIDOS	< 20
N1 CENTROS PARA ANCIANOS FRÁGILES	20-29
N2 CENTROS PARA DEPENDIENTES MODERADOS CON NECESIDAD DE CUIDADOS SANITARIOS	30-38
N3 CENTROS PARA PACIENTES CON ALTA NECESIDAD DE CUIDADOS SOCIOSANITARIOS	≥ 39 y/o valores máximos en 1 o más ítems de necesidad de cuidados de Enfermería

PROPUESTA 2

Dado que el baremo establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia es utilizado en las 17 CCAA, existe hábito de uso y hay gran cantidad de pacientes valorados. La segunda propuesta de valoración de pacientes consistiría pues en usar este baremo para la evaluación de la dependencia funcional, y añadir los ítems de valoración de necesidades sanitarias descritos en la herramienta anterior:

OXIGENACIÓN

Oxigenación adecuada	1
Mascarilla, gafas, aerosoles.	3
Aerosolterapia, fisioterapia y/o aspiración secreciones.	5
Traqueostomizado + intubado, aspiración de secreciones pautada	7

MEDICACIÓN

Oral. I.M o Sc < 1/24h	1
Medicación IM o Sc 12 a 24 h.	3
Sueroterapia IV puntual	5
Alimentación parenteral Sueroterapia continua. Medicación IV 6 - 8 h.	7

CURAS

No precisa cura	1
Cura simple. Equivalente a UPP grado I	3
Cura equivalente a UPP grado II - III .Medidas especiales	5
Curas múltiples, desbridamiento Equivalente a UPP grado IV	7

SIGNOS VITALES

Control puntual o a demanda	1
T, P, R, y T.A. Diuresis. Revisión sintomática 1 vez/24 h	3
T, P, R, y T.A.cada 8 h. Diuresis 12	5
T, P, R, T.A. < 8h. Observaciones frecuentes	7

Así tendríamos una escala de valoración de dependencia funcional que establece distintos grados de dependencia de 25 a 100 puntos, y una escala de necesidades sanitarias cuya puntuación puede oscilar entre 4 y 28 puntos.

Teniendo en cuenta estas dos variables, se establecería el tipo de centro sociosanitario más conveniente para cada tipo de usuario, de forma que queden cubiertas todas sus necesidades de cuidados, tanto en relación con su dependencia funcional como las necesidades de rehabilitación y sanitarias.

La asignación de centros según la puntuación en los dos baremos, quedaría como se muestra en la siguiente tabla:

		PUNTUACIÓN NECESIDADES SANITARIAS	TIPO DE CENTRO A ASIGNAR
GRADO I	25-49	≤ 13 y ninguna puntuación máxima	N1
		14-20 y ninguna puntuación máxima	N2
		21-28 o alguna puntuación máxima	N3
GRADO II	50-74	≤ 13 y ninguna puntuación máxima	N2
		14-20 y ninguna puntuación máxima	N2
		21-28 o alguna puntuación máxima	N3
GRADO III	75-100	≤ 13 y ninguna puntuación máxima	N2
		14-20 y ninguna puntuación máxima	N3
		21-28 o alguna puntuación máxima	N3

No obstante es necesario señalar que ninguna de estas herramientas propuestas han sido aún evaluadas como tal.

Se hace necesario el ensayo de su implantación, con un análisis de casos suficiente, que permita analizar su especificidad y sensibilidad.

Debate y discusión



Debate y discusión

En el Estado de las autonomías es conveniente la libertad en el ejercicio de la gestión descentralizada; pero es un error por el contrario, caer en la falta de equidad en el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos. Son tan lógicas las diferencias en el formato de los recursos, como aberrante la falta de criterios técnicos mínimos exigibles en todo el territorio del Estado según los distintos niveles de cuidados. Esta cuestión se hace más patente cuanto mayor es el abanico de niveles que deberían ser establecidos. Es preocupante que no existan criterios comunes para definir técnicamente los mínimos ratios de personal exigibles para poder atender adecuadamente un número de camas para los diferentes niveles de complejidad.

La extremada limitación de los presupuestos públicos, está comenzando a originar una bajada de los precios de concierto para algunos centros de atención a la dependencia. Y lo peor, es que esto ocurre cuando la necesidad de cuidados sanitarios en ellos es cada vez mayor. Las opciones descritas en el presente documento ponen de manifiesto que cuanto mayor es la necesidad de cuidados sanitarios de las personas a atender en los centros de grandes asistidos, como es lógico, mayor es el presupuesto que requieren. La falta de financiación conllevará inexorablemente al cierre de los centros que la sufran. Ese sería sólo el comienzo de un problema de mucho mayor calado ya que la previsible consecuencia inmediata sería colapso de los centros hospitalarios de agudos. Es decir: o se llevan a cabo medidas como las propuestas, que además de venir a mejorar un vacío asistencial podrían contribuir al reequilibrio presupuestario tanto hacia la atención de los pacientes crónicos sanitarios como al soporte de los centros residenciales de asistidos, o la falta de iniciativa y el recorte en estos aspectos, acabará incluso con el sistema actual de atención a los enfermos agudos. El abanico de recursos intermedios y de larga duración son el rango de reinversión en el que poner énfasis, para salvar la sostenibilidad del resto del sistema.

Sin duda, centros polivalentes de mayor tamaño y con diferentes niveles de complejidad en la atención aparecen como soluciones a priori más eficientes y de mayor versatilidad. Al fin y al cabo las necesidades de cuidados en cada persona son dinámicas y evolucionan con el incremento de la edad, la progresiva disminución funcional o el incremento de síntomas que acompaña la evolución de las enfermedades.

Para proyectos de nueva construcción y en especial próximos a grandes núcleos urbanos, sin duda un gran centro capaz de distribuirse modularmente para ofrecer diferentes tipos de servicios adaptados a los diferentes grupos de necesidad, puede ser un modelo muy conveniente. No obstante, el futuro inmediato debe desarrollarse progresivamente desde los recursos ya existentes, y eso aconseja una mayor flexibilidad inicial para acercarnos de manera inmediata al menos a los mínimos servicios que deberíamos de ofrecer, desde la adaptación de los centros y servicios actuales. A este respecto, hemos de ser conscientes no obstante, que la adaptación de centros de asistidos a centros sociosanitarios no debería hacer decrecer la oferta de servicios de cuidados en sí: habrá un incremento de personas mayores que necesitarán también diferentes tipos de soluciones con una necesidad también mayor de desarrollo de hogares de mayores, viviendas tuteladas o de ayudas a domicilio.

Precisamente por el carácter dinámico al que alude el párrafo anterior, el modelo de clasificación de servicios tampoco debe ser entendido como un molde estanco sino como una gama continuada en la que transitar a medida que avanzan las características clínicas de las personas con dependencia.

Si bien es razonable que la intensidad de servicios y la complejidad de los mismos se relaciona con un orden creciente de precios, las horquillas aquí ofrecidas en el modelo consensuado son meramente orientativas. Probablemente y más en el comienzo, los precios ajustados deberían aproximarse más a los límites inferiores de las mismas, pero como siempre, dependerá de los recursos que pretendamos que se utilicen y del éxito que queramos garantizar en mantener en sus respectivos entornos a los pacientes que de otra forma, tendrían que ser atendidos en hospitales de agudos a más de 600 euros/día.

Lo que es muy interesante de analizar es que si además de los recursos humanos y materiales, se comenzaran a prestar especial cuidado a los entornos y ambientes interiores de los centros¹⁰², conseguiríamos que el conjunto de la sociedad comenzara a considerarlos centros de alta calidad, y a dejar de asociar los cuidados de larga duración como centros de categoría inferior.

El presente documento presenta limitaciones: a menudo las características tan desiguales entre las diferentes CCAA no han permitido compararlas y consensuar un modelo válido para todas ellas como en un principio llegó a plantearse el equipo técnico.

De otro lado, si bien se ha hecho un barrido por las principales normativas regionales, el propio marco temporal para la realización del proyecto no ha permitido recopilar en mayor profundidad todos los convenios o conciertos que cada administración pública en su ámbito haya podido llegar a utilizar para definir más pormenorizadamente los diferentes criterios de los centros residenciales o sociosanitarios. De otro lado, el trabajo realizado con el grupo de expertos es muy limitado.

Si bien el perfil de los mismos y la riqueza de sus observaciones ha sido de gran valía, y en opinión de los autores a buen seguro bastante generalizable al resto del territorio nacional, el debate debería repetirse en las diferentes CCAA a fin de captar los diferentes matices y poder tener una visión real en 360° de lo que ocurre en nuestro país. Por último como ya se ha comentado, es necesario validar adecuadamente las herramientas propuestas: la alternativa es desarrollar a ciegas trabajos retrospectivos basados en gran volumen de pacientes, para poder finalmente agruparlos por iso-consumo de recursos reales (De otro lado, lo cierto es que esta modalidad sería muy difícil de analizar retrospectivamente, pues muchas de las patologías a las que hemos de dar una correcta respuesta podrían estar siendo infratratadas en los recursos de los que disponemos hoy día con carácter general).

Dicho todo lo anterior, precisamente porque el presupuesto del Sistema de Salud en su conjunto dista mucho de ser holgado, necesitamos afinar más que nunca en la atención que debe ofrecerse a las personas con alto nivel de dependencia y enfermedades crónicas. Eso, junto a la implantación real (en la misma línea) de soluciones de prevención efectivas tanto para promover la autonomía personal como para promover la salud no pueden seguir en el mero desiderátum, por todos firmado una y otra vez y por la gran mayoría incumplido legislatura tras legislatura¹⁰³.

En el futuro, sería muy conveniente ampliar el alcance del presente trabajo y seguir avanzando mediante la ampliación del debate a diferentes foros de discusión.

Conclusiones/ Propuestas



Conclusiones/ Propuestas

1

Los fenómenos del envejecimiento, la dependencia y la prevalencia de enfermedades crónicas están íntimamente relacionados. Su imparable crecimiento requiere en especial un reequilibrio de nuestros servicios y recursos asistenciales actualmente no resuelto. A pesar de que las Leyes de Cohesión y Calidad del SNS y de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SAAD lo promovían, los posteriores Reales Decretos de carteras de servicios continuaron defendiendo servicios como los previamente existentes, sin dar la respuesta apropiada a la gran necesidad creciente de los recursos de internamiento sociosanitarios. Este nicho sin aclarar e insuficientemente cubierto en nuestro país, se presenta pues como el gran ausente.

2

Actualmente dicho espacio es atendido en gran medida y con grandes dificultades a menudo por la residencias de asistidos. Dichos centros podrían carecer de los recursos sanitarios necesarios para atender la carga de enfermedad crónica de sus residentes. Y sin embargo, realmente son la única alternativa institucionalizada de aquellos pacientes crónicos con alto nivel de dependencia.

3

La diversidad de la normativa en España referente a los criterios que deben cumplir las residencias de asistidos para atender los diferentes niveles de cuidados requeridos por su población dependiente, no permite describir unas características comunes para todo el territorio. Como consecuencia, no existen ni unos mínimos comunes exigibles, ni unos criterios de calidad que orienten al total del conjunto de las CCAA sobre los cuidados básicos que deberían ser prestados a las personas con alto grado de dependencia y una carga notable necesidad de cuidados sanitarios consecuencia de sus enfermedades crónicas.

Por tanto, a pesar de haber sido señalado como el gran reto a afrontar, no hay en España un modelo que clasifique el abanico de recursos intermedios y de larga duración.

Es conveniente acordar una propuesta simple en este sentido, que basada en el común de los pareceres previamente publicados, ofreciera una mejor respuesta a las necesidades de cuidados intermedios del creciente número de personas con dependencia y enfermedades crónicas concomitantes. Ese modelo debería ser compartido y cofinanciado por los sistemas sanitario y social y gestionado sobre la base de ser una alternativa más justa, de mayor calidad de atención y más eficiente, que la carísima y rígida bipolaridad actual de hospitales de agudos y centros residenciales de asistidos como únicas alternativas de internamiento.

4

Revisando la literatura existente en nuestro medio y recabando inicialmente la opinión de expertos tanto del sector público como del sector privado, parece evidente que al menos existen dos niveles de cuidados de entre los servicios que actualmente se prestan en las residencias de asistidos, y las plazas generalmente existentes de los hospitales de agudos. Corresponderían a los centros sociosanitarios (similares a los nursing homes de otros modelos) y a las plazas atendidas en los escasos centros hospitalarios monográficos para determinadas enfermedades crónicas o centros de neurorehabilitación y/o cuidados intensivos de larga duración. En el presente documento se expone un posible modelo orientativo, en el que se consideran diferentes niveles intermedios agrupados por la necesidad de cuidados y no tanto, por la patología de base.

5

La valoración de la intensidad de cuidados que cada paciente requeriría al alta hospitalaria y que orientaría al nivel de centros al que debería ser derivado requiere de herramientas muy simples que midan la necesidad de cuidados personales, y de cuidados sanitarios. Hay posibilidades de disponer hoy día de herramientas de sencilla aplicación de esta naturaleza mirando a nuestro alrededor. En el presente trabajo se han mostrado algunas posibilidades ya existentes. Dichas herramientas no obstante, deberían ser validadas con estudios de campo extendidos, antes de ser consideradas fiables en su sensibilidad y especificidad.

6

La diversidad de recursos intermedios y de larga estancia es un puente aún por construir y que debe afrontarse desde ambas orillas: tanto desde la sanitaria como desde la social. A priori algunas opiniones han defendido que todos los recursos intermedios podrían conseguirse con diferentes niveles de inversión económica desde el sector sanitario para capacitar a las residencias de asistidos en ofrecer una mayor atención sanitaria. Una primera conclusión de los debates realizados con expertos, señala por el contrario que aquellos recursos intermedios que requirieran unos servicios sanitarios de alta intensidad y larga duración, deberían venir diseñados y e implementados desde organizaciones con suficiente experiencia y conocimientos en el sector sanitario y no sólo desde el sector social. No obstante y por el contrario, la gran mayoría de plazas que requerirían cuidados sanitarios de nivel medio, deberían ser desarrolladas desde la evolución necesaria y razonable de las residencias de asistidos; constituirían una alternativa muy eficiente a las numerosas estancias hospitalarias evitables en la actualidad. Esta solución es además una salida a los recursos asistenciales de asistidos, muchos de ellos actualmente insostenibles y abocados a la quiebra, ante las crecientes necesidades sanitarias imposibles de prestar desde el actual insuficiente sistema financiero estanco.

7

Serán estas u otras, pero no es tan importante seguir proponiendo medidas, sino abordarlas de manera decidida: la alternativa es que el vacío crezca hasta convertirse en un abismo por el que caiga el estado del Bienestar.

Bibliografía



Bibliografía

- ¹ Schwarzkopf L, Menn P, Leidl R, Wunder S, Mehlig H, Marx P, et al. Excess costs of dementia disorders and the role of age and gender -an analysis of German health and long-term care insurance claims data. *BMC health services research* 2012; 12 (1):165.
- ² Tullett M, Neno R. Approaches to long-term conditions management and care for older people: similarities or differences? *J Nurs Manag* 2008; 16 (2):167-172.
- ³ Naegle G. Perspectives for professionally sufficient and adequate care of ageing patients. *Z Gerontol Geriatr* 2009; 42 (6):432-440.
- ⁴ DeJonge KE, Taler G, Boling PA. Independence at home: community-based care for older adults with severe chronic illness. *Clin Geriatr Med* 2009; 25 (1):155-169.
- ⁵ United Nations. Department of Economic. World population prospects: the 2000 revision. Comprehensive tables. : United Nations; 2001.
- ⁶ Casanovas GL, Urquiza LP. El sistema sanitario y de dependencia: situación y perspectivas. 2012.
- ⁷ Robinson KM, Reinhard SC. Looking ahead in long-term care: the next 50 years. *Nurs Clin North Am* 2009; 44 (2):253-262.
- ⁸ Otero Á, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso Á, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española de Salud Pública* 2004; 78 (2):201-213.
- ⁹ Marín DC. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit* 2000; 15 (2):154-163.
- ¹⁰ Observatorio de personas Mayores del Imsero. Las personas con discapacidad en España. Informe 2010. 2012.
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008.
- ¹² Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS).
- ¹³ Moreno AD. Políticas y sistemas sanitarios. *Escuela Andaluza de Salud Pública*; 2004.
- ¹⁴ Imsero. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro blanco de coordinación sociosanitaria. 2011.
- ¹⁵ Jiménez-Martín S, Oliva J, Vilaplana Prieto C, Herrera E, Muñoz I, Martín V. Sanidad y dependencia, matrimonio o divorcio: atención sanitaria y servicios sociales, ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación? 2011 Madrid. *Círculo de la Sanidad*.
- ¹⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. *CMBD-Año 2010. Estadísticas Comentadas* 2012; 3.
- ¹⁷ Zuckerman JD, Sakales SR, Fabian DR, Frankel VH. Hip fractures in geriatric patients. Results of an interdisciplinary hospital care program. *Clin Orthop* 1992; 274: 213-225.
- ¹⁸ Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LPAD). 2006.
- ¹⁹ Instrumento de Ratificación sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *Boletín Oficial del Estado* 2008; 21.
- ²⁰ Ranmuthugala G, Nepal B, Brown L, Percival R. Impact of home based long term care on informal carers. *Aust Fam Physician* 2009; 38 (8):618-620.

-
- ²¹ Observatorio Estatal. Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010. 2012.
- ²² Aditya B, Sharma JC, Allen SC, Vassallo M. Predictors of a nursing home placement from a non-acute geriatric hospital. *Clin Rehabil* 2003; 17 (1):108-113.
- ²³ Smith ER, Stevens AB. Predictors of discharges to a nursing home in a hospital-based cohort. *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10 (9):623-629.
- ²⁴ Smith ER, Stevens AB. Predictors of discharges to a nursing home in a hospital-based cohort. *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10 (9):623-629.
- ²⁵ Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the US: a meta-analysis. *BMC geriatrics* 2007; 7 (1):13.
- ²⁶ Luppá M, Luck T, Weyerer S, König H, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing* 2010; 39 (1):31-38.
- ²⁷ Salinas MT, Morel JC, García PA, Morer SM. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin* 2005; 124 (16):620-626.
- ²⁸ Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roquè Fíguls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26 (2):166-169.
- ²⁹ Álvarez RM, Lema EL, Romero JM. Del hospital al sistema sanitario del futuro. *Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad*: 121.
- ³⁰ Consulting A. ¿Por qué el sistema de salud necesita la coordinación sociosanitaria? 2010.
- ³¹ Observatorio Estatal. Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010. 2012.
- ³² Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *BOE* núm.222 2006.
- ³³ Molina-Schmid A. Los requisitos de acreditación de residencias para personas mayores normativas autonómicas sobre ratios y formación mínima del personal para residencias privadas para personas mayores. *Lares*, 2011.
- ³⁴ BOJA. ORDEN de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad. ; 81. 1997.
- ³⁵ BOJA. ORDEN de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas. 2000; 102, 2000.
- ³⁶ Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. ORDEN de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. 2007(BOJA 224).
- ³⁷ Boletín oficial de Aragón. DECRETO 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados. 1992;66.
- ³⁸ Boletín Oficial de Aragón. Orden de 19 marzo 1998 por la que se regula la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. 1998; 42.
- ³⁹ Boletín oficial de Aragón. ORDEN de 4 de junio de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica parcialmente la Orden de 19 de marzo de 1998, que regula la acción concertada del Instituto Aragonés de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas. 2007; 71.

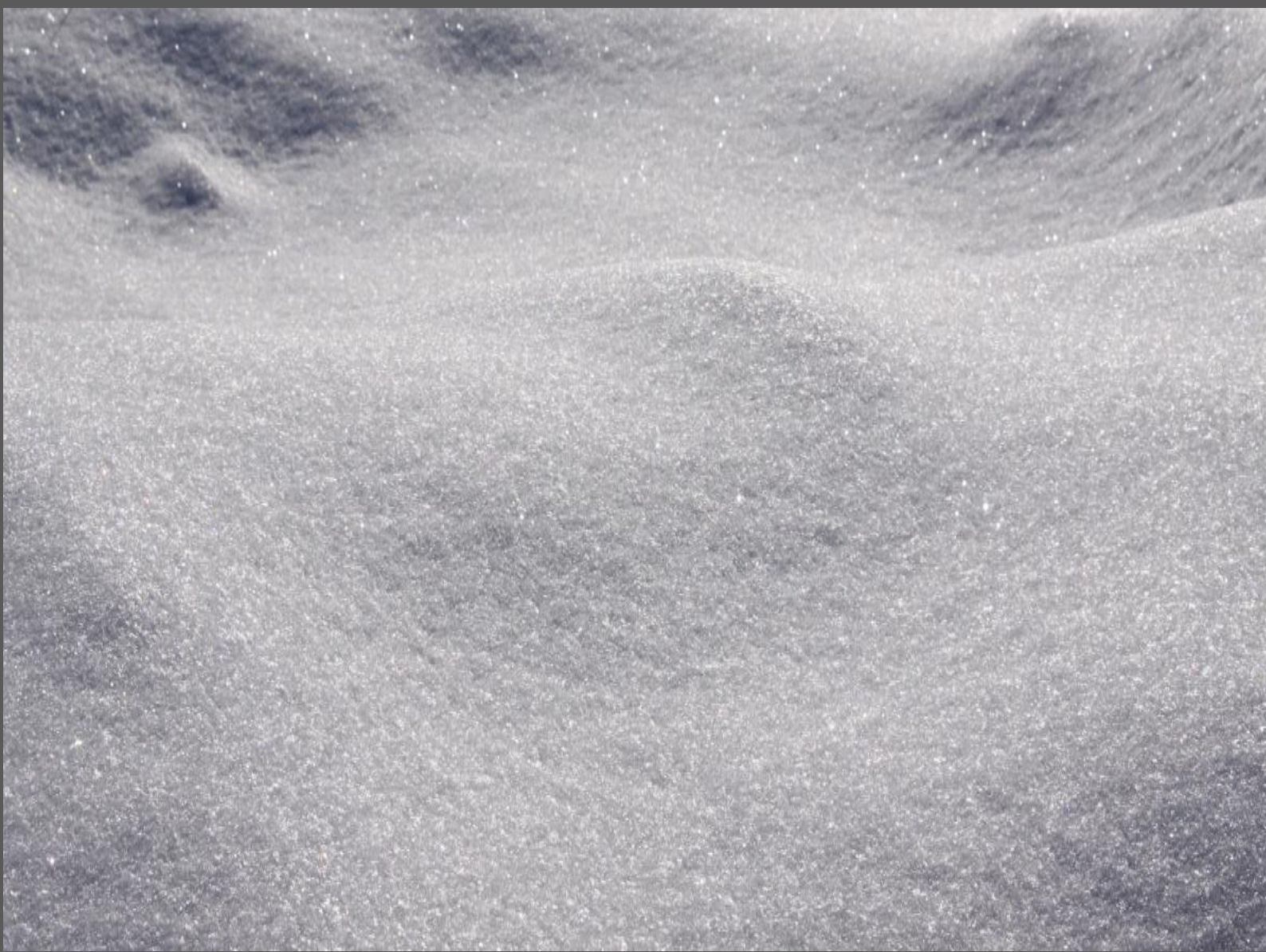
-
- ⁴⁰ Boletín oficial de Aragón. ANUNCIO del Instituto Aragonés de Servicios Sociales por el que se convoca la licitación de un acuerdo marco, de gestión de servicio público, modalidad de concierto, que se cita. 2009; 249.
- ⁴¹ Boletín Oficial del Principado de Asturias. DECRETO 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales. 2002; 1-VII.
- ⁴² Boletín Oficial del Principado de Asturias. Resolución de 22 de junio de 2009, de la consejería de Bienestar social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias. 2009;149.
- ⁴³ Boletín Oficial del Principado de Asturias. Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales. 2011; 128.
- ⁴⁴ Boletín Oficial de Canarias. Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación. 1998; 28.
- ⁴⁵ Boletín Oficial de Canarias. Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno. 2000; 62.
- ⁴⁶ Boletín Oficial de Cantabria. Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. 2008 2008; 172.
- ⁴⁷ Boletín Oficial de Cantabria. Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia. 2010; 64.
- ⁴⁸ Boletín Oficial de Cantabria. Orden EMP/67/2010, de 23 de noviembre, por la que se modifica la Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. 2010; 231.
- ⁴⁹ DOCM. Orden de 21 de mayo de 2001, por la que se regulan las Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha. 2001; 75.
- ⁵⁰ Boletín Oficial de Castilla y León. DECRETO 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. 2001; 17.
- ⁵¹ DOGC. DECRET 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. 1996; 2237.
- ⁵² DECRET 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. . 3148 2000.
- ⁵³ DOCV. DECRET 91/2002, de 30 de maig, del Govern Valencià, sobre Registre dels Titulars d'Activitats d'Acció Social, i de Registre i Autorització de Funcionament dels Servicis i Centres d'Acció Social, a la Comunitat Valenciana. 2002; 4264.
- ⁵⁴ DOCV. ORDEN de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. 2005 2005; 4945.

-
- ⁵⁵ DOCV. DECRET 94/2010, de 4 de juny, del Consell, pel qual es regulen les activitats d'ordenació, control i assistència farmacèutica en els centres sociosanitaris i en l'atenció domiciliària. 2010;6285.
- ⁵⁶ Boletín Oficial de Extremadura. DECRETO 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica. 1996; 14.
- ⁵⁷ Herrera Molina E. Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura. Plan Director 2005-2010. Consejería de Sanidad y Consumo. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura. 2006.
- ⁵⁸ DOG. Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores. 1996; 88.
- ⁵⁹ DOG. *ORDE do 5 de decembro de 2000 pola que se regulan as axudas económicas para a atención de persoas maiores dependentes a través do cheque asistencial e a inclusión no programa das entidades prestadoras de servizos sociais..* 2001; 2.
- ⁶⁰ BOIB. Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis per a persones majors, tant públics com privats, ubicats en el territori de les Illes Balears. 2001; 130.
- ⁶¹ BOR. Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja. 1998; 36:1227.
- ⁶² Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. 1990; 272.
- ⁶³ Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. LEY 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. 2002; 304.
- ⁶⁴ Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. DECRETO 226/2003, de 6 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Registro de Directores de Centros de Servicios Sociales de Iniciativa Privada de la Comunidad de Madrid. 2003; 275.
- ⁶⁵ Boletín Oficial de la Región de Murcia. Decreto n.o 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada. 2005; 133.
- ⁶⁶ Boletín Oficial de Navarra. DECRETO FORAL 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales. 1991; 84.
- ⁶⁷ Boletín Oficial del País Vasco. DECRETO 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad. 1998; 66.
- ⁶⁸ Boletín Oficial del Estado. RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 303 DE 17/11/2008):50722-50725.
- ⁶⁹ Boletín Oficial del Estado. LEY 13/1982; de 1 de abril de integración social de los minusválidos. 1982; 103.
- ⁷⁰ Boletín Oficial del Estado. REAL DECRETO 556/1989. de 19 de mayo. por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. 1989;182.

-
- ⁷¹ Boletín Oficial del Estado. REAL DECRETO 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones. 2007; 113.
- ⁷² Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 72/1992 de 5 de mayo, por el que se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte en Andalucía. 1992; 44.
- ⁷³ DOGV. Ley 1/1998, de 5 de mayo, de la Generalitat Valenciana, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación. 1998.
- ⁷⁴ DOGV. Decreto 39/2004, de 5 de marzo, del Consell de la Generalitat, por el que se desarrolla la Ley 1/1998, de 5 de mayo, de la Generalitat, en materia de accesibilidad en la edificación de pública concurrencia y en el medio urbano. 2004; 4709.
- ⁷⁵ Boletín Oficial del Estado. REAL DECRETO 2177/1996, de 4 de octubre, por el que se aprueba la Norma Basica de la Edificación "NBE-CPI/96: Condiciones de protección contra incendios de 105 edificios». 1996; 261.
- ⁷⁶ Fernández M, Dizy D, Ruiz O. Análisis de los costes sanitarios en centros residenciales privados para personas mayores. Barcelona: Fundación 'Instituto Edad y Vida 2011.
- ⁷⁷ PricewaterhouseCoopers. Situación del Servicio de Atención residencial en España. 2010.
- ⁷⁸ Tortosa MA, Fuenmayor A, Granell R. Evolución de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana. Informes Portal Mayores 2011; 129.
- ⁷⁹ PricewaterhouseCoopers. Caudales de la Sanidad Española para 2011. ;2013
- ⁸⁰ Antares Consulting. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. 2010.
- ⁸¹ Fundación Edad y Vida. Reflexiones para una mejora organizativa de la atención social y sanitaria de la cronicidad y la dependencia. 2012.
- ⁸² Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco 2004.
- ⁸³ García-Altés A, Martínez F, Carrillo E, Peiró S. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. Gac Sanit 2000; 14 (1):48-57.
- ⁸⁴ Cameron JM. Case-mix and resource use in long-term care. Med Care 1985; 23 (4):296-309.
- ⁸⁵ Winn S. Assessment of cost related characteristics and conditions of long-term care patients. Inquiry 1975; 12 (4):344-353.
- ⁸⁶ Casas M, Prados S, Carrillo E, García-Altés A, López Domínguez O. La medida del producto sanitario. López Domínguez O. La gestión de pacientes en el hospital. Madrid: Olalla Ediciones 1997.
- ⁸⁷ Tilquin C. PLAISIR: Planifications Informatisée des soins infirmiers requis-Guide de l'utilisateur. Montreal, Quebec, Canada, Equipe de Recherche Operationelle en Santé 1993.
- ⁸⁸ Fries BE. Comparing case-mix systems for nursing home payment. Health Care Financing Review 1990.
- ⁸⁹ Armstrong-Esther CA. Long-term care reform in Alberta, Canada: the role of the resident classification system. J Adv Nurs 1994; 19 (1):105-113.
- ⁹⁰ Tilquin C, Michelon P, D'hoore W, Sicotte C, Carrillo E, Léonard G. Using the handicap code of the ICIDH for classifying patients by intensity of nursing care requirements. Disability & Rehabilitation 1995; 17(3-4):176-183.
- ⁹¹ Schneider DP, Fries BE, Foley WJ, Desmond M, Gormley WJ. Case mix for nursing home payment: resource utilization groups, version II. Health Care Financ Rev 1988 Dec;Spec No:39-52.

-
- ⁹² Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. Case-mix classification of medicare residents in skilled nursing facilities: Resource utilization Groups (RUG-T18). *Med Care* 1989; 27 (9):843.
- ⁹³ García-Altés A, Peiró S. Evaluación de la calidad mediante los sistemas de información sociosanitarios: un reto posible. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15 (4):223-229.
- ⁹⁴ Iglesias C, Montilla A, Erkorea M, Inda M, Testerra V. Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). *Rev.Psiquiatría pública* 1999; 11 (3).
- ⁹⁵ Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC health services research* 2012; 12 (1):5.
- ⁹⁶ Jupp BJ, Mallela SK, Kwan J, Allen S, Sharma JC, Vassallo M. Development and evaluation of the GEMS (gait, eyesight, mental state, sedation) tool as an aid to predict outcome after hospitalization. *Geriatrics & gerontology international* 2011; 11 (1):8-15.
- ⁹⁷ Slade A, Fear J, Tennant A. Identifying patients at risk of nursing home admission: The Leeds Elderly Assessment Dependency Screening tool (LEADS). *BMC Health Services Research* 2006; 6 (1):31.
- ⁹⁸ Quartararo M, Glasziou P, Kerr CB. Classification trees for decision making in long-term care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 1995; 50 (6):M298-M302.
- ⁹⁹ Calvo López L, Gómez Fernández J, Gómez Tato I, Mateo Rodríguez R, Rubio Vidal M, Salinas Buján M. Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 1999; 3 (11).
- ¹⁰⁰ Urrutia J. Modelo de valoración de la dependencia unificado para Euskadi. BIBLID 2006.
- ¹⁰¹ Gaspar J. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo 2006.
- ¹⁰² M.Golant Stephen, Hyde Joan. *The assisted Living Residence: a visión for the future.* 2008 The John Hopkins University Press.
- ¹⁰³ Herrera E, Muñoz I, Martín V, Cid M. Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gaceta sanitaria* 2011; 25, (Supl.2).

Anexo Tablas.





ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

newhealth
foundation

