



**Criterios de
ordenación de
servicios para la
atención sanitaria
a las personas
mayores**



Coordinación y Edición: M.^a Angeles Gogorcena Aoiz
Pilar Regato Pajares

Dirección del grupo de trabajo: Isidoro Ruipérez Cantera

Grupo de trabajo: — Julio Bruno Bárcena
(Gerente de Hospital Monte Naranco — Asturias)
— M.^a Angeles Custey Male
(Directora de Enfermería de Atención Primaria del Area II de INSALUD Madrid)
— M.^a Angeles Gogorcena Aoiz
(Subdirección General de Atención Especializada. INSALUD)
— Xavier Gómez Batiste
(Representante de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos)
— Ana Gorroño Goitia Iturbe
(Representante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)
— Purificación Moriano Béjar
(Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del Area VI de Madrid)
— Pilar Regato Pajares
(Subdirección General de Atención Especializada INSALUD)
— Isidoro Ruipérez Cantera
(Representante de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología)
— M.^a Teresa Sancho Castiello
(Directora de Programas del Plan Gerontológico del INSERSO)

Secretaria: Laura Fernández Paniagua



Edita: Instituto Nacional de la Salud
Secretaría General
Servicio de Documentación y Publicaciones
Alcalá, 56
28014 Madrid

Depósito legal: M-366-1996
ISBN: 84-351-0216-5
NPO: 352-95-057-1
N.º Publicación INSALUD: 1.674

Imprime: Solana e hijos A. G., S. A.

ABREVIATURAS

ACVA:	Accidente Cerebro Vascular Agudo
AP:	Atención Primaria
AE:	Atención Especializada
AVDI:	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AVD:	Actividades de la Vida Diaria
CSS:	Comisión Socio-sanitaria
DSM-III:	Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, 3. ^a Revisión
EAP:	Equipo de Atención Primaria
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EVCg:	Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos
HDG:	Hospital de Día Geriátrico
HTA:	Hipertensión Arterial
IPNC:	Índice de Pacientes Nuevos Corregido
MF y C:	Medicina Familiar y Comunitaria
MIR:	Médicos Internos y Residentes
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGs:	Organizaciones No Gubernamentales
PG:	Paciente Geriátrico
PAPPS:	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
SAD:	Servicio de Atención Domiciliaria
TO:	Terapia Ocupacional
UHA:	Unidad de Hospitalización de Agudos
VGC:	Valoración Geriátrica Comprensiva
VG:	Visita Geriátrica

SUMARIO

	<u>Pág.</u>
PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	11
1. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.....	19
1.1. Persona mayor sana.....	21
1.2. Persona mayor enferma	21
1.3. Persona mayor frágil o de alto riesgo	22
1.4. Paciente geriátrico	23
2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A LAS PERSONAS MAYORES	25
2.1. Antecedentes en la ordenación de servicios de Atención Primaria en la atención a las personas mayores en España y otros países	27
2.2. Estimación y previsión de las necesidades reales.....	28
2.3. Objetivos básicos.....	28
2.4. Estructura	29
2.5. Funciones, actividades y competencias	30
2.6. Criterios a utilizar para la ordenación del recurso.....	39
2.7. Criterios de calidad	40
2.8. Indicadores para su seguimiento y evaluación	41
3. ATENCIÓN HOSPITALARIA A LAS PERSONAS MAYORES	43
3.1. Resumen del estado actual en España y otros países .	45
3.2. Estimación y previsión de las necesidades reales.....	46
3.3. Objetivos generales	46
3.4. El Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos	47
3.5. El Hospital de Día Geriátrico	56

3.6. La Unidad de Hospitalización de Agudos	63
3.7. La Unidad de Convalecencia	68
4. SERVICIOS SOCIALES PARA LAS PERSONAS MAYORES	75
4.1. Resumen del estado actual en España y otros países	77
4.2. Los servicios sociales en el marco de la coordinación socio-sanitaria de la atención a las personas mayores	79
4.3. Los sistemas de acceso a los servicios	89
5. LA COMISIÓN SOCIO-SANITARIA.....	91
6. CONSIDERACIONES FINALES	99
7. BIBLIOGRAFÍA GENERAL	103
8. TABLAS RESUMEN DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES	117
9. ANEXOS	123
1. Esquema de servicios sanitarios de atención a las personas mayores	125
2. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Prevención y detección de problemas en el anciano	127
3. Cuestionarios y escalas de valoración funcional y de salud en el anciano	133
4. Hospitales con dispositivos específicos de atención geriátrica.....	145

PRÓLOGO

El envejecimiento de la población es un fenómeno creciente cuyos efectos económicos y sociales requieren una respuesta desde numerosos ámbitos, y representa, por tanto, un auténtico reto para los poderes públicos.

La prevalencia cada vez mayor de enfermedades invalidantes traducidas en necesidad de ayuda, junto con la crisis del sistema de apoyo informal, sitúa a los servicios ante la necesidad de efectuar nuevos planteamientos en la atención a todas estas personas.

En nuestro país, la política de Estado para las personas mayores tiene un referente en el Plan Gerontológico, que en el Área de Salud y Asistencia Sanitaria evidencia la necesidad de impulsar medidas de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

En este sentido y con el objetivo de establecer una estrategia de coordinación entre ambos sectores, y estructurar de manera conjunta los diferentes servicios y programas dirigidos a las personas mayores, el 14 de diciembre de 1993 se llevó a cabo la firma de un convenio de colaboración entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Servicios Sociales para la atención socio-sanitaria a las personas mayores.

El INSALUD, que tiene como uno de sus objetivos prioritarios el desarrollo de servicios adecuados a las necesidades de la población, ha dado seguimiento a este convenio, impulsando de manera decidida actuaciones tendentes a propiciar una mejora de la atención de los ancianos, entre ellas, cabe señalar las siguientes:

- *Publicación de las bases para la atención sanitaria a las personas mayores, que a su vez constituyen las bases del mencionado convenio.*
- *Inclusión del servicio de prevención y detección de problemas en el anciano en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del INSALUD para 1996.*
- *Desarrollo de experiencias de coordinación con los servicios sociales, extendidas ya a 27 Áreas de Salud, e incluidas como objetivo anual en los contratos programa de Atención Especializada y Atención Primaria.*

Las acciones emprendidas hasta ahora han posibilitado, por tanto:

- * Una política dirigida hacia el bienestar social de los mayores, que se operativiza a través de las acciones impulsadas desde el Plan Gerontológico Nacional*
- * Un marco estable de coordinación y colaboración entre los servicios sociales y sanitarios para la atención socio-sanitaria integral de este grupo de población.*
- * La cobertura asistencial de las demandas sanitarias de este grupo de personas, a través de una nueva orientación de los Servicios Sanitarios.*

Con estas bases, y habiendo logrado ya avances notables con las experiencias de coordinación, me resulta especialmente grato prologar este documento, que viene a sumarse al resto de las actuaciones mencionadas contribuyendo de forma decisiva a la consolidación de las mismas; en el se establecen los criterios de referencia para la puesta en funcionamiento, desarrollo y evaluación del conjunto de dispositivos y recursos necesarios para la atención sanitaria a las personas mayores.

Sin duda, la existencia de estos criterios va a ser garantía de calidad en la atención prestada a este importante grupo de población, ya que su objetivo último es el de facilitar la ubicación, funcionamiento y provisión de los servicios necesarios para su atención.

Resulta obligado destacar el esfuerzo de coordinación y consenso que ha presidido el trabajo del grupo y que tiene su resultado en el rigor y la objetividad de la presentación; debo asimismo hacer llegar mi consideración y agradecimiento a las Sociedades Españolas de Geriatria y Gerontología, de Medicina Familiar y Comunitaria, de Cuidados Paliativos y al INSERSO así como a los profesionales que, de una u otra forma, han intervenido en este trabajo, sin cuya entusiasta participación no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

Por último, mostrar mi convencimiento de que la consolidación de estas líneas estratégicas, será la que nos lleve a la configuración de un sistema moderno, eficaz y eficiente de servicios sociales y sanitarios, con nuevas fórmulas de provisión de servicios, capaces de responder a la diversidad de necesidades de nuestros mayores, y que favorezcan su autonomía y su calidad de vida.

Carmen Martínez Aguayo
Directora General del INSALUD

INTRODUCCIÓN

Aspectos socio-demográficos

El progresivo aumento en el número y la proporción de personas mayores en la población de todos los países desarrollados, es un fenómeno sin precedentes en nuestra civilización y está acarreado, en consecuencia, nuevos planteamientos de los sistemas de protección social.

Este crecimiento demográfico ha rebasado en mucho los cálculos efectuados hace relativamente pocos años y así, asistimos a proyecciones de población que sitúan a nuestro país con 8.659.875 personas de 65 o más años (21,2% de la población) en el año 2026. Por otra parte, a este fenómeno se añade otro, el envejecimiento secundario, que evoluciona a un ritmo mucho más rápido y genera problemas de dependencia y fragilidad en este grupo, los cuales se traducen en demandas de servicios sociales y sanitarios mucho más especializados.

Según el concepto de “dependencia”, entendido como “la necesidad de ayuda de una segunda persona para realizar las actividades de la vida diaria”, podríamos afirmar que hasta los 75 años nuestra población mayor disfruta de una excelente situación de autonomía y competencia personal, ya que a partir de esa edad, sobre todo entre las mujeres viudas, es cuando aumenta la necesidad de cuidados médicos, personales, domésticos, sociales y de vigilancia.

Estas necesidades, cubiertas hasta el momento por la familia en primer lugar, y en general por el “apoyo informal”, corren el peligro de dejar de ser atendidas en el futuro, puesto que el actual potencial cuidador femenino compuesto por mujeres entre 45 y 69 años, en proporción a la población mayor de 70 años está en franca regresión, habiendo pasado en nuestro país del 2,48% en 1960 al 1,53% en 1990 con una reducción de un 62%.

Envejecimiento y salud. Utilización de servicios

Para hacer una valoración del estado de salud de las personas mayores se deben analizar datos que no solo midan la morbi-mortalidad, sino también aquellos que permitan conocer el grado de deficiencia e incapacidad como condicionantes sustanciales de la autonomía de estas personas.

La Encuesta Nacional de Salud, como instrumento de medición del nivel de salud, constituye un complemento indispensable de los indicadores clásicos, ya que proporciona datos sobre la percepción de cada persona sobre su estado de salud y, por lo tanto, la autovaloración de las necesidades sanitarias. Los resultados de la última edición de dicha encuesta (1993), referidos a este grupo de población, se resumen a continuación:

En relación con la situación derivada del deterioro involutivo, el 60-90% de los encuestados refieren problemas de visión, el 30-35% de la masticación y entre un 15 y un 25% relata limitaciones auditivas.

De entre las enfermedades, las más frecuentes son las reumáticas, principalmente la artrosis que afecta al 40-55%, las de la circulación periférica con un 35-40%; el 30% de los mayores de 65 años han sido diagnosticados de hipertensión arterial, y el 20% de los encuestados dice padecer enfermedades circulatorias cerebrales, además, una proporción aproximada refiere sufrir enfermedades respiratorias.

La demencia senil afecta a 10-20 de cada mil ancianos, multiplicándose esta cifra hasta por 20 en las personas mayores de 85 años. Se estima que solamente la enfermedad de Alzheimer afecta a más de 200.000 personas en nuestro país.

En cuanto a la capacidad funcional, directamente relacionada con su grado de autonomía, el 80% de los mayores pueden ser considerados independientes, siendo capaces de desarrollar sin ningún tipo de ayuda las actividades de la vida diaria, y sólo un 5% no son capaces de realizarlas de ninguna manera. Al desagregar esta valoración global por grupos de actividades, observamos que en cuanto al mantenimiento personal, el 85,9% son autónomos, frente a un 8,6% de ellos que necesitan algún tipo de ayuda; en las labores domésticas, el 82% son autónomos frente a 11,5% que no lo son; por último, en lo referido a la movilidad, la distribución porcentual es semejante.

Para finalizar este apartado, los mayores de 65 años tienen por término medio de 18 a 20 días de restricción de su actividad a lo largo del año, debiendo guardar 10 días de reposo en cama.

Respecto a la **utilización de los servicios sanitarios** por este grupo poblacional, los datos recogidos indican que utilizan el médico general 3 veces más que la media de la población, con un consumo de 1,5 a 2 veces más

medicamentos. En cuanto a la hospitalización, la tasa de ingresos entre los mayores de 65 años es el doble que en la población general, triplicándose en los mayores de 80 años. Asimismo, sus estancias son más prolongadas; según la encuesta de morbilidad hospitalaria de 1992, publicada por el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, el 39% de las estancias hospitalarias de ese año correspondían a personas mayores de 65 años.

Bases para la ordenación de los servicios de atención a las personas mayores

Teniendo en cuenta las reflexiones iniciales, acerca del peso demográfico de los mayores de 65 años, al aumento de los estados de necesidad entre éstos y la prevalencia de enfermedades invalidantes en esa edad, que se traduce en mayores demandas de servicios, nos situamos ante la necesidad de hacer nuevos planteamientos de trabajo en la atención a estas personas. Tales planteamientos pasan, en primer lugar, por establecer prioridades, reorientar los servicios hacia la atención integral de la persona y hacer un esfuerzo de racionalización en el abordaje de estos problemas, que den un impulso decidido a la colaboración y participación del tejido social.

A tal efecto, la colaboración, corresponsabilidad y coordinación entre niveles y servicios de diferentes sectores, serán absolutamente decisivas para el desarrollo de estos servicios, no solo en orden a una mayor eficacia y eficiencia, sino también como garantía de calidad de los mismos. La atención a las personas mayores compromete a los niveles asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, los cuales deben dar una respuesta escalonada en las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad que plantean los ancianos de una determinada área.

De esta forma, la propuesta de desarrollo de los distintos dispositivos sanitarios, objeto de una publicación anterior y presentada en el Anexo 1 (página 125), configura un esquema de servicios de atención a las personas mayores que cumple, entre otros, con estos requisitos:

- El sistema de servicios ha de ser **integral** (atendiendo a la diversidad de necesidades), **interdisciplinar** (promoviendo la participación de los diferentes profesionales), y **rehabilitador** (con objetivos de reintegración a su medio).

- Ha de disponer de medidas en cada nivel y ámbito, que satisfagan los diferentes estados de necesidad que atienden, pero adaptadas y flexibles.

A partir de ello, dicho esquema persigue el cumplimiento de los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

GARANTIZAR UNA RED ARTICULADA DE SERVICIOS QUE CUBRAN LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.

Objetivos Específicos:

- * Potenciar las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de la salud, que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual, así como la autonomía e independencia de estas personas.
- * Contribuir a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
- * Garantizar una adecuada articulación entre los niveles de atención primaria y atención especializada.
- * Evitar los internamientos inapropiados, potenciando los sistemas alternativos de atención más adecuados para la situación de cada persona (hospital de día, atención domiciliaria, etc.).
- * Garantizar la continuidad de los cuidados entre los diversos niveles y sistemas de atención dentro de las redes existentes en el ámbito territorial.

El desarrollo de este esquema descansa en dos grandes líneas de actuación: por un lado, la puesta en funcionamiento de experiencias prácticas de coordinación de servicios sanitarios y sociales en la atención a las personas mayores, y por otro y en paralelo, la elaboración de criterios de ordenación de recursos.

La firma del Acuerdo Marco y del Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos sociales para la atención

socio-sanitaria a las personas mayores, en diciembre de 1993, ha propiciado el desarrollo de estas experiencias de coordinación, que a su vez sirven de pilotaje del esquema proporcionando, tras su seguimiento y evaluación iniciales, importantes datos para la definición, dimensión e indicaciones sobre los dispositivos puestos en funcionamiento en las mismas.

De este modo, y al mismo tiempo que se iniciaban las experiencias de coordinación socio-sanitaria, daban comienzo las primeras reuniones del grupo de trabajo, que integrado por representantes de sociedades científicas, profesionales y gestores, tenían como objetivos:

- Definir las estructuras para la atención a las personas mayores, contenidas en el esquema de atención, y establecer requisitos necesarios para su desarrollo.
- Delimitar funciones, actividades y competencias de dichas estructuras.
- Elaborar indicadores básicos de seguimiento y evaluación.

El trabajo se ha desarrollado a lo largo de casi dos años, y del mismo modo que se han incorporado no pocos criterios, extraídos de las experiencias en funcionamiento, sobre todo en los aspectos de evaluación, muchos de los criterios consensuados en el grupo, han servido de referencia, a su vez, para la puesta en práctica de algunas de ellas.

En este documento se recogen, a lo largo de tres grandes capítulos, las propuestas de definición, planificación y algunos criterios de funcionamiento y evaluación de los dispositivos de atención al anciano, precedidos por un capítulo inicial referido a la clasificación de las personas mayores, que se ha creído de interés introducir a fin de clarificar la terminología utilizada a lo largo del documento. Asimismo, se ha complementado con una serie de anexos sobre normas técnicas de atención al anciano en Atención Primaria y algunos de los cuestionarios y escalas de valoración funcional y de salud más utilizados en nuestro medio.

Los criterios contenidos fueron sometidos al consenso de los miembros del grupo de trabajo y son resultado de extensas revisiones de la literatura científica sobre el tema, aunque necesariamente tuvieron que ser adaptados a las características de nuestros servicios sanitarios y a su nivel de desarrollo, con

el objetivo de efectuar una propuesta viable y efectiva a medio plazo, situando en un mismo texto cuantos indicadores y criterios de referencia fueran posibles, para facilitar el desarrollo ordenado de los servicios de atención a los mayores.

CRITERIOS DE DEFINICIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

1. CRITERIOS DE DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Con el fin de establecer una estrategia adecuada de cuidados, así como las indicaciones para cada uno de los posibles servicios destinados a las personas mayores, es necesario, clasificarlas en diferentes grupos; aunque las líneas que separan a los mismos, no siempre son suficientemente nítidas. Los cuatro posibles grupos de clasificación son los siguientes:

1.1. Persona mayor sana

Aquella cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales, están de acuerdo con su edad cronológica.

Se estima que alrededor de un 25% de las personas mayores de 65 años, presentan algún tipo de alteración no susceptible de mejoría o curación.

El objetivo fundamental en la atención a la persona mayor sana es la promoción de la salud y la prevención, cuya responsabilidad en el ámbito sanitario recae principalmente en los servicios de Atención Primaria.

1.2. Persona mayor enferma

La que presenta alguna afección, aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple criterios de paciente geriátrico (ver apartado 1.4).

El objetivo prioritario en estas personas es el asistencial, rehabilitador y preventivo, que correrá a cargo de los servicios de Atención Primaria o de Atención Especializada, según las necesidades del paciente.

1.3. Persona mayor frágil o de alto riesgo

Es la que cumple alguna de las siguientes condiciones:

- * Edad superior a los 80 años.
- * Vivir solo.
- * Viudez reciente (menos de un año).
- * Reciente cambio de domicilio (menos de un año).
- * Afección crónica que condiciona incapacidad funcional:
 - ACVA con secuelas.
 - Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca reciente (menos de seis meses).
 - Enfermedad de Parkinson.
 - EPOC.
 - Enfermedad osteoarticular.
 - Caídas.
 - Déficit visual.
 - Hipoacusia.
 - Enfermedad terminal por:
 - * neoplasia avanzada.
 - * demencia grave.
 - * otras con pronóstico vital menor de 6 meses.
- * Toma de más de tres fármacos.
- * Prescripción en el último mes de:
 - * antihipertensivos
 - * antidiabéticos.
 - * psicofármacos.

- * Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.
- * Necesita atención médica o de enfermería en el domicilio al menos una vez al mes.
- * Incapacidad funcional por otras causas (Índice de Katz 1).
- * Incapacidad para utilizar: teléfono, transporte público, dinero o medicación.
- * Deterioro cognitivo (demencia según criterios del DSM-III).
- * Depresión.
- * Situación económica precaria o ingresos insuficientes.

El principal objetivo para con la persona mayor frágil es la prevención y la atención. La responsabilidad de ello corresponde principalmente a los profesionales de Atención Primaria, teniendo en cuenta que:

- a) Debe de tener carácter PRIORITARIO en todo programa de atención al anciano y/o protocolo de visita domiciliaria.
- b) Es DESEABLE la colaboración de un equipo de valoración y cuidados geriátricos.

1.4. Paciente geriátrico

Es el que cumple con tres o más de los siguientes requisitos:

- * Edad superior a los 75 años.
- * Presenta pluripatología relevante.
- * El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante.
- * Existe patología mental acompañante o predominante.
- * Hay problemática social en relación con su estado de salud.

Se estima que entre un 20 y un 30% de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en un hospital general, pueden reunir los criterios de paciente geriátrico.

En estos pacientes el principal objetivo es el asistencial, tanto terapéutico como rehabilitador. Son tributarios de atención geriátrica especializada, bien a través de la valoración integral por los equipos adecuados, o por medio de los servicios asistenciales específicos.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A LAS PERSONAS MAYORES

2.1. Antecedentes en la ordenación de servicios de Atención Primaria en la atención a las personas mayores en España y otros países

A. *Estado Español*

Hay publicados estudios descriptivos, pero no existen estudios de evaluación de eficacia-eficiencia, ni de los programas de atención al anciano. Tampoco se conocen ensayos controlados. Las experiencias existentes son dispersas, y casi siempre obedecen a iniciativas individuales.

B. *Reino Unido*

En ese país se ha establecido, desde 1990, una obligación contractual para los médicos de Atención Primaria que requiere, para los mayores de 75 años, una valoración integral y una visita a domicilio al menos una vez al año.

C. *Estados Unidos*

Existen publicadas guías de actividades para los mayores de 65 años: Recomendaciones de la USPSTF (United States Preventive Services Task Force). Se propugna el seguimiento de dichas recomendaciones por el médico de familia, que en general, las aplica en programas específicos de *screening*, separados de la atención normal.

D. *Canadá*

Recomendaciones de la Canadian Periodic Health Examination Task Force, revisadas y publicadas periódicamente. Se propugna su seguimiento por Atención Primaria.

El Colegio de Médicos de Familia de Canadá recoge el concepto de atención comprensiva y lo refleja en sus objetivos.

2.2. Estimación y previsión de las necesidades reales

Se estima necesaria la puesta en marcha en todos los Centros de Salud de actividades de promoción de la salud, prevención y valoración geriátrica del anciano de alto riesgo que pueden estar contenidas dentro de la Cartera de Servicios del adulto, como servicio específico para el anciano, o dentro de un programa de atención al anciano. El desarrollo de estas actividades se hará de forma progresiva y priorizada (según número de personas mayores, existencia de otros recursos o niveles asistenciales, etc...).

2.3. Objetivos básicos

A. Objetivo general

Colaborar en el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad, durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.

B. Objetivos específicos

- * Promocionar la salud de los ancianos.
- * Prevenir la enfermedad, tanto a nivel primario como secundario o terciario.
- * Dar asistencia a los problemas específicos, cuando proceda.
- * Detectar e intervenir sobre los factores de riesgo bio-psico-sociales que conduzcan al deterioro de la función.

- * Detectar precozmente las incapacidades funcionales y las disfunciones sociales.
- * Priorizar sobre el mantenimiento de la función y de la autonomía.
- * Priorizar la visita domiciliaria cuando la incapacidad o gravedad hagan difíciles los controles ambulatorios.
- * Realizar actividades de educación para la salud con el propio individuo y con sus cuidadores, de forma que se promueva el autocuidado y la autonomía de los mismos.
- * Ayudar a una muerte digna mediante una atención basada en los cuidados paliativos domiciliarios.

2.4. Estructura

- * Marco de referencia: Área de Salud.
- * Estructura física:
 - Centro de Salud.
 - Consultorios de Atención Primaria.
- * Recursos:
 - Humanos: Médico de familia.
Enfermera.
Trabajador social.
Personal de apoyo no sanitario.
 - Otros posibles: psicólogo, fisioterapeuta, etc.
 - Materiales: equipamiento básico.
 - Servicios complementarios: laboratorio, radiología, etc.

2.5. Funciones, actividades y competencias

2.5.1. Prevención y promoción de la salud

A. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se debe actuar prioritariamente sobre los siguientes aspectos:

- * Hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).
- * Ejercicio físico.
- * Nutrición (obesidad-desnutrición).
- * Uso apropiado de medicamentos.
- * Prevención de caídas y otros accidentes.
- * Formación de cuidadores.

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Dos consideraciones previas:

- Se recomienda no realizar chequeos rutinarios.
- La edad por sí sola no debe ser motivo de exclusión de pruebas clínicas, cuando se puedan detectar enfermedades tratables.

Teniendo en cuenta las diversas y a menudo controvertidas recomendaciones de los diferentes paneles de expertos (en nuestro país PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria), en la actualidad se consideran de probada efectividad y por lo tanto recomendadas para el grupo de edad de más de 65 años, las actividades preventivas indicadas en la tabla 1.

Tabla 1

Actividades preventivas en los ancianos	Grupo de edad
— Inmunizaciones (gripe y tétanos)	> 65
— Sistematizar la recogida en Historia Clínica:	> 65
* Tabaco-Alcohol	> 65
* Ejercicio físico	> 65
* Nutrición	> 65
* Status funcional	> 75
* Incontinencia urinaria	> 75
* Polifarmacia	> 75
* Antecedentes de caídas	> 75
* Presión arterial	> 65
* Peso/Talla	> 65
— Agudeza auditiva	> 75
— Agudeza visual	> 75
— Colesterol (sólo una vez)	> 65
— Mamografía	Hasta los 75

La periodicidad de la realización de estas actividades se hará según las recomendaciones del PAPPS u otros grupos de expertos.

2.5.2. Valoración geriátrica comprensiva (VGC)

Se la define como "la cuantificación de todos los atributos y carencias importantes, de salud, funcionales y psicosociales de la persona, con el fin de elaborar un plan racional de tratamiento y utilización de recursos". Es una herramienta o técnica de trabajo necesaria, pero no suficiente, para una adecuada atención sanitaria a las personas mayores. Sus objetivos se extienden más allá de la prevención, por lo cual incorpora actuaciones provenientes de ese campo.

Deberían evitarse VGC excesivamente minuciosas, y conviene recordar que la OMS recomienda para la Atención Primaria de salud un **registro claro del funcionamiento básico del paciente** a fin de contar con un resumen de datos útiles, que permitan documentar cambios en el tiempo para decidir, cuándo es conveniente y aconsejable, una intervención.

La VGC contempla los siguientes apartados, algunos de los cuales incluyen aspectos ya tratados en el capítulo anterior:

A. VALORACIÓN CLÍNICA

Básicamente incluirá:

- * Enfermedades presentes, gravedad y pronóstico.
- * Fármacos.
- * Carencias sensoriales: auditivas y visuales.
- * Incontinencia de esfínteres.
- * Hábitos y factores de riesgo para la salud (ver Tabla 1).

B. VALORACIÓN FUNCIONAL

En personas que acuden al centro de salud, se puede utilizar como primer paso la ESCALA DE LAWTON, que mide las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI); ver anexo 3.

Si por el grado de discapacidad del individuo ésta fallara, se aplicaría el ÍNDICE DE KATZ, para medir las actividades básicas de la vida diaria (AVDB); ver anexo 3.

En personas confinadas en casa se usará el ÍNDICE DE KATZ.

C. VALORACIÓN MENTAL

1. De la función cognitiva.

Los profesionales de Atención Primaria, familiarizados habitualmente por su contacto frecuente con las capacidades básicas del anciano, deben estar alerta sobre la evidencia del más leve deterioro global comunicado por el propio individuo, la familia o los amigos. Se cree que en

Atención Primaria no se deben aplicar cuestionarios de rutina de detección del deterioro cognitivo si no existen indicios del mismo.

Las herramientas de *screening* que se recomiendan, sabiendo que generalmente tienen una buena especificidad a expensas de la sensibilidad (por debajo de 50%) son: por su brevedad el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), más conocido como TEST DE PFEIFFER, y el MINI MENTAL; ver anexo 3.

2. De la función afectiva.

Para la prevención de los trastornos mentales y la ayuda a la resolución de conflictos psicológicos, el PAPPS propone una priorización, basándose en factores de riesgo y vulnerabilidad, que en la mayoría de los casos coinciden con las crisis psicosociales.

D. VALORACIÓN SOCIAL

Básicamente incluirá:

- * Existencia de un cuidador principal.
- * Modos de convivencia y red de apoyo social.
- * Situación económica y de vivienda.
- * Cambios de domicilio y lugar de residencia habitual.

VALORACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Según los distintos modelos existentes.
- Establecimiento de un plan de cuidados conjunto, individualizado para cada anciano y su familia.

Tabla 2
VALORACIÓN GERIÁTRICA COMPRENSIVA

A. VALORACIÓN CLÍNICA

- * Enfermedades presentes
- * Fármacos
- * Carencias sensoriales: visión, audición
- * Incontinencia de esfínteres
- * Hábitos y factores de riesgo

B. VALORACIÓN FUNCIONAL

- * Centro de salud:
 - 1º LAWTON
 - 2º KATZ
- * Domicilio: KATZ

C. VALORACIÓN MENTAL

- * Función cognitiva: si existen indicios de deterioro, PFEIFFER o MINI MENTAL
- * Función afectiva: si existen factores de riesgo, según PAPPS

D. VALORACIÓN SOCIAL

- * Existencia cuidador principal
- * Modos de convivencia y red social
- * Situación económica y vivienda
- * Cambios de domicilio y lugar de residencia

VALORACIÓN NECESIDADES CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- * Según los distintos modelos de enfermería

Población diana y seguimiento

La Atención Primaria por sus características específicas de continuidad y accesibilidad, permite un mejor conocimiento entre los profesionales de los Equipos de Atención Primaria y los ancianos, por lo tanto, se afirma que puede recogerse la mayor parte de la información requerida, siempre que ésta sea sistemática e identifique aquellas personas que se beneficiarían de una valoración.

La POBLACION DIANA de la Valoración Geriátrica Comprensiva serán las personas MAYORES DE 75 AÑOS. Las actividades con el grupo de edad entre 65 y 75 años, serán las indicadas en la Tabla 1.

Cada persona mayor de 75 años tendrá una VGC comprensiva en los términos anteriormente expuestos y además se añadirán las actividades de prevención y promoción de la salud indicadas en la Tabla 1. Dicha actuación se realizará en el centro o en el domicilio, según sus condiciones de salud.

El SEGUIMIENTO dependerá de los hallazgos de la valoración inicial, actuándose según se indica en la siguiente tabla (Tabla 3)

Tabla 3
SEGUIMIENTO EN LA VALORACIÓN GERIÁTRICA COMPRENSIVA

1. **Persona mayor sana:** VGC anual y las actividades preventivas señaladas, siempre de forma ambulatoria.
2. **Persona mayor enferma y paciente geriátrico:** igual que en la sana. Además, atención en el centro y/o domicilio según los protocolos de las patologías que presente.
3. **Persona mayor frágil o de alto riesgo:** VGC anual y la prevención indicada, pero con dos consideraciones:
 - * Favorecer en lo posible la visita domiciliaria.
 - * Efectuar una segunda VGC a los seis meses, cuando el factor de riesgo sea de reciente aparición (viudez reciente, fármacos etc).

Debería efectuarse una VGC siempre que se modifiquen significativamente las circunstancias biológicas o socio-familiares del sujeto.

2.5.3. Atención domiciliaria

La Atención Domiciliaria es un servicio que prestan los profesionales de Atención Primaria para proporcionar al individuo y a su familia la atención necesaria en su entorno, cuando no pueden desplazarse al centro. Además permite conocer el medio donde viven y se desarrollan las personas, así como la capacidad y las posibilidades de autocuidarse.

La Atención Domiciliaria debe dirigirse a:

- * Personas mayores enfermas o frágiles o pacientes geriátricos con incapacidad para desplazarse al centro de salud.
- * Personas mayores en situación de enfermedad terminal que precisan cuidados paliativos.
- * Personas mayores en circunstancias sociales que les imposibilitan desplazarse al centro de salud.
- * Toda persona mayor de 75 años que ha sido dada de alta de un hospital, debería recibir una visita domiciliaria en el plazo de 72 horas, valorándose individualmente su indicación.

Como habitualmente las personas que necesitan atención domiciliaria son las mayores de 75 años, habría que aprovechar alguna de estas visitas para realizar una valoración geriátrica comprensiva en el domicilio de las mismas.

La frecuencia de las visitas, su carácter interdisciplinario, duración etc., dependerán de las necesidades del paciente.

2.5.4. Formación

Se consideran prioritarias para todos los profesionales de Atención Primaria las siguientes áreas de formación:

- * Valoración geriátrica en Atención Primaria.
- * Adiestramiento en procedimientos simples para *screening* de discapacidad funcional en pacientes ancianos.

- * Organización de la atención al anciano en Atención Primaria.
- * Conocimiento de los recursos disponibles y de su utilización para garantizar el adecuado manejo de los casos: protocolos de derivación, interconsultas etc.
- * Epidemiología de las enfermedades en los ancianos y factores más importantes que comprometen la esperanza de vida activa.
- * Medidas de promoción de la salud y prevención efectivas en las personas mayores.
- * Abordaje desde Atención Primaria de los grandes síndromes geriátricos.
- * Atención a la familia y/o cuidadores a cargo de una persona mayor dependiente.
- * Otras:
 - Proceso de morir. Duelo.
 - Técnicas de comunicación.
 - Contención del stress.
 - Metodología de educación para la salud.
 - Aspectos biopsicosociales de la vejez.

En aquellas áreas donde exista un EVCG o un Servicio de Geriatria en el hospital de área, se favorecerá la rotación de los profesionales de Atención Primaria por dichas unidades.

2.5.5. Coordinación socio-sanitaria

La VGC será el principal instrumento para la detección de situaciones de riesgo o de necesidad social. Cualquier otra vía también es válida (familia, vecinos, etc.).

Es importante identificar los niveles de actuación/responsabilidad. Estos son tres:

1º. *Trabajador social*, cuyas principales funciones serían:

- * Diagnóstico social de cada caso.
- * Colaboración en la solución del problema detectado, e indicación del recurso social necesario.
- * Seguimiento de los casos para verificar su cumplimiento.

2º. *Servicios Sociales del Área* (Ayuntamientos, Organismos Autonómicos, etc.). Deben dar la respuesta adecuada en consonancia con lo anterior.

3º. *Comisión Socio-sanitaria del Área*. En su composición ya se contempla la representación de Atención Primaria. Se derivarán a esta comisión todos los casos que se consideren de urgencia social o sanitaria y que no hayan sido resueltos por los circuitos de coordinación habituales (Ver apartado 5).

2.5.6. **Coordinación entre niveles**

La coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada es necesaria para garantizar y mejorar la continuidad de los cuidados.

Debe existir una perfecta conexión entre los profesionales de la Atención Primaria y el Hospital. En ambos niveles tienen que estar identificados los profesionales responsables de la atención a la persona mayor, como interlocutores válidos para la continuidad de la asistencia.

Bien a través de los EVCG o de servicios o unidades de atención geriátrica, si los hubiere, se pueden contemplar diversas modalidades de actividades de coordinación:

- * Interconsultas de casos, en coordinación con los profesionales de Atención Primaria tanto en el centro como en el domicilio del paciente (si fuera necesario), en presencia del EAP.
- * Actividades formativas teórico-prácticas.
- * Coordinación asistencial (comunicación de altas, criterios de derivaciones, etc.)

- * Seguimiento y cuidados específicos geriátricos o rehabilitadores en determinados casos.
- * Elaboración conjunta de protocolos.
- * Potenciación de la consulta telefónica.
- * Informes de alta hospitalaria protocolizados, con información al paciente y/o cuidadores. El seguimiento de los cuidados tras el alta recae sobre los profesionales de Atención Primaria.
- * Educación para la salud y sensibilización de los familiares o cuidadores para que colaboren en el cuidado del anciano.

2.6. **Criterios a utilizar para la ordenación del recurso**

2.6.1. **Cobertura**

Toda la población mayor de 75 años del área de salud.

Deben considerarse también las actuaciones preventivas señaladas para el grupo de edad entre 65 y 75 años.

2.6.2. **Indicaciones o criterios para su puesta en marcha**

Los requisitos mínimos necesarios son:

- * Disponibilidad de un registro actualizado de población real.
- * Sistema de registro de actividad, a ser posible informatizado.
- * Disponibilidad de medios para la valoración y resolución de los problemas: audiómetro, oftalmoscopio, cuestionarios...
- * Priorización por el EAP de la necesidad, en función de la demanda específica (índice de envejecimiento, etc).
- * Que todos los miembros del EAP sean capaces de realizar la VGC acordada.

- * Disponibilidad, si fuera posible de forma voluntaria, de que un miembro del EAP asuma la responsabilidad o funciones de:
 - Coordinación de actividades internas.
 - Seguimiento y evaluación.
 - Coordinación con servicios geriátricos y sociales, para actividades de formación continuada, elaboración de protocolos consensuados y establecimiento de criterios mínimos de derivación.
- * Es muy deseable que exista, al menos, un EVCG en el Hospital de Área.

2.6.3. Exclusión y excepciones

- * Cambio inminente de zona básica o Centro.
- * Condición de desplazado.
- * Para las actividades de prevención secundaria o *screening*, individualizar criterios de exclusión según grado de discapacidad o esperanza de vida.
- * Negativa del paciente.

2.7. Criterios de calidad

- * Para cada actividad propuesta se elaborarán de forma consensuada unas Normas Técnicas Mínimas. En este sentido ya existen muchas incluídas en la Cartera de Servicios de AP del INSALUD que se adjuntan en el anexo 2, página 129.
- * Trabajo interdisciplinario, que se reflejará en sesiones periódicas.
- * En cada Centro de Salud habrá un profesional "de enlace" con el Hospital, como interlocutor de referencia, sin que esto presuponga mayor responsabilidad o dedicación exclusiva al Programa.

- * Investigación y actividad docente para diferentes profesionales y estudiantes.

2.8. Indicadores para su seguimiento y evaluación

2.8.1. Valoración Geriátrica Comprensiva

El objetivo sería efectuar una VGC anual a las personas mayores de 75 años, en los términos expuestos, con independencia del lugar donde se realice (el cumplimiento ideal sería en el 100% de los sujetos, pero se puede considerar como suficiente un 90%) con una instauración progresiva de la actividad.

2.8.2. Atención domiciliaria

Teniendo como referencia los datos de incapacidad funcional que impiden salir del domicilio a la persona mayor (Hunt), se consideran como mínimas las cifras de cobertura de visitas domiciliarias siguientes:

- En el grupo de edad de 75 a 79 años: al 5%, 1 visita domiciliaria/año.
- En el grupo de edad de 80 a 84 años: al 10%, 1 " " "
- En el grupo de edad de 85 y más años: al 20%, 1 " " "

2.8.3. Actividades preventivas

Cumplimiento de las actividades preventivas reseñadas en las personas entre 65 y 75 años, con la periodicidad correspondiente a cada actividad.

**ATENCIÓN HOSPITALARIA A LAS PERSONAS
MAYORES**

3. ATENCIÓN HOSPITALARIA A LAS PERSONAS MAYORES

3.1. Resumen del estado actual en España y otros países

A. *Estado Español*

La casi totalidad de las personas mayores tienen garantizada su asistencia hospitalaria a través del Sistema Nacional de Salud. No obstante, ya son muchos los hospitales que de alguna forma tienen estructurada una asistencia específica para las personas mayores (ver Anexo 4). De ellos, 11 tienen acreditación docente para la formación de médicos especialistas en geriatría, lo que indica un buen desarrollo de los diferentes niveles asistenciales geriátricos.

B. *Reino Unido*

La idoneidad de la presencia de servicios de geriatría en hospitales generales y universitarios, aunque cuestionada a principios de los años setenta, parece que quedó fuera de toda duda con la rotunda opinión favorable expresada por el Royal College of Physicians of London en 1977. Entre sus recomendaciones finales incluía la necesidad del acceso directo de los especialistas en geriatría a la gestión de camas en unidades de agudos de hospitales generales, que favoreciera la disponibilidad de las mismas facilidades técnicas, diagnósticas y terapéuticas que para el resto de pacientes ingresados en otros servicios hospitalarios.

En 1984 se contabilizaban 275 servicios de geriatría. La distribución de los diferentes tipos de camas es variable. Así, un 38% tienen unidas las camas de agudos y de rehabilitación (convalecencia), generalmente denominadas unidades de valoración. En un 24% están separados

tres niveles (agudos, convalecencia y larga estancia). Un 21% son unidades mixtas, con los tres niveles unidos, y en el 8% las unidades son exclusivas para agudos y conjuntas para los otros dos niveles.

En 1988 funcionaban en el Reino Unido 490 hospitales de día. El 92% de los servicios de geriatría disponían de uno.

C. Estados Unidos

En 1979 el Institute of Medicine Committee, el American Board of Internal Medicine y la American Geriatric Society recomendaban el establecimiento de la geriatría como especialidad, con un programa específico.

Actualmente casi el 10% de los hospitales tienen "Geriatric Evaluation Management Units", sobre todo hospitales grandes y docentes, con una media de 30 camas. Además, son ya mayoría los hospitales que tienen programas geriátricos de diferentes tipos y nivel de desarrollo.

D. Otros países

En el resto de la UE, en Canadá y en Japón, está asumida la atención geriátrica especializada en diferentes variantes, pero siempre con las líneas guía establecidas en los países antes mencionados, y adaptadas a las peculiaridades de la asistencia hospitalaria de cada lugar.

3.2. Estimación y previsión de las necesidades reales

Atendiendo a los estándares validados en las actividades de valoración y cuidados geriátricos, y dado el número y proporción de pacientes atendidos en nuestros hospitales que cumplen criterios de paciente geriátrico, sería deseable la existencia de algún tipo de dispositivo específico en cada una de las áreas de salud.

3.3. Objetivos generales:

1. Racionalizar la asistencia hospitalaria al paciente geriátrico, en el sentido de adecuar el proceso diagnóstico y terapéutico a sus ne-

cesidades específicas, evitando la aplicación de intervenciones y recursos excesivos para su expectativa y calidad de vida, así como impidiendo su discriminación por razones de edad.

2. Favorecer que las personas mayores, en sus diferentes situaciones de enfermedad, reciban asistencia idónea para sus problemas específicos de salud en los diferentes servicios hospitalarios, fomentando una actitud positiva de los mismos hacia este proceso de atención y favorecer también un cambio positivo de actitud en los diferentes servicios hospitalarios hacia la atención a las personas mayores.
3. Limitar el uso del hospital a lo estrictamente necesario, evitando la prolongación de las estancias, teniendo siempre en cuenta que para conseguirlo es necesario priorizar en dos aspectos: uno, el poner los medios para lograr la máxima independencia funcional de la persona mayor; el otro, intentar que el mayor número posible de ellos vuelvan a su medio habitual, normalmente el domicilio, incidiendo para ello en una adecuada coordinación de recursos, tanto sociales como sanitarios.

3.4. El equipo de valoración y cuidados geriátricos (EVCG)

3.4.1. Concepto

Unidad hospitalaria interdisciplinar y básica en la atención específica a los pacientes geriátricos del centro, y de apoyo a la Atención Primaria del área correspondiente.

3.4.2. Objetivos

1. Detectar precozmente el riesgo de incapacidad, dependencia y cronificación de los pacientes subsidiarios, y derivarlos al recurso asistencial más adecuado para minimizar dicho riesgo.
2. Realizar al menos una Valoración Geriátrica Comprensiva al mayor número posible de pacientes tributarios de la misma.

3. Dar apoyo a otras unidades del hospital en relación con problemas en el manejo diagnóstico y/o terapéutico de pacientes geriátricos complejos, así como cuando exista riesgo de una prolongación inadecuada de la estancia hospitalaria.
4. Disminuir el riesgo de institucionalización mediante la utilización de protocolos sobre los principales problemas a evitar: inmovilismo, caídas, úlceras por presión, incontinencia, yatrogenia medicamentosa, etc.
5. Colaborar con los recursos propios del hospital (Servicio de Atención al Paciente, etc), en las altas hospitalarias difíciles así como en su ubicación más idónea, colaborando también en la coordinación y utilización adecuada de los recursos asistenciales extrahospitalarios.
6. Apoyar a la Atención Primaria de Salud, en el sentido de priorizar todas las actuaciones que se han mostrado eficaces en favorecer el mantenimiento de la persona mayor enferma o de alto riesgo en el domicilio: VALORACIONES conjuntas *in situ*; consultas telefónicas, elaboración consensuada de protocolos, facilitar y racionalizar el acceso a los medios hospitalarios, etc.

3.4.3. Estructura

A. Recursos humanos

Deberá contar como mínimo con los siguientes profesionales:

- * Un médico especialista en Geriatria (Coordinador del equipo).
- * Un trabajador/a social.
- * Un enfermero/a.

Podrán incluirse otros profesionales si se estima necesario (Psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc).

Se necesitará asimismo apoyo administrativo.

La adscripción organizativa y funcional de estos equipos deberá ser adecuada a las circunstancias concretas del hospital, y hecha por el equipo de gestión del hospital.

B. Recursos materiales

El EVCG debe disponer de un espacio mínimo ubicado en el hospital, incluyendo un área administrativa, una consulta médica y un área de enfermería. Es aconsejable que esté próximo a las salas de Urgencias, Rehabilitación y Consultas Externas.

3.4.4. Funciones

1. Valoración geriátrica integral de los pacientes geriátricos, seguida de la orientación asistencial correspondiente.
2. Asesoramiento y seguimiento-supervisión de los problemas de salud específicos del paciente geriátrico, siempre que sean requeridos por otros servicios del hospital o detectados originariamente por el EVCG.
3. Participar en la elaboración y ejecución de protocolos para grupos de riesgo: inmovilizados, caedizos, incontinentes, etc.
4. Incidir en la coordinación asistencial intra/extra hospitalaria, para que se produzca un traslado adecuado de pacientes geriátricos en ambos sentidos, intentando en todo caso que las altas hospitalarias sean ágiles y con una ubicación idónea.
5. Asesorar y apoyar a la Atención Primaria de Salud del área correspondiente, en todo lo que suponga favorecer la permanencia en la comunidad de la persona mayor frágil e, incluso, de ciertos pacientes geriátricos.
6. Formación y educación para la salud dirigidas a todas las personas que de alguna manera tengan que ver con la atención a las personas mayores: profesionales intra y extrahospitalarios, estudiantes, cuidadores principales y divulgación en general.

3.4.5. Actividades

1. Las Interconsultas normalizadas en el centro constituirán la forma habitual de trabajo del EVCG con los pacientes geriátricos ingresados, tanto desde el área de hospitalización como de urgencias. Se contestarán lo más precozmente posible, dejando siempre en la historia del paciente una primera valoración. Cuando proceda, habrá un seguimiento, que si es prolongado o complejo, deberá conllevar un informe escrito del EVCG.
En algunos casos, puede intervenir en relación con demandas dirigidas desde otros servicios del hospital, efectuadas a través del servicio de Atención al Paciente, con el fin de colaborar en la tramitación y solución de las altas complejas de pacientes geriátricos.
2. Organización, promoción y participación en sesiones interdisciplinarias, tanto del propio EVCG como con otros servicios, para protocolizar actividades, programar altas, discutir casos, formación continuada, etc.
3. Consulta externa de Valoración Geriátrica para atender, de forma programada, a pacientes remitidos por Atención Primaria según protocolo previo. El seguimiento posterior de un plan de cuidados, será llevado a cabo, generalmente, por los profesionales de AP.
4. Consulta telefónica, con horario prefijado, para intentar responder a demandas sanitarias y sociales de los profesionales del área socio-sanitaria.
5. Visitas ocasionales y programadas a los Centros de salud, con iguales fines y objetivos que los del punto dos.
6. En determinados casos pueden llevarse a cabo actividades de seguimiento en domicilio por parte del EVCG, con el refuerzo consiguiente de medios necesarios. En todos los casos, los pacientes que se incluyan en esa modalidad de atención deberán cumplir cuatro requisitos:
 - * No precisar hospitalización.
 - * No existir posibilidad razonable de asistencia ambulatoria.
 - * Tener unas condiciones socio-familiares suficientes para permitir el mantenimiento en el domicilio.
 - * Que el problema desborde las posibilidades razonables de los recursos de Atención Primaria. En cualquier caso deberá existir la demanda o aceptación del EAP.

7. Participación en la Comisión Socio-Sanitaria de área (Ver apartado 5).

3.4.6. Cobertura

Las necesidades mínimas son de un EVCG, a tiempo completo, por Área de salud o por cada 250.000 habitantes, para una población con un índice de envejecimiento aproximado del 13%.

3.4.7. Indicaciones o criterios para su puesta en marcha

Si ya hubiera Servicio de Geriátrica en el Área, el EVCG se creará a partir de él, mediante una adecuada reordenación de sus propios recursos.

Cuando el EVCG sea el primer recurso geriátrico específico de un Área, las indicaciones o criterios para su puesta en marcha dependerán de los siguientes aspectos:

1. Cumplimiento de la cobertura mínima antes señalada.
2. Grado de envejecimiento de la población.
3. Tamaño del hospital (preferiblemente mayor de 300 camas).
4. Estancia media del hospital (mayor a la que le corresponde por sus características).
5. Grado de cobertura del Área por EAP.
6. Grado de desarrollo de la coordinación socio-sanitaria.
7. Circunstancias locales favorables.

3.4.8. Exclusión y excepciones

Si en el Área de salud el Servicio de Geriátrica existente no está en un hospital general, pero su desarrollo y calidad son adecuados, la puesta en marcha del EVCG en el hospital general del Área puede llevarse a cabo a partir del citado Servicio, con un desarrollo posterior de los niveles asistenciales, que tendrá en cuenta ésta característica.

En el supuesto de que el Servicio de Geriátrica ya existente, esté o no en el hospital general, no dependa de la red hospitalaria del INSALUD, siempre que se den las circunstancias antes citadas, podría actuarse de igual forma, mediante los acuerdos o convenios pertinentes.

Cuando por motivos de lejanía o aislamiento del área se considere la conveniencia de un EVCG, éste se desarrollará aunque no se cumplan los mínimos requisitos de cobertura.

3.4.9. Criterios de calidad

- * Horario habitual de mañana y/o de tarde, al igual que el resto de los servicios del hospital. Puede ser conveniente, en algunos casos, la prolongación de jornada, para actividades de coordinación, actuación en Urgencias, etc.
- * Actividad asistencial propia de las funciones mencionadas.
- * Elaboración de protocolos.
- * Trabajo inter y multidisciplinario, que tendrá su máxima expresión en las sesiones conjuntas.
- * Actividad docente para estudiantes y profesionales.
- * Desplazamiento a los centros de salud, reuniones de la comisión socio-sanitaria y centros gerontológicos del Área, también a los domicilios si procediera.

3.4.10. Indicadores para su seguimiento y evaluación

1. Indicadores de estructura

Indicadores
* Composición del EVCG. * Adecuación de la ubicación física y los espacios señalados. * Disponibilidad de la información sobre la actividad del hospital con los pacientes mayores. * Formalización de los procedimientos de derivación dentro del Área con otros servicios. * Existencia de protocolos o criterios de derivación en relación con otros servicios especializados, especialmente Urgencias, y en relación con Atención Primaria. * Nº de horas dedicadas por el EVCG a las distintas actividades: - Interconsultas - Consultas externas - Formación

2. Indicadores de proceso

A. Interconsultas Intrahospitalarias

Indicador	Criterio
* Nº de servicios cubiertos por el EVCG.	establecer
* Nº de pacientes evaluados.	De 350 a 500 VG nuevas
* Tiempo de respuesta (días).	Máximo 3 días
* Visitas de seguimiento.	De 525 a 750/año
* Nº de visitas de seguimiento por paciente.	establecer
* Nº de diagnósticos nuevos tras valoración por el EVCG.	establecer
* Destino tras la evaluación:	—
• Ingreso (si se trata del Servicio de Urgencias)	—
• Atención Primaria:	
— con apoyo social y/o sanitario	
— sin apoyo social y/o sanitario	
• Consultas Externas	—
• Hospital de Apoyo	—
• Servicios Sociales Institucionales:	—
— estancia definitiva	
— estancia temporal	
• Exitus en el hospital	—
• Pendientes de solución	—
* Nº de contactos con Atención Primaria (en relación a los pacientes valorados).	establecer

B. Consultas externas

Indicador	Criterio
* Procedencia de los pacientes (Nº y %)	—
• Atención Primaria	—
• Servicios Sociales	—
• Salud Mental	—
• Otras	—
* Destino tras la evaluación geriátrica de los pacientes (Nº y %)	—
• Atención Primaria:	—
— con apoyo social y/o sanitario	—
— sin apoyo social y/o sanitario	—
• Servicios Sociales Institucionales:	—
— estancia definitiva	—
— estancia temporal	—
• Hospital de apoyo	—
• Rehabilitación	—
* Nº de diagnósticos nuevos	—
* Nº de consultas primeras	175/año
* Nº de visitas sucesivas	—
* Relación sucesivas/primeras	establecer
* Tiempo primera visita-alta (días)	—
* Nº de informes (% sobre altas)	establecer
* Lista de espera	—
* Espera hasta primera visita (días)	—
* Consultas telefónicas	—

C. Actividades de Formación, Docencia e Investigación

Indicador	Criterio
* Nº de sesiones interdisciplinarias del EVCG	semanal
* Nº de sesiones conjuntas con equipos y/o profesionales de:	establecer
• Hospital	—
• Atención Primaria	—
* Nº de reuniones de coordinación Socio-Sanitaria	12-24/año
* Nº de protocolos clínico-terapéuticos realizados conjuntamente con:	establecer
• Otros servicios del hospital	5-10/año
• Atención Primaria	—
* Calendario de rotaciones de los profesionales de Atención Primaria por el EVCG	—
* Publicaciones	—
* Participación en Congresos, Jornadas etc.	—

3. Indicadores de resultado

Indicador	Criterio
* Estancia media hospitalaria de los pacientes geriátricos por servicios	establecer
* Mortalidad hospitalaria	—
* Pacientes dados de alta (%)	—
* Satisfacción de los pacientes y/o familia con el destino y el servicio	establecer
* Porcentaje de complicaciones intrahospitalarias en pacientes geriátricos (úlceras por presión, caídas etc.)	—

3.4.11. **Necesidades previsibles**

Actualmente existen 18 hospitales con EVCG y 18 hospitales con unidades o servicios de geriatría (ver Anexo 4).

A corto-medio plazo, es deseable que exista uno por cada Área de salud.

A medio-largo plazo, todo hospital general debería tener un EVCG.

3.5. **El hospital de día geriátrico (HD)**

3.5.1. **Concepto**

Centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, donde acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica, y regresar posteriormente a su domicilio.

3.5.2. **Objetivos**

- a) Hacer posible el manejo (valoración y/o tratamiento) de pacientes subsidiarios del mismo.
- b) Potenciar la autonomía funcional.
- c) Disminuir la utilización de camas hospitalarias, bien evitando ingresos o acortando estancias.
- d) Retrasar o evitar la institucionalización crónica en centros residenciales.

3.5.3. **Estructura**

A) Recursos humanos

El tamaño será de 20 a 30 plazas o lugares. La dotación mínima de personal, para 20 plazas, es:

- 1 diplomado en enfermería.
- 1 auxiliar de enfermería.
- 1 terapeuta ocupacional.
- 1 auxiliar del terapeuta ocupacional.
- 1 celador.
- 0,5 médico geriatra.
- 0,5 trabajador social.
- 0,5 auxiliar administrativo.

B) Recursos materiales

1. Aspectos funcionales y de diseño

- Situación preferible en planta baja, con acceso rodado directo desde el exterior.
- Vestíbulo cortavientos, amplio para silla de ruedas.
- Relación fácil con las áreas de diagnóstico del hospital, de abastecimiento de material, comidas, ropa sucia y basuras.
- Proximidad o acceso fácil a las áreas de rehabilitación del hospital, para que puedan ser compartidas.
- Buena relación con el resto de los niveles asistenciales geriátricos del hospital si los hubiere.
- Evitar peldaños. Si existen diferencias de niveles, deben salvarse con rampas de pendiente (menor o igual al 5%).
- Existencia de barras de apoyo en pasillos.
- Puertas suficientemente amplias para permitir el paso de sillas de ruedas o pacientes con muletas.

- Además, deben poder permanecer fijas en posición de abiertas, para facilitar el paso.
- Que los suelos no sean resbaladizos, ni que lo parezcan.
- Ningún área de pacientes debe de estar a más de 12 metros de un aseo.
- Son preferibles los espacios abiertos para facilitar la supervisión. Se usarán mamparas o cortinas para facilitar la intimidad.
- Señalización adecuada.

2. Área médica

- Consulta médica, con su mobiliario correspondiente, (común con el Equipo de Valoración de Cuidados Geriátricos).

3. Área de enfermería

- Consulta de enfermería con la dotación adecuada, común con el Equipo de Valoración de Cuidados Geriátricos.
- Sala de curas y hospitalización diurna, con dos camas y los complementos habituales de camas de hospitalización: oxígeno, pies de sueros etc.

4. Área rehabilitadora

- Sala de terapia ocupacional (TO) adecuadamente equipada. Tendrá zonas diferenciadas para actividades de la vida diaria (AVD), ergoterapia, terapia educativa, descanso o estar etc. La mayoría de las actividades del Hospital de Día girarán alrededor de esta sala.
- Despacho para el terapeuta ocupacional, con el mobiliario correspondiente y para las exploraciones necesarias.

5. Área social

- Despacho con la dotación adecuada, común con el Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos.

6. Otros

- Despacho de secretaría y recepción.
- Zona de estar para personal.
- Un guardarropa para ropa de calle, y un lugar o taquillas con llave para depositar objetos personales o de valor, (común con el Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos).
- Comedor para pacientes. Puede ser una parte de la sala de TO, con funciones múltiples.
- Almacén para material de TO, andadores etc.
- Dos aseos (hombres y mujeres), adaptados para pacientes.
- Aseos para el personal.
- Zona de espera y aseos para acompañantes.

3.5.4. Funciones

- Valoración geriátrica integral de pacientes complejos.
- Manejo de problemas geriátricos: incontinencia, caídas etc.
- Seguimiento clínico de altas precoces o situaciones de enfermedad inestables.
- Aplicación de técnicas diagnósticas o terapéuticas que requieren el ámbito hospitalario: punciones, transfusiones, curas, etc.
- Fisioterapia, que a ser posible se llevará a cabo en el gimnasio general del hospital.
- Terapia ocupacional, con especial énfasis en las AVD.
- Educación a enfermos, familiares y cuidadores.

3.5.5. Actividades

- Transporte para aquellos casos que sea realmente necesario.
- Desayuno y almuerzo.
- Consultas médicas y de enfermería.
- Curas, sondajes, punciones etc.
- Hospitalización de un día.
- Fisioterapia activa y pasiva.
- Podología.
- Logoterapia.
- Terapia ocupacional: AVD, ergoterapia, etc.
- Educación en autocuidados para los propios pacientes, familiares o cuidadores.
- Cuidados diarios: limpieza, aseo etc.

3.5.6. Cobertura

Las necesidades mínimas son de una plaza por cada mil personas mayores de 65 años, siendo más aconsejable 1,5 por mil.

Con el tamaño habitual, de 20 a 30 plazas, supone un HD para 150.000 a 250.000 habitantes, respectivamente, en una población con un índice de envejecimiento de un 13-14% .

El tiempo de desplazamiento es un condicionante en la cobertura. No son recomendables los que exceden a media hora, salvo que la frecuencia de asistencia sea muy baja. Este dato deberá tenerse muy en cuenta en áreas de salud con población dispersa.

3.5.7. Indicaciones y criterios para su puesta en marcha

- El Hospital de Día Geriátrico no puede ser una unidad aislada dentro del hospital; debe formar parte del resto de la infraestructura de la atención a las personas mayores. Existirá ya, al menos, el Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos.
- Es necesario que en el área de salud correspondiente haya, al menos, 15.000 personas mayores de 65 años.

3.5.8. Exclusión y excepciones

En poblaciones que por motivos de dispersión, se considere la necesidad de un HD, éste podrá contemplarse aunque no se cumpla el mínimo de población anciana antes citada.

3.5.9. Criterios de calidad

- Horario habitual de 9 a 17 horas, de lunes a viernes. Posibilidad de jornada continuada de mañana y/o tarde.
- Existen tres opciones para el traslado:
 - Medios propios del HD.
 - Medios concertados.
 - Por la familia del paciente, siempre que sea posible.
- Actividad asistencial propia de las áreas antes mencionadas. Existencia de todas las actividades propias.
- Trabajo interdisciplinario, reflejado en la realización de sesiones conjuntas semanales de todos los profesionales.
- Actividad docente para estudiantes y profesionales de distintos campos: enfermería, MIR etc.
- Apoyo a los pacientes ingresados en el centro, cuando esté indicado, especialmente para aquellos enfermos que posteriormente acudirán al HD.

3.5.10. Indicadores para su seguimiento y evaluación

Indicador	Criterio
— Número medio de asistencias por cada paciente:	
* Alta actividad	No más de 20
* Media actividad	De 20 a 40
* Baja actividad	Mayor de 40
— Índice de ocupación	Entre el 80-85%
— Frecuencia de estancias diurnas/pacientes	No mayor a 2 veces/sem.
— Porcentaje de pacientes admitidos para tratamiento médico y rehabilitador.	establecer (alto)
— Porcentaje de pacientes admitidos por motivo principalmente social	No más del 10%
— Proporción de pacientes dados de alta a domicilio	establecer (alta)
— Índice de rotación. Se aplicaría el siguiente Índice según Evans: N° de asistencias de los pacientes nuevos/N° total de asistencias	Mayor de 15
— Índice de pacientes nuevos corregida (IPNC):	
N° de pacientes nuevos al año x 10/N° total de asistencias al año	Debe de ser mayor o igual a 0,5
— Proporción de reingresos	establecer (baja)

3.5.11. Necesidades previsibles

Actualmente existen 35 HD geriátricos en nuestro país.

Ya se ha comentado la necesidad de 1 a 1,5 plazas por 1.000 personas mayores de 65 años. También está reconocido el ratio de 4 plazas por cada 1.000 personas mayores de 75 años.

Son aconsejables los HD de tamaño pequeño (20-30 plazas), pues se ha visto que en comparación con los más grandes, tienen mayor actividad terapéutica, menor estancia, mayor efectividad en el cumplimiento de los objetivos rehabilitadores y unas cifras significativamente menores de ingresos en residencias asistidas y hospitalización.

Como objetivo a medio plazo, parece razonable contemplar la posibilidad de un HD por cada área asistencial, priorizando en aquellas que mejor reúnan los criterios e indicaciones para su puesta en marcha.

3.6. La unidad de hospitalización de agudos (UHA)

3.6.1. Concepto

Nivel asistencial geriátrico destinado a la hospitalización de pacientes geriátricos, para llevar a cabo una valoración exhaustiva, manejo de procesos agudos o de reagudizaciones de procesos crónicos.

3.6.2. Objetivos

1. Mejorar la calidad asistencial de los pacientes atendidos: reducción de mortalidad, incapacidad, yatrogenia etc.
2. Racionalizar la utilización de recursos asistenciales: menor estancia media hospitalaria, menor utilización de institucionalización al alta, etc.
3. Favorecer una formación, educación y actitudes adecuadas hacia el paciente geriátrico de los diferentes profesionales, tanto intra como extrahospitalarios.

3.6.3. Estructura

A. Recursos humanos

- * Propios:
 - Médicos especialistas en geriatría, uno por cada 10-12 camas.
 - Profesionales de enfermería y personal no sanitario, en número similar al de otras unidades de agudos del centro.
 - El mismo trabajador social que el del EVCG.
- * Compartidos con otros servicios: psiquiatras, psicólogos, rehabilitadores etc.

B. Recursos materiales

El tamaño mínimo será de diez camas ubicadas en el hospital general.

Se precisarán los recursos propios de cualquier sala de hospitalización de pacientes agudos, pero teniendo en cuenta o haciendo especial énfasis, en los siguientes aspectos:

- Ausencia de barreras arquitectónicas.
- Normas establecidas para evitar caídas: suelos antideslizantes, pasamanos etc.
- Adaptaciones para facilitar la autoayuda y la labor de los trabajadores: camas de altura regulable, adaptadores en baños etc.
- Sillones geriátricos.
- Sala de estar común o habitación de día.
- Material antiescaras, para incontinentes etc.

3.6.4. Funciones

- Diagnóstico y valoración de pacientes geriátricos subsidiarios de ingreso hospitalario.
- Tratamiento de los procesos agudos, o crónicos reagudizados, y rehabilitación precoz.
- Coordinación inter y multidisciplinar con los diferentes estamentos asistenciales, intra y extrahospitalarios.
- Docencia a los distintos profesionales y estudiantes, en cualquier nivel de asistencia.
- Educación para la salud a cuidadores sobre manejo de problemas específicos: sondas, alimentación etc.
- Investigación sobre problemas clínicos y asistenciales.

3.6.5. Actividad posible

- Valoración geriátrica y asistencia clínica diaria a los pacientes ingresados.
- Elaboración de protocolos diagnósticos y terapéuticos.
- Realización de sesiones interdisciplinarias periódicas (aconsejable una por semana), sobre los pacientes ingresados.
- Coordinación con otros profesionales, especialmente con los de atención primaria y de servicios sociales.
- Docencia pregrado (estudiantes de medicina, enfermería etc), postgrado (MIR de geriatría, medicina familiar y comunitaria etc) y formación continuada (profesionales de centros de salud etc).
- Investigación, priorizando sobre los aspectos relacionados con la labor asistencial y docente.

3.6.6. Cobertura

La dotación deseable es de una UHA de 10 a 15 camas, por cada Área de Salud o por cada 250.000 habitantes, con un 13% aproximado de población mayor de 65 años.

3.6.7. Indicaciones o criterios para su puesta en marcha

Su implantación deberá seguir lo mas pronto posible al EVCG y al Hospital de Día. Constituiría la "Fase 2" en el desarrollo del esquema de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las mayores.

Su grado de integración o diferenciación con otras unidades asistenciales médicas, estaría en función del tamaño del hospital y la existencia de otros recursos o dispositivos en el área.

3.6.8. Exclusión y excepciones

Serían las mismas que se deben tener en cuenta para la puesta en marcha del EVCG.

3.6.9. Criterios de calidad

Los habituales de cualquier unidad de hospitalización, pero con especial énfasis en los siguientes aspectos:

- Trabajo interdisciplinario.
- Aplicación de protocolos específicos.
- Actividad docente a todos los niveles, incluida la educación para la salud a los cuidadores, en todo lo referente a los principales problemas geriátricos.

3.6.10. Indicadores para su seguimiento y evaluación

1. Indicadores de estructura

Indicadores
— Ratio de camas/habitantes
— Ratio de personal/camas

2. Indicadores de proceso

Indicadores
— Utilización de instrumentos objetivos y validados de valoración geriátrica
— Existencia de protocolos para el manejo de los grandes síndromes geriátricos
— Reuniones formales del equipo interdisciplinario
— Preparación del alta
— Docencia e investigación

3. Indicadores de resultado

Indicadores	Criterio
— Número de ingresos	establecer
— Adecuación de los ingresos: cumplimiento de criterios de paciente geriátrico	100% casos
— Índices de ocupación y rotación	establecer
— Estancia media	Inferior a 15 días
— Mortalidad	Inferior al 20%
— % Complicaciones intrahospitalarias: caídas, úlceras por presión etc.	establecer
— Resultados funcionales: diferencias entre incapacidades al ingreso y al alta	—
— Índice de reingresos	establecer
— Adecuación de los informes de alta	100% de los casos
— Contacto, habitualmente telefónico, con atención primaria al alta	establecer
— Institucionalización al alta	Inferior al 15%
— Satisfacción de los pacientes y/o familia	—

3.6.11. Necesidades previsibles

A medio plazo es deseable que exista una UHA por cada Área de salud. A más largo plazo, todo hospital general con más de 300 camas debería tener una.

Su tamaño dependerá del número total de camas del Área u hospital, del grado de envejecimiento, de las circunstancias locales, etc.

3.7. La unidad de convalecencia

3.7.1. Concepto

Nivel asistencial geriátrico destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alteradas como resultado de diferentes procesos previos.

Generalmente se trata de pacientes geriátricos con diferentes enfermedades de base, que precisan una recuperación funcional después de procesos médicos, quirúrgicos o traumatológicos.

3.7.2. Objetivos

1. Restablecer el estado funcional en el mayor grado posible.
2. Favorecer la adaptación a la nueva situación de dependencia.
3. Controlar o estabilizar síntomas o secuelas.
4. Facilitar y potenciar la reinserción familiar y social.
5. Potenciar la formación y educación de profesionales y cuidadores.

3.7.3. Estructura

A. Recursos Humanos

* Propios:

- Médicos especialistas en geriatría, uno por cada 25-30 camas.
- Profesionales de enfermería y no sanitarios, en número similar a otras unidades de enfermería, pero con mayor proporción auxiliar de enfermería/enfermero (3 auxiliares por cada 2 enfermeras).
- Trabajador social, el mismo que el del EVCG.
- En conjunto, el total de efectivos/cama debe de ser mayor de 0,7.

- * Compartido con otros servicios: además de las colaboraciones puntuales con otros especialistas del hospital o Área sanitaria (psiquiatra, psicólogo etc.), deberá ser reforzado, si procede, con personal rehabilitador, especialmente médico rehabilitador y/o fisioterapeuta; el terapeuta ocupacional del hospital de día geriátrico, colaborará en la terapia ocupacional de la unidad de convalecencia.

B. Recursos Materiales

El número mínimo de camas de convalecencia se estima en un 5% del total de las camas de agudos del hospital y/o área asistencial.

Su ubicación ideal es el hospital general de agudos. También pueden ser viables en otros hospitales del Área, lo que supondrá la necesidad de unos adecuados medios de traslado.

Los recursos propios de la unidad de convalecencia, serán similares a los expuestos para la unidad de hospitalización de agudos.

3.7.4. Funciones

- Diagnóstico y valoración de los pacientes geriátricos subsidiarios.
- Rehabilitación funcional.
- Tratamiento de síntomas y/o secuelas.
- Coordinación inter y multidisciplinar con los diferentes estamentos asistenciales, tanto intra como extrahospitalarios.
- Docencia a los diferentes profesionales y estudiantes, en cualquier nivel de asistencia.
- Educación para la salud a cuidadores sobre manejo de problemas específicos: movilización, actividades de la vida diaria, cura de úlceras etc.
- Investigación sobre problemas clínicos y asistenciales.

3.7.5. Actividad posible

- Valoración geriátrica y asistencia clínica a los pacientes ingresados.
- Rehabilitación completa: fisioterapia, terapia ocupacional, logoterapia...
- Manejo de problemas clínicos geriátricos con predominio de cuidados de enfermería.
- Elaboración de protocolos terapéuticos.
- Realización de sesiones inter y multidisciplinarias periódicas, (aconsejable una quincenal), sobre pacientes ingresados.
- Coordinación con otros profesionales, especialmente de atención primaria, servicios sociales y del propio hospital: traumatología, cirugía etc.
- Docencia pregrado (estudiantes de medicina, enfermería etc), postgrado (MIR de geriatría, medicina familiar y comunitaria etc) y formación continuada (profesionales de centros de salud etc).
- Educación para la salud a los cuidadores, en el sentido antes mencionado.
- Investigación sobre los problemas clínicos y asistenciales más característicos de la Unidad de Convalecencia.
- El trabajo interdisciplinario será la norma, con el objetivo común de recuperar función y/o secuelas. La actividad de los diferentes profesionales tendrá una actitud dirigida en este sentido, no pudiendo limitarse a lo que estrictamente sugiera su cualificación. Así, por ejemplo, los enfermeros colaborarán activamente en la movilización, actividades de la vida diaria etc; el médico en la evolución de las úlceras por presión, etc.
- Habrá una adecuada colaboración multidisciplinar con el servicio de rehabilitación del hospital. Es muy deseable la existencia de un médico rehabilitador y un fisioterapeuta "de enlace".

3.7.6. Cobertura

Las necesidades mínimas se estiman en un número de camas igual al 5% del total de camas de agudos existentes en el Área sanitaria correspondiente.

3.7.7. Indicadores y criterios para su puesta en marcha

Pertenece a la "Fase 3" del desarrollo del esquema de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores, por lo que su implantación seguirá a la puesta en marcha previa del EVCG, el hospital de día y la unidad de hospitalización de agudos.

3.7.8. Exclusión y excepciones

Serían las mismas que se deben tener en cuenta para la puesta en marcha del EVCG.

3.7.9. Criterios de calidad

- * Utilización adecuada del hospital de día geriátrico (rehabilitación) por los pacientes de la unidad de convalecencia.
- * Se pondrán en práctica y se evaluarán periódicamente protocolos específicos: inmovilismo, caídas etc.
- * Se realizará enseñanza de autocuidados a pacientes, familiares y cuidadores, sobre los problemas geriátricos más prevalentes y que habitualmente generan una mayor demanda.

3.7.10. Indicadores para su seguimiento y evaluación

A. Indicadores de estructura

Indicadores
— Ratio de camas/habitantes
— Ratio de personal/camas
— Porcentaje de camas/total camas de agudos

B. Indicadores de proceso

Indicadores
— Utilización de instrumentos de valoración geriátrica objetivos y validados.
— Existencia de protocolos para el manejo de los problemas más comunes.
— Reuniones formales del equipo interdisciplinario (una semanal aproximadamente).
— Reuniones formales del equipo multidisciplinar (una quincenal aproximadamente).
— Preparación y programación de las altas
— Docencia e investigación

C. Indicadores de resultado

Indicadores	Criterio
— Número de ingresos	establecer
— Adecuación de los ingresos: en todos los casos, el proceso causante de ingreso debe de ser susceptible de mejoría o curación	100%
— Índices de ocupación y rotación	establecer
— Estancia media	20 - 30 días
— Complicaciones intrahospitalarias: caídas, yatrogenia, infecciones etc.	establecer
— Resultados funcionales: diferencias entre incapacidades al ingreso y al alta	
— Índice de reingresos	
— Adecuación de los informes de alta	En el 100% casos
— Comunicación del alta telefónica o por fax a atención primaria	En el 100% casos
— Institucionalización al alta	Menor del 25%
— Índice de mortalidad	Inferior al 10%
— Satisfacción de los pacientes y/o familia	—

3.7.11. Necesidades previsibles

A medio plazo es deseable que cada Área de salud tenga, al menos, una unidad de convalecencia ubicada a ser posible en el medio hospitalario siempre que se tengan en cuenta los criterios anteriormente citados para su puesta en marcha.

**SERVICIOS SOCIALES PARA LAS PERSONAS
MAYORES**

4. SERVICIOS SOCIALES PARA LAS PERSONAS MAYORES

4.1. Resumen del estado actual en España y otros países

4.1.1. Estado Español:

La historia de la implantación de un sistema de servicios sociales inspirado en el modelo de Estado de Bienestar es bastante reciente en nuestro país. El marco constitucional (1978) y muy especialmente el artículo 50 de este texto se sitúa en el punto de partida de las políticas sociales de atención a las personas mayores.

La década de los 80 significará la implantación definitiva del actual modelo de atención, produciéndose un importante aumento en el número de recursos sociales más tradicionales (hogares y clubs de jubilados, residencias, atención domiciliaria) y poniendo en marcha una amplia gama de servicios de carácter más innovador (estancias diurnas, centros de día, teleasistencia, sistemas alternativos de alojamiento, etc.).

El desarrollo de unos y otros está suponiendo cambios cualitativos importantes en los principios que rigen nuestro sistema de atención gerontológica, desde principios de los 80 que el objetivo prioritario se centraba en la construcción de residencias para personas con un buen nivel de autonomía funcional pero con importantes problemas socioeconómicos, a la actualidad que la planificación de los servicios prioriza aquellos que favorecen la permanencia en su entorno habitual, con especial énfasis en la atención domiciliaria, reservando los servicios institucionales para aquellas personas, generalmente mayores de 80 años, que padecen problemas de dependencia física o psico-social.

El desarrollo de los Servicios Sociales tiene como referencia de la política de Estado para este grupo de población, el Plan Gerontológico, marco de actuación para la década de los 90. Es un diseño de inter-

vención con un enfoque de atención integral, que se sistematiza en torno a **5 grandes áreas: Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura y Ocio y Participación.**

4.1.2. Otros países europeos

La meta general de las políticas sociales dirigidas a las personas mayores en los países desarrollados, se resume en el lema "Envejecer en casa", difundido por diversas organizaciones internacionales, muy especialmente por la OCDE. Esta misma institución establece cuatro grandes categorías de recursos a desarrollar para lograr el cumplimiento de este objetivo:

- Un entorno doméstico acorde con los estados de necesidad de sus usuarios.
- Una movilización y potenciación de las redes sociales informales.
- Una atención domiciliaria asegurada por un amplio abanico de servicios.
- Una gama de establecimientos de cuidados institucionales que cubran tanto las necesidades de estancias temporales como las de larga estancia.

Estas líneas de intervención están exigiendo a los poderes públicos de los países desarrollados un planteamiento nuevo sobre los modos de gestión y distribución de los recursos, intentando superar uno de los problemas que sistemáticamente aparece en este sector: **La coordinación** a todos los niveles: entre instituciones implicadas, profesionales, iniciativa social pública y privada, diferentes recursos, etc., pero sobre todo entre los ámbitos de intervención social y sanitaria.

En cuanto a los sistemas y modelos de atención en los países europeos, las diferencias son notables entre unos y otros, respondiendo en todos los casos a las diversas concepciones del Estado de Bienestar y al sistema de derechos y deberes atribuidos a sus ciudadanos, que se traduce en interpretaciones y aplicaciones más o menos estrictas del principio de subsidiariedad.

Nivel de implantación y desarrollo de sus recursos:

En el ámbito institucional, aunque no es fácil homologar las diversas tipologías de residencias y establecimientos de larga estancia en cuanto a tamaño, equipamiento, personal, gestión y financiación, se pueden establecer tres grupos de países:

1) Dinamarca y El Benelux con un nivel de cobertura superior a 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. Desde 1990 Dinamarca ha dejado de construir grandes instituciones, optando por la remodelación en pequeñas unidades de cuidados que preservan al máximo la intimidad e independencia de sus usuarios.

En este primer grupo se puede incluir también al **Reino Unido** si se acepta la calificación institucional para el gran número de sistemas alternativos de alojamiento que tienen en funcionamiento.

2) Francia, Alemania e Irlanda que se sitúan en tasas de cobertura cercanas al 5%.

3) Grecia, Italia, Portugal y España que en ningún caso llegan a disponer de más de 3 plazas residenciales por cada 100 mayores de 65 años.

La disponibilidad de otro tipo de servicios se distribuye de forma similar. Así, la cobertura de plazas en centros de día, oscila entre más de un 7% en Dinamarca y un número muy limitado (por debajo del 1%) de centros de este tipo en los países mediterráneos.

En cuanto a la **atención domiciliaria**, una vez más es difícil ofrecer datos que correspondan a criterios homólogos de provisión de este servicio, muy especialmente en cuanto a intensidad, tipología de servicios que se ofrecen, cualificación de profesionales, etc. No obstante, algunas cifras evidencian las diferencias: un 19% de daneses mayores de 65 años reciben atención domiciliaria permanente, 8% en los Países Bajos y entre un 3% y un 6% en Francia, Grecia, Irlanda y Luxemburgo.

4.2. Los servicios sociales en el marco de la coordinación socio-sanitaria de la atención a las personas mayores.

Se ofrece a continuación una breve descripción de los servicios y prestaciones sociales cuyo desarrollo se considera necesario para la puesta en marcha de un modelo de atención sociosanitaria para las personas mayores.

4.2.1. **Servicios Sociales comunitarios**

4.2.1.1. *Adaptaciones de viviendas:*

Este servicio tiene como objetivo dotar a la vivienda ocupada por una persona mayor de las adecuadas condiciones de habitabilidad, favoreciendo así su autonomía aún cuando padezca situaciones de dependencia.

Hasta el momento el desarrollo de este servicio es incipiente, y se efectúa a través de ayudas económicas para la rehabilitación y adaptación funcional de estas viviendas que se están prestando desde distintas instancias administrativas (central y autonómica, local) con diferentes tipos de ayudas: subvenciones a fondo perdido, préstamos de bajo interés, etc..

4.2.1.2. *Servicio de atención domiciliaria:*

Consiste en una serie de atenciones y cuidados básicos de carácter personal, doméstico y social que se dispensan a personas mayores de 65 años que padecen problemas de pérdida de su autonomía personal. Los servicios que se ofrecen son:

- Limpieza de la casa.
- Lavado y planchado de ropa.
- Compra y preparación de comidas.
- Aseo personal.
- Peluquería.
- Cuidados sanitarios elementales.
- Podología.

También se ofrecen otros servicios complementarios como son: acompañamiento, realización de gestiones, actividades de ocio, etc. Los servicios de teleasistencia, así como los de comidas a domicilio y lavandería se incluyen dentro de estos servicios complementarios.

Son *objetivos generales* de la atención domiciliaria:

- Facilitar la autonomía de sus beneficiarios.
- Lograr la permanencia en su medio habitual de vida.
- Evitar la institucionalización.

El servicio de ayuda a domicilio se presta en España fundamentalmente por iniciativa de las Administraciones Públicas, sobre todo por las Corporaciones Locales, aunque las ONGs. y la iniciativa privada están desempeñando un papel cada vez más importante en la prestación de este servicio.

La prestación directa de la mayoría de los servicios es realizada por la figura del "auxiliar de atención domiciliaria", profesión sin reconocimiento académico alguno, que recibe formación muy diversificada y con desigual calidad, impartida en la mayoría de los casos por la institución que suministra el servicio.

Las asociaciones de personas mayores y otras instituciones de voluntariado están desarrollando de forma considerable los servicios complementarios. En cuanto a la intensidad del servicio, varía considerablemente en función de: estado de necesidad, organización que lo presta, disponibilidad presupuestaria... En ningún caso supera las 10 horas semanales, aunque el promedio se sitúa en torno a las 6 horas.

Cobertura y estimación de necesidades:

En la actualidad se estima en torno al 2% el porcentaje de personas mayores de 65 años que acceden al mismo. El Plan Gerontológico establece una previsión de cobertura del 8% para finales de esta década, lo que significaría un esfuerzo de considerable magnitud en la consecución del objetivo "envejecer en casa". Se está procediendo a la revisión de este objetivo, que difícilmente superará un 4% para esas fechas.

4.2.1.3. *Servicio de teleasistencia:*

Existen diversos sistemas de teleasistencia, muy perfeccionados tecnológicamente. La base de todos ellos consiste en un dispositivo que la persona lleva sobre sí, y que es capaz de desencadenar una señal de alarma identificable en una central de escucha, que, a su vez, inmediatamente se pone en contacto telefónico con el interesado, o si el caso lo requiere, envía ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal de alarma.

Las evaluaciones realizadas de este servicio, indican que constituye un importante elemento de seguridad para las personas

mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo, evitando, o al menos retrasando, su institucionalización.

La evolución y perfeccionamiento tecnológico de este sistema ha abaratado considerablemente sus costes, lo que facilita la accesibilidad al mismo desde el sector público y/o privado.

Cobertura y estimación de necesidades:

Es este un servicio de implantación muy reciente en España, promovido desde las diferentes administraciones, ONGs. e iniciativa privada, por lo que todavía no se dispone de índices de cobertura significativos.

El Plan Gerontológico establece una ratio del 12'5% de las personas mayores *que viven solas* (en torno a un millón), lo que supondría en números absolutos una cifra de unos 125.000 beneficiarios.

4.2.1.4. *Los Hogares y Clubs de jubilados:*

Son centros de reunión que promueven la convivencia de las personas mayores y la mejora de sus condiciones de vida a través de diversos servicios como son:

- Información, orientación y asesoría a cargo de un trabajador/a social.
- Biblioteca.
- Cafetería.
- Peluquería.
- Comidas a precios asequibles.
- Podología.
- Prevención sanitaria y rehabilitación menor.
- Actividades sociales y formativas a través de cursos y talleres de diversos temas.

Si bien en algún momento la valoración de este tipo de centros no ha sido muy positiva, por sus indudables rasgos de marginalidad, una evaluación más profunda y a largo plazo de los mismos, muestra el importante papel que estos centros están desempeñando.

De hecho, han contribuido de forma significativa a reforzar y crear redes de apoyo social de las personas mayores, con todos los beneficios que esto conlleva, a implantar hábitos de vida más saludable y, en definitiva, a mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

Cobertura y estimación de necesidades:

En la actualidad existen 4.707 centros de este tipo, lo que significa un índice de cobertura de 8,17 plazas por cada 10.000 habitantes, muy por encima del 4 por 10.000 establecido por el Plan Gerontológico. En todo caso existe un gran desequilibrio entre Comunidad Autónomas sobre este recurso.

Asimismo, se está ampliando la oferta de servicios de estos centros a través de la puesta en funcionamiento de unidades de estancias diurnas para personas dependientes, en aquellos donde las instalaciones y dotación de personal lo permitan, así como los servicios de distribución de comidas y lavandería.

4.2.2. **Servicios Sociales Intermedios**

4.2.2.1. *Estancias diurnas/Centros de día:*

Se define este recurso como un **"Servicio socio-sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de discapacidad física o psico-social, promoviendo la permanencia en su entorno habitual"**

Su objetivo general es **"favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas mayores discapacitadas y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía"**

La implantación de este servicio en España está dando lugar a confusiones con otro tipo de equipamientos de funcionamiento diurno como son los Hogares y Clubs del Jubilado y los Hospitales de Día, cuyos objetivos y actividades son bastante similares en algunas facetas. Algunas diferencias básicas se establecen en la tabla 4 (pag. siguiente).

Tabla 4
SISTEMAS DE ATENCIÓN DIURNA

Modelo	Dependencia	Objetivo	Duración del servicio	Destinatarios
Hospital de día	Servicios sanitarios	Diagnóstico Tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud	Programa cerrado Período de pocos meses	Personas mayores enfermas, en su mayoría proceden del hospital
Centro de día	Servicios sociales	Prevención de la institucionalización, rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias	Flexible. Hay casos cronificados	Personas mayores con problemas de pérdida de autonomía funcional (física o psíquica)
Hogares y clubs	Servicios sociales	Prevención, socialización, información y formación	Indefinida	Personas mayores autónomas

Las unidades de estancias diurnas ofrecen diversos servicios que se pueden sistematizar en los siguientes módulos:

- a) Atención social:
 - Detección, acogimiento, orientación y seguimiento de casos, coordinación del plan de intervención establecido, relación con la familia, etc.
- b) Atención a la salud psico-física:
 - Rehabilitación y control psico-físico.
 - Actividades psicoterapéuticas.
 - Terapia ocupacional.
 - Higiene personal.
 - Dietética.
- c) Socialización y participación:
 - Entrenamiento en habilidades sociales.
 - Relaciones personales.
 - Actividades de ocio y cultura.
 - Actividades productivas.

Cobertura y estimación de necesidades:

Es este un servicio de implantación muy reciente en España, por lo que el número de centros puesto en marcha desde la iniciativa pública y privada es poco significativo. Actualmente existen en torno a 4.000 plazas de este tipo. Aunque el Plan Gerontológico no ha establecido índices de cobertura, parece prudente fijar para el final de la década de los 90 la necesidad de disponer de 2 plazas por cada 100 personas mayores de 75 años.

4.2.2.2. *Estancias temporales en Residencias:*

Este servicio posibilita la estancia en una institución residencial durante un período no superior a 60 días a aquellas personas mayores de 65 años que se encuentran, bien ellos mismos o las familias con quién conviven, en algún estado eventual de necesidad, susceptible de solución o mejora mediante el acceso a este recurso.

Es un servicio de apoyo familiar al igual que el de estancias diurnas que cumple una importante función de alivio para los cuidadores, favoreciendo así la permanencia de la persona mayor en el entorno familiar y, en consecuencia, evitando la institucionalización definitiva.

Cobertura y estimación de necesidades:

El Plan Gerontológico establece medidas destinadas a favorecer la generalización de este servicio como son:

- a) Reserva de al menos un 2% de plazas destinadas a esta finalidad en las residencias dependientes de la administración.
- b) Aprovechamiento de las plazas ocupadas por residentes fijos de centros públicos durante el periodo de sus vacaciones, mediante el establecimiento de las normas y compensaciones necesarias.
- c) Concierto con entidades privadas (Hoteles, Residencias, etc.) para la reserva de plazas con este carácter de temporalidad.

4.2.2.3. *Sistemas alternativos de alojamiento:*

Bajo esta denominación se agrupa una amplia gama de alojamientos para personas mayores que, por problemas de vivienda,

soledad o pérdida de autonomía se ven obligadas a abandonar su domicilio y optan por las soluciones más parecidas a su modo de vida habitual. Son características comunes a este tipo de alojamientos:

- Estar ubicados en el mismo entorno a donde han vivido hasta el momento sus ocupantes.
- Son sistemas de convivencia en grupos pequeños.
- En todos los casos están organizadas en torno a algún sistema de tutela.
- Constituyen una alternativa a la vivienda habitual, no a la institución. En consecuencia, su diseño responde a las características de un hogar.

Estos sistemas de alojamiento se pueden agrupar en dos grandes bloques:

- a) Alojamientos en los que prima la intimidad por encima de la convivencia. Sistemas de apartamentos individuales o bipersonales, con una gama más o menos amplia de servicios que se ofrecen en el mismo edificio o en algún centro gerontológico cercano: lavandería, restaurante, etc..

Estos apartamentos que oscilan entre los 30 y 50 m². suelen disponer de algún sistema de teleasistencia o simplemente alarma conectada a la conserjería del edificio, lo que proporciona seguridad a sus inquilinos.

- b) Alojamientos en los que predomina la convivencia por encima de la privacidad. Existen numerosas fórmulas en esta línea: viviendas tuteladas ocupadas por grupos entre 4 y 10 personas, viviendas comunales y minirresidencias de hasta 20 personas, desarrolladas sobre todo en el medio rural, así como diversos sistemas de acogida (acogimiento familiar, convivencia intergeneracional, etc.).

El tipo de tutela que se ejerce en todos estos sistemas varía mucho, siendo determinante el grado de dependencia de los miembros del grupo, así como el sistema de convivencia que practiquen.

Cobertura y estimación de necesidades:

A pesar de que en los últimos años se empiezan a desarrollar estos sistemas de alojamiento en todo el territorio español, su

grado de implantación no es todavía significativo numéricamente. El Plan Gerontológico establece un ratio de cobertura del 1% de los mayores de 65 años para el año 2000.

4.2.2.4. Servicios Sociales institucionales:

Están constituidos por residencias, entendidas como **“Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”**.

Facilitar el mantenimiento de la autonomía se configura como objetivo general de atención en estos centros.

La clasificación tradicional que distinguía residencias para personas mayores “válidas” o “asistidas” está siendo sustituida por una única tipología acorde con su definición; es decir, centros para personas con problemas de dependencia.

En consecuencia, se está produciendo un rápido proceso de “re-conversión” de las plazas para personas válidas, impuesta por la evidencia de una progresiva pérdida de autonomía de las personas que las ocupan.

Existen grandes diferencias entre la iniciativa pública y privada en cuanto a sus características: tamaño, ubicación, equipamiento, etc.

Su diseño arquitectónico deberá contribuir a:

- Potenciar la autonomía (evitando caídas, paliando incapacidades y actuando sobre la reducción de las capacidades sensoriales).
- Conseguir la seguridad psíquica (espacios definidos e identificables que compensen la desorientación espacial, fomentando el contacto con el exterior y la naturaleza).
- Respetar la intimidad individual.
- Provocar las relaciones sociales.
- Facilitar la labor del personal para el desarrollo de sus funciones.

En cuanto a los servicios que se ofrecen en las residencias y su consiguiente dotación de personal, las diferencias una vez más son notables. En cualquier caso, un centro institucional que acoja a personas con problemas de dependencia deberá ofrecer a sus usuarios además de la cobertura de sus necesidades básicas (alimentación, higiene, alojamiento...), una serie de servicios que traducidos en programa de intervención se concretan en:

Programas de intervención sanitaria:

- Atención médica.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.

Programas de intervención psicosocial:

- Atención psicológica.
- Asistencia social.
- Intervención con familias.
- Animación socio-cultural.

Programas de intervención para personas con deterioros cognitivos.

Programas de atención a personas con enfermedad terminal.

Estos servicios podrán ser dispensados por profesionales pertenecientes a la institución o por los de los servicios socio-sanitarios del área correspondiente. El tamaño de la residencia y la tipología de sus usuarios condicionarán una u otra alternativa.

Cobertura y estimación de necesidades:

Los últimos datos disponibles en cuanto a cobertura de plazas residenciales ofrecen la cifra de 163.338, que corresponde a un porcentaje del 2,8 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. De ellas, un 32,5% pertenecen al sector público, repartiéndose la titularidad del resto (67,5%) entre la iniciativa privada con fin de lucro, las asociaciones y organizaciones no gubernamentales.

El Plan Gerontológico establece como objetivo de cobertura para el año 2000 un ratio de 3,5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, lo que significará (teniendo en cuenta las últimas proyecciones demográficas) la construcción de cerca de 67.039 nuevas plazas.

4.3. Los sistemas de acceso a los servicios

El acceso a la mayoría de los servicios sociales para las personas mayores requiere una evaluación previa de necesidades que se realiza a través de la aplicación de baremos, considerados como el sistema más objetivo de valoración y posterior asignación de recursos.

El peso de las diferentes situaciones que se valoran ha ido variando en los últimos años, adaptándose progresivamente a los actuales perfiles de usuarios de servicios y sus diferentes estados de necesidad. Así, mientras que en el pasado, el factor económico era decisivo en la asignación del recurso, en la actualidad se tiende a primar otros aspectos como el de autonomía funcional, situación socio-familiar, etc.

Las diferentes CC.AA. han elaborado en bastantes casos sus propios baremos de acceso, incluyendo indicadores similares (salud, dependencia, situación socio-familiar, aspectos económicos, vivienda), pero concediendo prioridad y peso diferente a cada uno de ellos.

A modo de ejemplo, se ofrecen algunos datos relativos a la determinación de los grados de necesidad para obtener una ayuda domiciliaria financiada desde el INSERSO.

	Puntuación	Peso en la VALORACIÓN GLOBAL
— Autonomía personal	50	35'7%
— Situación socio-familiar	30	21'43%
— Situación económica	40	28'58%
— Otros aspectos a valorar	20	14'29%

El concepto "autonomía personal" contempla de forma integrada los aspectos físico, psíquico y funcional-organizativo de las personas. Por tanto, se incluye en dicho concepto el estado de equipamiento de las viviendas, así como el acceso y la posibilidad de utilización de medios de transporte.

Para poder acceder a este servicio los valores "autonomía personal" y "situación socio-familiar" han de ser distintos a 0 y deberán sumar al menos 20 puntos.

En cuanto a los equipos de evaluación de necesidades, a partir de la implantación del sistema de baremos como instrumento objetivador de este proceso, el funcionamiento del equipo multiprofesional se ha ido diluyendo, para tomar mayor protagonismo el diagnóstico paralelo realizado por el médico y el trabajador social, profesiones clave en este proceso, para, posteriormente, una vez informatizadas ambas evaluaciones, emitir una calificación global. Unos y otros profesionales, pero muy especialmente los trabajadores sociales, realizan parte de sus evaluaciones a través de visitas domiciliarias, sistema que ofrece matices cualitativos de gran importancia en la evaluación.

LA COMISIÓN SOCIO-SANITARIA DE ÁREA

5. LA COMISIÓN SOCIO-SANITARIA DE ÁREA

5.1. Definición

“Órgano interinstitucional de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores que, en un ámbito geográfico determinado, procurará una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios”.

5.2. Objetivos

- Ofrecer una atención integral a las personas mayores en su ámbito territorial proporcionándoles los recursos sociales y/o sanitarios más adecuados a sus estados de necesidad.
- Contribuir a optimizar los recursos sociales y sanitarios del área mediante su correcta ordenación, distribución, coordinación y utilización.
- Favorecer la permanencia de estas personas mayores en su entorno habitual, mediante el desarrollo de un sistema progresivo de cuidados comunitarios que tienda a evitar la institucionalización innecesaria.
- Garantizar la continuidad del plan de cuidados prescrito.
- Mejorar la cualificación de los profesionales implicados, a través del acceso a las acciones formativas de ambos sectores, así como del desarrollo de líneas comunes de investigación e intervención.
- Promover la colaboración de organizaciones sin fines de lucro (Cruz Roja, Cáritas, etc) y de todas las redes informales que están implicadas en la atención a los mayores, dentro del área.

5.3. Funciones

Se trabajará en los siguientes ámbitos de actuación:

a) *Intervención individual*

- Tipificación de los casos objeto de atención por la comisión.
- Valoración, asignación de recursos y análisis del plan de intervención individualizado.
- Establecimiento de criterios de utilización de los servicios.
- Elección de instrumentos de valoración estandarizados a utilizar en los servicios sociales y sanitarios objeto de coordinación.
- Seguimiento de los casos.
- Evaluación de la intervención.

b) *Intervención comunitaria*

- Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios del área: características sociodemográficas, proyecciones de población, índices de cobertura de servicios, problemas de salud, sociales, etc.
- Establecimiento de población diana objeto de la intervención comunitaria.
- Realizar acciones formativas e informativas dirigidas a familiares y otros cuidadores informales, priorizando aquellas que les dotan de los conocimientos y habilidades específicas para llevar a cabo los cuidados.
- Planificación de intervenciones de prevención y promoción de la Salud en el área, destinadas a la población mayor.
- Colaboración con otras instituciones públicas y/o privadas, así como con las ONGs implantadas en el área, con el fin de atender las demandas generadas por la población de referencia.

c) *Formación e investigación*

- Realización de actividades teórico-prácticas sobre diferentes aspectos gerontológicos y geriátricos dirigidos a los diferentes profesionales implicados en la Comisión.

- Desarrollo, seguimiento y validación de los indicadores de evaluación utilizados.
- Realización de estudios de investigación de carácter multiprofesional sobre temas gerontológicos de especial incidencia en el área de intervención.
- Elaboración de una memoria anual sobre las actividades desarrolladas por la Comisión.

5.4. Composición y organización

La Comisión de área establecerá sus estrategias de funcionamiento en cuanto a: frecuencia de reuniones, dedicación, asignación de tareas, etc.

Estas comisiones deberán estar compuestas, de forma paritaria, por los siguientes profesionales:

— Representantes de servicios sanitarios:

- Atención Primaria
- Atención Especializada.

— Representantes de servicios sociales: (Administración central, autonómica y/o local):

- Servicios comunitarios.
- Servicios institucionales.

— El perfil de los profesionales que participan en estas comisiones de área deberá ser el de profesionales con capacidad de decisión, propia o delegada, ya que a las comisiones se llevarán casos individuales de ancianos que necesitarán la asignación de uno o más recursos sociales o sanitarios de forma urgente, y en ese sentido su solución inmediata hará que estas comisiones sean operativas.

— Estos profesionales asimismo deberán clarificar los recursos y servicios que aporta la institución a la que representan para la atención integral de los ancianos del área. Deberán ser auténticos líderes en materia

de coordinación, con habilidades claras de comunicación, negociación y mediación con una visión global de las necesidades socio-sanitarias de los ancianos.

- Como representantes de una institución o nivel de atención, tendrán que transmitir los acuerdos tomados en la comisión a los profesionales sociales y sanitarios de base que estén trabajando con los ancianos, para garantizar el cumplimiento de los mismos y detectar las dificultades asociadas a su realización.
- En cada caso se estudiará la conveniencia de que se incorporen a esta comisión representantes de organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas que trabajen en el área en el ámbito de la atención a las personas mayores, procurando que el número de miembros de la comisión no sea superior a 11 personas.
- La puesta en marcha de comisiones sociosanitarias de área con un carácter fundamentalmente operativo y funcional, en un ámbito de intervención claramente delimitado, se deberá complementar con la creación de comisiones socio-sanitarias provinciales, que aborden aspectos más formales y normativos, y realicen el seguimiento y coordinación de las comisiones de área de la provincia.
- Asimismo se podrán establecer *Grupos de Trabajo de Distrito*, dependientes de la Comisión, que coordinen los recursos sociales y sanitarios existentes en dicho ámbito geográfico.

5.5. Actividades de puesta en marcha de las CSS: por donde comenzar:

- 1) Conocer las necesidades sociales y de salud de los ancianos del área.
- 2) Conocer los recursos sociales y sanitarios del área, incluido el voluntariado.
- 3) Establecer circuitos de coordinación especificando:
 - Responsables
 - Procedimientos
 - Normas de acceso y derivación

Los circuitos de coordinación interinstitucionales, deben ser circuitos profesionales, y no deben basarse sólo en la buena voluntad de sus integrantes y en sus ganas de coordinarse. Este es un punto clave en este esquema de ordenación de servicios puesto que será el que garantice la continuidad de los cuidados al anciano. Deberán establecerse con la idea fundamental de que es en el domicilio de la persona mayor donde deben confluir todos los servicios, complementando al apoyo informal que tenga el anciano. Por lo tanto será la Atención Domiciliaria Social y Sanitaria, y su correcta coordinación, la base sobre la que descansa el resto de los servicios.

5.6. Indicadores para el seguimiento y evaluación de la comisión socio-sanitaria de área

1. Nº de reuniones realizadas
Nº de reuniones planificadas.
2. Nº de casos resueltos con coordinación socio-sanitaria a través de apoyo social.
Nº de casos totales (llevados a la comisión).
3. Nº de casos resueltos con coordinación socio-sanitaria a través de apoyo sanitario.
Nº de casos totales (llevados a la comisión).
4. Nº de ancianos que han vuelto a su domicilio, tras la coordinación socio-sanitaria.
Nº de casos presentados en la comisión socio-sanitaria.
5. Nº de ancianos institucionalizados, tras la coordinación socio-sanitaria.
Nº de casos presentados en la comisión socio-sanitaria.

6. Nº de ONG, voluntarios, etc. que colaboran en la comisión.
7. Nº de protocolos y/o procedimientos de derivación realizados.
8. Nº de actividades formativas desarrolladas:
 - Profesionales (incluyendo las ONG).
 - Familiares y cuidadores.
 - Ancianos.
9. Nº de proyectos de investigación realizados.
10. Nº de intervenciones comunitarias realizadas.
11. Nº de actividades realizadas respecto al apoyo en farmacia a los ancianos institucionalizados (distribución de talonarios, botiquines, guías farmacoterapéuticas u otras relacionadas con el uso racional del medicamento).
12. Nº de actividades de difusión y/o información.
13. Nº de acuerdos tomados en la comisión.

CONSIDERACIONES FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

Tras dos años de desarrollo de las experiencias de coordinación socio-sanitaria, enmarcadas dentro del convenio de colaboración interministerial para la atención socio-sanitaria de las personas mayores, y una vez probada la viabilidad del esquema de ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores, se cuenta con un sustrato rico de experiencia evaluada, que permite señalar una serie de consideraciones estratégicas para el futuro desarrollo de las mismas. Estas son:

- Tanto el desarrollo de las experiencias de coordinación socio-sanitaria como la ordenación y planificación de servicios de atención a las personas mayores, deben contemplarse desde un punto de vista integral, es decir, atendiendo a la diversidad de necesidades, bio-psico-sociales, al tiempo que garanticen, a su vez, la continuidad de cuidados en cualquier nivel mediante la coordinación, complementariedad y utilización racional de los servicios sociales y sanitarios.
- Este modelo de organización de servicios debe ser flexible, adaptado siempre a las necesidades de los ancianos y a los recursos existentes en cada área socio-sanitaria, así como a la existencia previa de servicios específicos para este grupo de población en los distintos ámbitos. Ello obliga a realizar un esfuerzo adicional con el fin de realizar una sectorización común para los servicios sociales y sanitarios que garantice la equidad y la igualdad de acceso a los mismos.
- La propuesta que se recoge en este documento se basa en experiencias conocidas y evaluadas, en una amplia revisión de la literatura científica actual, y en el consenso de distintas sociedades científicas y de profesionales que trabajan en el ámbito de la atención a los ancianos; por lo tanto no es un esquema rígido, sino totalmente abierto a todas las modificaciones que se generen como fruto de los avances científicos.

cos en el campo de la Geriátría y la Gerontología, así como del propio desarrollo y evaluación de las experiencias.

- Y por último, pero no por ello menos importante, el desarrollo de estos servicios debe tener un soporte fundamental en la estrategia de formación para el conjunto de profesionales, tanto de los servicios sociales como sanitarios. Los contenidos de este proceso formativo atenderán no solo a la actualización en el campo de la Geriátría y la Gerontología a nivel pre y postgrado, sino también al desarrollo de habilidades para trabajar en equipos interdisciplinarios, con voluntarios, grupos de ayuda mutua y cuidadores, para fomentar el autocuidado y la mejora de la autoestima y autonomía de los propios ancianos. Esta formación será la clave para conseguir un cambio de actitud de todos los profesionales, así como de las propias instituciones, que permita valorar la atención a los ancianos con la importancia que ésta se merece.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez M, Alaiz AT, Martin I, Benito I, Urreisti C. Adaptación de un screening funcional dirigido a la población anciana en un centro de salud. *Aten Primaria* 1992; 10(6): 812-816.
2. American Hospital Association annual survey of hospitals. Chicago, IL: American Hospital Association, 1985.
3. Anand KB, Thomas JH, Osborne KL, Osmolki R. Cost and effectiveness of a geriatric day hospital. *J R Col Phys* 1982;16:53-6.
4. Andrews K, Brocklehurst JC. *British geriatric medicine in the 1980s*. London: King Edwards Hospital Fund for London, 1987.
5. Applegate W, Akins DE, Elam JT. A geriatric assessment and rehabilitation unit in a rehabilitation hospital. En: Rubenstein LZ, Campbell LJ, Kane RL ed. *Clin Geriatric Med* 1987;3:145-54.
6. Avorn J. Benefit and cost analysis in geriatric care: Turning age discrimination into healthy policy. *N Engl J Med* 1984;310:1294-301.
7. Baggett SA. "Residential care for the elderly: critical issues in public policy". Nueva York. Green-Wood Press 1989.
8. Baltes MM, Wahl H. "Dependence in aging". En L.L. Carstensen y BA. Edelstein 1987.
9. Barber JH, Wallis JB, Mc Keating B. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *J R Coll Gen Pract*. 1980; 30: 49-51
10. Barenys MP. "Residencias de ancianos: análisis sociológico". Barcelona, Fundación Caixa de Pensions 1991.
11. Barker LC, McCarthy ST. Geriatric day hospital: consultant and community units compared. *Age Ageing* 1989;18:364-70.
12. Baztán JJ, Bravo G, Jiménez-Rojas C, Hornillos M. Asistencia geriátrica en el Reino Unido: ¿Un modelo a seguir?. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1993;28:96-110.
13. Baztán JJ, Hornillos M, González-Montalvo JI. Hospital de día geriátrico. Características, funcionamiento y efectividad. *Med Clin (Barc)* 1993;101:699-704.
14. Benítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en Atención Primaria: valoración de su utilidad. *Atención Primaria* 1994; 13(1):8-14.
15. Benítez MA, Hernández P, de Armas J, Barreto J, Rodríguez H. Clasificación funcional del anciano en atención primaria de salud: propuesta de un método. *Atención Primaria*. 1995; 15 (9): 548-554.

16. Berg RL, Cassells JS. Los segundos 50 años. Promocionar la salud y prevenir la incapacidad. Ed. Ancora 1992.
17. Black JS, Kapoor W. health promotion an disease prevention on older people. Our current state of ignorance. J Am Geriatr Soc. 1990; 38: 168-172.
18. Boulton C, Boulton L, Murphy C, Ebbitt B, Luptak M, Kane RL. A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management. J Am Geriatr Soc. 1994; 42: 465-470.
19. Bowns I, Challis D, Sum Tong M. Case finding in elderly people: validation of a postal questionnaire. Br J Gen Pract. 1991; 41: 100-104.
20. Brink S. "Living arrangements for the elderly: an international institutional comparison", en Pacolet y Wilderon: The economics of care of the elderly, Avebury Publishing, Aldershot, U.K. 1990.
21. Brocklehurst JC, Andrews K. Geriatric medicine: the style of practice. Age Ageing 1985;14:1-7.
22. Brocklehurst JC. Hospital geriátrico de día. En: Exton-Smith AN, Weksler ME, editores. Practical Geriatric Medicine (ed. esp.). Barcelona: Pediátrica, 1988; 527-30.
23. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clinics in Geriatric Medicine 1992;8:1-17.
24. Buckley EG, Williamson J. What sort of "health checks" for older people?. BMJ 1988;296:1144-5.
25. Burgio LD. Behavioral staff training and management in geriatric long term care facilities. En P.A. Wisocki (ed): "Handbook of Clinical Behavior Therapy with Elderly Client". Nueva York: Plenum Press 1991.
26. Burgio KL, Engel BT. "Intervención psicológica y social. Gerontología Clínica". Martínez Roca. Barcelona 1990; 6: 101.
27. Burley LE, Scorgie RE, Currie CT, Smith RG, Williamson J. The joint geriatric orthopaedic service in South Edinburgh, november 1979 to october 1980. Health Bull 1984;42:133-40.
28. Burley LE, Currie CT, Smith RG, Williamson J. Contribution from geriatric medicine within acute medical wards. Br Med J 1979;2:90-2.
29. Butler RN. Geriatrics and internal medicine. Ann Intern Med 1979;91:903-8.
30. Campion EW, Bang A, May MI. Why acute-care hospitals must undertake long-term care. N Engl J Med 1983; 308:71-5.
31. Carbonell A, Martínez ML, Marcos M, Mesas R, Salgado A. Unidad de media estancia: seguimiento intra y extrahospitalario de 272 pacientes ingresados. Rev Esp Geriatr y Gerontol 1986;21:309-15.

32. Carpenter GI. Screening. Appendix N. Section 10- Health Promotion in Primary care. En: All of us: strategies for health promotion with older people. Wessex Regional Health Authority. 1989.
33. Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. Br Med J 1990; 300: 1253-1256.
34. Cartensen LL, Edelstein BA. "El envejecimiento y sus trastornos". Gerontología Clínica. Martínez Roca. Barcelona 1989.
35. Cartensen LL, Edelstein BA. "Gerontología clínica. Intervención psicológica y social". Ed. Martínez Roca. Barcelona 1990.
36. Centro Investigaciones Sociológicas. "Situación social de los viejos en España". Madrid 1989.
37. Collin C, Wade D. Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1990;53:576-9.
38. Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-making. J Am Geriatr Soc 1988;36:342-7.
39. Council of Scientific Affairs. American Medical Association White Paper on Elderly Health. Arch Intern Med 1990;150:2459-2472.
40. Cucullo JM, Gamboa B, Galindo J. Hospital de día geriátrico: valoración de la calidad asistencial. Rev Esp Ger Gerontol 1992;27:13.
41. Challis D, Davies B. "Case Management in community care". Aldershot, Hants: Gower 1986.
42. Dauchez C. "L'hebergement des personnes âgées: famille établissements". París: La Documentation française 1988.
43. Denham M. (ed). "Care of the long-stay elderly patient". Londres: Chapman and Hall 1991.
44. Donaldson C, Wrigth K, Maynard A. Determining value for money in day hospital care for elderly. Age Ageing 1986;15:1-7.
45. Ebrahim S, Hedley R, Sheldom M. Low levels of ill health among elderly nonconsulters in general practice. Br Med J. 1984; 289: 1273-1275.
46. Epstein AM, Hall JA, Besdine R et al. The emergence of geriatric assessment units. The "new technology of geriatrics" Ann Intern Med 1987;106:299-303.
47. Espinosa JM, Burgos ML, Muñoz F, Salazar JA. Programa de atención a pacientes incapacitados en un centro de salud. Aten Primaria. 1992; 10 (5): 761-765.
48. Evan W, Kligman MD. Preventive geriatrics: basic principles for Primary Care physicians. geriatrics. 1992; 47 (7): 39-50.
49. Evans IG. The appraisal of hospital geriatric services. Community Med 1983;5:242-50.

50. Evans JG. Integration of geriatric with general medical services in Newcastle. *Lancet* 1983;1:1430-3.
51. Ferguson-Anderson W. Organization of health care services for the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:240-4.
52. Fernández R.; Izal M.; Montorio I.; González JL.; Díaz P. "La Vejez. Evaluación y tratamientos psicológicos". Barcelona: Martínez-Roca 1992.
53. Fernández R., Izal M. "Evaluación durante la vejez". En R. Fernández Ballesteros (ed): *Introducción a la evaluación psicológica*. Vol.II. Madrid: Pirámide 1993.
54. Fincke BG, Gaehde SA, Rubins HB. The medical day hospital. A new concept in ambulatory medical education. *Arch Intern Med* 1990;150:533-6.
55. Fontands de Nadal MD, Martínez Mateo F, Vallés i Forcada E. Evaluación de la atención socio-sanitaria en Cataluña. El programa Vida als anys. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30 (3): 189-198.
56. Ford G, Taylor R. The elderly as underconsulters: a critical reappraisal. *Br J Gen Pract* 1985; 35: 244-247.
57. Freer CB. Consultation-based screening of the elderly in general practice: a pilot study. *J R Coll Gen Pract*. 1987; 37: 455-456.
58. Freer CB. Screening the elderly. *Br Med J*. 1990; 300: 1447-1448.
59. Freer CB. Preventive care of elderly people. (letter). *Br Med J*. 1991; december: 519-520.
60. Fries BE., et al. "International Comparison of Long-Term Care: The need for Resident-Level Classification". *JAGS* 1991; 39: 10-16.
61. Furuse T. "L'evolution des soins des personnes âgées: L'exemple du Japon", ponencia presentada en la Conferencia Proteger les personnes âgées dependantes: politiques sur l'avenir. OCDE, París 1994.
62. García MC., Tous JM. "Motivación y vejez. Jerarquía de necesidades y nivel de aspiración de los ancianos internos en una residencia", Ed. Fundació La Caixa. Barcelona 1992.
63. García-Sierra JL. Hospital de día geriátrico. En: Salgado A, Guillén F, editores. *Manual de Geriátria*. Barcelona: Salvat, 1990;61-72.
64. Gogorcena Aóiz, MA; Regato Pajares, P. La atención socio-sanitaria a las personas mayores. *INTERVENCION PSICOSOCIAL*, 1994; VOL III, Nº 8: 9-25
65. González JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. *Líneas guía, Aten Primaria*. 1992; 9 (4): 219-226.
66. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Informe del US Preventive Services Task Forces. Ed Díaz de Santos.1992.

67. Guillén F. Unidades geriátricas de hospitalización. En: Salgado A, Guillén F, Díaz J. ed. *Tratado de geriatría*. Barcelona. Salvat ed. 1986;59-67.
68. Guisset MJ. "Grans âge, dépendance et lieux de vie" por Marie-Jo Guisset, Bernadette Veyssset y Alain Villez. París: Fondation de France 1990.
69. Harries DJ, Eastwood H. Proximal femoral in the elderly: does operative delay for medical reasons affect short-term outcome?. *Age Ageing* 1991;20:41-4.
70. Hendriksen C, Lund E, Strongard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three years randomized controlled trial. *Br Med J*. 1984; 289: 1522-24.
71. Hernando J, Iturrioz P, Torín P, Arratibel I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*.1992; 10 (5): 761-765.
72. High quality long-term care for elderly people. Guidelines and audit measures. Report of Royal College of Physicians of London and British Geriatrics Society. London, 1992.
73. Hildick-Smith M. Geriatric rehabilitation in day hospitals. *Int Rehab Med* 1985;7:120-4.
74. Hornillos M, Moncada CE. Una evaluación en un Hospital de Día Geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990;25:203-6.
75. Hunt A. The elderly at home. HMSO 1978a;7-8.
76. Hunt A. Problems of the elderly. *Age Concern* 1978b;6:7-8.
77. Ilife S, Haines A, Gallivan S et all. Assessment of elderly people in general practice. 1. Social circumstances and mental state. *Br J Gen Pract* 1991; 41:9-12.
78. Ilife S, Haines A, Gallivan S, Booroff A, Goldenberg E, Morgan P. Assessment of elderly people in General Practice; 2. Functional abilities and medical problems. *Br J Gen Pract*. 1991; 41: 13-15.
79. Ilife S, See Tai S, Haines A, gallivan S, Goldenberg E, Booroff A, et al. Consituyen un grupo de riesgo los ancianos que viven solos? *Br Med J*. 1994; 9 (8): 382-390.
80. INSALUD. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. 2ª edición Madrid 1995
81. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid, 1995.
82. INSERSO. "Estatuto básico de los centros de la tercera edad". Madrid: INSERSO, D.L. 1985.
83. INSERSO. "Proyección y contenido de un centro para la tercera edad". Ed. Mº Asuntos Sociales, documentos técnicos INSERSO, 2ª edición. Madrid 1990.
84. INSERSO. "Plan Gerontológico". Madrid 1993.

85. INSERSO. "Accesibilidad para personas con movilidad reducida" (documento técnico). Edita Ministerio de Asuntos Sociales, 2ª edición, 1993; 574.
86. INSERSO. Resolución de 03 de enero de 1994 de la D.G. del INSERSO, por la que se establecen, los precios plaza/día en los Centros Residenciales de la Tercera Edad y Minusválidos. B.O.E. 21/1994. Disposición Primera, A, 2.
87. INSERSO. UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA. "Las personas mayores dependientes y el apoyo informal" Edita Universidad Internacional de Andalucía. Jaén 1995.
88. INSERSO. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. "Residencias para personas mayores. Manual de orientación". SG. Editores. Barcelona 1995.
89. Instituto de Demografía del CSIC. Proyección de la población española. España 1991-2026. CC.AA. 1991-2006. Provincias 1991-2006, Madrid 1994.
90. Irvine PW, Murray JL, Pochly DF. Preventive care after 65. patient Care. 1990; 79-103.
91. Irvine RE. Geriatric medicine and general internal medicine. J R Coll Phys 1984;18:21-4.
92. Izal M. "Evaluación de contextos. Una metodología para la evaluación de centros residenciales para ancianos". Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid 1990.
93. Jamieson A., Illsley R. "Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas". SG Editores. Fundación Caja Madrid 1993.
94. Jones Tv, Williams MB. are mental status questionnaires of clinical value in everyday office practice? An opposing view. J Fam Pract 1990; 30: 197-200.
95. Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos: guía práctica sobre instrumentos de medición. Madrid SG Editores DSA. 1990.
96. Kane RA; Kane RL. "Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición". Barcelona: SG Editores 1993.
97. Kane RL.; Salomon J. "Manpower Projections in Geriatric Care". Health Department Inform. Los Angeles 1983.
98. Kennie DC, Reid J, Richardson IR, Kiamari AA, Kelt C. Effectiveness of geriatric rehabilitation care after fractures of the proximal femur in the elderly women: a randomized clinical trial. Br Med J 1988;297:1083-6.
99. Kerr HD, Byrd JC. Nursing home patients transferred by ambulance to a VA emergency department. J Am Geriatr Soc 1991;39:132-6.
100. Klinkman MS, Zazove P, Mehr DR, Ruffin MT. A criterion-based review of preventive health care in elderly. Part I: Theoretical Framework and Development of Criteria. J Fam Pract. 1992; 34(2): 205-224.

101. Lavizzo-Mourey RJ, Hillman AL, Diserens D, Schwartz JS. Hospitals' motivations in establishing or closing geriatric evaluation management units: diffusion of a new patient-care technology in a changing health care environment. J Gerontology 1993;48:M78-M83.
102. Leonard JC. Can geriatric survive?. Br Med J 1973;1:1335-6.
103. MacFarlane JPR, Colling T, Graham K, MacIntosh JC. Day hospital in modern clinical practice-cost benefit. Age Ageing 1979;8:80-6.
104. MacLennan WJ. Private nursing home care: the middle way. Br Med J 1988; 296: 732-3.
105. MacLennan WJ. Investigación de los pacientes ancianos: ¿una labor adecuada para los visitantes de salud? Br Med J. 1991; 6 (3): 13-14.
106. Martin A, Millard PH. The new patient index. A method of measuring the activity of day hospitals. Age Ageing 1975;4:119-22.
107. Martin A, Millard PH. Effect of size on the function of three day hospitals: The case for the small unit. J Am Geriatr Soc 1976;24:506-10.
108. Martínez Aguayo C. "La atención a las personas mayores". Puntoexpress Sanidad. Abril 1993.
109. Martínez Aguayo C, Gogorcena Aoiz MA. "El reto pendiente: la atención al anciano". Rev Centro de Salud. Octubre 1993, Vol. 1, Nº 8.
110. Martínez Aguayo C, Gogorcena Aoiz MA. "La coordinación socio-sanitaria". Rev Esp Geriatria y Gerontología. 1994, 29, 1: 43-45.
111. Martínez Aguayo C, Gogorcena Aoiz MA, Regato Pajares P. "Bases para la ordenación de servicios para la atención a las personas mayores". INSALUD 1994.
112. Martínez Aguayo C. La coordinación de servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995; 30 (3): 123-129.
113. Mc Cornick WC, Invi TS. Geriatric preventive care: counselling techniques in practice settings. Clinic in Geriatric Medicine. 1992; 8 (1): 215-228.
114. Mc Ewan RT, Forster DP. A review of costs and effectiveness of assessing the elderly in General Practice. family Practice 1993; 10 (1): 55-62.
115. Mc Ewan RT, Davison N, Forster DP, Pearson P, Stirling E. Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. Br J Gen Pract. 1990; 40: 94-97.
116. Royal College of Physicians of London. Medical care of the elderly. Report of the working party. Lancet 1977;1:1092-5.
117. Moos RH; Lenke S.; David TG. "Environmental design and programming in residential settings for the elderly: Practices and preferences". En V. Regnier and L. Pynoos (eds). Housing for the Elderly: Satisfaction and Preferences. Nueva York, Garland 1985.

118. Montorio I. "La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica". Colección Servicios Sociales. Madrid: INSERSO 1994.
119. Morales F, Carpenter AJ, Williamson J. The dynamics of a geriatric day hospital. *Age Ageing* 1984;13:34-41.
120. Morata FJ, Fernández C, Jurado A. Justificación del programa del anciano. Los factores de riesgo en el anciano. El programa del anciano: objetivos y configuración del mismo. En: Gallo Vallejo FJ, y cols. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 1ª ed. (lab. Beecham)IM&C. 1993: 1407-1415.
121. Morishita L, Siu AL, Wang RT, Oken C, Cadogan MP, Schwartzman L. Comprehensive geriatric day care in a day hospital: a demonstration of the British Model in the United States. *Gerontologist* 1989;29:336-40.
122. Muir Gray JA, Almind G, Freer C, Warshaw G. Screening and case finding. En Muir Gray JA. Prevention of disease in the elderly. Nueva York. Churchill Livingstone 1985;51-3.
123. Multidimensional functional Assessment: the OARS methodology. A manual (2ªed.) Duham, North Carolina, Duke University, Center for the study of aging and human development. 1978.
124. Naciones Unidas. "Report of the World Assembly on aging", Viena/Nueva York 1982.
125. OCDE. "L'aide aux personnes âgées fragiles: les questions de politique sociales", París 1992.
126. OCDE. "L'aide aux personnes âgées dependantes". Chapitre de synthese du rapport final (projet), París 1993.
127. OMS. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos. Comité de expertos de la OMS. Ginebra, 1974.
128. Organización Mundial de la Salud (Comité de Expertos). Atención de la Salud de los ancianos. En: la salud de las personas de edad. Serie de informes técnicos OMS. Ginebra 1989.
129. Oster C, Kibat WH. Evaluation of a multidisciplinary care program for stroke patients in a day care center. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:63-9.
130. Pannill FC. A Patient-Completed Screening Instrument for Functional Disability in the Elderly. *The American Journal of Medicine*. 1991; 90: 320-327.
131. Parés R. "La integración de la familia en el equipo de cuidados geriátricos". *Revista de Gerontología* 1992; 4:209-210.
132. Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomized trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*. 1992; 340: 890-893.
133. Patterson CJS, Feightner JW, Comprehensive Care for the Elderly. *Can Fam Physicians*. 1993; 12(5): 276-279.

134. Patterson C, Chambers LW. Preventive health care. *Geriatrics seplet. The Lancet*. 1995; 345: 1611-1615.
135. Payne S, Ramaiah RS. The importance of general practitioner day hospitals. *Practitioner* 1986;230:199-200.
136. Peace SM. "Vida compartida, una alternativa viable para la tercera edad". Madrid: Mº de Trabajo y Seguridad Social, Secretaría General Técnica: Instituto Nacional de Servicios Sociales 1987.
137. Pedraza M, Germán C, de Dios J, Arana M, Peralta M, Pedrosa R, et al. Autonomía funcional en ancianos. Evaluación de un instrumento de medida. *ROL de enfermería*. 1993; (172): 15-19.
138. Rabins PV. Prevention of mental disorder in the elderly: current perspectives and future prospects. *JAGS*. 1992; 40: 727-733.
139. Raguénès R. "Aide à domicile. Rôle et méthodes de travail". Ed. Fricson-Rooche. París 1991.
140. Rai GS, Murphy P. Analysis of a geriatric day hospital. *Age Ageing* 1985;14:139-42.
141. Rai GS, Murphy P, Pluck RA. Who should provide hospital care of elderly people. *Lancet* 1985;1:683-5.
142. Reig A., Ribera D. "Perspectivas en Gerontología y salud". Valencia: Promolibro 1992.
143. Revista Española de Geriatria y Gerontología. "Arquitectura, urbanismos y envejecimiento" Nº. Monográfico, Vol. 29, 1994.
144. Revista Española de Geriatria y Gerontología. "Política social y atención gerontológica a las personas mayores dependientes". Nº. Monográfico, Vol 30, 1995.
145. Rodríguez P, Sánchez MT. Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30 (3): 141-152.
146. Rowe JW, Grossman E, Bond E. Institute of Medicine Committee on Leadership for Academic Geriatric Medicine. Academic geriatric for the year 2000. An Institute of Medicine Report. *N Engl J Med* 1987;316:1425-8.
147. Rua JR. "Criterios de diseño para viviendas de la tercera edad". Consejería de Trabajo y Servicios Sociales. Xunta de Galicia 1991.
148. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664-70.
149. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, Kane RL. Differential prognosis and utilization patterns among clinical subgroups of hospitalized geriatric patients. *Health Serv Res* 1986;20:881-95.

150. Rubenstein LZ, Adras IB. Valoración geriátrica. En: Tratado de geriatría (Colección Farmitalia Carlo Erba de diagnóstico y tratamiento). JIMS 1988, cap 3: 20-30.
151. Rubin CD, Sizemore MT, Loftis PA, Adams-Huet B, Anderson RJ. The effect of geriatric evaluation and management on medicare reimbursement in a large public hospital: a randomized clinical trial. J Am Geriatr Soc 1992;40:989-95.
152. Ruipérez I. Situaciones de enfermedad en geriatría. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1990;25:217-21.
153. Ruipérez I, Mareque M, Gómez-Gómez M et al. El domicilio del paciente geriátrico, punto de encuentro de la asistencia extra e intrahospitalaria. Rev Esp Geriatr y Gerontol 1992;27:237-42.
154. Salgado A, Mohino JM, Del Valle I et al. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. Rev Esp Geriatr y Gerontol 1986; 21: 105-12.
155. Salgado A. Geriatría, especialidad médica. Historia. Problemas médico-sociales que plantean los ancianos. Conceptos. Valoración geriátrica. Enseñanza de la geriatría. En: Manual de Geriatría. Salgado A, Guillén F. (ed). Salvat. Barcelona. 1990; 29-40.
156. Salgado A. La mayoría de edad en geriatría. Medicine 1991; (86): 3313-3318.
157. Salgado A, González-Montalvo JI, Alarcón MT. Coste-eficacia de un servicio de geriatría hospitalario. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992;27:321-2.
158. San Román T. "Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema". Ed. Fundació Caixa de Pensions. Barcelona 1989.
159. Stuck AE, Slu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342: 1032-1035.
160. Schopflin P. "Dépendance et solidarités: Mieux aider les personnes âgées". Rapport de la Commission présidée par M. Pierre Schopflin, Documentation Française. Paris 1991.
161. Somers AR. Long-term care: the need for, and limits of, an effective federal role. Ann Intern Med 1989;110:3-5.
162. Stout RW. Hospital care of the elderly: general or geriatric medicine? Age Ageing 1979;8:137-40.
163. Svanborg A. The health of the elderly population: results from longitudinal studies with age-cohort comparisons. Research and the ageing population. Ciba Foundation Symposium 134, Chichester, Wiley, 1988;3-16.
164. Taira DE. (ed). "Promoting quality long term care for older persons" Nueva York; Londres: Haworth Press, cop 1989.
165. Tate; Lomore A. "Adultday Care: A practical Guidebook and Manual" The Haworth Press 1991.

166. Taylor R, Ford G. Functional geriatric screening: a critical review of current developments. En: Occasional paper 35. London. The Royal College of General Practitioners.
167. Tilquin C. "L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire". Ed. Eros. Québec 1981.
168. Tinker A. "An evaluation of very sheltered housing". Londres: Her Majesty's Stationery Office 1989.
169. Tucker MA, Davison JG, Ogle SJ. Day hospital rehabilitation-effectiveness and cost in the elderly: a randomised controlled trial. Br Med J 1984;289:1209-12.
170. Tulloch AJ. Evaluation of geriatric screening: a review. En: Occasional paper 35. London. The Royal College of General Practitioners. 1988: 35-37.
171. Tulloch A. Screening elderly patients. The practitioner. 1992; 236: 1022-1026.
172. Vetter N. Routine assessment of the elderly. UPDATE 1988;659-61.
173. Vetter NJ. Geriatric day hospital. Age Ageing 1989;18:361-3.
174. Warshaw G. Are mental status questionnaires of clinical value in everyday office practice? An affirmative view. J Fam Pract. 1990; 30: 194-196.
175. Weissert WG, Wan T, Livieratos B, Katz S. Effects and cost of day care services for the chronically ill. Med Care 1980;18:86-91.
176. Williams EI. Characteristics of patients over 75 not seen during one year in general practice. Br Med J. 1984; 288: 119-121.
177. Williams ES, Barley NH. Old people not known to the general practitioner: low risk group. Br Med J. 1985;291: 251-254.
178. Williamson J, Smith RG, Burley LE. Prevention, screening and case finding in primary care. En: Williamson J, Smith RG, Burley LE, eds. Primary Care of the Elderly. A Practical Approach. Bristol. IOP Publishing Limited, 1987;141-57.
179. Williamson J. Prevention, screening and case finding: an overview. En: Occasional paper 35. London. The Royal College of General Practitioners. 1988: 45-47.
180. Williamson J. Geriatric medicine in Great Britain: past, present and future. Eur J Gerontol. 1991;2:127-34.
181. Winograd CH, Gerety MB, Brown E, Kolodny V. Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. J Am Geriatr Soc 1988; 36:1113-9.
182. Woolf SH, Kamerow DB; Lawrence RS, Medalie JH, Harvey Estes E. The periodic health examination of older adults: the recommendations of the U.S. Preventive Services Task Forces. Part I. Counselling, immunizations and chemoprophylaxis. J Am Geriatr Soc. 1990; 38: 817-823.

183. Zazove P, Mehr DR, Ruffin MT, Kilnkman MS, Peggs JF, Davies TC. A criterion-based review of preventive health care in elderly. Part II: A Geriatric Health Maintenance Program. J Fam Pract 1992; 34 (2): 320-347.
184. Zimmer JG, Watson NM. Physician response to notification of acute problems in nursing home. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 348-52.1v:c:o:

TABLAS RESUMEN DE CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE RECURSOS

Recurso	Variables	Indicador	Factores Ponderación	Observaciones
Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos (EVCG)	— Tasa de envejecimiento de la población	1 EVCG por cada 250.000 hab./área	— Características del hospital * Nº de camas * Nº de ingresos * Estancia media	— La demanda de interconsultas hospitalarias puede modificar el criterio
	— % de pacientes ingresados (> 65 años)		— Existencia de otros recursos específicos en el área	— Apoyo a AP — Participación en la CSS del área
			— Cobertura de EAP	— Constituye la fase 1 del desarrollo del esquema de servicios en el hospital

BIBLIOGRAFÍA: Ver referencias en bibliografía general.

REVISIÓN CRITERIO: En base a la evaluación de las experiencias de coordinación socio-sanitaria.

PERIODICIDAD:

Fecha: Diciembre 1995

Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores

Recurso	Variables	Indicador	Factores Ponderación	Observaciones
Hospital de Día Geriátrico (HDG)	— Rendimiento: max. 25 asistencias por paciente	— 1-1,5 plazas por cada 1.000 hab. > 65 años	— % de ancianos frágiles o pacientes geriátricos	— Orientación al tratamiento rehabilitador.
	— Ocupación: 80-85%	— 4 plazas por cada 1.000 hab. > 75 años	— Dispersión geográfica (menor cobertura en isocronas > 30 min)	— Requiere existencia de al menos un EVCG en el hospital
		— 20-30 plazas por cada 150.000-250.000 hab. (con 13-14% > 65 años)	— Existencia de Servicio de Rehabilitación	— Alto % de pacientes dados de alta en domicilio

BIBLIOGRAFÍA: Ver referencias en bibliografía general.

REVISIÓN CRITERIO: En base a la evaluación de las experiencias de coordinación socio-sanitaria y de unidades de geriatría.

PERIODICIDAD:

Fecha: Diciembre 1995

Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores

Recurso	Variables	Indicador	Factores Ponderación	Observaciones
Unidad de Hospitalización de Agudos (UHA)	— % de pacientes geriátricos ingresados	— 10-15 camas/unidad	— Posibilidad de diferenciación de otras áreas de hospitalización	— Resultados funcionales
	— Características del hospital (> 300 camas)	— Máximo 2,5% de las camas del hospital	— Institucionalización al alta elevada	— Orientado a mejorar la calidad asistencial
	— Estancia media inferior a 15 días		— Existencia de otros recursos específicos en el área	— Coordinación con EVCG y AP
	— Mortalidad inferior 20%			— Fase 2 del desarrollo del esquema de ordenación de recursos en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA: Ver referencias en bibliografía general.

REVISIÓN CRITERIO: En base a la evaluación de las unidades de geriatría.

PERIODICIDAD:

Fecha: Diciembre 1995

Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores

Recurso	Variables	Indicador	Factores Ponderación	Observaciones
Unidad de Convalecencia	— Estancia media entre 20-30 días	Hasta el 5% del nº total de camas de agudos del área	— Adecuación de los ingresos	— Posible apoyo en el HDG
	— Mortalidad inferior 10%		— Existencia de otros recursos específicos en el área	— Fase 3 del desarrollo del esquema de ordenación de recursos
	— Ocupación 85-90%			— La necesidad de camas está en relación con la organización de la asistencia: HDG, rehabilitación....

BIBLIOGRAFÍA: Ver referencias en bibliografía general.

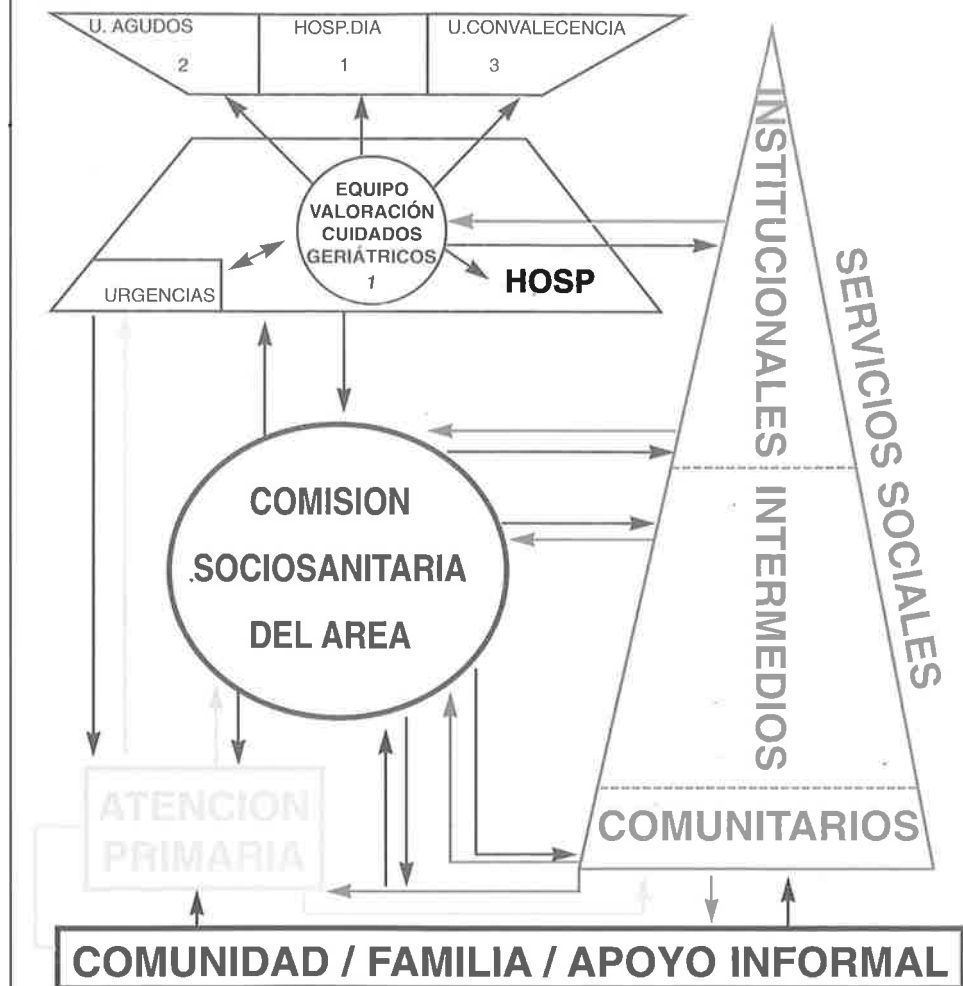
REVISIÓN CRITERIO: En base a la evaluación de las unidades geriátricas en funcionamiento.

PERIODICIDAD:

ANEXO 1: Esquema de servicios de atención sanitaria a las personas mayores

Fecha: Diciembre 1995

ESQUEMA DE SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCION AL ANCIANO



1, 2, 3: ORDEN PRIORIDAD

DIRECCION GENERAL DEL INSALUD



**ANEXO 2: Cartera de Servicios de Atención Primaria.
Servicio 316: prevención y detección de
problemas en el anciano**

Servicio 316: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO

“En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor a 75 años quedará registrado cada dos años:

N.T.M.: 316.1

Anamnesis sobre:

- Incontinencia urinaria.
- Antecedentes de caídas, y las posibles causas de éstas en su caso.
- Consumo de fármacos, dosis y tiempo de consumo.
- Agudeza visual y auditiva (test del susurro).
- Ingresos hospitalarios, número y causa.
- Con quien vive.

N.T.M.: 316.2

Exploración física que incluya:

- Canal auditivo, dirigida a la detección de tapón de cerumen.
- Bucodental, dirigida especialmente a detectar problemas de masticación.

N.T.M.: 316.3

Consejo/información sobre:

- Alimentación.
- Ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud.
- Uso apropiado de los medicamentos.
- Prevención de accidentes domésticos.
- Higiene personal.

N.T.M.: 316.4

- Pertenencia o no, al grupo de ancianos de riesgo y el/los motivo/s que definen éste en su caso.

Se puede utilizar el Cuestionario de Barber o instrumentos similares, como screening.

316.4 Excepción a la periodicidad:

Personas incluidas previamente en el grupo de ancianos de riesgo, de forma irreversible.

“En la Historia Clínica de todo anciano de riesgo, quedará registrado cada dos años:

N.T.M.: 316.5

- Valoración clínica que incluya, al menos, diagnóstico de los problemas de salud relevantes del anciano.

N.T.M.: 316.6

- Valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria, mediante aplicación de la Escala de Valoración de Barthel, Índice de Katz o de Barthel

N.T.M.: 316.7

Anamnesis de síntomas y equivalentes depresivos.

N.T.M.: 316.8

- Valoración mental de la función cognitiva, mediante Test de Pfeiffer, Minimental o similares.

316.8 Excepción:

- Demencia establecida, previamente diagnosticada.

N.T.M.: 316.9

Valoración social respecto a:

- Red de apoyo familiar y social.
- Situación económica y de vivienda.
- Cambios de domicilio.
- Utilización del ocio/tiempo libre.

N.T.M.: 316.10

Plan de actuación que incluya para cada problema detectado:

- Valoración de la/s causa/s.
- Plan de cuidados.

**ANEXO 3: Cuestionarios y escalas de valoración
funcional y de salud en el anciano**

ESCALA DE LAWTON

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0

COMPRAS

Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0

PREPARACIÓN DE LA COMIDA

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0

CUIDADO DE LA CASA

Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0

LAVADO DE LA ROPA

Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0

0 = Totalmente dependiente
1 = Independiente

CUESTIONARIO DE BARBER

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

CUESTIONARIO ABREVIADO SOBRE EL ESTADO MENTAL (SPMSQ) (Pfeiffer)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?
(día) (mes) (año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
- 4a. (sólo si no tiene teléfono) ¿Cuáles son sus señas?
5. ¿Qué edad tiene?
6. ¿Dónde ha nacido?
7. ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?
8. ¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?
9. Dígame el primer apellido de su madre
10. Restar de 3 en 3 desde 20.

Cada error suma un punto. 5 ó más puntos sugieren deterioro cognitivo.

ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA DE CRUZ ROJA

Grado

- 0— Se vale totalmente por sí mismo.
- 1— Realiza los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad.
- 2— Alguna dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con ayuda de bastón o similar.
- 3— Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional.
- 4— Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Incontinencia habitual.
- 5— Inmovilizado en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuados de enfermería.

ESCALA DE VALORACIÓN MENTAL DE CRUZ ROJA

Grado

- 0— Totalmente normal.
- 1— Ligera desorientación en el tiempo. Se puede mantener correctamente una conversación.
- 2— Desorientación en tiempo. Olvidos ocasionales. Trastornos del carácter. Incontinencia ocasional.
- 3— Desorientación. No puede mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Frecuente incontinencia.
- 4— Desorientación. Claras alteraciones mentales. Incontinencia habitual.
- 5— Vida vegetativa con o sin agresividad. Incontinencia total.

ESCALA VALORACIÓN FÍSICA DE BARTHEL

ALIMENTACIÓN

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable
- 5 AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
- 0 DEPENDIENTE

BAÑO

- 5 INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- 0 DEPENDIENTE

VESTIDO

- 10 INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si es preciso.
- 5 AYUDA. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
- 0 DEPENDIENTE

ASEO PERSONAL

- 5 INDEPENDIENTE. Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe, si usa máquina eléctrica.
- 0 DEPENDIENTE

DEPOSICIÓN

- 10 CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por sí solo.
- 5 INCONTINENTE OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
- 0 INCONTINENTE

MICCIÓN

- 10 CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.
- 5 INCONTINENCIA OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
- 0 INCONTINENTE

USO DEL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.
- 5 AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse y quitarse la ropa.
- 0 DEPENDIENTE

TRASLADO SILLÓN. CAMA

- 15 INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 MÍNIMA AYUDA. Necesita una mínima ayuda o supervisión.
- 5 GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
- 0 DEPENDIENTE

DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.
- 10 AYUDA. Puede caminar al menos 50 m. pero necesita ayuda o supervisión.
- 5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas, al menos 50m.
- 0 DEPENDIENTE

ESCALONES

- 10 INDEPENDIENTE. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye en la barandilla.
- 5 AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.
- 0 DEPENDIENTE

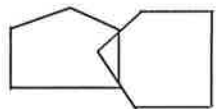
ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (Versión reducida)

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

PUNTUACIÓN TOTAL

INTERPRETACIÓN: 0 a 5: Normal
6 a 9: Depresión leve
10 o más: Depresión establecida

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (*)

Paciente..... Edad.....	
Ocupación..... Escolaridad..... Examinado por..... Fecha.....	
ORIENTACIÓN	PUNTOS
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año"	 (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"	 (5)
Ciudad Prov Nación"	 (5)
FIJACIÓN	
"Repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda)	 (3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"Si tiene 30 ptas. y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?"	 (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás"	 (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?"	 (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj	 (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros"	 (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"	 (2)
"¿Qué son un perro y un gato?"	 (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa"	 (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS	 (1)
"Escriba una frase"	 (1)
"Copie este dibujo":	
	 (1)
PUNTUACIÓN TOTAL	 (35)

Un punto por cada respuesta correcta

Nivel de conciencia (marcar:)

Alerta, Obnubilación, Estupor, Coma

(*) Lobo y cols, 1979-85

Mini-examen Cognoscitivo; versión española del Minimal status examination de Folstein et al (Validado por Lobo et al)

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (KATZ)

INDEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
1. LAVARSE			
☐	No recibe ayuda. Entra y sale solo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse).	☐	Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño
2. VESTIRSE			
☐	Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda	☐	Recibe ayuda para coger la ropa o ponersela o permanece sin vestirse del todo
3. IR AL RETRETE			
☐	Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o silla de ruedas. Si usa orinal de noche, lo vacía por la mañana).	☐	Necesita ayuda para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche
4. MOVILIZARSE			
☐	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón o andador).	☐	No se levanta de la cama
5. CONTINENCIA			
☐	Controla completamente ambos esfínteres.	☐	Incontinencia ocasional
6. ALIMENTARSE			
☐	Come sin ayuda.	☐	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o IV
☐	Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan.		

- Valoración:
- 1.— Independiente en todas las actividades
 - 2.— Independiente en todas menos en una de ellas
 - 3.— Independiente en todas menos "1" y otra cualquiera
 - 4.— Independiente en todas menos "1", "2" y otra cualquiera
 - 5.— Independiente en todas menos "1", "2", "3" y otra cualquiera
 - 6.— Independiente en todas menos "1", "2", "3", "4" y otra cualquiera
 - 7.— Dependiente en todas las actividades

ANEXO 4: Hospitales con dispositivos específicos de atención geriátrica

HOSPITALES CON DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN GERIÁTRICA INSALUD

— ARAGON:

- Zaragoza - Hospital Geriátrico "San Jorge"
- Huesca - Unidad de Geriátría en el Hospital Provincial "San Jorge"

— ASTURIAS:

- Oviedo - Hospital "Monte Naranco" (de la Comunidad Autónoma).
- Gijón - EVCG en el Hospital de Cabueñes
- Avilés - EVCG en el Hospital "San Agustín"

— BALEARES:

- Palma de Mallorca - EVCG en el Hospital "Son Dureta"

— CANARIAS:

- Lanzarote - Unidad de Geriátría en el Hospital Insular
- Tenerife - Unidad de Geriátría en el Hospital Virgen de la Candelaria

— CASTILLA-LA MANCHA:

- Cuenca - EVCG en el Hospital "Virgen de la Luz"
- Albacete - Unidad de Geriátría en el Complejo Hospitalario
- Guadalajara - Servicio de Geriátría del Hospital Universitario de Guadalajara
- Toledo - EVCG en el Hospital "Virgen de la Salud" y el Hospital Geriátrico "Virgen del Valle"
- Talavera - EVCG en el Hospital "Nuestra Sra. del Prado"

— CASTILLA Y LEON:

- León - EVCG en el Hospital "Virgen Blanca"
- Ponferrada - EVCG en el Hospital del Bierzo
- Valladolid - EVCGS en los Hospitales de Medina del Campo, Clínico y Río Ortega

— EXTREMADURA:

- Cáceres - Unidad de Geriatria del Hospital "Virgen de la Montaña".

— MADRID:

- Área I - Servicio de Geriatria en el Hospital "Gregorio Marañón" (de la Comunidad Autónoma)
- Área III - EVCG en el Hospital "Príncipe de Asturias"
- Área IV - EVCG en el Hospital "Ramón y Cajal"
- Área V - EVCG en el Hospital "La Paz", Servicio de Geriatria del Hospital de la Cruz Roja Hospital "La Fuenfría" y Unidad de Psicogeriatria en el Hospital "Tres Cantos" (CAM).
- Área VII - Servicio de Geriatria del Hospital Clínico
- Área VIII - EVCG en el Hospital de Móstoles
- Área IX - EVCG en el Hospital "Severo Ochoa"
- Área X - Servicio de Geriatria del Hospital Universitario de Getafe

— MURCIA:

- Murcia - EVCG en el Hospital "Virgen de la Arrixaca"
- Cartagena - EVCG en el Hospital "Santa María del Rosell"

— LA RIOJA:

- Logroño - Unidad de Geriatria del Hospital de la Comunidad Autónoma