

Osteleba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-01

MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Julio 2008

INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-01

**MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE
MAYOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA**

Julio 2008

Arcelay Salazar, A
Sáenz De Ormijana Hernández, A
Reviriego Rodrigo, E
López De Argumedo González De Durana, M
Gutiérrez Ibarluzea, I

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2009

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>>.

Financiación: El presente trabajo ha sido posible gracias a una ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del 2005. El Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo), a través del programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud realiza convocatorias anuales para el apoyo a la investigación de tecnologías sanitarias priorizadas en el Sistema Nacional de Salud - SNS. El número de proyecto corresponde a FIS 05/90135.

Este documento debe ser citado como:

Arcelay A, Sáenz de Ormijana A, Reviriego E, López de Argumedo M, Gutiérrez I. *Mejora de la atención al paciente mayor con patología crónica*. Proyecto Fis. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2009. Informe nº Osteba D-09-01.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión, externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Abril 2009

Tirada: 120 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad

Internet: www.osanet.euskadi.net/osteba/es

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

Impresión: RGM, S.A.
Pol. Igeltzera, Pab. 1 bis – 48610 Urduliz-Bizkaia

ISBN: 978-84-457-2911-3

D.L.: BI-1135-09

Investigador principal

Andoni Arcelay Salazar. Subdirección Asistencia especializada. Osakidetza-Servicios Centrales. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Miembros del equipo de investigación

Patricia Arratibel Ugarte. Dirección de Estudios y Desarrollo Sanitario. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Julia Barroso Niso. Especialista en Medicina Interna. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

José María Beguiristain Aranzasti. Dirección Territorial de Gipuzkoa. Plan de Salud. Departamento de Sanidad-Gobierno Vasco. (Gipuzkoa).

Elena Elósegi Vallejo. Servicio de Admisión. Hospital de Donostia. (Gipuzkoa).

Iñaki Gutiérrez Ibarluzea. Osteba. Servicio de Evaluación del Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Asunción Gutiérrez Iglesias. Osteba. Servicio de Evaluación del Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Isabel Larrañaga Padilla. Dirección Territorial de Gipuzkoa. Plan de Salud. Departamento de Sanidad-Gobierno Vasco. (Gipuzkoa).

Marta López de Argumedo González de Durana. Osteba. Servicio de Evaluación del Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Vitoria-Gasteiz (Álava).

José Luis Muñoz Collantes. Dirección Territorial de Gipuzkoa. Servicio de Contrato de programas y conciertos. Departamento de Sanidad. (Gipuzkoa).

Julia Pérez Escajadillo. Especialista en Medicina Interna. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Javier Urraca García de Madinabeitia. JUAP. Centro de salud de Gazalbide-Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Panel

Adela Olaskoaga. Dirección Territorial de Bizkaia. Plan de Salud. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. (Bizkaia).

Adolfo Delgado. Médico. Clínica de Alava. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Ana Isabel Atienza. Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Donostia. (Gipuzkoa).

Ana Izquierdo. Enfermera. Hospital de Leza. (Álava).

Arantza Ayartza. Médico. Departamento de Bienestar Social. Diputación Foral de Gipuzkoa.

Blanca Saitua Brasa. Enfermera. Ambulatorio de Algorta Salud Escolar. Getxo. (Bizkaia).

Carol Elsdén. Enfermera. Residencia Arana. Departamento de Bienestar Social. Diputación Foral de Álava.

Enrique Arriola. Médico. Fundación Matia. (Gipuzkoa).

Fernando Gómez Busto. Médico. Residencia San Prudencio. (Álava).

Idoia Gurrutxaga. Médico. Servicio de Urgencias. Hospital de Donostia. (Gipuzkoa).

Itziar Muguruza. Enfermera. Centro de Salud de Rekalde. Bilbao. (Bizkaia).

Jacinto Batiz. Médico. Unidad de Cuidados paliativos. Hospital San Juan de Dios. Santurce. (Bizkaia).

Jesús Millas. Médico. Centro de Salud de Oñati. (Gipuzkoa).

Liana Shenguelia. Médico. Servicio de Urgencias. Hospital de Cruces. (Bizkaia).

Loreto Ramos Pastor. Médico. Centro de Salud Habana. Vitoria-Gasteiz (Álava).

M.^a José Goñi. Servicio de Admisión. Hospital de Donostia. (Gipuzkoa).

M.^a José Santamaría. Enfermera. Servicio de Hemodiálisis. Hospital de Amara. (Gipuzkoa).

Maidier Ruiz de Egin. UCI. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Maria Ángeles Busto Ricarte. Centro de Salud .S. Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Maria Ángeles Cidoncha. Adjunta Dirección de enfermería Hospital de Santiago. Vitoria-Gasteiz (Álava).

María Soledad Azkona. Médico. Hospital de Santa Marina. (Bizkaia).

Maria Victoria Lafuente. Departamento Foral de Bienestar Social. Diputación Foral de Álava.

Maxi Gutiérrez. Centro de Salud de Lakua-Arriaga. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Pedro Lopetegui Eraso. Servicio de Urgencias. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Rafael García. Centro de Salud de Amurrio. (Álava).

Rosario García. Enfermera. Hospital de Cruces. (Bizkaia).

Revisores externos

Rafa Rotaeché. Centro de Salud de ALza. Comarca Gipuzkoa Este. (Gipuzkoa).

Ana Gorroñoitia. Centro de Salud Rekalde. Bilbao (Bizkaia).

ÍNDICE

RESÚMENES ESTRUCTURADOS	9
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	23
2. OBJETIVOS	27
3. METODOLOGÍA	31
3.1. Revisión sistemática de la literatura.....	33
3.2. Técnica de consulta y consenso con expertos.....	37
4. RESULTADOS	45
4.1. Revisión sistemática de la literatura.....	47
4.2. Técnica de consulta y consenso con expertos.....	51
5. DISCUSIÓN	71
6. CONCLUSIONES.....	77
6.1. Las premisas básicas necesarias.....	79
6.2. Propuestas organizativas priorizadas	80
7. RECOMENDACIONES.....	83
7.1. Recomendaciones para la gestión asistencial	85
7.2. Recomendaciones para la docencia.....	86
7.3. Recomendaciones para la investigación	86
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	93
Anexo 1. Estrategias de búsqueda en EMBASE y MEDLINE	95
Anexo 2. Flow chart de las búsquedas de literatura científica.....	97
Anexo 3. Tablas de evidencia	99
Anexo 4. Primer cuestionario	115
Anexo 5. Segundo cuestionario	131
Anexo 6. Perfil de los/as panelistas	147
Anexo 7. Cuestionarios tabulados	149

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE MAYOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Autores: Arcelay A, Sáenz de Ormijana A, Reviriego E, López de Argumedo M, Gutiérrez-Ibarluzea I

Tecnología: programa, cuidados en salud

Palabras clave MESH: *intermediate care, elderly care, sub-acute care, patient discharge, hospital at home*

Fecha: Julio 2008

Páginas: 152

Referencias: 48

Lenguaje: Español, resúmenes en inglés y euskera

ISBN: 978-84-457-2911-3

INTRODUCCIÓN

El progresivo crecimiento de la población mayor de 65 años, que en los últimos años se incrementó en un 25% en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) (EUSTAT, 2005), y que, según el padrón municipal de 2006, representa actualmente el 18.4 % de la misma, implica un importante aumento de la demanda de servicios sanitarios dado el amplio volumen y la multiplicidad patológica que presenta este grupo poblacional. Según la encuesta de salud de la CAPV 2002, el 82% de los pacientes mayores de 65 años presenta patología crónica, grupo de patología cuya prevalencia parece además ir en aumento en los últimos años (Alonso, 2004). Estos cambios en la demografía humana y sanitaria dibujan un relativamente nuevo perfil de paciente mayor que se caracteriza por un aumento de la morbilidad, una creciente dependencia funcional y un importante compromiso de su calidad de vida (Alonso, 2004; Salgado, 2002). El envejecimiento poblacional, acompañado de este incremento de la prevalencia de la patología crónica y de su asociada dependencia funcional en este estrato poblacional, constituye, por tanto, un factor que contribuye a aumentar la vulnerabilidad de un grupo de población que requiere cuidados adaptados a sus muy especiales necesidades de salud.

OBJETIVOS

- Identificar y analizar modelos de atención al paciente mayor con patología crónica.
- Proponer alternativas a la utilización actual de los servicios sanitarios y sociales mediante modelos integrales contextualizados y aplicables a nuestro entorno.

MÉTODOS

Revisión sistemática de la evidencia científica en relación al primer objetivo. Respecto al segundo objetivo, se realizó una técnica cualitativa de consulta y consenso con un grupo de 30 expertos utilizando una

técnica Delphi modificada que consta de dos rondas. Mediante esta técnica, se analizó la pertinencia y factibilidad de cara a la implantación contextualizada de las diferentes modalidades organizativas consideradas y se estableció un orden de prioridad en las mismas.

Análisis económico: SI **NO** **Opinión de expertos:** SI NO

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos de la literatura y mediante las aportaciones de los panelistas, se identificaron los elementos básicos que deberían orientar la organización de los cuidados del paciente mayor y crónico como son: centralidad del núcleo paciente/cuidadora propiciando la participación activa del paciente y su mantenimiento en el domicilio, visión promotora/rehabilitadora de la salud orientada a la recuperación funcional y calidad de vida del paciente, atención integral y de carácter proactivo, que contempla a la Atención Primaria como eje de la atención, de carácter interdisciplinar, propiciando la coordinación con el nivel especializado y el ámbito social y que utiliza herramientas homogéneas y consensuadas de protocolización de actuaciones, valoración, derivación etc.

Así mismo, se expusieron y priorizaron, teniendo en cuenta criterios de pertinencia y factibilidad, los modelos organizativos más adecuados a nuestro entorno, contextualizados según el criterio de los panelistas: Entre los más destacados cabría citar la «valoración geriátrica domiciliaria» y «los cuidados continuados domiciliarios» ligados a la Atención Primaria. También se subrayó la pertinencia y factibilidad de los «unidades de media estancia» y en tercer lugar los «cuidados post-alta hospitalaria». En un segundo plano en orden de prioridad, aparecían otros modelos cuyas aportaciones se consideraban también interesantes. En este grupo estarían los «centros de día», las «unidades de hospitalización a domicilio» y la necesaria aportación de los hospitales de agudos».

RECOMENDACIONES

En la línea de las conclusiones reseñadas, se aportan una batería de recomendaciones específicas de cara a la gestión asistencial, la formación y la investigación.

Para la gestión

En este ámbito se apuesta claramente por tres intervenciones/modalidades organizativas cuyo desarrollo se considera pertinente, factible y prioritario consistiendo en:

- Reorganizar y reforzar los equipos de Atención Primaria.
- Reforzar la dotación de las «unidades de media estancia».
- Reforzar, formalizar y sistematizar los «cuidados post-alta hospitalaria».

En segundo plano, se consideran otras opciones organizativas cuya puesta en marcha parecía interesante, pero con diferente nivel de prioridad y asignados a diferentes ámbitos:

- Reforzar el papel complementario de los «hospitales de día geriátricos/centros de día».
- Reforzar y ampliar las actuales «unidades de hospitalización a domicilio».
- Creación en los «hospitales de agudos» de la figura del profesional hospitalario de referencia.
- Impulsar el desarrollo y dotación de herramientas y metodologías que mejoren la gestión y coordinación de los cuidados a este grupo de pacientes.

Para la docencia

- Formación específica de los/as profesionales implicados.
- Necesidad de personal con formación en geriatría y gerontología.

Para la investigación

- Incluir la perspectiva de pacientes y cuidadoras.
- Evaluar la puesta en marcha de las propuestas identificadas.
- Evaluar la eficiencia de las propuesta organizativas a implementar.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua: PATOLOGIA KRONIKOA DUEN PAZIENTE ZAHARRARENTZAKO ATENTZIOAREN HOBEKUNTZA.

Egileak: Arcelay A, Sáenz de Ormijana A, Reviriego E, López de Argumedo M, Gutiérrez-Ibarluzea I.

Teknologia: programa, osasuneko zainketak

Mesh Gako-hitzak: *intermediate care, elderly care, sub-acute care, patient discharge, hospital at home*

Data: 2008ko uztaila

Orrialdeak: 152

Erreferentziak: 84

Hizkuntza: Gaztelania, laburpenak euskeraz eta ingelesez

ISBN: 978-84-457-2911-3

SARRERA

65 urtetik gorko populazioaren hazkuntza gero eta handiagoa dela eta, azken urte hauetan Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) %25 gehitu dena (EUSTAT, 2005), eta 2006ko udal eroldaren arabera, une honetan populazioaren %18,4a suposatzen duena, zerbitzu sanitarioen eskarian gorakada garrantzitsu bat gertatu da, populazio talde honek aurkeztu ohi duen patologiaren ugaritasun eta konplexutasun handiaren ondorioz. EAKko 2002ko osasun inkestaren arabera, 65 urtetik gorako pazienteen %82ak patologia kronikoa aurkezten du, eta gainera patologia talde horren prebalentzia badirudi areagotzen ari dela azken urte hauetan (Alonso, 2004). Gizarte eta osasun demografiako aldaketa hauek paziente zaharraren profil berri bat marrazten digute ezaugarri nagusi hauek dituena: erikortasun handiagoa, menpekotasun funtzional gero eta larriagoa eta euren bizi kalitatearekiko konpromiso garrantzitsu bat (Alonso, 2004; Salgado, 2002). Populazioaren zahartzeak, eta horrekin batera patologia kronikoaren prebalentzia gero eta handiagoak eta horren ondoriozko menpekotasun funtzionalak, hortaz, bere osasun premia berezietara egokituriko zainketa batzuk eskatzen dituen populazio sektore baten zaugarritasuna areagotzen duen faktore bat suposatzen du.

HELBURUAK

- Patologia kronikoa duen paziente zaharrarentzako atentzio ereduak identifikatzea eta analizatzea.
- Zerbitzu sanitario eta sozialen gaur egungo erabilpenarentzat beste alternatiba batzuk proposatzea, eredu integral, eguneratu eta geure ingurunera aplikagarriak izango diren batzuen bitartez.

METODOAK

Ebidentzia zientifikoaren azterketa sistematikoa lehen helburuari dagokionez. Bigarren helburua dela eta, kontsulta eta adostasun teknika kualitatibo bat egin zen 30 adituz osaturiko talde batekin, bi galdera txanda egitean datzan Delphi teknika moldatu bat erabiliz. Teknika honen bitartez, kontuan harturiko antolamendu ereduaren ezarpen eguneratu baten egokitasuna eta bideragarritasuna analizatu ziren, eta beraien lehentasun hurrenkera ezarri zen.

Analisi ekonomikoa: BAI (EZ) **Adituen Iritzia:** (BAI) EZ

EMAITZAK ETA KONKLUSIOAK

Literaturako aurkikuntzetatik abiatu eta panelisten ekarpenak baliatuz identifikatu ziren paziente zahar eta kronikoarentzako zainketen antolaketa orientatu behar luketen oinarriko elementuak, besteak beste, honako hauek: paziente/zaitzaile nukleoaren zentralitatea, pazientearen partaidetza aktiboa eta hau bere etxebizitzan mantentzea bultzatuz; osasunaren sustatzailea eta birgaitzailea den ikuspegia, pazientearen berreskuratze funtzionalera eta bizi kalitatera bideratua; atentzio integrala eta izaera proaktibokoa, ardatz nagusitzat Lehen Mailako Atentzioa hartzen duena, diziplina arteko izaerakoa, maila espezializatuaren eta eremu sozialaren arteko koordinazioa sustatzen duena eta erreminta homogeneo eta adostuak erabiltzen dituen jokoaren protokolizazioa, balorazioa, deribazioa, etab. egiteko.

Halaber, azaldu eta hobetsi ziren, egokitasun eta egingarritasun irizpideak kontuan edukiz, gure ingurumenari ongien zetozkion antolamendu ereduak, panelisten irizpidearen arabera eguneratuak. Garrantzitsuen artean aipa litezke: Lehen Mailako Atentzioarekin loturiko «etxeko balorazio geriatrikoa» eta «etxeko zainketa etengabeak». Era berean azpimarratu zen beste hauen egokitasuna eta egingarritasuna ere: «egonaldi ertaineko unitateak», eta hirugarren lekuan «ospitaleko altaren ondorengo zainketak». Lehentasun ordenari dagokionez, bigarren plano batean, beste eredu batzuk agertzen ziren, hauek ere, egiten zituzten ekarpenak zirela eta, interesgarri iritzi zitzaizkien. Talde honetan leudeke «eguneko zentroak», «etxeko ospitaleratze unitateak» eta «akutueta ospitaleen beharrezko ekarpena».

GOMENDIOAK

Aipaturiko konklusioen ildotik, hainbat gomendio espezifikoki egiten dira gestio asistentzialari, preskakuntzari eta ikerketari begira.

Gestiorako

Arlo honetan argi eta garbi apustu egiten da hiru esku hartze/antolamendu modalitatearen alde, beraien garapena egoki, egingarri eta lehentasuneko hartzen baita. Hain zuzen, honako hauek:

- Lehen Mailako Atentzioko ekipoak berrantolatzea eta sendotzea.
- «Egonaldi ertaineko unitateen» dotazioa sendotzea.
- «Ospitaleko altaren ondorengo zainketak» sendotzea, formalizatzea eta sistematizatzea.

Bigarren plano batean, beste antolamendu aukera batzuk hartzen dira kontuan, hauek martxan jartzeari ere interesgarri irizita, baina maila apalagoko lehentasunaz eta hainbat eremuri esleituak:

- «Eguneko ospitale geriatriko/eguneko zentro» en eginkizun osagarria sendotzea.
- Gaur egungo «etxeko ospitalizazio unitateak» sendotzea eta zabaltzea.
- «Akutueta ospitaleetan» erreferentziako ospitale profesionalaren irudia sortzea.

- Paziente talde honentzako zainketen gestioa eta koordinazioa hobetuko dituzten erreminta eta metodologiaren garapena eta zuzkidura bultzatzea.

Irakaskuntzarako

- Inplikaturiko profesionalen prestakuntza espezifiko.
- Geriatrian eta gerotologian prestatutako pertsonalaren beharra.

Ikerkuntzarako

- Pazienteen eta zaintzaileen ikuspegia barne hartzea.
- Identifikaturiko proposamenak martxan jartzearen ebaluazioa.
- Inplementatzeko antolamendu proposamenen eraginkortasuna ebaluatzea.

STRUCTURED SUMMARY

Title: IMPROVING THE CARE OF ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC PATHOLOGIES

Authors: Arcelay A, Sáenz de Ormijana A, Reviriego E, López de Argumedo M, Gutiérrez-Ibarluzea I.

Technology: programme, healthcare

MESH keywords: *intermediate care, elderly care, sub-acute care, patient discharge, hospital at home.*

Date: July 2009

Pages: 152

References: 48

Language: Spanish, English and basque abstracts

ISBN: 978-84-457-2911-3

INTRODUCTION

The population of elderly persons aged over 65 has increased by 25% over recent years in the Basque Autonomous Community (BAC) (Basque Statistics Institute, 2005). According to municipal registers, this group currently represents 18.4% of this community's total population, bringing with it a large increase in demand for health services, given the size and the wide variety of associated pathologies. According to the health survey carried out in the BAC in 2002, 82% of patients aged over 65% present a chronic pathology and that over recent years, moreover, the prevalence of this pathology group seems to be increasing (Alonso, 2004). These changes in human demography and health paint a relatively new picture of elderly patients, characterised by an rise in morbidity, increasing functional dependency and a major impairment of their quality of life (Alonso, 2004; Salgado, 2002). The ageing of the population, together with this increase in the prevalence of chronic pathologies and the associated functional dependency of this population stratum, represents, therefore, a factor that contributes to an increase in the vulnerability of a population group that requires a specific kind of care, adopted to their very special health needs.

OBJECTIVES

- Identify and analyse care models for elderly patients with chronic pathologies.
- Propose alternatives to the current use of health and social services through contextualised, integrated modules, applicable to our environment.

METHODS

Systematic review of the scientific evidence relating to the first objective. With regard to the second objective, a qualitative technique of consultation and consensus was drawn up with a group of 30 experts, using the modified two-round Delphi technique. By means of this technique, the pertinence

and feasibility of the contextualised implementation of the different organisational modes considered was analysed and an order of priority was established for these.

Economic analysis: YES

NO

Expert opinion:

YES

NO

RESULTS AND CONCLUSIONS

Based on the findings in the literature and through the contributions of panellists, the basic elements that should guide the organisation of the care for elderly and chronic patients were identified as follows: the centrality of the patient/carer nucleus, favouring the active participation of the patient and enabling him/her to be cared for at home, the promoting/rehabilitating view of health oriented towards the functional recovery and quality of life of the patient, overall, proactive care for which Primary Care is the backbone, of an interdisciplinary nature, favouring coordination with specialist levels and the social environment and that uses uniform and broadly agreed tools for the registration of actions, appraisal, referral, etc.

Likewise, the most appropriate organisational models for our environment were put forward and prioritised, taking pertinence and feasibility criteria into consideration and placing these into context in accordance with the criteria of the panellists: Among the most significant of these models we should mention the «outpatient geriatric evaluation» and «continuous home care» linked to Primary Care. The pertinence and feasibility of «medium-stay hospitals» was also emphasised and, thirdly, «post-discharge care». On a second level of priority, a number of other models appeared, whose contributions were also considered to be of interest. This group would include «day centres», «home hospitalisation units» and the necessary contribution of «short-stay hospitals».

RECOMMENDATIONS

In line with the conclusions set out above, a number of specific recommendations are made with regard to care management, training and research.

For management

Three organisational actions/modes are put forward, the development of which is considered to be pertinent, feasible and a prime objective in this field:

- Reorganise and reinforce Primary Care teams.
- Reinforce the funding of «medium-stay hospitals».
- Reinforce, formalise and systematise «post-discharge care».

At a secondary level, a number of other organisational options are considered. These appeared to be interesting but with a different priority level and were assigned to different areas:

- Reinforce the complimentary role of «geriatric day hospitals/day centres».
- Reinforce and expand the current «home hospitalisation units».
- Create the figure of the referral hospital professional in «short-stay hospitals».
- Promote the development and funding of tools and methodologies that improve the management and coordination of care for this group of patients.

For teaching

- Specific training of the professionals involved.
- Need for personnel trained in geriatrics and gerontology.

For research

- Include the viewpoint of patients and carers.
- Assess the implementation of the proposals identified.
- Assess the efficiency of the organisational proposals to be implemented.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El progresivo crecimiento de la población mayor de 65 años, que en los últimos años se incrementó en un 25% en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) (EUSTAT, 2005), y que, según el padrón municipal de 2006, representa actualmente el 18.4 % de la misma, implica un importante aumento de la demanda de servicios sanitarios dado el amplio volumen y la multiplicidad patológica que presenta este grupo poblacional. Según la encuesta de salud de la CAPV 2002, el 82% de los pacientes mayores de 65 años presenta patología crónica, grupo de patología cuya prevalencia parece además ir en aumento en los últimos años (Alonso 2004). Estos cambios en la demografía humana y sanitaria dibujan un relativamente nuevo perfil de paciente mayor que se caracteriza por un aumento de la morbilidad, una creciente dependencia funcional y un importante compromiso de su calidad de vida (Alonso 2004; Salgado 2002). El envejecimiento poblacional, acompañado de este incremento de la prevalencia de la patología crónica y de su asociada dependencia funcional en este estrato poblacional, constituye, por tanto, un factor que contribuye a aumentar la vulnerabilidad de un grupo de población que requiere cuidados adaptados a sus muy especiales necesidades de salud.

Los cambios sociales y culturales constituyen otro factor importante en esta delimitación del contexto de desarrollo de los servicios dirigidos a la persona mayor con patología crónica. La estructura actual de atención a este grupo de población se fundamenta en la provisión por parte del sistema informal del 75% de los cuidados requeridos. En este sentido, cambios tales como la incorporación de la mujer al mundo laboral o el abandono por parte de las generaciones jóvenes del lugar de origen por requerimientos laborales amenaza seriamente la continuidad de este sistema como fundamento de tal estructura.

El cambio de cultura de la organización en un contexto delimitado por la creciente limitación de recursos y la garantía de la equidad en la provisión de servicios es además otro factor a tener en cuenta en el análisis y la mejora de la atención al paciente mayor con patología crónica. El consumo de recursos sanitarios por esta

población es muy elevado especialmente en lo que concierne al ámbito hospitalario llegando a suponer hasta el 40% del gasto sanitario total Encuesta Salud CAPV (Alonso 2004; Ruipérez 2003), con lo que esto supone de saturación de estos servicios y, sobre todo, de riesgos para la persona mayor y su salud.

En este grupo poblacional el binomio necesidades / servicios sanitarios presenta numerosas inadecuaciones que implican una ineficiente utilización de los recursos disponibles. Uno de los aspectos más visibles de este «iceberg» de la inadecuación es la creciente ocupación de camas hospitalarias de agudos por pacientes mayores con patologías crónicas y el elevado índice de reingresos. En este sentido y según un reciente informe del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, se prevé un incremento de ingresos en los hospitales de agudos para el año 2010, entre el 30 y el 40%, siendo en el grupo de pacientes de 75-84 años del 41,5% y en el de mayores de 84 años, del 30,8%. Ello implica que para el citado año se generarán en la CAPV 20.000 ingresos más en hospitales de agudos correspondientes a pacientes mayores de 65 años, hechos que supondrá la necesidad de aumentar la dotación de camas hospitalarias en 550 camas adicionales aproximadamente.

La modificación de este escenario exige un análisis exhaustivo y la búsqueda de líneas de trabajo conjuntas que afecten al ámbito sanitario y al social, y propicien una adecuación de los recursos (comunitarios y hospitalarios) a las nuevas necesidades de cuidados de este grupo de pacientes especialmente frágiles y susceptibles a la atomización y especialización de la prestación sanitaria. En este contexto, se hace necesario desarrollar sistemas organizativos de planificación y asistencia eficientes tanto en términos de salud como económicos (Ribera Casado 2002; Baztán Cortes 2002).

En la literatura, encontramos pluralidad de propuestas de intervención que, presentando diferentes niveles de efectividad, parecen de interés para su estudio y análisis (Baztán Cortes 2002). Este análisis debe, no obstante, situar dichas propuestas en su futuro escenario de aplicación de manera que los factores propiamente ligados

a dicho contexto puedan ser fehacientemente tenidos en cuenta en la evaluación de las posibilidades de desarrollo de cada una de ellas.

El objetivo de este trabajo es por tanto elaborar una propuesta de organización de servicios de atención al paciente mayor con patología crónica, en todos sus aspectos y espacios de vida desde el domicilio hasta el hospital de agudos, como alternativa a la actual utilización

de los servicios sanitarios y sociales. Esta nueva propuesta pretende propiciar el desarrollo de modelos que integren los diferentes niveles y redefinan circuitos contextualizados en nuestro ámbito, equitativos y con una eficiente utilización de los recursos, redundando todo ello en una mejora no únicamente en los resultados en salud sino también en la calidad de vida de este creciente grupo poblacional.

2. OBJETIVOS

El principal objetivo del presente trabajo es el de proponer alternativas a la utilización actual de los servicios sanitarios y sociales, proponiendo modelos integrales de atención al paciente mayor con patología crónica que puedan ser contextualizados y aplicables a nuestro entorno. Este objetivo se subdivide a su vez en dos objetivos operativos conducentes a la consecución de aquél:

1. Identificación de modelos integrales de atención al paciente mayor con patología crónica del contexto nacional e internacional, que puedan constituir alternativas válidas a la utilización actual de los servicios sanitarios y sociales por parte de este grupo de población en nuestro contexto de aplicación.
2. Análisis de dichos modelos y de su validez y adaptabilidad a nuestro entorno.

3. METODOLOGÍA

El alcance del objetivo final del trabajo a través del desarrollo de cada uno de los objetivos mencionados exige la puesta en marcha de opciones metodológicas que, de manera coherente y efectiva, respondan a dichos requerimientos. Así, este trabajo se desarrolla a partir de una primera revisión de la literatura que pretende soportar la identificación de los modelos existentes en contextos ajenos al nuestro, y de la implementación de una técnica de consulta y consenso entre expertos que contribuya al análisis y la contextualización de dichos modelos en el entorno de desarrollo del estudio. El último de los objetivos se construye finalmente sobre la intersección de ambos desarrollos metodológicos de manera que, la(s) propuesta(s) finalmente identificadas por este trabajo se sustenten sobre la literatura al respecto y sobre la opinión y el consenso de los expertos del propio ámbito y contexto.

Dadas las muy diferentes características de los dos desarrollos metodológicos seguidos por este trabajo, a continuación pasan a explicarse éstos individualmente y de manera pormenorizada:

- Revisión sistemática de la literatura.
- Técnica de consulta y consenso entre expertos.

3.1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

En el año 2004, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Nueva Zelanda (NZHTA) publicó una revisión sistemática de alta calidad (What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people – A critical appraisal of the literature. 2004. NZHTA New Zealand Health Technology Assessment) (Wasan 2004), cuyos objetivos son coincidentes con los propuestos en este proyecto. Por esta razón, nos planteamos como método de la revisión, la actualización y ampliación de la evidencia científica con una selección previa de las alternativas de atención al paciente mayor con patología crónica, correspondientes al documento elaborado por la NZHTA, que el grupo de investigación consideró aplicables en nuestro contexto.

3.1.1. Criterios de inclusión

a) Diseño de los estudios

Se han incluido los siguientes diseños de estudios:

- Revisiones sistemáticas, meta-análisis.
- Ensayos clínicos controlados aleatorizados y no aleatorizados.
- Estudios analíticos (estudios de cohortes y estudios de casos-controles).
- Estudios cuasi-experimentales (diseño antes/después).
- Estudios descriptivos y estudios analíticos-descriptivos.
- Literatura gris procedente del Estado Español.

b) Calidad de los estudios

Se han incluido, para cada uno de los tipos de estudios, aquellos que presentaban calidad alta, establecida mediante la herramienta Fichas de Lectura Crítica desarrollada en OSTEBA (Servicio Vasco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). Dicha herramienta se puede descargar desde: <http://www.osanet.euskadi.net/r85-20359/es/> en el apartado «métodos y formación».

c) Fecha de publicación de los estudios incluidos

Teniendo en cuenta que la revisión que se pretende actualizar, finalizó su búsqueda en julio del 2003, se han incluido estudios publicados desde julio del 2003 hasta agosto del 2006.

d) Idioma de publicación

Estudios publicados en castellano y en inglés.

e) Población a estudio

Se han incluido estudios que contemplan a personas de 65 años o mayores de esta edad y que presentan una o varias patologías crónicas.

f) Intervención

Se han incluido estudios que evalúan o describen cuidados de salud entre los que se incluyen al menos una de las siguientes alternativas:

- **Gestión por patologías:** se trata de un sistema de gestión de la atención del/de la paciente mayor basada en la potenciación de la organización de los recursos y la atención en torno a la patología. Su finalidad se centra en la prevención secundaria (detección precoz) y terciaria (rehabilitación). Su finalidad persigue el desarrollo de habilidades y capacidades en la propia persona de gestión y manejo de su proceso de salud. La atención se dirige a pacientes mayores con patología, pero que mantienen una relativa autonomía en su vida diaria y que no precisan de un alto nivel de cuidados. Este sistema pivota en torno a la Atención Especializada y más concretamente en el ámbito de las consultas externas, aunque la referencia y vía de acceso único al sistema sigue residiendo en la Atención Primaria. Hablaríamos aquí, por ejemplo, de un servicio de formación, capacitación y desarrollo de habilidades en el manejo de la Insuficiencia Cardíaca en pacientes mayores con tal diagnóstico.

- **Gestión de casos (Gestión de la complejidad):** se trata de un sistema de gestión de la atención al/a la paciente mayor basado en la creación de una figura (habitualmente una enfermera aunque no estrictamente necesario) con conocimientos avanzados en gerontología y cuyo rol se basa en un enfoque holístico e integral de promoción y prevención de la salud con la finalidad de mantener la calidad de vida del/de la paciente mayor en su entorno más cercano. Esta figura asume aquellos casos del/de la paciente mayores con una necesidad de cuidados de alta complejidad, ya sea por su proceso de deterioro, patológico o fisiológico, y/ o por las circunstancias sociales que lo acompañan. Esta figura surge y se coordina desde Atención Primaria (habitualmente hablaríamos de una o dos personas por centro de salud atendiendo a las características demográficas de la población atendida desde éste) y constituye la figura única de acceso y referencia para el/la usuario/a en el sistema. Su labor es principalmente de valoración y seguimiento, coordinación de servicios y gestión de los recursos. Su tarea se desarrolla mayoritariamente en el domicilio y su unidad de atención la componen el/la paciente mayor y su cuidadora principal (cuando existe).

- **Alta apoyada y alta planificada:** se trata de un sistema de organización de la atención al/a la paciente mayor basada en el desarrollo de estrategias de preparación de altas hospitalarias planificadas y apoyadas. Se trataría pues de la implementación de medidas y elementos de valoración, seguimiento, comunicación en el equipo y coordinación con otros niveles de atención que posibilitarían altas hospitalarias más rápidas que las actuales. Este sistema dirige su atención a la prevención secundaria y terciaria. Puede desarrollarse desde enfoques tanto biomédicos como holísticos en función de los ejes de decisión de los equipos. Este sistema es de corte evidentemente hospitalario aunque su interconexión con otros niveles de atención resulta imprescindible para su desarrollo. Su unidad de atención se centra principalmente en la persona aunque contempla también a su cuidadora como soporte de aquélla en el domicilio. La figura de referencia y acceso al sistema para el/la usuario/a continuaría, en este caso, situada en Atención Primaria.

- **Equipos de apoyo y soporte a atención primaria:** se trata de un sistema de organización de la atención al/a la paciente mayor consistente en el desarrollo de equipos multidisciplinares (principalmente médico/a y enfermero/a) y con formación avanzada en gerontología y cuyo rol se basa en un enfoque holístico e integral de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la finalidad de mantener la calidad de vida del/de la paciente mayor en su entorno más cercano. Su trabajo se inicia a partir de la consulta del Equipo Básico de Atención Primaria y su rango de actuación varía desde la mera respuesta puntual a dicha consulta hasta la asunción de la gestión del caso de manera integral a partir de ese momento. Su misión principal es la de dar soporte a los equipos básicos de Atención Primaria en el manejo de aquellos casos cuyo nivel de cuidados o bien resulte demasiado complejo o bien requiera demasiados recursos humanos y/o de tiempo como para poder ser asumido y desarrollado de forma adecuada por el equipo básico. Desarrollan por tanto tareas tales como seguimiento, la coordinación de los recursos y su gestión, curas complejas, intervenciones familiares complicadas... En este caso la figura de referencia y acceso único al sistema para el/la usuario/a pasaría a constituir la el propio equipo de soporte. La unidad de atención para estos equipos la constituyen el paciente mayor y su cuidadora y su labor se desarrolla exclusivamente en domicilio y/o en residencias geriátricas sin personal sanitario y cuya responsabilidad en este ámbito del cuidado recaiga en los propios Equipos de AP.

- **Hospitalización a domicilio:** se trata de equipos de Hospitalización a Domicilio (HAD) que asumen el cuidado de las/los pacientes mayores en su domicilio tras el alta hospitalaria, ya sea ésta tras hospitalización prolongada o tras consulta en el servicio de urgencias. Este sistema se desarrolla desde un enfoque eminentemente hospitalario y su funcionamiento depende de este nivel de atención. Centrado en la atención de aquellos procesos con un alta hospitalaria precoz o con posibilidad de realizar dicho ingreso en el ambiente domiciliario, persigue como finalidad evitar los ingresos hospitalarios. La figura de referencia y acceso al sistema para el/la usuario/a continuará, en este caso, situada en Atención Primaria.

- **Unidades y servicios de cuidados intermedios (media-larga estancia):** se trataría de un sistema de organización de la atención a la paciente mayor basado en el desarrollo de unidades de cuidado intermedio entre la hospitalización de agudos y el domicilio. Desarrollándose sobre la coordinación entre niveles, este sistema pretende la atención de aquellas pacientes que, requiriendo un alto nivel y complejidad de cuidados de enfermería y ciertos recursos, físicos y de otra índole, específicos (camas articuladas, lavabos adaptados, servicios de rehabilitación intensivos, oxigenoterapia de características especiales, vigilancia intensa, cuidados específicos) no precisen, sin embargo, de cuidados agudos e incluso sea desaconsejable su permanencia en tales ambientes (infecciones, encamamiento, desorientación, aislamiento). Se basa en un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, desarrollado desde una perspectiva holística e integral, persigue el máximo bienestar para su unidad receptora de cuidados (paciente mayor y cuidadora). El ingreso de la persona en dichas unidades puede producirse bien tras un alta de un centro hospitalario de agudos o bien desde el propio equipo de Atención Primaria, quien continúa siendo la figura de referencia y acceso al sistema para el/la usuario/a.

g) Comparación

Se han incluido estudios en los que se comparan las intervenciones anteriores frente a «manejo habitual», «cuidados estándar» o «no intervención».

h) Medidas de resultado

Se ha comprobado que los estudios incluidos midan alguno de estos resultados:

- Calidad de vida.
- Días de hospitalización.
- Estado de salud.
- Estado funcional.
- Mortalidad.
- Niveles de discapacidad.
- Satisfacción de pacientes y familiares.
- Tasas de hospitalización.
- Tasas de readmisiones.
- Visitas a atención primaria.
- Visitas a servicios de urgencias.

Dado que el principal objetivo de la medicina geriátrica no es tanto el aumento de las expectativas de vida como el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, consideramos que la situación funcional y la calidad de vida de los pacientes ancianos son los parámetros prioritarios para valorar la efectividad de las posibles alternativas de actuación.

3.1.2. Criterios de exclusión

Artículos que no incluyen resumen y/o que no cumplen con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

3.1.3. Estrategia de búsqueda

Se han consultado las siguientes fuentes de información (se incluye búsqueda específica de revistas o grupos editoriales):

Academic Emergency Medicine.

Age and Ageing.

Annals of Internal Medicine.

Biomed Central.

BMC HSR (Health Service Research).

British Medical Journal.

CCT (Current Controlled Trials).

Centre for Reviews and Dissemination (CRD).

Centro de Documentación de trabajo y política social.

CEOMA, Confederación Española de Organizaciones de Mayores.

CINALH.

Cochrane Systematic Reviews Database.

Current Contents.

Dpto. de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Educateca.

EMBASE.

EuroScan.

HTA (Health Technology Assessment)-DARE.

IMSERSO.

INAHTA.

INGENTA CONNECT.

Institute for Scientific Information.

INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria).

JRF Bookshop.

MEPS (Medical Expenditure Panel Survey).

MEDLINE - Pubmed

NCBI (National Center for Biotechnology Information).

Open Clinical.

Science Direct.

Stroke (American Heart Association).

TRIP database (metabuscador).

Update Software.

Las palabras de lenguaje libre utilizadas han sido:

Older people, hospital discharge, home, functional status, health, social, care, anciano, sociosanitario, intermediate care, client satisfaction, elderly care, aftercare, home health care, patient care team, community care, early discharge, emergencies, sub-acute health care, home nursing, managed care programs, patients readmission, health planning.

La adaptación de las estrategias de búsquedas a las principales bases de datos se incluye en el Anexo 1. El resto de bases de datos y fuentes de información sin opción de buscar mediante vocabulario controlado, fueron consultadas a través de las mismas estrategias y adaptadas a las condiciones individuales de cada fuente.

El *flow chart* o diagrama de flujos de estas búsquedas, se incluye en el Anexo 2.

3.1.4. Lectura crítica de la evidencia

Se ha realizado una valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante la aplicación informática «Fichas de Lectura Crítica Osteba». Descarga desde la WEB de Osteba:

<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20357/es> en el apartado de «métodos y formación».



3.1.5. Síntesis de la evidencia

Los resultados de los estudios se han sintetizado en forma de tablas de evidencia mediante la aplicación informática «Fichas de Lectura Crítica Osteba».

Las tablas de evidencia con los resultados de los principales estudios se incluyen en el Anexo 3.

3.2. TÉCNICA DE CONSULTA Y CONSENSO CON EXPERTOS

3.2.1. Método

En base a la situación de partida del estudio (pluralidad y diversidad de propuestas encontradas

en la literatura), su objetivo (identificación de propuestas de cambio y desarrollo), y el contexto en el que debía desarrollarse (gran mayoría de propuestas no evaluadas en él y desconocimiento, por tanto, de sus posibilidades/limitaciones en este sentido), este equipo optó por desarrollar un método de identificación y análisis de propuestas basado en la consulta a expertos del ámbito de la atención al/a la paciente mayor con patología crónica y del contexto propio de desarrollo del trabajo (CAPV).

En el intento de este equipo de sacar el máximo provecho de esta consulta a expertos y elaborar una propuesta consensuada, pero intentando al tiempo minimizar sus inconvenientes, se decidió implementar una técnica Delphi. Esta técnica plantea como principal objetivo la búsqueda del consenso entre las opiniones de las personas expertas participantes en el panel. La participación de estos expertos se basa, por tanto, en sus opiniones conformadas sobre su experiencia, personal y profesional, en un ámbito determinado de conocimiento y/o práctica. Es esta experiencia la que los convierte en personas expertas en dicho ámbito para los efectos de su participación en este tipo de dinámicas. Dicha participación tiene, no obstante, una forma un tanto peculiar ya que la propia técnica en sí misma evita el contacto físico real entre las personas integrantes de dicho panel. La no-interacción física entre los expertos es al tiempo la principal ventaja y el principal inconveniente de este tipo de métodos. Esta no-interacción permite sacar el máximo provecho a la dinámica de construcción de discursos grupales, mediante el carácter iterativo de la técnica, al tiempo que pretende reducir al máximo las consecuencias no deseadas (manipulación de discursos, posibilidad de giro en éstos, soporte y argumentaciones de las opiniones construidos desde el anonimato) de la influencia de las distintas posiciones sociales, y por tanto jerárquicas y de poder, de las personas participantes (GTIC 2006).

Esta técnica no está, sin embargo, exenta de dificultades y limitaciones derivadas, en su mayoría de esa no-interacción física. En primer lugar, esa no presencia física de los y las panelistas facilita la expresión de ideas que en ocasiones pueden resultar débilmente argumentadas, demasiado

circunscritas a un contexto y una realidad muy locales y/o situadas en extremos de opinión contrapuestos sobre los cuales no exista tipo alguno de flexibilidad. Además, ésta no presencia dilata los plazos de tiempo que el equipo metodológico debe planificar para la recepción de las respuestas, frente a un grupo de discusión cuya inmediatez es evidente. Finalmente, ésta no presencia física supone un riesgo a la pérdida de participantes/panelistas a lo largo del proceso (suele tratarse de experiencias dilatadas en el tiempo), con lo que el equipo debe tener en cuenta esta posibilidad a la hora del diseño de su muestra.

La técnica Delphi, en su expresión más ortodoxa y rigurosa, comprende el desarrollo de al menos tres rondas de consulta a su panel de expertos/as. El desarrollo de estas tres rondas confiere a la técnica su carácter iterativo que le permite construir consensos sólidamente sustentados sobre la retroalimentación que para el panel en su conjunto pero para cada uno/a de sus miembros en particular supone la información contenida en los cuestionarios recibidos en cada una de esas rondas. Así, cada panelista tiene en cada una de esas rondas la oportunidad, no sólo de defender o modificar su posicionamiento con respecto al tema planteado, sino además la posibilidad de conocer la posición de su discurso con respecto al grupo y, en base a ello, tomar las opciones que él/ella considera más oportunas.

En el caso de este trabajo, el equipo planteó desde su inicio, y en base a las limitaciones de tiempo y recursos que presentaba, el desarrollo de una técnica Delphi modificada que comprendiera el desarrollo de dos únicas rondas de consulta. La implementación y el desarrollo de la propia técnica en el contexto de este estudio se presentan un poco más adelante dentro de este mismo apartado.

3.2.2. Participantes

La definición de experto de la que partió, en sus inicios, este trabajo sufrió a lo largo de su desarrollo importantes variaciones en un afán de adaptarla al diseño metodológico elegido e intentar así dar respuesta a los objetivos plan-

teados. De este modo, en el inicio, el equipo partía de una definición de experto amplia que recogiera una gran pluralidad de experiencias y vivencias distintas como elementos que acreditaran dicha condición (no sólo personas formalmente formadas en el ámbito de la geriatría y la gerontología sino también personas que, desde su experiencia personal, individual y/o familiar, pudieran aportar riqueza a la valoración de las alternativas identificadas). La viabilidad de desarrollar una metodología de consulta, evaluación y consenso entre participantes con experiencias y, sobre todo, posiciones sociales y perspectivas y enfoques sobre el tema de interés, tan distintas se vio en sí amenazada por dicha diversidad, convertida en ocasiones en disparidad. En base a esto y a las propias limitaciones de tiempo y accesibilidad del equipo a los/as posibles participantes, la definición de «experto» fue acotándose y restringiéndose al ámbito puramente formal, de manera que quienes finalmente constituyeron el panel de expertos/as para este trabajo fueron en su totalidad profesionales del ámbito social y sanitario de la CAPV con importante implicación en el terreno del cuidado del/de la paciente mayor con patología crónica desde su quehacer cotidiano.

Esta definición de «experto» adoptada constituyó en sí misma el principal criterio de inclusión en este panel y, por ende, de exclusión. Quedaron así excluidas de participar en este trabajo en calidad de expertos/as panelistas todas aquellas personas que, pese a tener un importante contacto con el paciente mayor con patología crónica desde la esfera de lo personal, no perteneciesen al sistema formal de cuidados, entendiéndose por éste las organizaciones sociales y sanitarias de prestación de servicios a esta población.

Además de la propia definición de experto sobre la que el equipo inició la identificación de los posibles participantes en el panel, existía una serie de elementos que delimitaban de manera importante la selección y composición final del mismo. Estos elementos, denominados criterios de variabilidad, trataban de aportar riqueza y pluralidad en dicha composición, y a partir de su conjunción e intersección el equipo construyó los perfiles de quienes finalmente constituirían

el panel de expertos/as participantes en este trabajo.

Los criterios de variabilidad utilizados confirieron finalmente a la muestra un carácter plural y diverso que permitió la observación del fenómeno y la generación de información a su respecto desde perspectivas y posiciones profesionales muy distintas. Entre dichos criterios se encontraban:

- Sexo (hombres y mujeres).
- Años de experiencia (menos de 5, entre 5 y 15, más de 15).
- Territorio histórico (Álava, Gipuzkoa y Bizkaia).
- Ámbito de trabajo (social o sanitario).
- Nivel asistencial de trabajo (comunidad o especializada, y dentro de la comunidad: atención Primaria o residencias socio-sanitarias).
- Titularidad de la institución de trabajo (pública o privada).
- Disciplina profesional (medicina, trabajo social, enfermería).
- Área de especialización (medicina interna, geriatría, cuidados paliativos, urgencias, medicina de familia o comunitaria).
- Contexto de experiencia laboral previa (local, regional, nacional e internacional).

El panel de expertos estuvo finalmente compuesto por 31 participantes. Las identidades así como algunas características profesionales de quienes han accedido a que esta información se haga pública se presentan en el Anexo 6 de este documento. Todos/as ellos/as fueron contactados vía telefónica por dos de los miembros del equipo. En este primer contacto, se les informó de la existencia del estudio, sus objetivos y su finalidad, así como de la naturaleza de la participación requerida y de las exigencias de la misma en términos de tiempo y esfuerzo. Una vez contactados telefónicamente, y tras obtener la aceptación de todos/as ellos/as, se hizo envío del primer cuestionario, junto con las instrucciones para su cumplimentación, así como de un breve documento de información acerca del estudio y, de nuevo, de las condiciones de parti-

cipación. La confidencialidad y el anonimato de los/as panelistas se aseguró en todo momento del proceso de consulta.

3.2.3. Herramientas

El primer cuestionario se elaboró íntegramente sobre la base de la literatura revisada en la primera parte del trabajo (ver capítulo de referencias para ver la bibliografía revisada y analizada). Así, el equipo identificó los elementos clave que, según la literatura, constituían la estructura de un modelo organizativo de servicios sanitarios, esto es, sus asunciones ontológicas y sus formas de organización. En base a este esquema, el equipo realizó un análisis en profundidad de la literatura tratando de identificar, en primer lugar, dichas asunciones y, en segundo lugar, las diferentes propuestas organizativas que podrían darle forma. De este modo, el cuestionario se compuso de dos grandes capítulos. En el primero, se pretendía que el panel realizara una evaluación de la pertinencia y/o factibilidad de diversas asunciones ontológicas y epistemológicas de la atención al/a la paciente mayor con patología crónica a partir de su contextualización en los ámbitos de desarrollo profesional cotidiano de cada uno/a de sus miembros. En el segundo capítulo del cuestionario, la pretensión de evaluación contextualizada se dirigía ahora hacia las diversas formas de organización señaladas en la literatura como de un mayor nivel de efectividad y pertinencia.

Dada la gran pluralidad de formas de organización existentes en la literatura, y por motivos de factibilidad y viabilidad del proyecto, el equipo hubo de seleccionar sólo algunas de éstas para presentarlas al panel. Conscientes de la restricción que dicha decisión suponía a las opciones presentadas a las personas participantes en el panel, pero tratando a su vez con ello de facilitar y aligerar la cumplimentación del cuestionario por ellos/as, el equipo decidió además, y en base a sus similares características, principios de base y/o enfoques, reagrupar algunas de las propuestas de organización encontradas en la literatura. Las formas finalmente seleccionadas y presentadas al panel fueron aquéllas cuya efec-

tividad estaba más ampliamente demostrada en la literatura.

Para la valoración de estas propuestas, además de las escalas Likert para pertinencia y factibilidad, el cuestionario incluía una pregunta de priorización de las propuestas en base a su posible puesta en marcha en un contexto como el nuestro, de limitación de recursos. El cuestionario finalizaba con la presentación de un caso típico y no real sobre el que los/as panelistas debían tratar de dibujar el mapa de servicios de los que la protagonista de dicho caso debería verse beneficiada en un modelo de atención a la /al paciente mayor con patología crónica eficiente y de calidad.

Entre el primer y el segundo apartado, el equipo decidió además dar espacio a los/as participantes para que fueran ellos/as mismos/as quienes identificaran las principales dificultades a una atención eficiente y de calidad en el sistema actual, así como los principales obstáculos al desarrollo de cualquier modelo organizativo de servicios de atención a la/al paciente mayor con patología crónica.

Este esquema inicial dio forma al primer borrador de cuestionario. El primer elemento en quedar eliminado de dicho borrador resultó ser el de los recursos. Sobre el criterio de varios miembros del equipo, se decidió eliminar la valoración de este aspecto ya que se consideró que podía suponer un trabajo de consenso entre expertos en sí mismo. La segunda gran modificación que sufrió el cuestionario tuvo que ver con el apartado de las asunciones. Encontrando en la literatura cierta disparidad de opiniones al respecto de algunas de dichas asunciones, el equipo decidió crear dos apartados dentro de esta sección. De esta manera, el primero de estos dos apartados evaluaría únicamente la factibilidad de aquellas propuestas sobre las que la literatura era unánime al valorar su pertinencia. El segundo de los apartados de este primer gran epígrafe del cuestionario se construyó entonces con aquellas asunciones sobre las que el nivel de acuerdo entre autores/as no era tan elevado y para las que, por tanto, el equipo consideraba interesante valorar su pertinencia además de su factibilidad. Tras estos

cambios, el cuestionario quedó listo para ser sometido a la fase de pilotaje.

El cuestionario fue pilotado por tres miembros del equipo investigador, ajenos a su elaboración y con características profesionales muy similares a las personas expertas participantes en el panel. Además, el cuestionario fue revisado y evaluado por expertos en el ámbito de la atención a la/al paciente mayor pertenecientes a tres comunidades en las que ya se habían puesto en marcha alternativas a los dispositivos actuales, y que en este momento podían considerarse, en ese sentido, de algún modo, pioneras (Catalunya, Illes Balears y Comunidad Canaria). Todo este proceso de pilotaje supuso importantes cambios y re-estructuraciones tanto en la forma como en el contenido de este primer cuestionario, que finalmente acabaron delineando su versión definitiva, enviada al panel. Un ejemplar de este cuestionario se presenta en anexo 4.

Realizado el análisis de la primera ronda de respuestas, el equipo elaboró el cuestionario para segunda ronda. En este momento y para la construcción de este segundo documento, el equipo contó con la inestimable aportación de uno de los integrantes del panel que, desde su amplia experiencia en el ámbito de la/del paciente mayor realizó muy importantes aportaciones tanto en forma de anotaciones y sugerencias al documento como de literatura de consulta y lectura recomendada. Así, el segundo cuestionario, además de integrar las respuestas de todo el panel a aquél de la primera ronda, integró una reforma importante en el contenido de su segundo apartado, el de las propuestas. Uno de estos documentos (Baztán-Cortés; 2000) sirvió de base al desarrollo totalmente reformado de este segundo capítulo de este nuevo cuestionario. Se trataba de una revisión sistemática de la literatura que nos ofrecía información directa sobre aquellas formas de organización, ordenadas por nivel/ámbito asistencial, cuyo nivel de evidencia fuera mayor en relación a su efectividad. Conscientes de la importancia de la información provista por los/as panelistas en primera ronda, el equipo trató de integrar, dentro de algunas de estas propuestas, aquellas formas de organización cuya valoración hubiera

resultado más favorable en primera ronda así como la valoración que de ellas habían hecho estos/as participantes en aquella primera ronda. La pretensión del equipo en este trabajo de análisis y construcción de este segundo cuestionario fue siempre la de integrar el conocimiento académico con aquél más puramente derivado de la experiencia y contextualizado aportado por los/as participantes.

Tras estos procesos de análisis, integración y re-estructuración de su contenido, el segundo cuestionario quedó listo para ser enviado al panel. Un ejemplar de este documento se presenta en el anexo 5.

3.2.4. Procedimiento y desarrollo

La primera ronda de la técnica de consulta y consenso con expertos desarrollada se inició el día 16/02/07 con el envío del 1º cuestionario, además de la documentación explicativa pertinente que ya se ha señalado anteriormente. Tal y como se mencionaba en dicha información, las personas integrantes del panel disponían de una semana para cumplimentar el cuestionario y devolverlo al equipo. Conscientes de la gran dificultad que la demanda asistencial podría suponer para una rápida respuesta al cuestionario, este margen de una semana se flexibilizó y la recogida de cuestionarios se dio por finalizada el día 13/03/07. El número de cuestionarios respondidos recibidos en esta primera ronda fue de 30 (23 en formato electrónico y 7 en papel) debidamente cumplimentados de los 31 enviados lo que supuso un índice de respuesta del 96%. En este sentido, el equipo cree que el perfil de los panelistas (con un alto grado de implicación en el tema) así como el contacto telefónico directo con todos/as y cada uno/a de los panelistas pudo contribuir a este alto índice de respuestas.

El trabajo de análisis de la información de aquella primera ronda así como de elaboración del segundo cuestionario tomó aproximadamente 12 semanas. Este segundo documento estuvo, por tanto, listo para ser enviado el día 22/06/07. En esta ocasión el margen de espera para la recepción de cuestionarios fue de 6 semanas,

dándose por finalizado el día 03/08/07, y habiéndose recibido un total de 22 cuestionarios debidamente cumplimentados (18 de ellos en formato electrónico y 4 en papel). En esta ocasión el índice de respuesta (74,19%) resultó sensiblemente inferior al de la primera ronda. Este equipo entiende que esta disminución pueda estar muy relacionada con las fechas de periodo estival-vacacional en la que se realizó este segundo envío.

3.2.5. Análisis

En coherencia con el objetivo del estudio, en la primera ronda del estudio el equipo desarrolló un análisis de contenido con identificación de extractos textuales con significado propio y su correspondiente codificación temática. Se realizaron tanto desarrollos parciales e individualizados para cada uno de los ítems de los cuestionarios, como elaboraciones transversales, algo más complejas, que pudieran informar del fenómeno y su contextualización de una manera más global e integradora.

Además, se realizó un análisis estadístico básico descriptivo (tendencia central y dispersión) sobre la información de orden cuantitativa provista por los/as panelistas en la evaluación de los ítems propuestos (los resultados numéricos tabulados se presentan en el Anexo 7 de este documento). En este sentido, hemos de decir que la información provista por uno y otro tipos de información resultó paradójicamente, en un modo incoherente pero en otro, complementario y enriquecedor. Así, el equipo encontró panelistas que otorgando puntuaciones muy altas para pertinencia y factibilidad a los ítems, sustentaban después sus respuestas con argumentos de corte muy crítico y desconfiado en la posibilidad futura de implementación de la propuesta o el ítem evaluado. En el otro extremo, se situaban ciertos panelistas que, asignando a sus evaluaciones puntuaciones relativamente bajas, complementaban aquella valoración con una serie de ventajas y beneficios derivados de la supuesta puesta en marcha de la propuesta o el ítem en cuestión, expresando con ello una cierta confianza en la capacidad final del sistema de considerarla pertinente y llegar a desarrollar-

la. Ante esta paradoja, el equipo optó por basar su análisis en el trabajo sobre la información de tipo más textual que proporcionaba mayor cantidad de elementos de juicio y permitía, por tanto, la elaboración de un segundo cuestionario algo más contextualizado y argumentado en base al criterio de los/as panelistas.

El objetivo final de esta estrategia de análisis perseguía la consecución de un espacio de consenso que, al mismo tiempo, permitiera la expresión de la pluralidad de ideas y criterios de los y las participantes y de la riqueza de información derivada de dicha pluralidad.

El análisis de la información generada en la primera ronda del estudio se llevó a cabo por dos miembros del equipo. Para intentar garantizar el rigor y la validez del proceso, una analista elaboró un primer análisis de la información generada que fue posteriormente revisado, en su coherencia y consistencia, por la otra analista a partir de sus códigos, definiciones y citas. Tras la discusión sobre las convergencias y divergencias encontradas entre ambas analistas, se elaboró finalmente una construcción única conjunta y consensuada.

Este procedimiento de análisis se registró sobre un «diario de a bordo», donde quedaron reflejados no sólo los distintos acontecimientos cotidianos y propios de un análisis cualitativo sino además el inherente proceso de toma de decisiones que lo acompañó y sustentó.

Este análisis se desarrolló sobre el soporte informático Atlas-ti (build 058).

Ante el menor volumen de información de carácter textual abierto provista por los y las participantes del panel en sus respuestas a la segunda ronda del cuestionario, y ante el evidente nivel de consenso alcanzado por ellos/as en este punto del estudio y en relación al apartado de las premisas del sistema, el equipo optó por elaborar una estrategia de análisis mucho más sencilla que, permitiendo informar los resultados con los comentarios libres de los y las panelistas, se basara principalmente en las puntuaciones otorgadas sobre los instrumentos de valoración numéricos. El análisis del segundo apartado, el de las propuestas de servicios, de este segundo

cuestionario siguió un esquema muy similar al de aquél aplicado para el primer cuestionario ya que la información de carácter textual fue abundante y resultó muy esclarecedora de la información obtenida a partir de las puntuaciones (que incluso resultaba hasta un punto confusa). Un primer borrador de análisis fue presentado en el equipo para su contraste y/o confirmación de manera que la reflexión crítica de otros/as miembros sobre la construcción de una de ellos/as aportase rigor y validez a las interpretaciones elaboradas finalmente.

3.2.6. Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones a las que se enfrenta este trabajo surge de la propia definición de experto sobre la que se construye el panel para la consulta y el consenso. Este equipo es consciente de la importante pérdida que la no participación de usuarios/as y cuidadores/as naturales en dicho proyecto supone para este trabajo. A este respecto, se sugiere el desarrollo de proyectos posteriores a éste, pero previos al desarrollo y/o implementación de cambio alguno en el sistema, que incluyan la voz y la experiencia de estos dos colectivos como una forma de evaluación y análisis crítico de su validez y adaptabilidad a nuestro contexto. En este sentido, no hemos de olvidar que estos dos colectivos suponen finalmente, y tal y como identifica este trabajo, los receptores principales de todo este sistema de provisión de cuidados. Sin su participación crítica y activa en el desarrollo de nuevas alternativas, cualquier propuesta que pretenda implementarse tendrá importantes posibilidades de caer en saco roto.

Además este trabajo presenta dos limitaciones importantes e inherentes, en este caso, al propio método de desarrollo de la técnica de consulta y consenso con expertos. En primer lugar, lo que en un principio pretendió desarrollarse como una técnica Delphi de consenso se transformó después en una técnica de consulta y consenso sin que, ni su desarrollo ni sus resultados, puedan definirla como tal técnica Delphi. Entendiendo que, en el sentido estricto de la rigurosa relación entre metodología propuesta y metodología desarrollada, este desfase suponga una limi-

tación para el trabajo, este equipo encuentra esta circunstancia como un elemento más de carácter enriquecedor que limitante. Así, una vez desarrollada la revisión de la literatura, este equipo fue consciente, por un lado, de la amplia pluralidad de perspectivas de las que disponía para ofrecer al panel, pero, además, de la importante distancia (ideológica, pragmática y cultural-contextual) que dicha literatura y sus propuestas presentaban con respecto al contexto en el que éstas pretendían ser analizadas y evaluadas por el trabajo. Así, entendemos que una técnica Delphi en su más estricto sentido y desarrollo hubiera empobrecido estos resultados y hubiera limitado la capacidad y oportunidad de participación y aportación de los/as expertos/as que esta otra técnica, más abierta y analítica, ha conferido al trabajo (corroborado tras el análisis de consistencia entre puntuaciones numéricas y argumentaciones ofrecidas para su sustento).

La imposibilidad de desarrollo de una tercera ronda de consenso entre los/as expertos/as es la segunda de las limitaciones que este estudio presenta en relación directa con el desarrollo metodológico de la consulta a expertos/as. Así, las dos primeras rondas han permitido al equipo investigador elaborar una propuesta que, sobre la literatura consultada, señala las directrices y expectativas de nuevas formas de organización de los cuidados dirigidos a esta población. Sin embargo, este trabajo no puede, en base a los resultados, sostener y apoyar una única propuesta por encima de todas las demás. En este sentido, este trabajo ha cumplido una función mucho más exploratoria y contextualizadora de la problemática actual y sus posibles propuestas de cambio/mejora que propiamente decisoria y unificadora. Quizás una tercera ronda y un trabajo más en profundidad sobre las propuestas presentadas y evaluadas permitiesen una identificación más clara de aquellas alternativas consideradas más idóneamente apropiadas a nuestro contexto. Se sugiere el desarrollo de grupos de trabajo que, incluyendo la participación de usuarios/as, completen con minuciosidad este trabajo y perfilen dichas propuestas de una manera unívoca.

La tercera limitación importante que este equipo identifica en su trabajo está en relación con el

análisis desarrollado sobre la información generada. Como ya se ha señalado, el tipo de análisis desarrollado se ciñó estrictamente al contenido de la información generada. No se tuvieron por tanto en cuenta las posiciones discursivas de las personas participantes en el panel como tampoco la estructura que cada una de ellas daba a sus discursos. Entendiendo que, dadas las importantes incoherencias entre puntuaciones numéricas y argumentaciones encontradas en las respuestas de los/as panelistas y ya señaladas, este último tipo de análisis principalmente hubiera sido de interés para el trabajo, encontramos el tipo de análisis desarrollado de una cierta pobreza en este sentido. Sugerimos que futuras aproximaciones, a este ámbito o a otros, desde una perspectiva cualitativa y que pretendan el consenso entre diferentes miembros, contemplen la posibilidad de desarrollar este tipo de análisis que, yendo más allá del mero contenido textual-temático, profundice en las formas de construcción de los discursos y sus implicaciones para éstos.

La última limitación que este equipo puede señalar al desarrollo de este trabajo se relaciona con el bajo índice de respuesta obtenido para la segunda ronda. A pesar de ello, y a la luz de los resultados obtenidos, este equipo considera sin embargo que este reducido índice de respuesta no condiciona de manera importante los resultados ya que el nivel de consenso y acuerdo entre los cuestionarios recibidos resultó tan elevado que dudosamente nuevas respuestas hubieran podido modificar dichos resultados.

3.2.7. Consideraciones éticas

La participación en este estudio ha sido, desde su inicio, de carácter enteramente voluntario. Esta instancia así fue explicada a todas y cada una de las personas invitadas a participar. El consentimiento a dicha participación fue así informado y su aceptación se entendió implícita en la devolución del primer cuestionario cumplimentado. El abandono del estudio, al no llegar a responder al segundo cuestionario, por algunos/as de los/as miembros del panel no ha sido en modo alguno penalizado e incluso la identidad de quienes no han participado en esta segunda ronda se ha mantenido oculta.

En relación a las otras dos premisas éticas de desarrollo de este estudio, anonimato y confidencialidad de la información, este equipo así lo planteó e ideó las estrategias que consideró necesarias para su garantía a lo largo de todo el proceso. Así, ambos elementos de rigor ético se mantuvieron hasta la elaboración del informe final. No obstante, fueron algunos/as de los/as propios/as panelistas quienes solicitaron a este equipo que su identidad fuera desvelada y, si fuera posible, se identificara al resto de profesionales participantes. Ante este requerimiento,

el equipo optó por devolver esta demanda al propio panel y dejar que fueran sus miembros quienes, individualmente, decidieran si así querían que fuera. En el anexo 6 se presentan las identidades de quienes sí aprobaron que así fuera. En cualquier caso, la confidencialidad de la información provista por cada panelista se mantuvo a lo largo de todo el proceso garantizándose que los extractos de texto a los que la audiencia en general tuviera acceso no presentaran dato alguno que pudiera facilitar la identificación de su autor/a.

4. RESULTADOS

Los resultados del trabajo presentados en este apartado pretenden dar respuesta al objetivo inicial del trabajo al tratar de identificar las principales características y elementos que deben definir las propuestas organizativas de atención al paciente mayor con patología crónica, así como señalar aquellas propuestas organizativas de un mayor nivel de pertinencia y factibilidad para el contexto de desarrollo del estudio y, posiblemente en un futuro, de dichas propuestas. En coherencia con dichos objetivos, se presentan a continuación los resultados para cada una de las dos fases de desarrollo metodológico del trabajo. Así, se presentan en primer lugar los resultados obtenidos a partir de la revisión de la literatura y, en segundo lugar, los resultados de la técnica de consulta y consenso entre expertos construida sobre aquella primera revisión.

4.1. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Tal y como se ha comentado anteriormente la revisión sistemática de la literatura científica realizada nos ha permitido explorar la efectividad de las posibles propuestas organizativas de atención al paciente mayor con patología crónica. Esta revisión se ha planteado como una actualización de un informe publicado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Nueva Zelanda en el año 2004 (Wasan 2004), que aportaba evidencia de calidad alta y analizaba un amplio espectro de intervenciones que incluían desde las llamadas telefónicas de seguimiento hasta la rehabilitación a domicilio por equipos multidisciplinarios.

En nuestro esfuerzo por replicar y actualizar la búsqueda realizada en este informe, encontramos multitud de artículos que planteaban una reordenación de los recursos sanitarios dirigidos a la población mayor, que presentaban como común denominador propuestas de mejora de la calidad de la atención a este grupo de pacientes junto a un control del gasto sanitario.

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión que establecimos previamente (ver capítulo de «Metodo»), encontramos 118 artículos que fueron revisados de forma independiente por

dos revisores. De éstos 118 artículos, 103 fueron rechazados y 15 aceptados para su posterior lectura crítica.

La justificación para rechazar éstos 103 artículos ha sido la siguiente:

- 55 artículos no analizaban la efectividad.
- 44 artículos no eran coincidentes con las intervenciones que pretendemos analizar.
- 4 artículos no coincidieron con la población a estudio.

Los 15 artículos aceptados para su posterior lectura crítica, fueron agrupados según su tipo de intervención y se detallan a continuación.

4.1.1 Artículos aceptados según tipo de intervención

- a) Alta planificada (incluye un plan y paquete de cuidados al alta hospitalaria)

En relación con esta alternativa organizativa partimos del análisis realizado por el informe de los Servicios de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Nueva Zelanda (Wasan 2004). En esta revisión, los autores afirman que a pesar de haber encontrado una falta relativa de evidencia de calidad para proponer modelos específicos, las revisiones analizadas indicaban que existía un efecto de la intervención al alta que se refleja en un efecto beneficioso sobre el riesgo de readmisión en el hospital, pero no en relación a la mortalidad, duración de la estancia hospitalaria o destino al alta.

Posteriormente a esta revisión se han publicado dos revisiones sistemáticas de calidad que comparan la efectividad del tratamiento estándar con un tratamiento que incluya un alta planificada.

La primera es una revisión Cochrane (Shepperd 2007) que analizó los efectos de esta intervención en relación con la mortalidad, el estado funcional, los días de hospitalización y la satisfacción de pacientes y familiares. Así, en relación con la mortalidad, no se logró detectar diferencia alguna entre los grupos de pacientes ancianos con una enfermedad crónica (OR 1,44 IC 95%: 0,82 a 2,51). Sobre el estado funcional, un ensayo en el que se comparaba una vía de atención estructurada y multidisciplinar dirigida a pacientes con un acci-

dente cerebrovascular, demostró una mejoría significativa en la capacidad funcional y en la calidad de vida en el grupo de control. En cuanto a la satisfacción de pacientes y familiares en dos ensayos se describió que los pacientes con enfermedades médicas asignados a la planificación del alta, presentaban una mayor satisfacción en comparación con aquellos que recibieron una de rutina.

No se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a días de hospitalización, ni a tasas de readmisiones.

La segunda revisión publicada por Phillips (Phillips 2004) y cuyo objetivo fue evaluar el efecto de programas de alta planificada más apoyo tras el alta en pacientes con insuficiencia cardíaca, demostró una disminución no significativa de la mortalidad en el grupo de intervención (RR, 0,87; IC 95%; 0,73-1,03), una mejoría estadísticamente no significativa de la calidad de vida en el grupo de intervención (25,7%; IC 95%: 11%-40%) comparado con el grupo control (13,5%; IC 95%: 5,1%-22%). También se demostró disminución en el número de días de estancia en el hospital en el grupo de intervención frente al grupo control y una disminución significativa de las tasas de readmisiones durante los 8 meses de observación (RR=0,75, IC=95%, 0,64-0,88). Los autores llegan a la conclusión de que el alta planificada más el alta apoyada reducen significativamente las tasas de readmisiones y mejoran los resultados en salud como la supervivencia y la calidad de vida.

En resumen, las revisiones analizadas indican que el alta planificada aporta ventajas en relación a la capacidad funcional y a la calidad de vida en pacientes con accidente cerebral vascular, junto a una mayor satisfacción de los pacientes y de sus familiares. Los resultados observados de esta alternativa en relación a la mortalidad, la duración de la hospitalización y la tasa de readmisiones en el hospital no han sido concluyentes.

- b) Alta apoyada (equipos que ofrecen rehabilitación, educación, apoyo al tratamiento al tratamiento a domicilio durante un periodo determinado tras el alta hospitalaria)

En relación con esta alternativa organizativa el análisis realizado por el informe de la Agencia de

Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Nueva Zelanda (Wasan 2004) no llega a ninguna conclusión sobre la efectividad de esta intervención ya que los 5 estudios que analiza presentan demasiada heterogeneidad en sus intervenciones y problemas metodológicos como para obtener un resultado claro.

En nuestra búsqueda de literatura coincidente con nuestros criterios de inclusión, encontramos dos ensayos clínicos controlados y aleatorizados publicados con posterioridad a la revisión anterior.

El ensayo clínico de Cunliffe, (Cunliffe 2004) tiene como objetivo evaluar un programa de alta temprana y un servicio de rehabilitación para personas mayores analizando sus efectos en la calidad de vida de estos pacientes y en los días de hospitalización. Los autores concluyen que esta alternativa permite reducir la estancia hospitalaria de estas personas mayores, presentando además con mejores resultados en su calidad de vida.

El segundo ensayo clínico pertenece a Sinclair (Sinclair 2005) evaluó la efectividad de una intervención en el domicilio para pacientes mayores de 65 años que habían sido dados de alta tras su hospitalización. Los autores observaron que la intervención, conducida por equipos de enfermería que proporcionan apoyo tras el alta mejoró, la confianza y autoestima de los pacientes, reduciendo además las readmisiones hospitalarias tempranas y los días de hospitalización. No se demostraron diferencias significativas en relación a la mortalidad de estos pacientes.

En resumen, los resultados aportados por los ensayos clínicos indican que el alta apoyada reduce los días de hospitalización de las personas mayores de 65 años y que puede mejorar su calidad de vida y nivel de autoestima.

- c) Equipos de apoyo y soporte a Atención Primaria (equipos multidisciplinares con formación avanzada como soporte a los equipos básicos de Atención Primaria)

En relación con esta alternativa organizativa el análisis realizado por el informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Nueva Zelanda (Wasan 2004) demostró una reducción de la mortalidad y en la tasa de admisión a centros de larga estancia en pacientes mayores y

frágiles en los que se intervino con programas de visita a domicilio. No se demostraron diferencias significativas en las tasas de admisión a hospitales de agudos y en la capacidad funcional entre el grupo de intervención y el grupo control.

Posteriormente a la publicación de esta revisión se han encontrado los datos de un estudio cuasi-experimental (Young 2005) con un total de 1.646 pacientes cuyo objetivo fue diferenciar los resultados en mortalidad, días de hospitalización y tasas de readmisión, antes y después de una intervención mediante equipos de apoyo a Atención Primaria. En este estudio se encontraron pequeñas diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la tasa de mortalidad (tras 12 meses de seguimiento, fallecen un 39,3 % en el grupo de Intervención y un 37,6% fallece al de un año en el grupo control), así como en la tasa de readmisiones y en días de hospitalización.

En definitiva, los equipos de apoyo a Atención Primaria parecen tener efectos positivos sobre la mortalidad y la tasa de admisión en centros sanitarios de larga estancia en pacientes ancianos frágiles. No son concluyentes los resultados relativos a la tasa de admisión en centros de agudos y a la capacidad funcional.

d) Gestión de casos : (personal de enfermería coordinado desde Atención Primaria para valoración y apoyo a personas mayores con una necesidad de cuidados de alta complejidad en el domicilio)

En relación con esta alternativa organizativa el análisis realizado por el informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Nueva Zelanda (Wasan 2004) y basado en 12 ensayos clínicos indica que no está claro el efecto de este tipo de intervención tienen sobre la tasa de rehospitalización (resultados no homogéneos entre estudios), pero es coste-efectiva y aumenta la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes.

Además sobre esta intervención encontramos dos estudios publicados en 2004 por Kwok y Hutt que analizan su efectividad estudiando los efectos que produce dicha intervención sobre las tasas de readmisión, sobre el número de días de hospitalización, visitas a los servicios de urgencias

y sobre el estado funcional en pacientes con enfermedad obstructiva crónica. Esta intervención no demostró ser efectiva cuando los resultados se medían en función de las tasas de readmisión, días de hospitalización o visitas a urgencias. Si se demostró una mejoría significativa en el estado funcional o un retraso en el deterioro del mismo.

En resumen, la gestión por casos presenta buenos resultados en los estudios analizados en relación con la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes mayores con una necesidad de cuidados de alta complejidad. No se demostraron ventajas relativas a la tasa de readmisión hospitalaria, duración de la estancia hospitalaria y frecuentación del servicio de urgencias mediante esta intervención.

e) Gestión por patologías: (formación, capacitación y desarrollo de habilidades en el manejo de la enfermedad por el paciente que pivota en torno a la Atención Especializada aunque con acceso a través de Atención Primaria)

Según el estudio de Gonseth (Gonseth 2004) cuyo objetivo fue evaluar la literatura publicada acerca de la efectividad de programas de gestión de patologías que reduzcan las readmisiones hospitalarias entre pacientes mayores. Así se observó que la gestión por patologías redujo la frecuencia de readmisiones por fallo cardiaco o enfermedades cardiovasculares en el 30% (RR 0,70, 95%IC: 0,62-0,79), todas las causas de readmisiones en un 12% (RR 0,82, 95%IC: 0,79-0,97), y el evento combinado de readmisiones o fallecimiento en un 18% (RR 0,82, 95%IC: 0,72-0,94).

El segundo estudio encontrado acerca de esta intervención fue publicado por Windham (Windham 2003) que trató de identificar los factores que hacían que una intervención de gestión por patologías fuese efectiva. Así los programas efectivos incluyeron como tanto a un médico como a una enfermera e incluía la educación de los pacientes para mejorar sus habilidades en relación a la autoestima. La efectividad se demostró especialmente en relación al uso de servicios hospitalarios que se redujo entre un 30% y un 80%. Con respecto a las visitas a servicios de urgencias y a la calidad de vida los resultados no

fueron concluyentes y no se demostró ningún efecto de esta intervención sobre la mortalidad.

Resumiendo, la gestión por patologías disminuye la utilización de recursos sanitarios de forma significativa y mejora la supervivencia. No se ha demostrado efecto beneficioso mediante esta intervención sobre la calidad de vida.

f) Hospitalización a domicilio: (equipos que asumen el cuidado de las pacientes mayores en su domicilio tras el alta hospitalaria)

En relación con esta alternativa organizativa, el análisis realizado por el informe de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Nueva Zelanda (Wasan 2004) indica que esta alternativa es efectiva en relación al ingreso en urgencias, asociándose con una mayor satisfacción de los pacientes.

Una revisión sistemática publicada posteriormente por Mottram (Mottran 2006) comparó los efectos de la atención institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes, sobre resultados de salud, satisfacción (de los ancianos, de la familia y de los profesionales de atención de la salud), calidad de la atención y costes, no demostrándose ninguna diferencia significativa entre ambas opciones en ninguna de las medidas de resultados.

El estudio publicado por Leff (Leff 2005), en el que se valoró la efectividad clínica de proveer atención hospitalaria para pacientes con patologías crónicas en el propio domicilio de los pacientes, observó que junto a un menor número de días de hospitalización esta alternativa presentaba menos complicaciones que la atención hospitalaria habitual.

Otro estudio publicado por Harris (Harris 2005) también se compararon las mismas alternativas que en el anterior y demostró una mayor aceptabilidad, en el grupo de intervención comparado con el grupo de control, pero no se encontraron diferencias significativas en cuanto a mortalidad, estado de salud y readmisiones hospitalarias. Además la atención a los pacientes en el domicilio resultó ser significativamente más caro que la atención estándar en el hospital.

El ensayo clínico de Holland (Holland 2005) consistía en determinar cómo la atención en

el domicilio afecta al número de readmisiones hospitalarias entre las personas mayores. Según este ensayo esta intervención se asoció con una tasa significativamente mayor de admisiones hospitalarias y no presentó resultados significativamente mejores en la calidad de vida o en la reducción en el número de fallecimientos.

En resumen, los estudios analizados presentan resultados muy heterogéneos de forma que no aportan una información concluyente sobre la efectividad de la hospitalización a domicilio en este tipo de manejo en ancianos.

g) Unidades y servicios de cuidados intermedios (unidades de coordinación entre hospitalización de agudos y el domicilio para la atención de personas con un alto nivel y complejidad de cuidados de enfermería y necesidad de ciertos recursos especiales)

Dos trabajos analizan la efectividad de esta intervención (Taylor 2004 y Griffiths 2007). El primero examina la efectividad de una intervención de cuidados intermedios conducida por equipos de enfermería en el tratamiento de pacientes mayores hospitalizados, observándose que el tiempo transcurrido hasta la primera admisión fue menor en el grupo de intervención, pero que a las 52 semanas, los pacientes incluidos en el grupo de intervención tuvieron una tasa significativamente menor de readmisiones. La tasa de mortalidad fue menor en el grupo de intervención y en cuanto a la calidad de vida sólo se demostraron mejorías significativas a corto plazo (12 semanas). El grado de satisfacción de los pacientes se incrementó a corto plazo (2-6 semanas) en el grupo de intervención.

Por otra parte, el trabajo de Griffiths (Griffiths 2007) comparó asimismo la efectividad de las unidades de hospitalización dirigidas por equipos de enfermería frente a la atención hospitalaria estándar, demostrándose un aumento estadísticamente significativo de los días de estancia hospitalaria (13 días; 95%IC: -0,5 - 10,76 días). No se observó un efecto estadísticamente significativo sobre la mortalidad hospitalaria (OR 1,10; 95%IC: 0,56-2,16) o la mortalidad al seguimiento más largo plazo (=R 0,92; 95%IC: 0,65 a 1,29). Sin embargo, analizando los estudios de

mayor calidad demostraron un aumento no significativo de la mortalidad hospitalaria (OR 1,52, 95%IC: 0,86 a 2,68).

En resumen, los resultados sobre la efectividad de esta intervención no son concluyentes, por lo que se precisa investigación adicional.

Considerando los resultados de la revisión bibliográfica considerando la capacidad funcional y la calidad de vida como parámetros prioritarios para valorar la efectividad de las alternativas, las opciones más efectivas han demostrado ser:

- Alta planificada.
- Alta apoyada.
- Gestión de casos.

4.2. TÉCNICA DE CONSULTA Y CONSENSO CON EXPERTOS

Los resultados que se presentan a continuación son el resultado de la consulta y consenso con expertos que se detalla en el capítulo de «Método».

Estos resultados se estructuran de manera que, tratando de responder al objetivo del trabajo, confieran a su lectura un sentido lógico y coherente que facilite el acercamiento del lector. Así, en primer lugar, se presentan aquellas dificultades señaladas por el panel y que, según éste, dan origen a las principales carencias en el sistema de atención al/a la paciente mayor con patología crónica. En segundo lugar se presenta la evaluación contextualizada de aquellas premisas señaladas por la literatura como constituyentes de la base de un sistema organizativo de atención a esta población desde la óptica de la realidad profesional cotidiana de los/as expertos/as participantes. En tercer y último lugar se introducen las propuestas de organización sugeridas por la literatura, pero sometidas al prisma evaluativo de las personas participantes en el panel.

4.2.1. Las dificultades del sistema actual

En relación a las dificultades al desarrollo de una atención de calidad al/a la paciente mayor con patología crónica y a la actual organización de los servicios de atención al/a la paciente mayor,

las personas consultadas por este trabajo destacan la falta de coordinación interniveles y la falta de comunicación entre los distintos agentes implicados como los dos obstáculos principales a tal empeño. Éste es, además, el elemento que con mayor frecuencia se señala como premisa inicial y básica para la puesta en marcha de cualquiera de las propuestas que el sistema pueda plantear.

En esta identificación de dificultades aparece además con mucha fuerza la falta de recursos de toda índole pero, principalmente, humanos tanto en lo que se refiere a su cantidad como a su cualidad (formación especializada y pluralidad disciplinar).

Otro aspecto en relación a la organización actual de los servicios que las personas participantes señalan como obstaculizador de un desarrollo más avanzado es el de la falta de equidad en la provisión y asignación de recursos y servicios de tal manera que todavía hoy el sistema siga favoreciendo a aquellas personas con contactos particulares en determinados ámbitos de decisión frente a quienes se acercan al sistema desde el anonimato y el desconocimiento de sus estrategias internas de funcionamiento.

La excesiva burocratización y lentitud en el acceso a los servicios es otros de los obstáculos al desarrollo actual de una atención de calidad a los/las pacientes mayores con patología crónica que los/as panelistas señalan. Además, esta burocracia parece ser muy a menudo superflua y gratuita ya que, según las personas participantes, no alcanza a desarrollar valoraciones adecuadas que den cuenta y se ajusten a la complejidad individual de cada situación particular.

Los/as panelistas señalan la elevada presión asistencial a la que se ven sometidos/as los/as profesionales de todos los ámbitos, pero especialmente de Atención Primaria, y la difícil accesibilidad a los servicios que la misma supone como otra dificultad más a este desarrollo. En relación con esta excesiva presión asistencial, los/as panelistas coinciden en señalar el crecimiento de este segmento de población y el consiguiente aumento de la demanda que acarrea como uno de los principales elementos a tener en cuenta a

la hora de planificar una nueva forma de organización, así como la creciente disminución de la muchas veces descuidada figura de la cuidadora familiar/informal que sostiene el cuidado domiciliario. En relación a esta figura algunos/as panelistas reclaman la delimitación legal y jurídica de esta figura, sus competencias y responsabilidades de manera que se facilite e incremente su participación en el proceso de cuidado y en la toma de decisiones a él asociada.

Esta creciente demanda parece además verse acentuada por la importante dependencia del sistema generada en esta población a lo largo de los años y que, hoy en día, se traduce en una difícil asunción de responsabilidad en el propio proceso de salud individual, una importante exigencia de inmediatez y una radical querencia por los servicios y la atención especializada-hospitalaria.

La excesiva presión asistencial a la que se ven sometidos muchos de los servicios actuales genera un tipo de atención reactiva y basada en la demanda, que, según los/as panelistas supone un nuevo obstáculo al desarrollo de otro tipo de servicios. Este tipo de atención dificulta además el desarrollo del trabajo multidisciplinar, con enfoque preventivo, así como la implicación de los/as profesionales en trabajos con importante exigencia de tiempo y de formación como pueda ser éste (geriatría y red de recursos disponibles) y cuyos centros de interés se alejan muy a menudo de los valores social y profesionalmente más reconocidos (pacientes jóvenes, intención curativa).

Estas dificultades en relación a la organización del sistema se ven acrecentadas por lo que los/as panelistas señalan como una cierta incoherencia entre los discursos y las prácticas del propio sistema, alimentadas por lo que ellos/as interpretan como una mentalidad lejana al cuidado del/de la paciente mayor («no son rentables»). Así, estas personas participantes muestran en varias ocasiones su recelo con respecto a las iniciativas lanzadas desde las organizaciones por la desconfianza que esta incoherencia ha generado en ellos a lo largo de los años.

Ante las dificultades señaladas, las personas participantes en este panel elaboran no obstante

sugerencias que, contextualizadas en cada uno de sus ámbitos propios de desarrollo profesional, se sitúan en general en clara consonancia con dichos obstáculos. Se trata en general de propuestas que pretenden la mejora de las condiciones de desarrollo de la atención de manera que ésta sea más continuada y coordinada. A este respecto, el panel sugiere la puesta en marcha de iniciativas como planificación de altas, la agilización de ingresos en unidades de media estancia desde urgencias y AP, la identificación de ancianos frágiles, la mejora de los informes de continuidad de cuidados de enfermería, la consulta rápida resolutive... como elementos que contribuirían a dicha mejora. Este panel defiende la adopción de medidas preventivas como un elemento básico que, a la larga, redunde en una disminución del gasto y mejora del nivel de salud de esta población.

También en relación a la coordinación eficiente de los servicios en el sistema, los/as panelistas hablan de la importancia de que la Atención Primaria se sitúe en el centro del sistema, para lo cual entienden que ha de ser reforzada. Además, se sugiere dotar a los/as profesionales implicados de conocimientos y habilidades en la gestión y manejo de la atención a esta población, pero además en los recursos y servicios a disposición de esta población de modo que su trabajo de coordinación resulte efectivo. En este punto, el panel exige la especialización en la formación de los/as profesionales, tanto médicos como enfermeras, como una necesidad actualmente ineludible por parte del sistema en este empeño de mejorar la atención a este grupo de población. Esta formación especializada cubriría ámbitos relacionados con una atención integral de la persona, control de síntomas, comunicación, toma de decisiones y bioética, y reforzaría la necesaria participación de la familia en el cuidado en forma de «alianza» en la asunción de responsabilidades.

Varias personas hablan de la necesidad de reconocer y acoger al especialista geriatra en el seno del equipo de Atención Primaria, así como de incrementar la participación de los/as trabajadores/as sociales en dicho ámbito. En este punto el panel presenta un punto de ligero disenso al entender, ciertos/as panelistas, que la figura del

geriatra debe limitarse al ámbito de la atención especialista y ejercer, desde dicha posición, en calidad de consultor puesto que, según estos/as participantes, el propio médico de Atención Primaria debe poseer conocimientos suficientes para el manejo habitual de las necesidades en salud asociadas a procesos de envejecimiento «normal» (no patológico) del/de la paciente mayor.

En relación con el trabajo de los/as profesionales, las personas participantes sugieren el desarrollo e implementación de estrategias y recursos de trabajo en equipo actualmente bastante carentes, que incluyan la participación de agentes tanto del ámbito de lo sanitario como de lo social teniendo muy en cuenta las posibilidades de mejora de la coordinación que la inclusión de profesionales de ambos ámbitos pueda suponer. Trabajo en equipo multidisciplinar y coordinación se erigen por tanto, a juicio de este panel, como los dos elementos básicos de todo sistema de atención a la persona mayor con patología crónica que pretenda unos mínimos niveles de calidad y eficiencia en su desarrollo.

Finalmente, el panel sugiere al sistema la implementación de varios giros en su mentalidad. El primero de ellos supondría para el sistema el desarrollo de un acercamiento a la realidad y necesidades de esta población, de manera que sea el sistema quien se adapte a dichas necesidades y no, como parece el panel entender que viene sucediendo hasta ahora, el/la paciente mayor quien vaya adaptándose a éste. El segundo de estos giros supondría que el sistema dejara de lado el enfoque curativo en su provisión de servicios a esta población y adoptara otro más basado en la recuperación funcional y/o en la paliación de los efectos del envejecimiento para la calidad de vida de la persona que lo padece. El tercer y último de estos giros que las personas participantes en este panel sugiere al sistema en su empeño por mejorar la atención a los/las pacientes mayores con patología crónica se relaciona con la integridad de su atención y la necesidad, por tanto, del desarrollo de servicios que den respuesta a las necesidades de corte bio-fisiológico, psicológico-emocional, social y espiritual de este grupo de población.

Este giro en la mentalidad se demanda también en relación a las tantas veces mencionado «espacio socio-sanitario». A este respecto las personas participantes señalan la imperiosa necesidad de que se refuerce este espacio tratando de superar las barreras y trabas institucionales y políticas, mediante la coordinación de recursos y la creación de estrategias de co-financiación.

En relación a la población, el panel sugiere el desarrollo de estrategias de concienciación que fomenten el uso eficiente de los recursos y la auto-responsabilidad y autogestión del proceso de salud. Se sugiere además asignar un rol mucho más participativo a la población en la toma de decisiones, con un especial hincapié a la capacitación y el cuidado de la persona cuidadora.

4.2.2. Las premisas del sistema a proponer

Las respuestas de los panelistas a las premisas introducidas, a la luz de la literatura revisada, para su análisis y contextualización permiten a este trabajo delimitar las premisas que constituyen la base de un futuro sistema de atención al/a la paciente mayor con patología crónica. Se presenta a continuación cada una de estas premisas junto con la evaluación contextualizada que el conjunto del panel desarrolla para cada una de ellas. El orden de presentación de dichos elementos difiere para este apartado de resultados de aquél utilizado para su evaluación por los/as panelistas en el cuestionario (en primer lugar los elementos con mayor nivel de evidencia y después aquéllos que exigían una contextualización más rigurosa y crítica), pretendiendo en este caso, la elaboración de un orden lógico y coherente en la fundamentada construcción de los cimientos de un sistema de provisión de servicios (objeto, objetivo, base, estructura y características de la atención).

Estas premisas son:

- a) La/El paciente mayor y su cuidadora (cuando la haya) deben constituir el centro de la propuesta organizativa

La factibilidad de esta afirmación recibe en general una valoración muy positiva por parte del panel. Su desarrollo parece aportar beneficios

principalmente a la mejora de la atención y a la gestión eficiente de los recursos.

En general, se incide en la importancia de que tanto el/la paciente mayor como su cuidadora constituyan el eje del sistema, aunque para ello sea necesario un importante giro en el enfoque y estructura del sistema así como en la mentalidad de sus profesionales.

El panel considera importante, no obstante, tener en cuenta la alta complejidad de cada caso y situación individuales, así como el cada vez menor soporte familiar a esta población y las implicaciones que esto pueda tener para el desarrollo de un sistema formal de atención. La otra gran dificultad encontrada al desarrollo de esta afirmación es la falta de coordinación (AP-serv sociales de base, AP-AH).

- b) La unidad receptora de los cuidados provistos por el sistema formal debe estar integrada por la/el paciente mayor y su cuidadora principal (cuando la haya)

Esta afirmación recibe el respaldo íntegro del panel apoyado por los múltiples y diversos beneficios que este cuidado (el informal) tiene para la/el paciente mayor en concreto y para el sistema de bienestar social en general (valor social y económico de su aportación). En este sentido, una importante mayoría de las personas participantes señala su preocupación por el impacto que el desempeño de este rol supone para la salud y la calidad de vida de estas cuidadoras así como para su proyecto de vida que se ve bruscamente interrumpido por un periodo de tiempo indefinido. A juicio de estos/as participantes, esta preocupación debiera constituir el foco de la atención del sistema a las necesidades de estas personas.

Además, ciertos/as panelistas aportan un punto de análisis a esta situación desarrollado desde una posición feminista por la que entienden que el sistema debiera además ser consciente del hecho de que la mayor parte de estas figuras sean desempeñadas por mujeres y las consecuencias que ello pueda tener tanto para la propia cuidadora como para el sistema en su atención. Así señalan cómo estas mujeres desempeñan su rol desde una mentalidad de sacrificio y sufrimien-

to que les aleja del derecho a la atención por sí mismas más allá de su rol como cuidadoras y que se ve alimentada por la sociedad y por el propio sistema socio-sanitario que, hasta ahora las ha venido manteniendo, a juicio del panel, sometidas a un importante descuido en tanto que personas y no sólo «pilares» invisibles de su estructura. En este punto, también hay panelistas que señalan la necesidad de considerar el creciente volumen de hombres que se unen al desempeño de estos roles.

Finalmente, el panel señala la imperiosa necesidad de toma de conciencia por parte del sistema sobre la creciente y rápida disminución y/o ausencia de estas figuras, con las implicaciones que ello pueda suponer para la organización y estructura del sistema (servicios domiciliarios, transporte, toma de decisiones...). Además se señala la necesidad de que el sistema desarrolle criterios de evaluación de los sistemas familiares de apoyo que incluyan valorar la posibilidad de coexistencia simultánea de varias personas cuidadoras en el entorno familiar así como la presencia de cuidadoras no profesionalizadas pero tampoco pertenecientes al ámbito informal, como un elemento más en la necesaria individualización de la atención al/a la paciente mayor con patología crónica.

- c) La promoción de la salud del/de la paciente mayor y su cuidadora (cuando la haya) y el incremento de su calidad de vida deben constituir el interés principal de la propuesta elegida

Aunque varias personas encuentran la afirmación algo abstracta e irreal, en general su desarrollo se considera beneficioso para el/la paciente mayor y su cuidadora. Ante la diversidad de acepciones que el término «promoción» puede adoptar, el panel sugiere que en esta población la afirmación se construya en forma de una mejora de la calidad de vida o del mantenimiento de la autonomía y la dignidad. En este sentido, el panel es unánime al afirmar que deben ser estos dos elementos, calidad de vida y dignidad de la persona, los objetivos a perseguir por el sistema diseñado.

Además, las personas participantes sugieren que se establezca una clara distinción entre personas mayores sanas y aquéllas con patología crónica, en relación a las muy diferentes necesidades

de atención que unas y otras puedan presentar (enfoque curativo, enfoque rehabilitador, enfoque paliativo del cuidado). Los/as participantes señalan además cómo, a pesar de la importancia del cuidado a la cuidadora, el sistema ha de ser consciente de que se trata de dos personas diferentes, con necesidades distintas y que requieren por ello atenciones diferenciadas.

El desarrollo de esta afirmación se acompaña, no obstante, de dificultades tales como la importante dependencia del usuario con respecto al sistema, la escasez de recursos humanos y la falta de formación de éstos, la falta de coordinación, la importante presión asistencial, la actual mentalidad y funcionamiento reactivo del sistema que responde a la demanda pero no se anticipa a ella y que, junto con la sociedad en general, deja de lado la atención a esta población por considerarla «no rentable».

Finalmente, se hacen ciertas sugerencias al desarrollo de esta afirmación tales como el incremento de personal formado en habilidades exigibles a un profesional de Atención Primaria (AP) y la conceptualización de la AP como elemento central del modelo. En este sentido, hay panelistas que sugieren que si bien es necesaria una inversión del sistema en recursos humanos y materiales destinados a la atención a este grupo de población, dicha inversión no surtirá los efectos deseados a menos que se desarrollen verdaderas estrategias de coordinación entre niveles y ámbitos, tanto a nivel puramente práctico como a niveles más de índole institucional, para lo cual entienden la falta de voluntad política como el principal escollo.

d) La propuesta de servicios de atención al/a la paciente mayor debiera estar organizada entorno a estas dos variables: condición clínica y condición socio-familiar

Esta afirmación recibe importantes matizaciones que, en general, son mayoritariamente apoyadas por el conjunto del panel. Así, se considera que la edad (incluida en la afirmación presentada en el primer cuestionario pero excluida de éste) no debe situarse al mismo nivel que las otras dos condiciones y que éstas deben concretarse en aspectos tales como autonomía, situación funcional y/o capacidad de recuperación funcional.

Además se señala el decreciente, y hasta en ocasiones ya ausente, soporte familiar y social al/a la paciente mayor como uno de los elementos clave, sino el más importante, a la hora de planificar estos servicios. La propuesta de servicios elaborada debe por tanto construirse sobre la base de estas dos premisas: la situación funcional y la capacidad de recuperación, y la condición socio-familiar relacionada con el nivel de soporte y cuidado que dicho entorno pueda proveer en la cobertura de necesidades de la persona mayor con patología crónica.

Finalmente, varios/as panelistas señalan el obstáculo que supone el ingente volumen de burocracia y la lentitud en la gestión del mismo para el acceso eficiente a los mismos.

e) La propuesta organizativa debe basarse en una actitud proactiva y no meramente reactiva por parte del sistema

Aunque el desarrollo de esta afirmación se considera esencial (conocer a la población como base para actuar prontamente) y beneficioso para la mejora de la atención al/a la paciente mayor (aumento de la calidad de vida, ahorro económico, reducción de las complicaciones), son varias las dificultades al mismo que el panel señala: la organización actual del sistema (excesiva presión asistencial), la mentalidad y filosofía del mismo y de sus profesionales (actualmente tendencia a la atención reactiva y puntual, biofisiológica y no integral), y los recursos disponibles. Asimismo, se señala la creciente demanda generada por el envejecimiento de la población y la progresiva escasez de familias cuidadoras, como elementos que dificultarían la puesta en marcha de este tipo de sistemas.

Los elementos de apoyo que sustentarían el desarrollo de esta afirmación pasarían, según el panel, por el desarrollo de una mentalidad de atención holística y proactiva al/a la paciente mayor en la que ésta/éste y su propia definición de calidad de vida sean el eje de la misma. El panel sugiere además la adecuación de los recursos, principalmente manifestada a través de la potenciación de la AP como elemento central del modelo, y la formación de los/as profesionales en el desarrollo de iniciativas de Educación para la Salud que capaciten a la población en

la asunción de responsabilidades en su propio proceso de salud. El panel demanda además la dotación a los servicios, tanto sanitarios (AP) como sociales de base, de mayores niveles de autonomía en la gestión de los recursos de manera que se permita una respuesta rápida y adecuada a las necesidades detectadas. Se señala finalmente el cuidado y soporte del sistema informal y el desarrollo de herramientas de detección-valoración como elementos que darían fuerza al desarrollo de esta premisa.

- f) El rol del/ de la paciente mayor (y/o de su cuidadora) en esta propuesta organizativa toma características tales como activo, participativo, y responsable (de su propio proceso de salud y de los comportamientos en relación a éste). A partir de aquí, el profesional debe adaptar su propio rol alejándose del tradicional «hacer por y para» y acercándose al «hacer con»

A juicio del panel, esta afirmación resulta pertinente, pero su factibilidad se presenta bastante más lejana a nuestra realidad. La mayor dificultad se sitúa en torno a la mentalidad de lo/as propios/as pacientes mayores y su capacidad más o menos limitada de adoptar un rol como el propuesto cuando, actual y mayoritariamente, asumen un rol totalmente contrario a éste basado en una creencia sólidamente anclada por la que este tipo de usuarios/as depositan toda su confianza en el criterio y buen hacer de los/as profesionales. Se propone el desarrollo de herramientas y formas de trabajo con esta población y con los/as propios/as profesionales que fomenten un reparto de roles en el que la toma de decisiones se realice de forma participativa. De esta manera se pretende evitar la angustia del/ de la usuario/a al asumir aisladamente toda la responsabilidad al tiempo que evita la creación de dependencias del sistema. Además, y ante la sensata preocupación por la dificultad de conseguir cambios en la mentalidad de las personas adultas, algunas personas señalan la pertinencia de iniciar este tipo de estrategias de trabajo en la asunción de roles activos en la gestión de los procesos de salud propios con la población más joven en la que las actitudes y las creencias no resulten tan difíciles de modificar.

- g) El domicilio es el espacio físico que la propuesta organizativa elegida debe potenciar como ámbito de vida del/ de la paciente mayor (y su cuidadora), con todo lo que ello pueda suponer tanto para el sistema formal de cuidados como para el informal, y sobre todo para este último

En general, el panel se muestra de acuerdo con esta afirmación, pero la matiza de manera muy importante señalando cómo para que el domicilio pueda considerarse como el espacio más adecuado, éste ha de cumplir una serie de condiciones mínimas en cuanto al espacio físico (condiciones precarias en muchas ocasiones), el soporte familiar (creciente fatiga, claudicación y desaparición) y la suficiente cobertura de las necesidades del/de la paciente mayor. En este sentido, se señalan además ciertas dificultades a tener en cuenta en su implementación: la falta de coordinación entre niveles, especialmente importante al alta hospitalaria y regreso al domicilio (muchas veces no valorado desde AE), el creciente aumento de la demanda de atención de esta población y la falta de conciencia del sistema del cuidado y apoyo al/la cuidador/a informal. Se sugiere por tanto, el incremento de los recursos de atención en domicilio, el desarrollo de herramientas, canales y dispositivos de mejora de la comunicación y la coordinación interniveles, la apuesta por el cuidado y apoyo del/de la cuidador/a y la ampliación de ayudas para adecuación y acondicionamiento de los domicilios como espacios de vida del/de la paciente mayor. Además el panel sugiere el desarrollo de estrategias que ofrezcan alternativas al domicilio cuando el nivel de dependencia y carga de cuidados y/o la complejidad de la situación superen las posibilidades reales del cuidado en domicilio, incrementando, por ejemplo el número de camas disponibles en las instituciones socio sanitarias.

- h) La propuesta de organización de servicios de atención al/a la paciente mayor debe contar con la participación de todos los niveles teniendo en la Atención Primaria a su eje central y a la Atención Especializada como órgano de consulta especialista

Esta afirmación recibe, en general, el respaldo del panel aunque con diversas puntualizaciones

a su desarrollo: 1) no parece apropiado que el sistema mantenga una única vía de acceso ya que diversas situaciones/necesidades pueden demandar la existencia de otras vías, 2) la conceptualización de la AP varía desde una AP como puerta de acceso al sistema hasta una AP global y sustento de toda la atención.

Las principales dificultades al desarrollo del sistema se encuentran en la dificultad de acceso a AP en relación a su sobresaturación, la dependencia del sistema creada en los/as usuarios/as y su mentalidad con respecto a la utilización de los recursos (hospitalaria sobreutilizada), la falta de coordinación y la falta de trabajo en equipo.

Finalmente, el panel elabora sugerencias al desarrollo de esta afirmación: mejora de la coordinación a través del desarrollo de equipos de especialistas consultores para AP, presencia de geriatras de referencia, desarrollo de herramientas y concienciación de la población sobre el papel de AP.

En el punto de la sugerencia de creación de figuras y/o equipo propios para el desarrollo de determinadas funciones, el trabajo encuentra un punto de disenso entre las opiniones de los/as panelistas participantes. En este sentido, varios/as panelistas encuentran poco pertinente la creación de dichas figuras con el objetivo, a su juicio, de suplir aquellos vacíos que en este momento, y en base a su sobresaturación, presenta la Atención Primaria en la atención al/a la paciente mayor. A su juicio, Atención Primaria es la estructura mejor situada y capacitada para atender a esta población, pero la limitación de recursos actual le lleva al desarrollo de una atención de mínimos que no responde a lo pretendido por un modelo basado en la calidad y la eficiencia. Según sugieren estos/as panelistas, la solución pasaría pues, no tanto por la creación de dichas figuras sino por el refuerzo de los recursos (principalmente incremento en recursos humanos) y la reorganización de los servicios (horarios, agendas, roles, criterios de atención y derivación) en dicho nivel de atención que le permitiera asumir sus responsabilidades y funciones y evitar derivaciones innecesarias a otros servicios más alejados del contexto natural de vida del/de la paciente mayor. Además, estos/as panelistas advierten del riesgo asociado a la creación de estas nuevas figuras y que se asocia, en primer lugar, a

la fragmentación/compartimentación de la atención, y, en segundo lugar, a su futura posible sobresaturación en relación al excesivo volumen de derivaciones innecesarias que podría recibir desde Atención Primaria en la «dejación» que ésta podría llegar a ejercer de sus funciones propias.

En cualquier caso, según propone el panel, la creación de estos equipos y/o figuras debiera venir siempre acompañada de una definición y delimitación clara de roles, responsabilidades y funciones tanto para los/as integrantes de tales dispositivos de nueva creación como para aquellos/as de los servicios ya existentes de modo que se eviten duplicidades, vacíos, dejación de funciones e incluso disputas entre profesionales.

En relación a esta reorganización de los servicios en Atención Primaria, algunos/as panelistas hablan de la necesidad de reforzar entre sus profesionales la adopción del enfoque comunitario de manera que se asuma como propia la atención y acompañamiento de toda la población, sin importar su rango de edad, en su proceso de vida y salud, y se reduzca el volumen de derivaciones a los servicios consultores.

Otro punto de relativo disenso entre las opiniones de los/as panelistas se sitúa en torno a la pertinencia o no de crear una vía de acceso única a los servicios que centralice las demandas y canalice la atención y la provisión de servicios y recursos. En este sentido, una importante parte del panel entiende dicha propuesta como pertinente y además necesaria para una gestión eficiente del sistema, mientras que otras personas participantes señalan el riesgo que esta restricción de puertas de acceso al sistema pueda suponer en determinadas situaciones particulares.

- i) La propuesta de organización de servicios a la/al paciente mayor debe además basar su desarrollo en la máxima eficiencia de la gestión de los recursos mediante la garantía de un mayor nivel de adecuación entre éstos y las necesidades a las que pretendan dar respuesta

A pesar de que, globalmente, la factibilidad del desarrollo de esta afirmación es valorada de forma positiva por el panel, son varias las dificultades que, al mismo, se señalan: la complejidad de cada

situación, la dificultad de determinar el nivel de necesidades, la excesiva presión asistencial, la mentalidad de los profesionales y su influencia en la valoración de cada situación y la asignación de recursos, la mentalidad de la población y su influencia sobre el uso de los servicios (preferencia por la atención hospitalaria frente a todas las demás formas), y finalmente, la escasez de recursos.

Para la mejora de dicha factibilidad los/as participantes sugieren que el modelo que se desarrolle esté basado en la Atención Primaria (quienes mejor y más de cerca conocen las necesidades) en coordinación con otros niveles de atención, apoyado por la presencia de personal formado y especializado en geriatría-gerontología y trabajo social. En este punto, hay panelistas que muestran su recelo ante la creación de figuras «exclusivas» para el desarrollo de este tipo de atención. Según defienden estos/as participantes, la verdadera apuesta del sistema debería pasar, no tanto por crear estas figuras sino, por formar y capacitar a todos/as sus profesionales en la atención de esta población y en la dotación de recursos (humanos y materiales) que permitan mejorar la accesibilidad de los servicios ya existentes (principalmente Atención Primaria).

Este panel sugiere además que este apoyo a la Atención Primaria en su desempeño de la atención al/a la paciente mayor con patología crónica se acompañe del consecuente y necesario desarrollo de herramientas adecuadas de valoración (valoración geriátrica integral) que permitan desarrollar la compleja tarea de la identificación individualizada de necesidades y la provisión de servicios racional adecuada a dicha valoración (una persona participante denomina a esta tarea «encaje de bolillos» en relación a la complejidad y minuciosidad requeridas para su correcto desarrollo).

- j) La propuesta de organización de servicios de atención al/a la paciente mayor debe desarrollarse sobre el trabajo de los profesionales desde un enfoque interdisciplinario

Pese a lo benévolo de sus puntuaciones, las argumentaciones aportadas a esta afirmación la presentan como pertinente pero poco factible. Los dos principales obstáculos a su desarrollo se-

ñalados por el panel son la falta de profesionales (geriatra, trabajadora/or social, fisioterapeuta, psicóloga/o) integrados en el equipo, y la falta formación/capacidad trabajo en equipo (identificación objetivos comunes, reconocimiento aportaciones de otros/as, manejo relaciones poder/intereses individuales) entre los profesionales, pero cercenada además por un sistema que a través de sus valores y formas de organización (agendas, horarios, espacios físicos) no parece contribuir demasiado al mismo. Para ello, una de las principales sugerencias del sistema se relaciona con el necesario giro de mentalidad del sistema hacia la creación de equipos multidisciplinares y el desarrollo del enfoque interdisciplinario en su conceptualización de la atención. Se sugiere además la puesta en marcha de estrategias formativas que desarrollen y potencien las habilidades del trabajo en equipo entre los/as profesionales, la creación de figuras de referencia para el/la paciente mayor en el seno de esos equipos multidisciplinares tanto en AP como en AE, y la mejora de los sistemas de comunicación/coordenación entre profesionales.

- k) La propuesta organizativa de servicios de atención al/a la paciente mayor precisa de la coordinación entre los servicios de salud (atención primaria y especializada, cuya coordinación también debe ser mejorada) y los servicios sociales

A juicio de este panel, la coordinación resulta ser el elemento central y clave de la construcción de un nuevo sistema organizativo de atención a la/al paciente mayor con patología crónica.

La pertinencia y beneficio (rentabiliza esfuerzos y mejora equidad) del desarrollo de esta afirmación se ven reforzadas por las personas participantes. No obstante, éstas señalan múltiples aspectos que pueden limitar dicho desarrollo: distribución competencial (GV-DF's-Ayto's), excesivo voluntarismo, utilización de los canales sólo cuando se dan necesidades de cuidado físico, presión asistencial y creciente demanda, falta de conciencia de los/as profesionales, riesgo de la «desprotección» de los datos.

Frente a estas dificultades, el panel propone el desarrollo de distintas figuras o estructuras (equipos coordinadores, geriatras, especialistas

hospitalarios de referencia, consultas telefónicas, mayor presencia e implicación de trabajadoras/es sociales en el ámbito sanitario) que, apoyados por recursos apropiados (protocolos de colaboración, adecuación de espacios físicos de encuentro, tecnologías de información-comunicación), den forma y sustento a esta propuesta. En este punto, sin embargo y como ya hemos comentado anteriormente, los/as miembros del panel presentan un punto de falta de acuerdo entre sus opiniones en relación a la pertinencia o no de crear figuras nuevas frente al refuerzo y la reorganización de los servicios ya existentes.

El refuerzo de la coordinación se presenta además condicionado en base al acceso de los/as profesionales a la información del/de la paciente y la capacidad de respuesta que dicho acceso conceda a cada profesional. En este sentido, varios/as panelistas señalan la necesidad de desarrollar e implementar estrategias y/o mecanismos de acceso rápido y fácil a la información que permitan evitar la utilización de recursos más sofisticados y caros para el sistema (consultas con especialistas, ingresos hospitalarios, visitas a servicios de urgencias).

Finalmente, varios/as panelistas insisten de nuevo en la necesaria voluntad política de cooperación, colaboración y trabajo conjunto para permitir el desarrollo de verdaderas estrategias de coordinación eficientes entre los múltiples agentes, servicios e instituciones implicados, que aseguren una atención de calidad a la/paciente mayor con patología crónica.

- J) La propuesta organizativa de atención a la/al paciente mayor debe incorporar herramientas y procesos únicos, comunes y consensuados por todos los profesionales implicados (instrumentos y procesos de valoración y derivación, tratamientos, oferta de servicios, guías, protocolos...). La existencia de estas herramientas comunes favorecería la coordinación socio-sanitaria e interniveles, a un acceso más justo a la atención y al soporte del clínico en la toma de decisiones

Esta afirmación recibe, en general, una valoración muy favorable por parte del panel tanto en cuanto a su pertinencia (múltiples beneficios para el trabajo en equipo, la gestión justa y equitativa de los recursos, la agilización de los trámites) como

en cuanto a su factibilidad, a pesar de que varios/as panelistas señalan el carácter utópico y/o irreal de la misma y otros/as apuntan a la escasa capacidad de trabajo en equipo y la resistencia al cambio como obstáculos a su puesta en marcha. Los/as expertos/as llaman además la atención sobre la necesidad de que dichas herramientas sean flexibles y adaptables a la individualidad y complejidad de cada persona y cada situación particular. Asimismo, se sugiere el desarrollo de herramientas de manejo rápido y sencillo, en soporte electrónico y que faciliten su evaluación.

4.2.3. Los elementos del sistema a proponer

El análisis de la evaluación de las puntuaciones otorgadas por cada panelista a las propuestas de servicios presentadas ofrece resultados ciertamente discordantes que podrían carecer de sentido, sino se acompañan del análisis de la información textual que las argumenta y sustenta. Por ello, se presenta a continuación una breve descripción de este análisis de tipo más estadístico sobre las puntuaciones recibidas por el conjunto de las propuestas, seguida de un análisis individualizado de las respuestas textuales que acompañan y sustentan la valoración que cada panelista hace de cada una de ellas. Este apartado finaliza con un análisis global de ambos tipos de información apoyado por los resultados de la aplicación práctica de una propuesta de organización de servicios a un caso típico presentado a los panelistas.

4.2.4. Análisis por puntuaciones numéricas

El análisis pormenorizado de las puntuaciones obtenidas para los criterios de pertinencia y factibilidad, desvela cómo las personas participantes en el panel encuentran pertinentes las propuestas evaluadas aunque con importantes dificultades a su desarrollo expresadas en forma de niveles relativamente bajos de factibilidad. Además, este análisis nos permite señalar la muy discreta distancia entre las puntuaciones absolutas obtenidas por cada una de las propuestas, tanto de forma aislada para cada uno de estos dos criterios como en su valoración global. El resultado de la suma ponderada de las puntuaciones numéricas obtenidas por cada una de las propuestas permite situarlas en un orden y elaborar con ellas un listado de manera que en pri-

mer lugar se presenten aquéllas consideradas más pertinentes, más factibles, con mejor valoración global (pertinencia+factibilidad) y prioritarias en su desarrollo frente al resto (tabla 1). Estas discretas diferencias, sin embargo, llaman a la cautela en su

interpretación y, sugieren la aproximación al análisis de los datos textuales que acompañan a cada una de las valoraciones individuales como único modo de ilustrar dichas diferencias y obtener una interpretación sensata de ellas.

Tabla 1. **Resultados por puntuaciones asignadas a cada propuesta en base a su pertinencia, factibilidad y prioridad de su puesta en marcha**

	Pertinencia	Factibilidad	Global (pertinencia y factibilidad)	Priorización
1	Cuidados post-alta hospitalaria	Hospital de Día Geriátrico	Unidades de Media Estancia	Valoración Geriátrica Domiciliaria (VGD)
2	Unidades de Media Estancia (UME's)	Unidades de Media Estancia	Cuidados post-alta hospitalaria	Cuidados Domiciliarios Continuados
3	Valoración Geriátrica Domiciliaria (VGD)	Hospitalización a Domicilio	Hospital de Día Geriátrico	Unidades de Media Estancia
4	Cuidados Domiciliarios Continuados (CDC's)	Unidades Geriátricas de Agudos	Valoración Geriátrica Domiciliaria	Equipos consultores multidisciplinares
5	Hospital de Día Geriátrico (HDG)	Cuidados post-alta hospitalaria	Unidades Geriátricas de Agudos	Cuidados post-alta hospitalaria
6	Unidades Geriátricas de Agudos	Valoración Geriátrica Domiciliaria	Hospitalización a Domicilio	Hospital de Día Geriátrico
7	Equipos consultores multidisciplinares	Equipos consultores multidisciplinares	Equipos consultores multidisciplinares	Unidades Geriátricas de Agudos
8	Hospitalización a Domicilio (HAD)	Cuidados Domiciliarios Continuados	Cuidados Domiciliarios Continuados	Hospitalización a Domicilio

El análisis de las puntuaciones obtenidas para el primero de los criterios nos permite entender que las propuestas cuya pertinencia es más evidente para el panel son los «Cuidados post-alta hospitalaria» y las «Unidades de Media Estancia» a cierta distancia ya de la «Valoración Geriátrica Domiciliaria» y los «Cuidados Continuados Domiciliarios». Un análisis similar aplicado al criterio «factibilidad» nos permite interpretar que las propuestas cuyo desarrollo parece más cercano a la realidad de las personas participantes son el «Hospital de Día Geriátrico» y las «Unidades de Media Estancia», pero esta vez con muy poca diferencia en las puntuaciones obtenidas con respecto a las propuestas «Hospitalización a Domicilio», «Unidades Geriátricas de Agudos» y «Cuidados post-alta hospitalaria» difieren entre sí, resultado que presenta una total lógica.

Para las puntuaciones globales obtenidas para ambos criterios, las propuestas cuya valoración resulta más positiva son las «Unidades de Media Estancia» y los «Cuidados post-alta hospitalaria». Las muy discretas diferencias obtenidas entre las puntuaciones, especialmente para el criterio de «factibilidad» explican este resultado. Así, entendemos que, a juicio del panel, aunque ciertas propuestas parezcan más factibles a su desarrollo, como en el caso del «Hospital de Día Geriátrico» o la «Hospitalización a Domicilio», su pertinencia no resulta tan favorable frente a otras propuestas cuyo desarrollo puede parecer algo más complejo («Unidades de Media Estancia» o «Cuidados post-alta hospitalaria»), lo que finalmente hace que sean estas últimas, las consideradas más pertinentes, quienes obtengan la mejor valoración global.

Estos resultados, sin embargo, se muestran en cierta discordancia con los obtenidos a partir de la priorización elaborada por los/as panelistas sobre las propuestas evaluadas y su posible puesta en marcha. Así, según el panel, la «Valoración Geriátrica Domiciliaria» es, junto con los «Cuidados Continuados Domiciliarios» y las «Unidades de Media Estancia», la propuesta cuya implementación debiera ser prioritaria y a partir de la cual debiera basarse el desarrollo del resto de los elementos que configuraría el sistema de atención a la/al paciente mayor con patología crónica. Las argumentaciones textuales aportadas por los/as panelistas a la priorización elaborada arrojan luz sobre su interpretación. Así, muchos/as panelistas refuerzan su opinión sobre la base de que ha de ser Atención Primaria el eje central de este sistema de atención a desarrollar y que la autonomía y el respeto de la dignidad de la persona mayor pasan por su permanencia el máximo tiempo posible en su domicilio, eso sí, con unas mínimas garantías de soporte y cuidado acorde a sus necesidades. En relación a las «Unidades de Media Estancia», quienes han priorizado esta respuesta lo han hecho en base a la imperiosa necesidad de aumentar el número de camas disponibles en este dispositivo en un intento por aliviar la excesiva presión asistencial de los hospitales de agudos y reducir al máximo las consecuencias negativas de los ingresos en estos dispositivos para las/los pacientes mayores. Estas argumentaciones se muestran bastante coherentes con las aportaciones textuales que los/as panelistas elaboran de manera individualizada al respecto de cada una de las propuestas de provisión de servicios de atención a la/al paciente mayor con patología crónica.

4.2.5. Valoración individual de cada propuesta

Se presentan a continuación las valoraciones globales para cada una de las propuestas de provisión de servicios de atención a las/los pacientes mayores con patología crónica presentadas. Estas valoraciones tratan de aunar las valoraciones numéricas expresadas sobre las escalas Likert para pertinencia y factibilidad, al

tiempo que tratan de ilustrarse a la luz de los argumentos aportados por los/as miembros del panel para justificar dichas puntuaciones.

a) Valoración geriátrica domiciliaria

Se trata de una intervención de carácter poblacional que persigue la valoración integral de toda la población mayor de 65/70 años con el objetivo de detectar signos de fragilidad y actuar tempranamente sobre el riesgo de deterioro funcional, por lo que, a partir de la inicial y en función de sus resultados, esta valoración se repite de forma periódica (bianual, anual, semestral, trimestral). Para el desarrollo de esta intervención se propone la creación de una figura (individual o equipo, aunque este panel se inclina más por la segunda opción) con formación especializada en el ámbito y dedicación exclusiva que actuara a modo de apoyo y consultoría para los equipos básicos de Atención Primaria. Por su carácter poblacional y preventivo, la responsabilidad de esta intervención y, por tanto, su dependencia se sitúa en Atención Primaria.

Esta propuesta de servicios recibe una valoración muy favorable por parte del equipo en cuanto a su pertinencia aunque su desarrollo se matiza de ciertos aspectos a tener en cuenta y de ciertas dificultades que condicionan su factibilidad. Así, en cuanto a su pertinencia, los/as participantes hablan de la relevancia de estas intervenciones para la promoción de la salud y el mantenimiento de la funcionalidad de la/del paciente mayor en su entorno habitual de vida, así como para el apoyo de la cuidadora en el desempeño de sus tareas y la asunción de responsabilidades. Según este panel, intervenciones como ésta con un enfoque de promoción de salud, podrían contribuir a la reducción de los ingresos hospitalarios en este grupo de población, lo que acarrearía resultados beneficiosos tanto para el sistema (eficiencia en la gestión de los recursos) como para la/el propia/o paciente mayor y su cuidadora (disminución de los riesgos de deterioro asociados a la hospitalización).

En cuanto a su factibilidad, la principal aportación que realiza el panel a esta propuesta se sitúa en torno a la indicación de que sea Atención Prima-

ria, a través del refuerzo de sus actuales equipos (mayor volumen de personas pero también incorporación de otras figuras disciplinares y formación específica para todos/as sus integrantes), quien desarrolle esta propuesta en detrimento de la creación de figuras y/o equipos ajenos a la realidad cotidiana de la/del paciente mayor y ajenos además al ámbito comunitario de la zona básica de salud. De este modo, el panel propone fórmulas intermedias por las que sea Atención Primaria (conocimiento más cercano y continuado de la/del paciente mayor y de su entorno) quien realice esta valoración e identificación inicial, junto con el seguimiento del proceso y la intervención en las situaciones más habituales, mientras que sean los equipos más especializados quienes actúen a modo de consultores para aquellos casos de mayor complejidad.

Además, el panel señala su desacuerdo con el hecho de que la valoración deba ser siempre domiciliaria (ciertos sectores de población más jóvenes y sanos podrían vivir estas situaciones con cierta aprensión) y que se deba aplicar sistemáticamente a todas las personas a partir de una edad determinada. A juicio del panel, cuando sea posible la valoración deberá llevarse a cabo en el centro de salud (ahorro de recursos) y sólo deberá aplicarse a aquellas personas identificadas como «anciano frágil» según los criterios para ello establecidos.

b) Cuidados domiciliarios continuados

Prestación de cuidados integrales e interdisciplinarios, continuados y coordinados, sociales y sanitarios a pacientes con incapacidad funcional y/o mental grave, establecida e irreversible, consecuencia de enfermedades crónicas en estadio avanzado o en situación de necesidad y/o demanda de cuidados de una alta complejidad. El objetivo de estos cuidados es mantener y/o mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia en el entorno habitual de vida y hasta su fallecimiento. Este tipo de cuidados puede ser provisto bien por una figura de referencia desarrollada ad-hoc (gestión de casos/gestión de la complejidad) o bien por un equipo multidisciplinar (opción más apoyada por este panel) con formación avanzada y especializada en geriatría y gerontología y un

enfoque holístico e integral de la atención a la/al paciente mayor. Ambas figuras surgen y se coordinan desde Atención Primaria y su presencia se justifica con el objetivo de dar soporte a los equipos básicos de Atención Primaria en el manejo de aquellos casos cuyo nivel de cuidados o bien resulte demasiado complejo o bien requiera demasiados recursos humanos y/o de tiempo como para poder ser asumido y desarrollado de forma adecuada por el equipo básico. El éxito de este dispositivo vendría dado por su coordinación con otros niveles y dispositivos, una valoración integral y holística continuada y una formación especialista y especializada de los/as profesionales que lo implementen.

Aunque positiva, la valoración de esta propuesta no resulta, en general, tan favorable como en el caso de la anterior. Al respecto de su pertinencia, el panel defiende el domicilio como espacio de vida y cuidado de la/del paciente mayor con patología crónica, y entiende, por tanto, que es en este espacio donde debiera proveerse la atención siempre y cuando ésta se ajuste a unos criterios de calidad dignos. Además, este panel entiende que este tipo de intervenciones podría reducir el volumen de ingresos hospitalarios mediante la detección y el tratamiento precoz de las complicaciones asociadas al deterioro.

No obstante, los/as participantes en el panel se muestran muy cautos e incluso escépticos al respecto de la capacidad del sistema actual de proveer un volumen suficiente de cuidados en domicilio como para asegurar la calidad de la atención, tanto la dirigida a la/al paciente mayor como, y de forma marcada en este caso, a su cuidadora. Así, varios/as panelistas advierten de la importancia de considerar los niveles de dependencia y de carga de cuidados generados por el deterioro en la/el paciente mayor a la hora de desarrollar e implementar este tipo de servicios. En este sentido, los/as panelistas insisten en que este tipo de atención se base en las necesidades de la propia/del propio paciente mayor pero también, y de forma esencial, en las de su cuidadora principal. Además, señalan la necesidad de crear y/o incrementar las estructuras (instituciones socio-sanitarias, centros de

día, unidades de respiro, hospitales de agudos) que acojan de una manera rápida y fácil, temporal o definitiva, a aquellas personas cuyas necesidades de cuidado superen, en un momento dado y por motivos diversos (reagudización del proceso, claudicación familiar, deterioro importante), las posibilidades del domicilio o bien el volumen de servicios a proveer en éste se haga tan importante que su eficiencia pueda ser cuestionada. La demanda de estas estructuras viene además acompañada por el requerimiento de desarrollo de mecanismos de coordinación que faciliten y aseguren una adecuada transferencia de los/as usuarios/as entre uno y otro sistemas (social y sanitario) y que, al mismo tiempo, evite duplicidades en la valoración y/o en la provisión de servicios.

De nuevo en este punto, el panel vuelve a mostrarse receloso al respecto de la creación de nuevas figuras que, sobre el argumento de la saturación de los servicios de Atención Primaria, venga a suplantar a ésta o alente a ésta a hacer una discreta dejación de las mismas. A juicio de algunos/as panelistas, este tipo de atención debiera, de nuevo, recaer sobre los equipos de Atención Primaria, para lo cual éstos debieran ser reforzados y apoyados con más recursos humanos y más formación específica.

c) Unidades media estancia/convalecencia

Unidades formadas por equipos multidisciplinares y dirigidas hacia la recuperación funcional integral de aquellos ancianos en los que la magnitud de su deterioro es tal que les impide regresar a su domicilio aún cuando su situación aguda está estabilizada. Desarrollándose sobre la coordinación entre niveles, este sistema pretende la atención de aquellas pacientes que, requiriendo un alto nivel y complejidad de cuidados de enfermería y ciertos recursos específicos (camas articuladas, lavabos adaptados, servicios de rehabilitación intensivos, oxigenoterapia y aerosolterapia, vigilancia estrecha, cuidados específicos) no precisen, sin embargo, de cuidados agudos e incluso sea desaconsejable su permanencia en tales ambientes (infecciones, encamamiento, desorientación, aislamiento). Estos dispositivos persiguen el objetivo de la recuperación funcional de la per-

sona (frenar su deterioro, mantener su nivel de independencia, facilitar adaptación a nueva situación) para su reintegración a su entorno habitual de vida. El éxito de estos dispositivos pasa por definir claramente los perfiles de sus potenciales usuarios/as, mejorar su acceso geográfico y físico, facilitar el ingreso de la persona desde las unidades de urgencias y, sobre todo, desde Atención Primaria, mejorar y agilizar su coordinación con los distintos niveles, y finalmente, dotarse de recursos (humanos y físicos) específicos y suficientes para desarrollar su cometido.

Esta propuesta es la que, globalmente, recibe una valoración más favorable por parte del panel. La pertinencia de su implementación se basa en argumentos tales como el incremento de la comorbilidad y la incapacidad asociada en este grupo de población y la creciente disminución de soporte social-familiar. El mayor de los obstáculos en relación a su factibilidad se sitúa en cambio en relación a la importante inversión de recursos que la creación y/o refuerzo de este tipo de estructuras supone para el sistema pero que, a juicio de este panel, se vería compensada por la citada reducción de ingresos en dispositivos de agudos.

El panel señala además la necesidad de crear, dentro del sistema de atención a la/al paciente mayor con patología crónica, unidades como ésta que centrándose en la situación funcional de la persona actúen en el tratamiento de las reagudizaciones con un objetivo principalmente rehabilitador integral, alejándose de la atención más de índole estrictamente curativa y biofisiológica provista por los hospitales de agudos, y a la que se asocia habitualmente un importante deterioro en la funcionalidad de quien la recibe.

A pesar de su favorable valoración, el panel señala varios aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de estas unidades en relación a la provisión en ellas de cuidados de calidad. En este sentido, el panel habla de la necesidad de perfilar y definir muy estrechamente, y conjuntamente con otros dispositivos del sistema, los criterios de ingreso y alta en y de estas unidades, así como los procedimientos de derivación y coordinación con otras estructuras del sistema.

Se trata con ello, por un lado, de evitar que este tipo de dispositivos se conviertan en unidades de convalecencia y/o institucionalización en las que la disparidad de las necesidades de sus usuarios/as dificulte la provisión de una atención específica y de calidad («cajón desastre»). Por otro lado, se pretende que estas unidades no se conviertan en callejones sin salida para el sistema, en las que una vez ingresada la persona no existan criterios de finalización de la estancia ni otros dispositivos a los cuales derivar a dichas personas para una atención más acorde a sus nuevas necesidades.

La última aportación que el panel hace al desarrollo de este tipo de dispositivos nace de la valoración de la situación actual de las ya existentes y se relaciona con la necesidad de adecuar los recursos humanos de estas unidades a las cargas de cuidado asociadas a estos grupos de población (disminución de los ratios enfermera/paciente) así como a las características propias de dicho cuidado (incremento de la formación específica). Este panel condiciona además el desarrollo de estas unidades a su ubicación cercana y accesible al entorno familiar y social de la/del paciente mayor.

d) Hospital de día geriátrico

Nivel asistencial que proporciona valoración multidisciplinaria y tratamiento integral, en régimen diurno, con especial atención a la recuperación funcional y el tratamiento de los síndromes geriátricos de ancianos frágiles, habitualmente con incapacidad física leve, que viven en la comunidad, situándose como puente entre los cuidados hospitalarios y los comunitarios.

Ésta es una de las propuestas cuya valoración resulta menos elocuente a pesar de que sus puntuaciones resultan ciertamente favorables. Así, a pesar de que sobre las escalas Likert, esta propuesta es considerada pertinente y se sitúa a la cabeza de la factibilidad entre todas las propuestas, las aportaciones textuales que los/as panelistas desarrollan para argumentar tales puntuaciones son francamente escuetas y poco consonantes con aquella valoración (la justificación de su pertinencia y factibilidad re-

sulta muy escasa). Al respecto de su pertinencia, el panel afirma su convicción de que este tipo de dispositivos tienen en las cuidadoras informales a sus principales beneficiadas, pero no expresa nada al respecto de su utilidad para con las/los paciente mayores más allá de la continuidad de ésta en su entorno habitual de vida. A juzgar por algunas de las aportaciones realizadas por el panel, la definición de este dispositivo induce cierta confusión al respecto de sus diferencias/ semejanzas con los actuales «Centros de Día» lo que quizás haya podido incidir en esta paradójica valoración.

Las principales aportaciones que el panel realiza a la valoración de esta propuesta se relacionan con la necesidad de delimitar el perfil de los/as candidatos/as (dificultades de soporte familiar, dependencia leve o moderada) a este tipo de servicios para asegurar una cierta homogeneidad en el nivel y la cualidad de los cuidados requeridos y, por tanto, provistos.

El panel advierte además del riesgo y los inconvenientes del transporte diario de la/del paciente desde su domicilio hasta el centro por lo que sugiere cierta cercanía geográfica entre uno y otro.

e) Equipos consultores multidisciplinares

(Unidades Funcionales Interdisciplinarias Socio sanitarias o Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos)

Equipos consultores geriátricos multidisciplinares que evalúan a pacientes ingresados en otros servicios del hospital y realizan recomendaciones sobre su tratamiento médico y/o plan de cuidados. El objetivo de estos equipos es evitar al máximo posible el deterioro funcional durante el ingreso, así como facilitar su vuelta y adaptación al entorno habitual en el menor tiempo posible.

Ésta es una de las propuestas que recibe una valoración más desfavorable por parte del panel tanto en relación a su pertinencia como a su factibilidad. En este sentido, un volumen importante de los/as panelistas expresa serias dudas al respecto de la necesidad de crear este tipo de equipos y de la dificultad de su integración en

el trabajo cotidiano de los equipos especialistas hospitalarios actualmente en funcionamiento. Estas personas participantes expresan su acuerdo con la necesidad de incorporar profesionales con formación especializada en geriatría en el ámbito hospitalario que, a través de una intervención temprana, den respuesta a las muy específicas necesidades que este grupo de población plantea y ayuden al resto de profesionales a aportar a su trabajo ese enfoque particular y necesario que requiere el trabajo con pacientes mayores. Los/as panelistas se muestran sin embargo en desacuerdo con la forma en la que esta propuesta diseña esa incorporación. A su juicio, la integración de profesionales en los equipos ya existentes sería más adecuada que la creación de un equipo propio como tal, cuya difícil y turbia delimitación de funciones y responsabilidades podría generar conflictos en el seno de los equipos (se considera que en estos momentos los equipos de Medicina Interna ya desarrollan esta labor) y deficiencias en la atención.

f) Unidades geriátricas de agudos

Unidades hospitalarias dirigidas a la atención de ancianos frágiles que requieren ingreso para el tratamiento de procesos agudos o crónicos reagudizados, y cuya estructura está adaptada a sus necesidades. Estas unidades son atendidas por personal especializado en el manejo de los problemas y síndromes geriátricos. Su objetivo es el tratamiento del proceso agudo que motiva el ingreso de la/del paciente mayor en el mínimo plazo de tiempo posible y en las condiciones más favorecedoras de mantenimiento de su independencia funcional.

La valoración de esta propuesta por el panel resulta, como en el caso anterior, bastante desfavorable. En este caso, los/as panelistas muestran su desconfianza en la pertinencia del desarrollo del dispositivo propuesto en base a la dificultad de identificar su particular aportación a la atención de la/del paciente mayor con patología crónica en el contexto actual de provisión de servicios. En este sentido, varios/as panelistas defienden que aquello que estas unidades dicen poder ofrecer a esta población ya se provee actualmente desde los servicios de Medicina Interna de los hospitales de agudos, por lo que

la pertinencia de su creación no parece justificada. Además, algunas personas participantes en el panel señalan como un serio obstáculo a su eficiente desarrollo la dificultad de delimitación del perfil de la/del paciente mayor candidata/o a dicho servicio, o lo que es lo mismo, del ámbito de trabajo de estas unidades frente a otras que también puedan recibir preferentemente pacientes mayores con patología crónica. Esta turbia delimitación del espacio de trabajo de este tipo de unidades pudiera suponer tanto su sobrecarga como una falta de equidad en la provisión de servicios de salud a este grupo de población (elitismo de este tipo de unidades).

De cualquier manera, el panel sí se muestra favorable a la presencia en el ámbito hospitalario de profesionales con formación especializada en el ámbito de la geriatría, como también se muestra a favor de la creación de la figura del profesional hospitalario de referencia que trate de garantizar que durante los sucesivos ingresos hospitalarios a los que el proceso de deterioro de su enfermedad somete a la /al paciente mayor con patología crónica, sea siempre un mismo profesional quien asuma la responsabilidad del cuidado de dicha persona.

g) Cuidados post-alta hospitalaria

Se trata de una intervención centrada en el desarrollo de estrategias de preparación, coordinación y seguimiento/apoyo de altas hospitalarias sobre la base de un plan de cuidados derivado de las necesidades de atención objetivadas mediante la valoración geriátrica integral (alta planificada). Se trata pues de la implementación de medidas y elementos de valoración INTEGRAL, seguimiento, comunicación en el equipo y coordinación con otros niveles de atención (primaria y/o socio-sanitario) que posibiliten altas hospitalarias más rápidas que las actuales así como la prevención de reingresos hospitalarios evitables, mediante la gestión y la mejora de la adaptación de la persona a su entorno residencial (domicilio o institución). Este dispositivo es de corte evidentemente hospitalario aunque su interconexión con otros niveles de atención resulta imprescindible para su desarrollo. El éxito de esta intervención se sustenta en la implementación

de recursos que permitan una ágil y eficaz coordinación y puesta en marcha de los servicios (figuras o equipos responsables, inclusión de perfiles de trabajadoras sociales en AP, contactos telefónicos, reuniones conjuntas), así como en la toma de conciencia de los/as profesionales de todos los niveles de la importancia de dicha coordinación.

Tal y como se señalaba en el primer apartado del cuestionario, la coordinación se erige como la piedra de toque en el desarrollo de un sistema de atención a la/al paciente mayor con patología crónica. Así, este dispositivo basado en la implementación de mecanismos de coordinación, que se inicien con la preparación y planificación del alta desde el mismo momento del ingreso, dirigidos a garantizar la continuidad de los cuidados entre los niveles primario y especializado de atención se convierte en una de las propuestas que recibe, globalmente, una valoración más positiva por parte del panel.

Según explican los/as panelistas, el desarrollo de este tipo de estrategias dirigidas a la mejora de la coordinación interniveles conseguiría disminuir el número de ingresos y reducir la estancia hospitalaria, con la consiguiente mejora en la gestión eficiente de los recursos. Además, este tipo de iniciativas se entienden necesarias para la provisión de una atención integral, continuada y de calidad a la/al paciente mayor con patología crónica.

El panel señala no obstante diversos aspectos que han de ser tenidos en cuenta en el desarrollo de este tipo de dispositivos y que se relacionan, en general, con el déficit actual de coordinación y/o comunicación entre los distintos niveles asistenciales y profesionales involucrados en la atención a este grupo de población. Así, los/as panelistas comienzan insistiendo en la necesidad de redefinir y reforzar el espacio socio-sanitario desde el sincero convencimiento e interés de las instancias políticas e institucionales mediante la creación de estructuras mixtas, mecanismos de cofinanciación, redes de trabajo coordinado... Además, varios/as panelistas señalan la necesidad de que el sistema reflexione sobre las posiciones de los distintos niveles en el sistema, con especial hincapié en la supremacía del nivel especializado sobre el

resto y las consecuencias prácticas que esto tiene en cuanto a la distribución de responsabilidades y a la distribución de recursos (este tipo de dispositivos debiera quizás salir del ámbito del hospital y acercarse al ámbito de la Atención Primaria), a las formas y canales de comunicación por desarrollar, a la imagen y expectativas de la población al respecto de cada uno de ellos y del sistema en su conjunto.

En relación también con aquellos aspectos que actúan en detrimento de la coordinación interniveles, las personas participantes en el panel señalan la inexistencia de canales adecuados, formales y normalizados de comunicación, la excesiva presión asistencial, la falta de delimitación clara de funciones y responsabilidades entre profesionales del ámbito de lo social y de lo sanitario, así como la excesiva rotación de profesionales por los distintos servicios. A juicio del panel, todos estos elementos vienen a desfigurar el retrato de una coordinación de la atención que contribuya a poner en marcha dispositivos como éste y proporcionen a este grupo de población unos servicios eficientes y de calidad.

h) Hospitalización a domicilio

Se trata de un servicio que proporciona, durante un periodo de tiempo limitado, tratamiento activo en el domicilio a pacientes que presentan procesos de salud que, de otra forma requerirían cuidados intrahospitalarios y que disponen de soporte socio-familiar suficiente y adecuado. Se presenta como una alternativa a los cuidados agudos intrahospitalarios aunque pudieran observarse también como elementos de soporte a un alta hospitalaria temprana con seguimiento del tratamiento y los cuidados domiciliarios. Aspectos muy relevantes para su desarrollo y que deben ser mejorados para poder considerarse útiles en la atención a la/al paciente mayor son: la mejora de su coordinación-comunicación con AP, la ampliación de su extensión geográfica (debe poder ser ofertado a todas las personas de la CAPV ya sean del entorno urbano o del rural) y su giro hacia un enfoque más holístico-integral desde una formación más amplia y específica en geriatría. Este sistema se desarrolla desde un enfoque

eminente hospitalario y su funcionamiento depende de este nivel de atención.

Esta propuesta recibe, en general, una valoración bastante desfavorable en comparación con el resto de las propuestas, sobre todo en lo concerniente a pertinencia y priorización en su puesta en marcha. A pesar de que, por puntuaciones numéricas, su valoración resulta favorable, las aportaciones textuales realizadas por los/as panelistas no hacen sino señalar trabas y dificultades a su desarrollo. Dichas aportaciones muestran además cierto recelo y/o desconfianza al respecto de que este dispositivo tal y como lo conocemos actualmente deba realmente formar parte esencial de un modelo de atención a la/al paciente mayor con patología crónica. Según las personas participantes en el panel, la provisión de cuidados por parte de este dispositivo se guía actualmente por un enfoque principalmente curativo y de atención puntual y reactiva, muy lejano al defendido enfoque rehabilitador-promotor de salud, integral, continuado y proactivo que el panel defendía en el primer apartado de este trabajo.

Algunos/as panelistas muestran además su recelo al respecto de que este tipo de dispositivos acabe creando una red de servicios paralela a Atención Primaria y señalan cómo sólo una buena coordinación de estos dispositivos con aquéllos basados en aquel nivel de atención podrían contribuir a su eficacia en la disminución de los ingresos y/o la reducción de la estancia hospitalaria.

Otro aspecto señalado por este panel y que debe, a su juicio, tenerse en cuenta en el desarrollo de este tipo de dispositivos, se relaciona con la necesidad de que la/el paciente mayor disponga de un soporte informal, familiar-social, suficiente como para garantizar la eficacia de las intervenciones realizadas por este servicio.

No obstante, la principal dificultad señalada en relación a los servicios de Hospitalización a Domicilio como proveedores de cuidados a pacientes mayores con patología crónica se sitúa, a juicio prácticamente unánime del panel, en base a su limitada extensión geográfica y a las inequidades que esto genera en el sistema. A este respecto, el panel señala cómo no es necesaria la creación de nuevos dispositivos de esta índole

sino el refuerzo y la ampliación de los actuales de manera que toda la población, sin importar su área geográfica de residencia, pueda optar a los mismos servicios y recursos.

4.2.6. Valoración global de las propuestas

En resumen, en su valoración de los elementos que debieran constituir un sistema eficiente y de calidad de atención a la/al paciente mayor, las personas participantes en este panel apuestan por la reorganización y el refuerzo de los servicios sustentados en Atención Primaria y conducentes principalmente a la atención integral del/de la usuario/a en su domicilio. De esta manera, este panel incide en la importancia de las funciones desarrolladas por estructuras del tipo «Valoración Geriátrica Domiciliaria» y «Cuidados Continuados Domiciliarios», pero implementadas por los actuales equipos de atención primaria, viéndose estos reorganizados, reforzados (incremento de plantilla pero además incorporación de otras disciplinas al equipo) y apoyados por herramientas para la toma de decisiones y recursos para la provisión de servicios. Al mismo tiempo, los/as participantes se alejan de estructuras más relacionadas con el ámbito de la Atención Especializada («Unidades Geriátricas de Agudos» y «Equipos Consultores multidisciplinares»), lo que se sitúa en consonancia con su apuesta sostenida por situar en Atención Primaria el eje de la atención a la/al paciente mayor con patología crónica.

El panel es, sin embargo, muy cauteloso a la hora de apostar por el domicilio como ámbito de cuidado y por la cuidadora informal como pilar del sistema, ante lo cual demanda el refuerzo e incremento en la dotación de las «Unidades de Media Estancia» así como la creación de nuevas estructuras de este nivel en los contextos en los que éstas no existen o son ineficientes. Finalmente, el equipo aboga por el refuerzo, la formalización y la sistematización de los «Cuidados post-alta hospitalaria» como una forma de mejorar no sólo la calidad de la atención a la/al paciente mayor con patología crónica, sino también la eficiencia en la gestión y utilización de los recursos.

En esta evaluación de las propuestas, el panel parece alejarse de la creación de estructuras, figuras y/o equipos, nuevas, y apostar, en cambio, por el refuerzo y la reorganización de aquellas más cercanas a las actualmente existentes. Así, propuestas tales como los «Equipos consultores multidisciplinares» o las «Unidades Geriátricas de Agudos» reciben valoraciones muy comprometidas (recelo y desconfianza), en comparación con las que reciben propuestas como las «Unidades de Media Estancia» o la «Valoración Geriátrica Domiciliaria», por las que el panel apuesta firmemente, pero exige que sean desarrolladas por los equipos de Atención Primaria.

4.2.7. Aplicación a un caso práctico

Los resultados hasta ahora presentados se corroboran con los obtenidos a partir de otro de los apartados del cuestionario en el que, a partir de la presentación de un caso no real, pero típico de una paciente mayor con patología crónica, se solicitaba a los/as participantes el diseño y la selección de los dispositivos a poner en marcha en cada una de las etapas de evolución (inicial media y final) de la protagonista de ese caso. Se presenta pues a continuación el caso propuesto así como los resultados elaborados a partir del análisis de las respuestas de los/as panelistas.

María tiene 82 años y tiene un diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) desde hace 12. En las primeras fases de su enfermedad, María vivía con su marido en su propia casa. Si bien vivía diagnosticada de EPOC, esta enfermedad no había llegado a afectar la calidad de vida de María y ésta se mantenía independiente y autónoma para sus Actividad de la Vida Diaria (AVDs). En las etapas intermedias de su proceso, la EPOC evolucionó hasta el punto en el que María precisaba de la ayuda de su marido para completar las AVDs. Durante esta etapa intermedia, María precisó de uno o dos ingresos tras los cuales se recuperó prácticamente de manera íntegra. Desde hace 4 años la EPOC de María ha evolucionado de tal manera que viene necesitando una media de 3 ingresos hospitalarios cada año. Tras cada ingreso ella encuentra sus capacidades más y más reducidas por lo que actualmente precisa 16 horas de oxígeno diario y lleva una vida restringida a cama-sillón. María no reside ya en su domicilio ya que su marido no puede cuidar de ella y, desde hace tres años, alterna periodos de tiempo entre las casas de sus dos hijas, una de ellas en Vitoria y la otra en un pueblecito alejado de la ciudad.

A pesar de haber presentado las etapas de la evolución de María de una manera diferenciada, hay una serie de aportaciones de las personas participantes que pueden ser aplicables a cualquiera de las tres etapas indistintamente. Así, el panel señala cómo la atención a María debe pivotar primordialmente en Atención Primaria (AP) tratando siempre de que, en el caso de que ella y su entorno familiar así lo deseen, pueda permanecer en su entorno domiciliario habitual. Para ello, el panel apuesta por el desarrollo de la valoración geriátrica integral y la puesta en marcha de protocolos/programa de visitas domiciliarias preventivas programadas. Además, el panel hace un claro llamamiento al desarrollo de estrategias de coordinación entre niveles que faciliten el recorrido de María por el sistema y eviten una mala utilización de los recursos achacable a una mala organización

y/o funcionamiento de los canales de comunicación. En este sentido, muchas de las estrategias que este panel propone en cualquiera de los tres niveles corresponden a elementos enfocados primordialmente a la mejora de la coordinación, el ahorro de tiempos y el uso eficiente de los recursos (alta planificada o cuidados post-alta hospitalaria).

Para las etapas iniciales, el panel pone especial énfasis en las tareas de valoración y seguimiento continuados a desarrollar por Atención Primaria con el apoyo de la Atención Especializada, ya sea a través de consultas de periodicidad anual o de intervenciones más de tipo educativo/preventivo que refuercen la labor educativa y preventiva cotidiana de la AP. En esta etapa se concede especial importancia a la capacitación de la protagonista en el manejo de su enfermedad y al mantenimiento de su autonomía.

En las etapas intermedias, el panel sigue apostando por la continuidad del seguimiento y de la valoración de María, su proceso de salud y su contexto de vida, por parte de la AP en su domicilio, aunque comienzan a aparecer también otros actores en escena que vienen a responder a la creciente complejidad de los cuidados requeridos por María. Así, se menciona de forma mucho más frecuente la necesidad del trabajo coordinado con los servicios sociales de base, la posibilidad de utilización de las unidades de media estancia para el tratamiento y la rehabilitación de las reagudizaciones y el incremento de las figuras involucradas en el ámbito domiciliario (ayudas a domicilio, HAD, Equipos de Soporte a Atención Primaria).

Para las etapas finales de la evolución de María, el panel no señala diferencias importantes con respecto a las etapas anteriores. Se sigue insistiendo en la importancia y la

conveniencia de mantener a María en su domicilio siempre y cuando los recursos sociales y familiares garanticen un nivel de cuidados apropiados, lo que implica además un apoyo y soporte importantes a esta rama informal de los mismos.

Así pues, dispositivos de atención integral, enfocados a la permanencia del/de la usuario/a en su domicilio, guiados desde Atención Primaria y con la promoción e identificación precoz como objetivo siguen siendo la prioridad número uno para los/as participantes en este panel en el diseño de un sistema de atención a la/al paciente mayor con patología crónica eficiente y de calidad, eso sí, dentro de un sistema conformado por otros dispositivos que, bajo importantes canales de comunicación y coordinación, vengán a complementar a éstos y, sobre todo, a dar respuesta a las crecientes necesidades de este grupo de población.

5. DISCUSIÓN

El objetivo prioritario de cualquier intervención social o sanitaria que se plantee sobre la población de personas de edad avanzada y especialmente si presenta patología crónica, no es tanto el aumento de la expectativa de vida, como el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad. Por ello, la situación funcional y la calidad de vida de la población anciana son parámetros prioritarios en la evaluación del estado de salud de la población anciana.

Partiendo de esta premisa, hemos realizado una revisión sistemática de la literatura científica con el fin de conocer la efectividad de las diferentes alternativas organizativas considerando especialmente interesantes aquellas opciones que han demostrado resultados favorables en relación a la situación funcional y a la calidad de vida de los/las pacientes mayores. Así, de las intervenciones organizativas analizadas en la revisión sistemática, destacan las siguientes propuestas por haberse demostrado su relación con un menor deterioro funcional y/o con una mejor calidad de vida:

- *Alta Planificada*: estrategia basada en medidas y elementos de valoración integral, seguimiento, comunicación en el equipo y coordinación con otros niveles de atención (primaria y/o socio-sanitario) que posibiliten altas hospitalarias más rápidas que las actuales, así como la prevención de reingresos hospitalarios evitables, mediante la gestión y la mejora de la adaptación de la persona a su entorno residencial (domicilio o institución).
- *Alta apoyada*: alternativa organizativa constituida por equipos que ofrecen rehabilitación, educación, apoyo al tratamiento a domicilio durante un periodo determinado tras el alta hospitalaria.
- *Gestión de casos*: estrategia planteada como un sistema basado en la creación de una figura que asuma aquellos casos de pacientes mayores con una necesidad de cuidados de alta complejidad y que surge y se coordina desde Atención Primaria.

Por otra parte, considerando la información obtenida a partir del consenso del grupo de expertos consultados, los profesionales sanitarios

perciben una necesidad imperiosa y manifiesta de emprender reformas en el sistema actual de atención a la/al paciente mayor con patología crónica. Esta necesidad se justifica no sólo por la carencia en sí misma de una atención actual que se considere de calidad y eficiencia suficientes (señalada en este trabajo en forma de dificultades del sistema actual), sino por los cambios sociales, culturales, y organizacionales que se vienen dando en los últimos años y que, a juicio del panel, se expresarán de manera más acusada en un futuro no muy lejano (envejecimiento de la población, aumento de la comorbilidad-pluripatología y su consecuente incremento de los niveles de dependencia, creciente desaparición del soporte familiar-social informal, creciente desinterés social y familiar por esta etapa de la vida).

Estos cambios deben de estar dirigidos a favorecer la promoción de la salud y la recuperación funcional, la calidad de vida y, sobre todo, la dignidad humana de las personas de edad avanzada y deben de ser éstos los objetivos centrales que deben guiar la construcción de un sistema organizativo de atención a la/al paciente mayor con patología crónica. En este sentido, de las aportaciones de los/as panelistas se deducen unas directrices mínimas e imprescindibles para el éxito de las propuestas de mejora de la atención a los pacientes mayores con patología crónica:

- El sistema de atención a la/al paciente mayor debe basarse en la Atención Primaria, que debería desempeñar un papel central, de referencia y de continuidad. Así, la Atención Especializada se plantea como un agente consultor de intervención puntual y esporádica. En este sentido, y a pesar de la amplia variabilidad de propuestas sugeridas, parece que aquéllas cuya finalidad se centre en el refuerzo de la Atención Primaria, la reorganización de su estructura y funciones, la formalización y normalización de sus intervenciones, son las que reciben valoraciones más positivas por parte de los expertos.
- La coordinación constituye la piedra angular del sistema organizativo a proponer. Además de ser el elemento que con más frecuencia aparece en las respuestas de los panelistas,

su carencia es el principal obstáculo señalado por éstos más allá de la escasez de recursos. En este sentido, los/as panelistas dejan clara la relación que, a su juicio existe entre esta marcada falta de coordinación inter-niveles (Atención Primaria-Atención Especializada) e inter-espacios (social y sanitario) como el principal elemento de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles. Según ellos mismos señalan, la relevancia de la coordinación es tal que, de conseguir desarrollarse, el sistema organizativo podría proponerse a partir de la reorganización y redistribución de recursos más que, necesariamente, del incremento de los mismos (que aunque también necesario se vería reducido considerablemente).

- El sistema debe pivotar en torno a la/al paciente mayor y a su cuidadora o familiar, constituyendo ambos la unidad receptora de cuidados y atendiendo a las necesidades propias y singulares de cada uno de sus dos integrantes. Hasta ahora la cuidadora parece haber sido la gran olvidada en este retrato de situación y este panel señala con vehemencia la necesidad de introducir políticas, estrategias, programas de apoyo y cuidado de quien cuida desde la invisibilidad del hogar.
- Debe ser el propio domicilio del paciente el espacio preferente para la promoción de la calidad de vida de la persona. Sin embargo, esta premisa sólo se ha considerado válida en los casos en los que está garantizada una adecuada cobertura de necesidades para la/el propia/o paciente mayor y para su cuidadora.
- Es necesario redirigir el sistema de atención de la/del paciente mayor hacia modelos basados en una atención más integral, continuada y continua, alejándose de modelos más puramente reactivos, centrados en la atención puntual y aislada, y con un enfoque curativo.
- Resulta importante la redefinición del trabajo en equipos multidisciplinares. Dado que lo específico del paciente anciano enfermo es el riesgo de desarrollar deterioro funcional y la consiguiente incapacidad, es obvio que los cuidados dirigidos a este grupo de la pobla-

ción deben de ser integrales y llevados a cabo por equipos multidisciplinares que trabajen de forma interdisciplinaria.

- Integración de los espacios social y sanitario en el ámbito del trabajo con la/el paciente mayor con patología crónica.

Ante la forma de implementar estos cambios surgen diferentes posicionamientos entre los profesionales sanitarios consultados. Así se evidencia una necesidad sentida y manifiesta de invertir recursos, pero ante esta inversión el panel plantea dos posturas diferentes. Por una parte, surge la necesidad de implementar medidas que reactiven y den una nueva visión a la atención a través de la creación de equipos y/o figuras específicas. Por otro lado, se evidencia la preferencia por el refuerzo y la reorganización de servicios ya existentes (principalmente Atención Primaria) ya que los expertos que lo proponen entienden que son estos servicios los más capacitados y mejor situados para la atención de este grupo de población.

A la vista de estas preferencias de los/las panelistas, cabría pensar que pudiera existir un sesgo derivado de la selección de los/las expertos/as que se han incluido en el presente trabajo y que es por ello que se centran las propuestas en la Atención Primaria como eje fundamental del sistema. Sin embargo y si se analiza detenidamente la composición del grupo se puede comprobar su heterogeneidad y que dos terceras partes de los panelistas proceden de ámbitos diferentes a la atención primaria e incluso mayoritariamente procederían de la especializada. Esta segunda reflexión nos llevaría a pensar que quizás es una forma de reducir la carga de la especializada que no quiere ser asumida en la realidad por la AP. En cualquier caso y tras el análisis de las respuestas por ámbitos se comprueban que las mismas son homogéneas lo que da más valor aún si cabe a las propuestas presentadas en el presente documento.

Independientemente de estas propuestas los expertos apuestan por la formación específica en atención y cuidados de los pacientes ancianos de los/as profesionales (principalmente médicos y enfermeras) implicados/as.

En cuanto a la valoración hecha por lo panelistas sobre las alternativas organizativas analizadas, el panel de expertos apuesta principalmente por alternativas organizativa como la valoración geriátrica domiciliaria, las unidades de media estancia y los cuidados post-alta hospitalaria, todo ello como meros elementos de un sistema en el que, a través de la coordinación y del enfoque rehabilitador (autonomía, funcionalidad

y dignidad) integral, se garantice una provisión de servicios acorde a las necesidades de la/del paciente mayor. Algunas de estas alternativas no solo se plantean como las más pertinentes y factibles en nuestro contexto sanitario, sino que además están avaladas por una efectividad demostrada en otros ámbitos, como se desprende de los resultados de la revisión sistemática de la literatura científica.

6. CONCLUSIONES

Este capítulo trata de reflejar la síntesis de los hallazgos de este proyecto, recogiendo los aspectos inherentes a las premisas señaladas a partir de la literatura como necesarias para la implantación de una mejora y finalmente, las propuestas más adecuadas a nuestro contexto de forma priorizada.

6.1. LAS PREMISAS BÁSICAS NECESARIAS

Se exponen a continuación:

- *La/el paciente mayor y su cuidadora (cuando la haya) deben ser el centro de la propuesta organizativa y deben constituir la unidad receptora de los cuidados.*

Para ello, se considera indispensable un giro en el enfoque y estructura del sistema, así como en la mentalidad de sus profesionales.

La unidad receptora de los cuidados provistos por el sistema formal debe estar integrada por la/el paciente mayor y su cuidadora principal (cuando la haya).

- *La promoción de la salud de la/del paciente mayor (especialmente en lo que concierne a su capacidad funcional), y de su cuidadora, deben constituir, junto con el incremento de su calidad de vida, el interés principal de la propuesta elegida.*

Para ello es importante establecer la distinción entre personas mayores sanas y aquéllas con patología crónica, en relación a las muy diferentes necesidades de atención que unas y otras puedan presentar (enfoque curativo, enfoque rehabilitador, enfoque paliativo del cuidado).

- *La propuesta de servicios de atención a la/al paciente mayor debe estar organizada en torno a estas dos variables: condición clínica (situación funcional y capacidad de recuperación) y condición socio-familiar (nivel de soporte y cuidado).*

En este contexto es importante tener en cuenta el decreciente soporte familiar y social a la/al paciente mayor.

- *La propuesta organizativa debe basarse en una actitud proactiva y no meramente reactiva por parte del sistema.*

Esta idea está dificultada por la excesiva presión asistencial así como por la mentalidad

y filosofía del sistema y de sus profesionales (tendencia a la atención reactiva, biofisiológica y no integral).

Así mismo, es preciso promover una adecuación de los recursos, principalmente a través de la potenciación de la Atención Primaria, la formación de los/as profesionales y el desarrollo de herramientas de detección-valoración.

- *El rol de la/del paciente mayor (y/o de su cuidadora) en esta propuesta organizativa toma características tales como activo, participativo, y responsable (de su propio proceso de salud).*

Se sugiere propiciar la implicación de la población más joven en la que las actitudes y las creencias no resulten tan difíciles de modificar.

- *El domicilio es el espacio físico que la propuesta organizativa elegida debe potenciar como ámbito de vida de la/del paciente mayor (y su cuidadora), teniendo en cuenta que deben existir unas condiciones mínimas en cuanto a espacio físico y soporte familiar.*

La propuesta de organización de servicios de atención a la/al paciente mayor debe contar con la participación de todos los niveles teniendo en la Atención Primaria a su eje central y a la Atención Especializada como órgano de consulta especialista.

En este contexto, debe tenerse en cuenta la importante presión de la demanda que dificulta el acceso a la Atención Primaria, la insuficiente coordinación y la falta de trabajo en equipo.

La solución pasaría, no tanto por la creación de figuras nuevas, sino por el refuerzo de los recursos (principalmente incremento en recursos humanos) y la reorganización de los servicios (horarios, agendas, roles, criterios de atención y derivación).

Este modelo debe contar con personal formado y con experiencia en geriatría-gerontología y trabajo social.

- *La propuesta de organización de servicios de atención a la/al paciente mayor debe desarrollarse sobre el trabajo de los profesionales desde un enfoque interdisciplinar.*

En este sentido, debe reseñarse la limitación de profesionales (geriatra, trabajador/a social, fisioterapeuta, psicólogo/a) integrados en el equipo, y la falta de formación/hábito de trabajo en equipo entre los profesionales.

- *La propuesta organizativa de servicios de atención a la/al paciente mayor precisa de la coordinación entre los servicios de salud (atención primaria y especializada, cuya coordinación también debe ser mejorada) y los servicios sociales.*

Para ello se propone el desarrollo de distintas figuras o estructuras (equipos coordinadores, geriatras, especialistas hospitalarios de referencia, consultas telefónicas, mayor presencia e implicación de trabajadoras/es sociales en el ámbito sanitario) que, apoyados por recursos apropiados (protocolos de colaboración, adecuación de espacios físicos de encuentro, tecnologías de información-comunicación), den forma y sustento a esta propuesta.

- *La propuesta organizativa de atención a la/al paciente mayor debe incorporar herramientas y procesos únicos, comunes y consensuados por todos los profesionales implicados (instrumentos y procesos de valoración y derivación, tratamientos, oferta de servicios, guías, protocolos...).*

En síntesis, estas premisas constituyen la base de un sistema, que debe orientarse hacia una cultura organizativa y de sus profesionales basadas en la atención integral, proactiva y rehabilitadora, hacia una mejora de la coordinación, y hacia el refuerzo de los equipos de Atención Primaria y su reorganización.

6.2. PROPUESTAS ORGANIZATIVAS PRIORIZADAS

A continuación se exponen las propuestas analizadas y presentadas por orden de mejor a peor valoración, teniendo en cuenta los argumentos aportados por los panelistas. Estas valoraciones tienen en cuenta las valoraciones numéricas expresadas sobre las escalas de Likert para pertinencia y factibilidad, pero sobre todo, tratan de explicarlas a la luz de los argumentos aportados por los/as miembros del panel.

- *Unidades media estancia/convalecencia*

Esta propuesta es la que, globalmente, recibe una valoración más favorable por parte del pa-

nel. Es pertinente por el incremento de la comorbilidad y la incapacidad asociada en este grupo de población y la creciente disminución de soporte social-familiar. Su factibilidad se ve comprometida por la importante inversión de recursos que la creación y/o refuerzo de este tipo de estructuras requiere.

- *Valoración geriátrica domiciliaria*

Esta iniciativa organizativa es una intervención dirigida a la promoción de la salud y el mantenimiento de la funcionalidad de la/del paciente mayor en su entorno habitual de vida.

En cuanto a su factibilidad, se sugiere que sea Atención Primaria, a través del refuerzo de sus actuales equipos (cuantitativamente y con formación específica), quien desarrolle esta propuesta. Para ello, la intervención deberá dirigirse solamente a aquellas personas identificadas como «anciano frágil» y la identificación/valoración de este colectivo se llevará a cabo preferiblemente en el Centro de Salud, según los criterios preestablecidos.

- *Cuidados domiciliarios continuados.*

Aunque positiva, la valoración de esta propuesta no resulta, en general, tan favorable como la reseñada «valoración geriátrica domiciliaria».

No obstante, teniendo en cuenta ambas propuestas organizativas en su conjunto, y teniendo en cuenta las aportaciones de los panelistas, se propone un modelo mixto que combina las características de ambas. Este modelo, deja a la Atención Primaria la valoración/identificación inicial de los «ancianos frágiles» así como su seguimiento y cuidados habituales y complementariamente atribuye a la figura especializada o equipos constituidos «ad hoc», la posible labor de consultoría y apoyo a la primaria en la gestión de casos de mayor complejidad. Así mismo, es fundamental en este contexto la coordinación entre el nivel social y sanitario.

- *Cuidados post-alta hospitalaria*

Este dispositivo recibe, globalmente, una de las valoraciones más positivas por parte del panel.

Está dirigido a garantizar la continuidad de los cuidados entre los niveles primario y especia-

lizado de atención y basado en la puesta en marcha de mecanismos de coordinación redefiniendo y reforzando el espacio socio-sanitario mediante la creación de estructuras mixtas.

- *Hospital de día geriátrico/centro de día*

Esta propuesta es considerada pertinente y factible, teniendo como puntos fuertes el beneficio a las cuidadoras informales y la continuidad de cuidados en el entorno habitual del paciente, sin embargo los panelistas, en sus argumentaciones, no lo consideran prioritario.

- *Unidades geriátricas de agudos*

La valoración de esta propuesta por el panel, no resulta priorizada ya que se considera que los actuales servicios de Medicina Interna y eventualmente otras especialidades médicas de los hospitales de agudos ya desempeñan este papel.

- *Hospitalización a domicilio*

Esta propuesta recibe en general, una valoración bastante desfavorable, sobre todo en lo concerniente a la pertinencia y prioridad en su puesta en marcha.

La principal dificultad señalada se basa en su cobertura incompleta, hecho que genera inequidades en el sistema. Por ello, se sugiere el refuerzo y la ampliación de la cobertura actual a toda la población, así como su reorientación hacia un sistema proactivo y de atención integral.

- *Equipos consultores multidisciplinares*

Ésta es una de las propuestas que recibe una valoración más desfavorable por parte del panel tanto en relación a su pertinencia como a su factibilidad.

7. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta las conclusiones reseñadas, se exponen las recomendaciones necesarias para orientar los servicios sanitarios según las premisas mencionadas, y para materializar las modalidades organizativas priorizadas.

7.1. RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN ASISTENCIAL

En este ámbito, se apuesta claramente por tres intervenciones/modalidades organizativas cuyo desarrollo se considera pertinente, factible y prioritario consistiendo en:

- *Reorganizar y reforzar los equipos de Atención Primaria* con objeto de situar a la misma en el eje de la atención a la/al paciente mayor con patología crónica y propiciar su atención integral en el domicilio. En esta línea, promover el desarrollo paulatino de las funciones atribuidas a estructuras del tipo «valoración geriátrica domiciliaria» y «cuidados continuados domiciliarios», pero a partir de los actuales Equipos de Atención Primaria, previa reorganización y refuerzo de los mismos (incremento de profesionales, incorporación de otras disciplinas al equipo y formación adecuada) y apoyados por herramientas para la toma de decisiones y la coordinación con los demás niveles y ámbitos de atención. Las funciones inherentes a las estructuras mencionadas consisten, en la valoración y detección de la fragilidad en las/los pacientes mayores para llevar a cabo una acción preventiva (valoración geriátrica domiciliaria), y la prestación de cuidados integrales e interdisciplinarios en pacientes con incapacidad grave y necesidad de cuidados complejos en su entorno familiar habitual (cuidados continuados domiciliarios).
- *Reforzar la dotación de las «unidades de media estancia»* así como creación de nuevas estructuras de este nivel en los ámbitos en los que no existan. Se precisa definir claramente los criterios de ingreso y alta, mejorar su acceso propiciando el ingreso desde la urgencia hospitalaria y desde el ámbito de atención primaria y mejorar los procedimientos de derivación y coordinación con los diferentes niveles así como la adecuación de los recursos humanos a las cargas de trabajo.

- *Reforzar, formalizar y sistematizar los «cuidados post-alta hospitalaria»* poniendo en marcha instrumentos de valoración integral, seguimiento, comunicación en el equipo y coordinación con otros niveles (primaria y/o socio-sanitario), propiciando la agilización de altas, prevención de reingresos y mejor reintegración de la/del paciente mayor a su entorno.

En segundo plano, se consideran otras opciones organizativas cuya puesta en marcha parece interesante pero con menor nivel de prioridad:

- *Reforzar el papel complementario de los «hospitales de día geriátricos /centros de día»* delimitando claramente el perfil de los candidatos/as, asegurando la homogeneidad y calidad de los cuidados, los mecanismos de coordinación/derivación de los/as usuarios/as y su accesibilidad.
- *Reforzar y ampliar las actuales «unidades de hospitalización a domicilio»* con objeto de garantizar la cobertura de todos los usuarios por las mismas. Asimismo, su actividad complementaria a las propuestas organizativas reseñadas pasa por una reorientación de su actividad hacia un modelo proactivo, continuado e integral.
- *Creación en los «hospitales de agudos» de la figura del profesional hospitalario de referencia* en el ámbito de atención a los pacientes mayores con patología crónica. Estos profesionales, con formación y experiencia en geriatría, deben garantizar la continuidad y calidad de los cuidados a este tipo de pacientes.
- *Impulsar el desarrollo y dotación de herramientas y metodologías que mejoren la gestión y coordinación* de los cuidados a este grupo de pacientes:
 - Tecnologías de la información-comunicación.
 - Instrumentos y procesos de valoración y derivación.
 - Oferta de servicios.
 - Guías y protocolos que garanticen la homogeneidad y calidad en la prestación de los servicios.

7.2. RECOMENDACIONES PARA LA DOCENCIA

- *Formación específica de los/as profesionales implicados/as*, principalmente AP, orientada hacia aspectos como VGI (valoración geriátrica integral), recursos disponibles y estrategias de comunicación, enfoque rehabilitador-paliativo, no curativo, atención integral hacia paciente y cuidadora, actitud proactiva, capacitación del/de la usuario/a para la asunción de responsabilidades en su propia salud, estrategias de trabajo con la familia en la provisión de cuidados y la toma de decisiones, trabajo en equipo e interdisciplinariedad.
- Necesidad de *personal con formación en geriatría y gerontología* (personal médico y de

enfermería) que actúe, al menos, a modo de consultor si no integrándose en los equipos multidisciplinares.

7.3. RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

- Incluir la *perspectiva de pacientes y las cuidadoras* para incorporarla al estudio de contextualización iniciado con este trabajo.
- *Evaluar la puesta en marcha* de las propuestas identificadas desde la perspectiva de profesional asistencial, paciente y cuidadora, y gestor/a.
- *Evaluar la eficiencia* de las propuestas organizativas a implementar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ali W, Rasmussen P. What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people – A critical appraisal of the literature.. NZHTA (New Zealand Health Technology Assessment) 2004.
2. Alonso T, Alonso-Ruiz MT, Arana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G, et al. Necesidad de desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriátría y Gerontología (SOGGEX) (III). *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2004;39(3):193-205.
3. Alonso T. Necesidad del desarrollo de servicios de especializados de atención al anciano frágil. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2007;39(1):1-5.
4. Andrews J, Manthorpe J, Watson R. Involving older people in intermediate care. *Journal of Advanced Nursing* 2004;46(3):303-310.
5. Ávila Tato R, Vázquez Rodríguez E, Baztán Cortés JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2000;35(S6):3-14.
6. Baztán Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Medicina Clínica* 2000;115:704-717.
7. Bergin A, Leggat SG, Webb D, Lane KA. A case study on easing an institutional bottleneck in aged care. *Aust Health Rev* 2005;29(3):327-31.
8. Cunliffe AL, Gladman JR, Husbands SL, Miller P, Dewey ME, Harwood RH. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing* 2004;33:246-252.
9. Dabbs C, Keep J, Phillips J. A «rough guide» to co-designing services for long term condition. National Primary and Care Trust Development Programme 2005.
10. Department of Health. Chronic disease management: a compendium of information. NHS. London 2004.
11. Evercare. Implementing the Evercare Programme. National Primary and Care Trust Development Programme. 2004.
12. García Navarro JA. Calidad asistencial en unidades de media estancia y convalecencia geriátrica. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2000;35(S6):47-60.
13. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 2004;25:1570-1595.
14. Gravelle H, Dusheiko D, Heaff R, Argent P, Aden R, Ckard S, et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ* 2007;334(7583):31.
15. Griffiths PD, Edwards MH, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Efectividad de la atención intermedia en unidades hospitalarias dirigidas por enfermeros (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001;286(20):2578-2585.
17. Harris R, Ashton T, Broad J, Connolly G, Richmond D. The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:158-166.
18. Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based

- medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:293.
19. Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-Managing long-term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? King's Fund 2004. Report No.: 172.
 20. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Coordinación Sociosanitaria. In: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005:505-25.
 21. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). El sistema sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia. In: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. Libro Blanco de la Dependencia. 1 ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005:468-501.
 22. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal Geriatric Psychiatry* 2003;18: 222-235.
 23. Katsaliaki K, Browning D, Knight P. Mapping care pathways for the elderly. *Journal of Health Organization and Management* 2005;19(1):57-72.
 24. Kwok T, Lum CM, Chan HS, Ma HM, Lee D, Woo, J. A randomized, controlled trial of an intensive community nurse-supported discharge program in preventing hospital readmissions of older patients with chronic lung disease. *J Am Geriatr Soc* 2004 ;52: 1240-1246.
 25. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, I+nouke SK, et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Internal Med* 2005;143(11):798-808.
 26. Leichsenring K. Observatorio de Personas Mayores. Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias* [15], 1-32. 2005. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
 27. Lloyd J, Wait J. Integrated care. A guide for policy makers. 2005. Report No.: 47.
 28. Matrix research and consultancy, NHS Modernisation Agency. Learning distillation of Chronic Disease Management Programmes in the UK. 2004. Report No.: 187.
 29. Mottram P, Pitkala K. Atención crónica institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes (Revisión Cochrane traducida) Biblioteca Cochrane Plus. *Revisiones Cochrane Traducidas* 2006;(4).
 30. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52: 675-684.
 31. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 2004;291:1358-1367.
 32. Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria en el País Vasco, Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. 2005.
 33. Proyecto Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.
 34. Ribera Casado JM. Asistencia geriátrica en atención primaria. In: Ribera Casado JM, Cruz Zentoft AJ, editors. *Geriatría en Atención Primaria*. 3ª ed. Madrid: Aula Médica; 2002:3-9.
 35. Ruipérez I, Midón J, Gómez-Pavón J, Maturana N, Gil P, Sancho M, et al. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 2003;38(5):281-287.

36. Rundall TG, Shortell SM, Wang MC, Casalino L, Bodenheimer T, Gillies RR, et al. As good as it gets? Chronic care management in nine leading US physician organizations. *BMJ* 2002;325:958-961.
37. Salgado Alba A, González-Montalvo JI. Geriatria. Especialidad médica. Historia, conceptos, enseñanza de la geriatría. In: Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I, editors. *Manual de Geriatría*. 3ª ed. Madrid: Masson; 2002:127-42.
38. Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
39. Sinclair AJ, Conroy SP, Davies M, Bayer AJ. Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 2005;34:338-343.
40. Singh D, Ham C. Improving care for people with long-term conditions. University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2006. Report No.: 158.
41. Strategic framework for case management of long term conditions. NHS. Essex. Strategic Health Authority 2004.
42. Turner-Stokes L, Whitworth D. The National Service Framework for long term conditions: the challenges ahead. *Clin Med* 2005;5(3):203-6.
43. UK Department of Health. Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. 2005. Report No.: 188.
44. Vallés MS. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexiones metodológicas y práctica profesional. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1999.
45. Weingarte SR, Henning JH, Badamgarva E, Knight K, Hasselblad V, Gano AJr, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325:925-933.
46. Windham BG, Bennett RG, Gottlieb S. Care management interventions for older patients with congestive heart failure. *Am J Manag Care* 2003;9:447-459.
47. Wistow G. and King D '2004/2005 Findings Reducing Emergency. Hospital Stays For Older People: Innovation Forum First Year Report,. Improving the Future for Older People, Report No.3. Kent County Council, 2006.
48. Young JB, Robinson M, Chell S, Sanderson D, Chaplin S, Burns E, et al. A whole system study of intermediate care services for older people. *Age Ageing* 2005;34:577-583.

ANEXOS

ANEXO 1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA EN EMBASE Y MEDLINE

La estrategia de búsqueda en EMBASE fue:

((('intermediate care' OR 'subacute care'/exp OR 'sub-acute care' AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('transitions *2 care' OR 'transition *2 care' AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('post-hospital' OR 'post-hospital' OR 'postacute' OR 'post-acute' AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('aftercare'/exp AND [embase]/lim AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('hospital discharge'/exp AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('discharge planning'/exp AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('follow-up care' OR 'home follow-up' AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('domiciliary care'/exp OR 'early discharge' OR 'supported discharge' OR 'aftercare'/exp AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('hospital *2 home' AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py)) AND (('elderly care'/exp AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR (geriatric*:ti OR elder*:ti OR older*:ti OR senior*:ti AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py)) NOT (('case report'/exp AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py) OR ('letter'/exp AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py)) AND ([cochrane review]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [meta analysis]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [systematic review]/lim) AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py

((('elderly care'/exp) OR ('service *3 elderly':ab,ti AND [2003-2006]/py) OR ('services *3 elderly':ti,ab AND [2003-2006]/py) OR ('service *3 aged':ab,ti AND [2003-2006]/py) OR ('services *3 aged':ab,ti AND [2003-2006]/py) OR ('service *3 geriatric':ab,ti AND [2003-2006]/py) OR ('services *3 geriatric':ab,ti AND [2003-2006]/py)) AND (('position statements':ab,ti AND [2003-2006]/py) OR ('position statement':ab,ti AND [2003-2006]/py) OR ('health care delivery'/exp) OR ('health care planning'/exp) OR ('health care policy'/exp) OR ('medical society':ab,ti AND [2003-2006]/py) OR ('health service'/exp) OR (polic*:ti AND [2003-2006]/py) OR (statement*:ti AND [2003-2006]/py)) AND ([cochrane review]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [meta analysis]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [systematic review]/lim) AND [embase]/lim AND [2003-2006]/py

La estrategia de búsqueda en MEDLINE fue: (Medline-Agosto 2006)

1 intermediate care facilities/

2 subacute care/

3 patient discharge/

4 (intermediate care or subacute care).tw.

5 (hospital adj2 home).tw.

6 (early discharge or supported discharge).tw.

7 home care services, hospital based/

8 home nursing/

9 (transition\$ adj care).tw.

10 patient readmission/

11 continuity of patient care/

12 aftercare/

13 (posthospital or post-hospital).tw.

14 (postacute or post-acute).tw.

15 (hospital and community and interface).tw.

16 (domiciliary care or home care or aftercare).tw.

17 or/1-16

18 frail elderly/

19 (geriatric\$ or senior\$ or elder\$ or older person\$ or older people).ti.

20 health services for the aged/

21 or/18-20

22 17 and 21

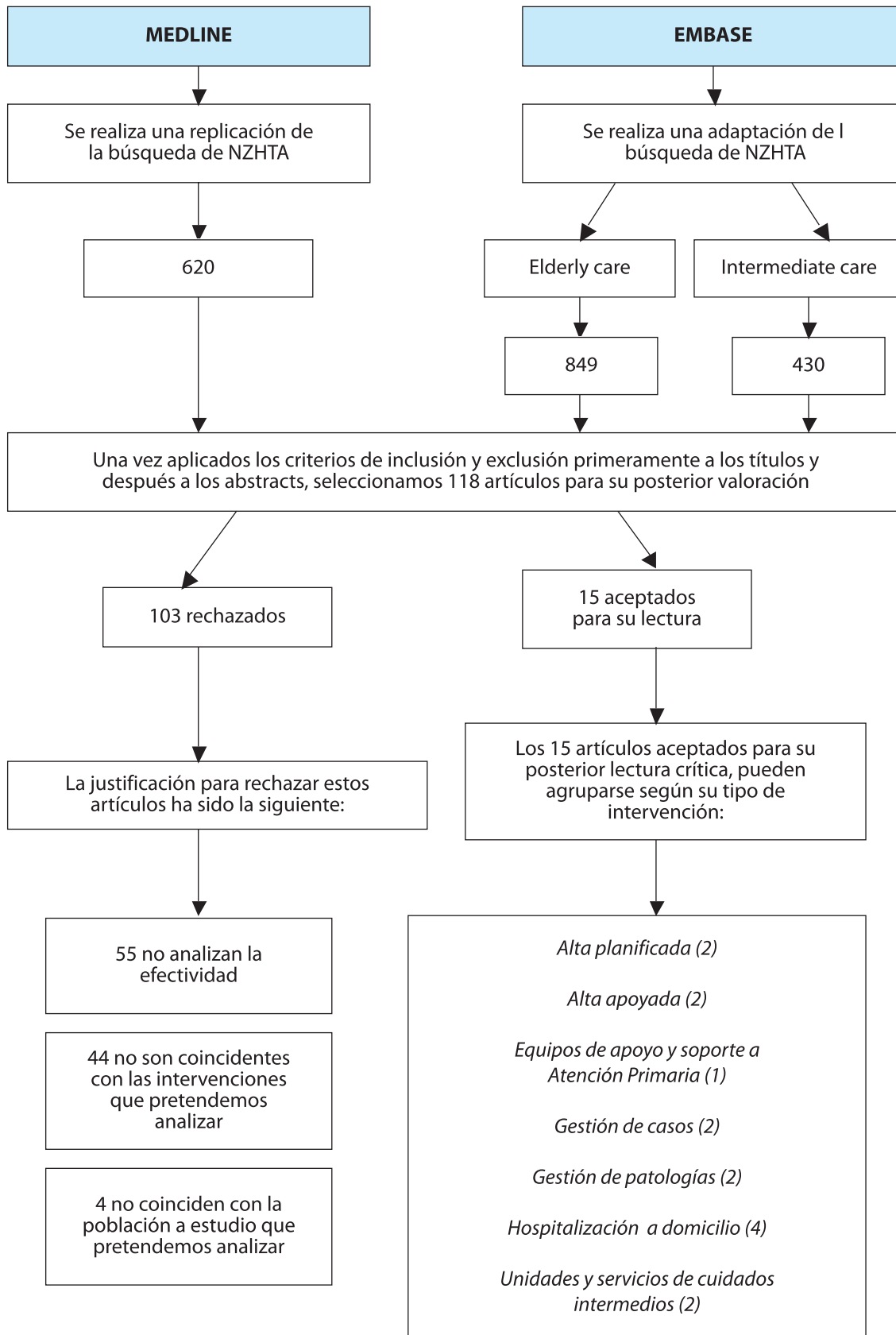
23 limit 22 to English, Spanish, Italian, Portuguese, German, French

24 program evaluation/ or follow-up studies/

25 randomized controlled trials/ or randomized controlled trial.pt.

- 26 controlled clinical trials/ or controlled clinical trial.pt.
- 27 (evaluat\$ or effectiv\$).mp.
- 28 exp evaluation studies/
- 29 or/24-28 (1858807)
- 30 meta-analysis/ or meta-analysis.mp. or meta-analy\$.mp. or meta-analytic\$.mp.
- 31 (systematic\$ adj3 (review\$ or overview\$)).mp.
- 32 30 or 31
- 33 29 or 32
- 34 23 and 33
- 35 limit 34 to yr=2003-2006
- 36 from 35 keep (selected references)
- 37 23 not 34
- 38 case reports/
- 39 (letter or news).pt.
- 40 36 not (38 or 39)
- 41 delivery of health care/
- 42 delivery of health care, integrated/
- 43 health services accessibility/
- 44 exp telemedicine/
- 45 exp patient care team/
- 46 exp comprehensive health care/
- 47 exp managed care programs/
- 48 Regional Health Planning/ or Health Planning/
- 49 service\$.mp.
- 50 or/41-49
- 51 40 and 50
- 52 from 51 keep (selected references)
- 53 (continuum adj care).tw.
- 54 (collaborative care or extended care or augmented care or expanded care).tw.
- 55 progressive patient care/
- 56 or/53-55
- 57 21 and 56
- 58 limit 61 to English, Spanish, Italian, Portuguese, German, French
- 59 58 not (51 or 34)
- 60 from 59 keep (selected references)
- 61 ACCIDENTAL FALLS/pc [Prevention & Control]
- 62 17 and 61
- 63 from 62 keep (selected references)
- 64 61 and 33 and 21
- 65 64 not (51 or 34 or 62)
- 66 limit 65 to english Spanish, Italian, Portuguese, German, French (146)
- 67 from 66 keep (selected references)
- 68 60 or 63 or 67
- 69 "referral and consultation"/
- 70 23 and 69
- 71 70 not (51 or 34)
- 72 og.fs.
- 73 20 and 72 and 17
- 74 73 not (34 or 51 or 68)
- 75 limit 74 to English Spanish, Italian, Portuguese, German, French
- 76 from 75 keep (selected references)

ANEXO 2. FLOW CHART DE LAS BÚSQUEDAS DE LITERATURA CIENTÍFICA



ANEXO 3. TABLAS DE EVIDENCIA

REFERENCIA (1)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Kwok, T., Lum, C. M., Chan, H. S., Ma, H. M., Lee, D., & Woo, J. (2004). A randomized, controlled trial of an intensive community nurse-supported discharge program in preventing hospital readmissions of older patients with chronic lung disease. <i>J Am Geriatr Soc</i>, 52, 1240-1246.</p> <p>Fecha de publicación 2004</p>	<p>Diseño Ensayo clínico controlado aleatorizado. Objetivos Evaluar la efectividad de un programa de alta apoyado por equipo de enfermería para prevenir las readmisiones hospitalarias en pacientes mayores con Chronic Lung Disease (CLD).</p>	<p>Procedencia de la población Hospitalaria. Número/grupo de participantes 157 participantes. 77 en el de Intervención y 80 en el de Control. Características de los participantes Pacientes hospitalizados de 60 años o más con un diagnóstico primario de CLD y con al menos una admisión hospitalaria en los 6 meses previos.</p>	<p>Intervención grupo experimental Visitas en los 7 días siguientes al alta. Semanalmente durante 4 semanas. Y mensualmente hasta los 6 meses. El equipo de enfermería trabaja junto a especialistas del aparato respiratorio o geriatras. Los sujetos a estudio pueden comunicarse telefónicamente con el equipo que les atiende durante el horario laboral de lunes a sábado. Intervención grupo control El mismo equipo de especialistas del aparato respiratorio o geriatras del hospital hace el seguimiento de los sujetos en el grupo control. Tratamiento normal. Periodo de seguimiento 6 meses. Pérdidas post aleatorización 10 en el grupo de intervención y 7 en el de control.</p>	<p>Magnitud del efecto (+ intervalos de confianza / valor p) <ul style="list-style-type: none"> 140 pacientes hospitalizados completaron el ensayo. (67 completan el ensayo en el grupo de intervención. Y 73 en el de Control). El grupo de intervención tuvo una <i>tasa</i> mayor de <i>readmisiones</i> no planeadas que el grupo control durante los 6 meses. (76% vs 62%, P=0.80, χ^2 test). No hubo diferencias significativas en ninguno del resto de los resultados excepto que el grupo de intervención tuvo mejores puntuaciones en el estado funcional y psico-social. <i>Días de hospitalización</i>: Días de estancia hospitalaria. En el grupo de intervención (20.3.±25.3 (12.5), P = 0,410). En el grupo control (19,2±25,6 (12), P = 0,410). <i>Visitas a servicios de urgencias</i>: Atención en salas de emergencia. En el grupo de intervención (2.2.±2.4 (2), P = 0,997). En el grupo control (2.3±3.1 (2), P = 0,997). </p>	<p>No existe evidencia de que un programa liderado por un equipo de enfermería que apoye el alta hospitalaria pueda prevenir las readmisiones en pacientes ancianos con CLD.</p>	Alta.

REFERENCIA (2)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Hutt, R., Rosen, R., & McCauley, J. (2004). Case-managing long-term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? <i>London, UK. www.kingsfund.org.uk/pdf/casemanagement.pdf</i></p> <p>Fecha de publicación 2004</p>	<p>Diseño Revisión Sistemática.</p> <p>Objetivos Medir el impacto de la gestión de casos. Examinar la evidencia sobre gestión de casos en el contexto de servicios públicos para reducir el uso de las camas de emergencia de los hospitales y el actual interés en mejorar la atención de larga duración para pacientes mayores con problemas complejos.</p> <p>Número de estudios 19</p>	Pacientes en riesgo de ser hospitalizados o en riesgo de un uso intensivo de los recursos.	Gestión de casos comparada con el cuidado habitual.	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Estado funcional:</i> En 4 estudios, la gestión de casos mejoró el estado funcional o previno el deterioro. No hubo ningún estudio donde la gestión de casos mostrara efectos adversos en el estado funcional. • <i>Días de hospitalización:</i> La mayoría de los estudios mostraron reducciones en días en cama de hospital asociados con la gestión de casos: 3 estudios (incluyendo un ECA) tuvo una reducción significativa, 2 estudios mostraron incrementos no significativos en duración de estancia hospitalaria. • <i>Visitas a servicios de urgencias:</i> No hay efecto consistente en el uso de los departamentos de emergencias: 3 estudios mostraron reducciones significativas en atención, 2 mostraron incrementos significativos y 3 no demostraron incrementos significativos. • <i>Tasas de readmisiones:</i> Hay poca evidencia sobre la efectividad de la gestión de casos en prevención de admisiones a unidades de atención de agudos en pacientes ancianos. De los estudios revisados, 5 (de los cuales sólo 2 eran ECA) demostraron reducciones significativas en las admisiones, 7 no encontraron diferencias, y cuatro encontraron reducciones en las admisiones que no consiguieron significación estadística. 2 mostraron incrementos no significativos. 	<p>Hay evidencia limitada en la literatura sobre la gestión de casos para pacientes ancianos que pueda reducir el uso de los servicios de salud. La evidencia existente se dibuja en estudios de poblaciones diferentes de gente mayor viviendo en distintos países y localizaciones.</p> <p>Existen diferentes tipos de modelos de gestión de casos y esta revisión no encuentra evidencia de la superioridad de ningún modelo en particular.</p> <p>En ausencia de evidencia de algún modelo específico de gestión de casos, PCTs (Primary Care Trust) podrían clarificar las necesidades que se intentan apuntar y después considerar cómo organizar los servicios para paliar esas necesidades. Esto podría ser posible adaptando los servicios existentes o demandaría el desarrollo de nuevos sistemas y servicios.</p>	Alta.

.../...

REFERENCIA (2)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
	<p>Diseño de los estudios 14 son ECA, 3 son EC no aleatorizado y 2 son estudios de antes y después.</p>				<p>La evidencia del coste-efectividad de la gestión de casos es limitada. Se necesita una evaluación posterior para establecer si los costes de proporcionar gestión de casos se cubren con el ahorro en la utilización de los servicios. PCTs deben ser flexibles para desarrollar sus propios planes para mejorar la atención a los pacientes con patología crónica. Los servicios primarios y de la comunidad en el servicio de salud inglés (NHS) son más comprensivos que en otros países. Los elementos de la gestión de casos podrían existir ya en los servicios de salud británicos. Se ha escrito poco acerca de cómo la gestión de casos podría coordinarse con otras partes de los servicios sociales y sanitarios.</p>	

REFERENCIA (3)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita Bibliográfica: Young, J. B., Robinson, M., Chell, S., Sanderson, D., Chaplin, S., Burns, E., & Fear, J. (2005). A whole system study of intermediate care services for older people. Age Ageing, 34, 577-583.</p> <p>Fecha de publicación 2005</p>	<p>Diseño Estudio cuasi-experimental.</p> <p>Objetivos Diferenciar grupos antes y después de una intervención de IC (intermediate care o cuidados intermedios).</p>	<p>Número de participantes / grupos 1.648 pacientes: 800 antes (grupo control) y 848 después (grupo intervención) de la introducción de IC. De éstos, 333 (39%) en el grupo control, murieron al de 12 meses.</p> <p>Criterios de caso Pacientes mayores y frágiles seleccionados y seguidos tras la introducción de IC (intermediate care).</p> <p>Características casos Pacientes de atención primaria y admitidos en emergencias con los síntomas clínicos de caídas, incontinencia, confusión o movilidad escasa, y que aún estaban en el hospital tras 7 días.</p> <p>Criterios de controles Pacientes mayores y frágiles seleccionados antes de la introducción de IC.</p> <p>Características controles Mismas que en casos.</p>	<p>Comparan un grupo de personas mayores antes y después de la introducción de un servicio de cuidados intermedios.</p> <p>Valorar las consecuencias clínicas de un nuevo tipo de intervención, los cuidados intermedios.</p>	<p>1.648 pacientes: 800 antes (grupo control) y 848 después (grupo intervención) de la introducción de IC.</p> <p>De éstos, 333 (39%) en el grupo de intervención y 301 (38%) en el grupo control, murieron al de 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad: Se encuentran diferencias significativas pequeñas entre los dos grupos. Tras 12 meses de seguimiento, fallecen un 39,3 % en el grupo de intervención y un 37,6% fallece al de un año en el grupo control. • Tasas de readmisiones: Se encuentran diferencias significativas pequeñas entre los dos grupos. (La diferencia de las medias al 95% de IC es de 0,18 (0,02 en I a 0,34 en C). • Días de hospitalización: Incremento a los 12 meses (media +8 días; 95%IC, 3.1-13.0). 	<p>Este servicio de cuidados intermedios no logra sus objetivos estratégicos en cuanto a reducción de los ingresos hospitalarios y en cuanto a la reducción de la duración.</p>	<p>Alta.</p>

REFERENCIA (4)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i>, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de <i>The Cochrane Library</i>, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</p> <p>Fecha de publicación 2003</p>	<p>Diseño Revisión sistemática.</p> <p>Objetivos Determinar la efectividad de la planificación del alta en pacientes que se van del hospital.</p> <p>Número de estudios 11 ECA.</p> <p>Diseño de los estudios ECA.</p>	<p>Todos los pacientes en el hospital. Los estudios se agrupan según el tipo de pacientes (pacientes ancianos con una enfermedad médica, pacientes con una enfermedad quirúrgica y aquellos con una combinación de enfermedades).</p>	<p>Intervención: Desarrollo de un plan de alta individualizado. Ensayos Controlados Aleatorizados que comparan la planificación del alta (el desarrollo de un plan de alta individualizado) con la atención del alta de rutina.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad: No se logró detectar alguna diferencia entre los grupos en cuanto a la mortalidad de los pacientes ancianos con una enfermedad médica (OR 1,44 IC 95%: 0,82 a 2,51). • Estado funcional: Un ensayo que comparaba una vía de atención estructurada para pacientes que se estaban recuperando de un accidente cerebro vascular con atención multidisciplinaria, informó una tasa de mejoría significativa en la capacidad funcional y en la calidad de vida en el grupo de control. • Satisfacción de pacientes y familiares: En dos ensayos se informó que los pacientes con enfermedades médicas asignados a la planificación del alta, informaron una mayor satisfacción en comparación con aquellos que recibieron una de rutina. • Días de hospitalización: No se logró detectar alguna diferencia entre los grupos (diferencia de promedios ponderados -0,86, IC95%: -1,9 a 0,18). • Tasas de readmisiones: No se logró detectar alguna diferencia entre los grupos (OR 0,91 IC 95%: 0,67 a 1,23). 	<p>El impacto que produce la planificación del alta en las tasas de reingreso, la duración de la estancia hospitalaria, los resultados sanitarios y el costo, es incierto. Esto refleja una falta de poder estadístico hasta el punto que la agrupación de datos se vio restringida por las diferentes medidas de resultado informadas. Es posible que incluso una pequeña reducción en la duración de la estancia o en las tasas de reingreso, pueda causar un impacto en los ingresos posteriores, en un sistema donde exista escasez de camas hospitalarias para casos graves.</p>	Alta.

REFERENCIA (5)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Phillips, C. O., Wright, S. M., Kern, D. E., Singa, R. M., Shepperd, S., & Rubin, H. R. (2004). Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. <i>JAMA</i>, 291, 1358-1367.</p> <p>Fecha de publicación 2004</p>	<p>Diseño Meta-análisis. Objetivos Evaluar el efecto de programas de alta planificada más apoyado tras el alta en las tasas de readmisiones en pacientes con CHF (Congestive Heart Failure), mortalidad, días de estancia hospitalaria, calidad de vida y costes médicos.</p> <p>Número de estudios 18 estudios que presentan datos de 8 países distintos.</p> <p>Diseño de los estudios ECA.</p>	<p>Selección de publicaciones en inglés de ECAs que describen intervenciones para modificar los planes de alta para pacientes ancianos con CHF (media de edad \geq 55 años).</p>	<p>Planes de alta comparados con el tratamiento habitual y que tengan como principal resultado información sobre las tasas de admisión.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad: Disminución de la mortalidad en el grupo de intervención (RR, 0,87; IC 95%; 0,73-1,03; n=14 estudios). ● Calidad de vida: Mejoría en los índices de calidad de vida en el grupo de intervención (25,7%; 95%IC; 11%-40%) comparado con el grupo control, vs (13,5%; 95%IC, 5,1%-22%) n=6, P=0,1. ● Días de hospitalización: Disminución de días en el hospital en el grupo de intervención [8,4 (2.5) vs 8.5 (2.2) días, P=60; n=10]. ● Tasas de readmisiones: Durante 8 meses de observación descendieron las tasas de readmisión en el grupo de intervención. (555/1.590 vs 741/1.714, por intención de tratar=12, RR=0,75, IC=95%, 0,64-0,88). 	<p>El alta planificada más el alta apoyada para pacientes con CHF reduce significativamente las tasas de readmisión y mejoran los resultados en salud como la supervivencia y la calidad de vida sin incrementar los costes.</p>	<p>Alta.</p>

REFERENCIA (6)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Cunliffe, A. L., Gladman, J. R., Husband, S. L., Miller, P., Dewey, M. E., & Harwood, R. H. (2004). Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. <i>Age Ageing</i>, 33, 246-252.</p> <p>Fecha de publicación 2004</p>	<p>Diseño Ensayo clínico aleatorizado.</p> <p>Objetivos Evaluar un programa de alta temprana y un servicio de rehabilitación para personas mayores en Nottingham, UK.</p>	<p>370 pacientes mayores de 65 años en tratamiento médico o de enfermería. Listas para ser dadas de alta y con necesidades de rehabilitación que pueden ser atendidos en casa.</p>	<p>Compara un servicio de alta temprana seguido de un servicio de rehabilitación tras el alta con la atención estándar del hospital.</p> <p>185 pacientes en el grupo de intervención y 185 pacientes en el grupo de control.</p> <p>70 pacientes completan el ensayo en los 3 primeros meses y 67 en el grupo de control lo completan en los 3 primeros meses.</p> <p>53 pacientes en el grupo de intervención completan el ensayo en los 12 meses y 50 pacientes en el grupo de control.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Calidad de vida:</i> Aumentó en el grupo de intervención (95%IC, 0,7-4,1). • <i>Días de hospitalización:</i> Menores en el grupo de intervención en los 3 primeros meses (95%IC, 2-8). 	<p>Algunas personas mayores pueden ser dadas de alta del hospital antes con mejores resultados en salud usando un servicio de alta temprana que proporcione rehabilitación.</p>	<p>Alta.</p>

REFERENCIA (7)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Sinclair, A. J., Conway, S. P., Davies, M., & Bayer, A. J. (2005). Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomised controlled trial. <i>Age Ageing</i>, 34, 338-343.</p> <p>Fecha de publicación 2005</p>	<p>Diseño Ensayo clínico aleatorizado. Doble ciego.</p> <p>Objetivos Evaluar una intervención en el domicilio para pacientes mayores de 65 años que han sido dados de alta tras su hospitalización por infarto de miocardio.</p>	<p>324 pacientes. 163 pacientes en el grupo de intervención y 161 pacientes en el grupo control.</p>	<p>Comparar la intervención en el domicilio por una enfermera con la atención habitual. La intervención se realiza a 163 pacientes y consiste en visitas al domicilio en las semanas 1-2 y 6-8 tras el alta hospitalaria. Esta intervención la realiza un equipo de enfermería con conocimientos de sus tratamientos, ofreciendo apoyo y guías en sus actividades de la vida diaria.</p> <p>Después de 100 días del alta hospitalaria, se recogen datos sobre los fallecimientos, readmisiones hospitalarias y el uso de servicio extra hospitalarios. Se envían cuestionarios que recojan información acerca de la actividad diaria y la calidad de vida.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad: Tras 100 días de seguimiento no se registraron diferencias significativas en cuanto a fallecimientos, actividades de la vida diaria o calidad de vida. En el grupo de intervención puntuaron significativamente mejor en las subsecciones de autoestima o confianza en sí mismos. • Readmisiones hospitalarias: En el grupo de intervención se registraron menores tasas de readmisiones hospitalarias (35 vs 51, RR=0,68, 95%IC, 0,47-0,98, P<0,05). • Días de hospitalización: En el grupo de intervención se registraron menos días de hospitalización tras el alta inicial (media -1,7, 95%IC -2,09 a -1,31, P<0,05). 	<p>Entre los pacientes mayores dados de alta a su domicilio tras el alta hospitalaria, la intervención conducida por equipos de enfermería podría mejorar la confianza y autoestima y reducir las readmisiones hospitalarias tempranas.</p>	Alta.

REFERENCIA (8)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Mottram, P. & Pitkila, K. Atención crónica institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes (Revisión Cochrane traducida)]. 2006. Número 1. Biblioteca Cochrane Plus.</p> <p>Fecha de publicación 2006</p>	<p>Diseño Revisión sistemática. Objetivos Evaluar los efectos de la atención institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes, sobre los resultados de salud, satisfacción (de los ancianos, de los parientes y de los profesionales de atención de la salud), calidad de la atención y costos.</p> <p>Número de estudios 1</p> <p>Diseño de los estudios Ensayo clínico. Éste era pequeño y de mala calidad metodológica.</p>	<p>Se incluye un estudio con 112 pacientes mayores con patología crónica.</p>	<p>Atención alternativa en el domicilio en comparación con la atención institucional. Este estudio evaluó un programa de atención comunitaria (AC) que organizó la atención adoptiva versus la atención en un geriátrico. No se encontró ningún estudio en el que los ancianos funcionalmente dependientes retornaran a sus propias casas.</p>	<p>Medidas resultados No se encontró ninguna diferencia significativa entre los dos grupos al comparar el funcionamiento (AVD y AIVD), el nivel mental, actitudes ante la salud percibida, satisfacción con la vida o mortalidad.</p>	<p>No hay evidencia suficiente para estimar los probables beneficios, daños y costos de la atención institucional o en el domicilio de ancianos funcionalmente dependientes.</p>	<p>Alta.</p>

REFERENCIA (9)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouke SK, Greenough WB 3rd, Guido S, Langston C, Frick KD, Steinwachs D, Burton JR. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. <i>Ann Internal Med.</i> 2005; 143 (11): 798-808.</p> <p>Fecha de publicación 2006</p>	<p>Diseño Estudio prospectivo cuasi-experimental.</p> <p>Objetivos Valorar la eficacia clínica de proveer atención hospitalaria para pacientes con patologías crónicas en el propio domicilio de los pacientes.</p>	<p>455 domicilios de pacientes ancianos que requerían admisión en hospital de agudos.</p>	<p>Tratamiento en el modelo de atención de hospital a domicilio que sustituye el tratamiento en un hospital de agudos.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Días de hospitalización:</i> Son menores en el grupo de atención domiciliaria (3,2 vs 4,9 días) (P=0,004) y existe evidencia de que éstos tiene complicaciones menores. 	<p>El modelo de hospital a domicilio es seguro y eficaz para ciertos pacientes con enfermedades médicas agudas.</p>	<p>Alta.</p>

REFERENCIA (10)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Harris, R., Ashton, T., Broad, J., Connolly, G., & Richmond, D. (2005). The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. <i>J Health Serv Res Policy</i>, 10, 158-166.</p> <p>Fecha de publicación 2005</p>	<p>Diseño Ensayo Controlado Aleatorizado</p> <p>Objetivos Comparar la seguridad, efectividad, aceptabilidad, y costes de un programa de hospitalización a domicilio con la atención normal para pacientes hospitalizados en unidades de agudos.</p>	<p>285 pacientes mayores de 65 años. La media de edad es de 80 años.</p> <p>143 pacientes en el modelo de HAH (Hospital At Home-Hospitalización a Domicilio).</p> <p>142 pacientes en el modelo estándar de atención hospitalaria.</p>	<p>Tratamiento estándar en el hospital o atención de hospital a domicilio. El seguimiento fue de 90 días tras la hospitalización.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Estado de salud:</i> No se registraron diferencias significativas en los resultados de las medidas de salud entre los dos grupos. • <i>Satisfacción de pacientes y familiares:</i> Significativamente un número mayor de pacientes en el grupo de hospitalización a domicilio mostraron niveles de satisfacción mayores, tanto ellos como sus parientes. (83% vs 72.5%; P=0,05). • <i>Mortalidad:</i> Días 0-10(11 vs 8), Días 11-30 (8 vs 6), Días 31-90 (14 vs 18). • <i>Readmisiones hospitalarias:</i> Readmitidos en los días 31-90 (14 vs 15). 	<p>Este programa de hospitalización a domicilio logró mayor aceptabilidad, efectividad y seguridad en el grupo de intervención comparado con el grupo de control. La atención a los pacientes en el domicilio resulto ser significativamente más caro que la atención estándar en el hospital.</p>	Alta.

REFERENCIA (11)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Holland, R., Lenaghan, E., Harvey, I., Smith, R., Shepstone, L., Lipp, A., Christou, M., Evans, D., & Hand, C. (2005). Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. <i>BMJ</i>, 330, 293.</p> <p>Fecha de publicación 2005</p>	<p>Diseño ECA.</p> <p>Objetivos Determinar como la atención en el domicilio afecta al número de readmisiones hospitalarias entre las personas mayores.</p>	<p>872 pacientes de edad de 80 años o más, captados tras una admisión en emergencias (por cualquier causa).</p>	<p>2 visitas a domicilio realizadas por un farmacéutico entre las 2-8 semanas tras el alta para educar a los pacientes y sus cuidadores sobre la medicación, eliminar la medicación pasada la fecha de caducidad, informar sobre indicaciones y contraindicaciones de los medicamentos e informar si es necesaria una ayuda complementaria.</p> <p>El grupo control recibe tratamiento normal.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Visitas a servicios de urgencias:</i> Tras 6 meses se registraron 178 readmisiones en el grupo control y 234 en el grupo de intervención (RR=1,30, 95%CI, intervalo de confianza 1,7-1,58, P=0,009). • <i>Mortalidad:</i> 49 muertes en el grupo de intervención y 63 en el grupo control. • <i>Calidad de vida:</i> Las puntuaciones en el EQ-5D se redujeron con una media de 0,14 en el grupo de control y un 0,13 en el grupo de intervención (diferencia=0,01-0,005; P=0,84, t test). 	<p>Esta intervención se asocia con una tasa significativamente mayor de admisiones hospitalarias y no presentó resultados significativamente mejores en la calidad de vida o en la reducción en el número de fallecimientos.</p> <p>Es necesaria más investigación para poder explicar estos resultados y para identificar más métodos efectivos de revisión de la medicación.</p>	<p>Alta.</p>

REFERENCIA (12)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. <i>J Am Geriatr Soc</i>, 52, 675-684.</p> <p>Fecha de publicación 2004</p>	<p>Diseño ECA. Objetivos Examinar la efectividad de una intervención de cuidados intermedios conducida por equipos de enfermería en el tratamiento de pacientes mayores hospitalizados con diagnóstico de fallo cardiaco.</p>	<p>239 pacientes de 65 años o más hospitalizados con el diagnóstico de fallo cardiaco. 118 en el grupo de intervención y 121 en el grupo control. La media de edad de los pacientes es de 76 años.</p>	<p>Un plan de alta y un protocolo de seguimiento durante 3 meses. Se compara con la atención estándar.</p>	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Readmisiones hospitalarias:</i> El tiempo transcurrido hasta la primera admisión fue menor en el grupo de intervención. Al de 52 semanas, los pacientes incluidos en el grupo de intervención tuvieron una tasa menor de readmisiones (104 vs 162, P=0,47). • <i>Mortalidad:</i> Las tasas de fallecimientos fueron menores en el grupo de intervención. • <i>Calidad de vida:</i> En el grupo de intervención sólo se demostraron mejorías a corto plazo. (12 semanas, P<.05). • <i>Satisfacción de los pacientes:</i> Incrementa a corto plazo el grado de satisfacción de los pacientes en el grupo de intervención (valorado entre las 2-6 semanas, P<.001). 	<p>Este tratamiento incrementa el tiempo entre el alta hospitalaria y las readmisiones o el fallecimiento, reduce el número total de re-hospitalizaciones, disminuye los costes y resultados económicos.</p>	<p>Alta.</p>

REFERENCIA (13)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Griffiths PD, Edwards MH, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Efectividad de la atención intermedia en unidades hospitalarias dirigidas por enfermeros (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</p> <p>Fecha de publicación 2007</p>	<p>Diseño Revisión sistemática. Objetivos Determinar si las unidades de hospitalización dirigidas por enfermeros son eficaces para preparar a los pacientes para el alta hospitalaria en comparación con la atención hospitalaria usual.</p> <p>Número de estudios 10</p> <p>Diseño de los estudios ECA.</p>	1.896 pacientes.	Unidades de hospitalización dirigidas por enfermeros en comparación con la atención hospitalaria usual.	<p>Medidas resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad: No hubo efectos estadísticamente significativos sobre la mortalidad hospitalaria (OR 1,10; 95%IC: 0,56-2,16) o la mortalidad al seguimiento más largo (=R 0,92; 95%IC: 0,65 a 1,29), pero estudios de mayor calidad mostraron un mayor aumento no significativo de la mortalidad hospitalaria (OR 1,52, 95%IC: 0,86 a 2,68). • Estado funcional: El estado funcional al momento del alta aumentó (DME 0,37, 95%IC: 0,20 a 0,54). • Días de estancia hospitalaria: Se produjo un aumento que se acercó al nivel mínimo de significación en estancia hospitalaria (DMP 5, 13 días; 95%IC: -0,5 días a 10,76 días). • Readmisiones hospitalarias: Se redujeron los reingresos tempranos (=R 0,52; 95%IC: 0,34 a 0,80). 	Existen algunas pruebas que los pacientes dados de alta de una NLU (nurse led unit) están mejor preparados para el alta pero no está claro si esto es simplemente producto de una mayor duración de la estancia hospitalaria. No se observaron efectos adversos estadísticamente significativos, pero no puede descartarse la posibilidad de mayor mortalidad temprana. Se necesita investigación adicional.	Alta.

REFERENCIA (14)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Gonseth, J., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. R., & Rodriguez-Artalejo, F. (2004). The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. Eur. Heart J, 25, 1570-1595.</p> <p>Fecha de publicación 2004</p>	<p>Diseño Revisión sistemática. Objetivos Evaluar la literatura publicada acerca de la efectividad de programas de gestión de patologías, que reduzcan las readmisiones hospitalarias entre pacientes mayores con diagnóstico de fallo cardiaco.</p> <p>Número de estudios 54 artículos incluidos en el meta-análisis. Diseño de los estudios 27 EC no aleatorizados y 27 ECA.</p>	Pacientes mayores con fallo cardiaco.	Gestión por patologías comparada con la atención habitual.	<p>Medidas resultados Los estudios aleatorizados: La gestión por patologías reduce la frecuencia de readmisiones de fallo cardiaco o enfermedades cardiovasculares en el 30% (RR 0,70, 95%IC, 0,62-0,79), todas las causas de readmisiones en un 12% (RR 0,82, 95%IC: 0,79-0,97), y el evento combinado de readmisiones o fallecimiento en un 18% (RR 0,82, 95%IC: 0,72-0,94).</p> <p>La magnitud de los beneficios en los ensayos no aleatorizados resultó ser más del doble que el conseguido en los estudios aleatorizados. Prácticamente todos los estudios no aleatorizados fallaron en el control de factores tales como la co-morbilidad y la terapia médica.</p>	Esta revisión proporciona evidencia de los beneficios de la gestión por patologías, la cual reduce readmisiones para pacientes con fallo cardiaco o problemas cardiovasculares, asimismo para todo tipo de readmisiones, y fallecimientos entre pacientes mayores con fallo cardiaco.	Alta.

REFERENCIA (15)	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p>Cita bibliográfica Windham, B. G., Bennett, R. G., & Gottlieb, S. (2003). Care management interventions for older patients with congestive heart failure. <i>Am J Manag Care</i>, 9, 447-459.</p> <p>Fecha de publicación 2003</p>	<p>Diseño Revisión sistemática.</p> <p>Objetivos Identificar intervenciones y medidas de resultado que deberían estar incluidas en el diseño de los programas de gestión por patologías para pacientes mayores con fallo cardiaco y valorar la efectividad global de estos programas.</p> <p>Número de estudios 32 estudios.</p> <p>Diseño de los estudios 15 ECA, 16 estudios prospectivos-retrospectivos y 1 estudio descriptivo.</p>	<p>Pacientes mayores con fallo cardiaco.</p>	<p>Comparar la gestión por patologías con el tratamiento habitual.</p>	<p>Medidas resultados La mayoría de los programas efectivos estaban compuestos por un médico y una enfermera; 12 emplearon un gestor de casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uso de los servicios hospitalarios:</i> La utilización de los servicios hospitalarios se redujo entre un 30% y un 80% en estudios que midieron este factor, a pesar de que la utilización aumentó en 2 estudios. Tan sólo seis estudios mostraron reducciones significativas en costos. Quince de los estudios estaban categorizados como efectivos, 15 mostraron tendencias a la mejoría, y 2 estudios en los cuales los sujetos de la intervención mostraron sesgos en cuanto a la selección de la muestra. • <i>Visitas a servicios de urgencias:</i> Las visitas a servicios de urgencias fueron valoradas en 12 estudios. En cinco se encontró una disminución respecto al uso de estos servicios y 4 no mostraron diferencias significativas. La reducción en su utilización varió entre un 19% y un 100%. • <i>Calidad de vida:</i> Las puntuaciones mejoraron significativamente en 5 estudios, pero permanecieron sin cambios en seis. Ninguno de los estudios mostró menores puntuaciones en las medidas de calidad de vida. • <i>Mortalidad:</i> La mortalidad se midió en 13 estudios. Solamente un estudio mostró una reducción significativa en el número de muertes. 	<p>Las intervenciones de gestión por patologías pueden ser clínicamente efectivas. Los elementos comunes en los programas de gestión por patologías efectivos incluyeron como equipo a un médico y a una enfermera o gestor de casos, la educación de los pacientes para mejorar habilidades en relación a la auto-estima. Los programas menos efectivos mostraron deficiencias en la formación del equipo de enfermería, el diseño de los estudios o la selección de los pacientes.</p>	<p>Alta</p>

ANEXO 4. PRIMER CUESTIONARIO

Estructura del cuestionario

Este cuestionario está formado por dos apartados estructurados de la siguiente forma:

- *En el primer apartado (puntos 1.1 y 1.2)* le pedimos que nos ayude a definir las líneas maestras que sustenten y guíen el desarrollo de los servicios que den forma a la propuesta de organización de servicios que este trabajo construya.
- *En el segundo apartado (puntos 2.1, 2.2 y 2.3 y 2.4)* le pedimos que nos ayude a definir la propuesta de servicios, y formas de organización de los mismos que, dando respuesta a las necesidades de base, alcance el máximo nivel de eficiencia posible.

Entendemos que, una vez definida la estrategia organizativa más pertinente y factible en nuestro contexto, deberá estudiarse, en una segunda fase y de forma pormenorizada, la reorganización y/o ampliación de los recursos que posibiliten materializar las líneas de trabajo obtenidas.

Todo el cuestionario ha sido desarrollado sobre la base de una extensa revisión de la literatura, nacional y, sobre todo, internacional, de más de 300 documentos de contextos tales como Reino Unido, Francia, Finlandia, Estados Unidos, Canadá Australia, Nueva Zelanda. Ante la escasa operatividad de presentar dicha literatura revisada en este espacio, adjunto se remiten los resultados principales de dicha revisión, de manera que, si usted considerara necesario acceder a ella o a algún documento de ella, por supuesto no dude en ponerse en contacto con el equipo investigador quien se la facilitará.

Nota: con el objetivo de aligerar el texto, se ha utilizado el género masculino para referirse a la persona mayor y el femenino para referirse a su cuidadora principal, en consonancia con nuestra realidad actual.

1. Líneas maestras

(1.1.) A continuación se presentan una serie de premisas aparentemente muy obvias pero no tan evidentes en la práctica cotidiana que, según la literatura revisada, deberían actualmente guiar el desarrollo de cualquier propuesta de organización de servicios de atención a la persona mayor. Dada la variabilidad de los contextos de origen de estas premisas, creemos que su transferencia a nuestro contexto puede requerir matizaciones o puntualizaciones. Es por ello que a continuación **le pedimos su opinión**, basada en su experiencia asistencial, **sobre cada una de estas premisas así como la evaluación de la factibilidad de cada una de ellas en nuestro contexto de desarrollo**. Creemos importante que al responder intente tomar conciencia de lo que cada respuesta pueda suponer en su práctica clínica cotidiana evaluando, desde ahí, las fortalezas de la realidad actual que facilitarían la implementación de cada afirmación así como los obstáculos actuales a su desarrollo.

(1.1.a.) La promoción de la salud de la persona mayor y su cuidadora (cuando la haya) **y el incremento de su calidad de vida** deben constituir el interés principal de la propuesta elegida.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Factibilidad	Nada factible	Poco factible	Indiferente	Bastante fact.	Muy factible
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1.1.b.) La persona mayor y su cuidadora (cuando la haya) deben constituir el **centro de la propuesta organizativa**.


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Factibilidad	Nada factible	Poco factible	Indiferente	Bastante fact.	Muy factible
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1.1.c.) La propuesta organizativa debe basarse en una actitud proactiva (con iniciativa propia) **y no meramente reactiva** (actúa únicamente como respuesta a un problema/demanda previa) **por parte del sistema**.


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Factibilidad	Nada factible	Poco factible	Indiferente	Bastante fact.	Muy factible
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1.1.d.) La propuesta organizativa de servicios de atención a la persona mayor precisa de la coordinación entre los servicios de salud (atención primaria y especializada, cuya coordinación también debe ser mejorada) y los servicios sociales.


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Factibilidad	Nada factible	Poco factible	Indiferente	Bastante fact.	Muy factible
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


(1.1.e.) La propuesta de organización de servicios a la persona mayor debe además basar su desarrollo en la máxima eficiencia de la **gestión de los recursos** mediante la garantía de un mayor nivel de adecuación **entre éstos y las necesidades a las que pretendan dar respuesta, de manera que cada persona sea atendida en el nivel adecuado a su necesidad.**

Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>
--------------	---	---	---	--	--

Otras sugerencias y comentarios:



(1.2.) A continuación queremos conocer su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones que, basándonos en la revisión de la literatura científica, hemos considerado principios fundamentales de la futura propuesta de organización de servicios de atención a la persona mayor, pero cuyo nivel de consenso entre los autores consultados no es tan elevado como en el caso de las afirmaciones del apartado anterior.

Como en el caso del apartado anterior, **nos gustaría conocer primero su opinión al respecto de cada afirmación y después su valoración de cada premisa en función de su Pertinencia y su factibilidad en nuestro contexto.**

(1.2.a.) La propuesta de organización de servicios de atención a la persona mayor debe contar con la participación de todos los niveles teniendo en la **Atención Primaria a su eje central y de pivotaje y a la Atención Especializada como órgano de consulta específico y especialista.** Esta forma de organización constituiría una **vía única de acceso** del usuario al sistema.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(1.2.b.) La **propuesta de servicios** de atención a la persona mayor debiera estar organizada entorno a estas tres variables: **edad, condición clínica y condición socio-familiar.**


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(1.2.c.) El domicilio es el espacio físico que la propuesta organizativa elegida debe potenciar como ámbito de vida y cuidado de la persona mayor (y su cuidadora), con todo lo que ello pueda suponer tanto para el sistema formal de cuidados como para el informal, y sobre todo para este último.


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(1.2.d.) La unidad receptora de los cuidados provistos por el sistema formal debe estar integrada por **la persona mayor y su cuidadora principal** (cuando la haya) entendiéndola a esta última como un elemento más, merecedor de los servicios del sistema formal y no como un mero elemento de soporte del sistema informal de cuidados.


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(1.2.e.) El rol de la persona mayor (y/o de su cuidadora) en esta propuesta organizativa toma características tales como **activo, participativo, y responsable** (de su propio proceso de salud y de los comportamientos en relación a éste). A partir de aquí, el profesional debe adaptar su propio rol alejándose del tradicional «hacer por y para» y acercándose al «hacer con».


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(1.2.f.) La propuesta de organización de servicios de atención a la persona mayor debe desarrollarse sobre el trabajo de los profesionales desde un enfoque multidisciplinar (trabajo en equipo con aportaciones desde distintas perspectivas).


Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(1.2.g.) La propuesta organizativa de atención a la persona mayor debe incorporar herramientas y procesos únicos, comunes y consensuados por todos los profesionales implicados (instrumentos y procesos de valoración y derivación, tratamientos, oferta de servicios, guías, protocolos...). La existencia de estas herramientas comunes favorecería la coordinación socio-sanitaria e interniveles, a un acceso más justo a la atención y al soporte del clínico en la toma de decisiones.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

Otras sugerencias y comentarios:



2. Sistemas de provisión de cuidados y organización de los mismos

(2.1.) Le pedimos ahora que nos ofrezca su visión de la situación actual y de las circunstancias que, según usted, hacen necesaria la implementación de nuevas medidas en el ámbito de la gestión de la atención a la persona mayor con patología crónica. Así, le pedimos que enumere las principales dificultades y problemas que la gestión de la persona mayor con patología crónica afronta en la realidad actual, desde las estructuras organizativas a niveles más macro (institucionales, socio-políticas...) hasta aquéllas más al nivel de su práctica profesional diaria (situaciones clínicas, situaciones socio-familiares, dificultades burocráticas...).



.....

.....

.....

(2.2.) De nuevo en base a la literatura revisada, presentamos ahora las distintas **propuestas de servicios** que, dentro de los distintos modelos del ámbito internacional, han demostrado mayores niveles de efectividad en la gestión de la atención a la persona mayor. Le pedimos ahora que **evalúe cada una de estas propuestas de servicios de atención a la persona mayor en base a su pertinencia y factibilidad de implantación y desarrollo en nuestro contexto, entendiendo que no se trata de propuestas mutuamente excluyentes sino compatibles desde el punto de vista organizacional.**

(2.2.a.) Gestión de casos (Gestión de la complejidad)

Se trata de un sistema de gestión de la atención a la persona mayor basado en la creación de una figura (habitualmente una enfermera aunque no estrictamente necesario) con conocimientos avanzados en gerontología y cuyo rol se basa en un enfoque holístico e integral de promoción y prevención de la salud con la finalidad de mantener la calidad de vida de la persona mayor en su entorno más cercano. Esta figura asume aquellos casos de personas mayores con una necesidad de cuidados de alta complejidad, ya sea por su proceso de deterioro, patológico o fisiológico, y/ o por las circunstancias sociales que lo acompañan. Esta figura surge y se coordina desde Atención Primaria (habitualmente hablaríamos de una o dos personas por centro de salud atendiendo a las características demográficas de la población atendida desde éste) y constituye la figura única de acceso y referencia para el/la usuario/a en el sistema. Su labor es principalmente de valoración y seguimiento, coordinación de servicios y gestión de los recursos. Su tarea se desarrolla mayoritariamente en el domicilio y su unidad de atención la componen la persona mayor y su cuidadora principal (cuando existe).

Unidad responsable de la atención:	Gestor de la complejidad: enfermera con formación avanzada en gerontología
Ubicación del dispositivo:	Atención Primaria
Garante continuidad de cuidados y coordinación:	Atención Primaria
Unidad de atención:	Persona mayor y su cuidadora cuya situación de vida requiere seguimiento y cuidados frecuentes ya sea por criterios de morbilidad o fragilidad clínica y/o social (complejidad)
Marco de la atención:	Domicilio y residencias geriátricas sin personal sanitario propio
Funciones:	Valoración y seguimiento de la persona mayor y su cuidadora, coordinación y gestión de los servicios y recursos a su disposición
Actividades:	Visitas domiciliarias, valoraciones frecuentes, detección de necesidades actuales y anticipo de las futuras, elaboración planes de cuidados, gestión de recursos
Principal aportación a la situación actual:	Cada unidad persona mayor-cuidadora es conocida y seguida de cerca por el equipo de manera que su evolución es monitorizada y los recursos se ponen en marcha en niveles de demanda adecuados

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.b.) Gestión por patologías

Se trata de un sistema de gestión de la atención de la persona mayor basado en la potenciación de la organización de los recursos y la atención en torno a la patología. Su finalidad se centra en la prevención secundaria (detección precoz) y terciaria (rehabilitación). Su finalidad persigue el desarrollo de habilidades y capacidades en la propia persona de gestión y manejo de su proceso de salud. La atención se dirige a personas mayores con patología pero que mantienen una relativa autonomía en su vida diaria y que no precisan de un alto nivel de cuidados. Este sistema pivota en torno a la Atención Especializada y más concretamente el ámbito de las consultas externas, aunque la referencia y vía de acceso único al sistema sigue residiendo en la Atención Primaria. Hablaríamos aquí, por ejemplo, de un servicio de formación, capacitación y desarrollo de habilidades en el manejo de la Insuficiencia Cardíaca en personas mayores con tal diagnóstico.

Unidad responsable de la atención:	Servicios de consultas externas de hospitales secundarios y terciarios y centros de especialidades
Ubicación del dispositivo:	Atención Especializada
Garante continuidad de cuidados y coordinación:	Atención Primaria
Unidad de atención:	Persona mayor con patología crónica
Marco de la atención:	Consultas externas
Funciones:	Entrenamiento en habilidades y destreza en el manejo propio del proceso de salud y sus implicaciones
Actividades:	Valoración conocimientos y habilidades de cada persona sobre su propio proceso de salud, Sesiones educativas, talleres teórico-prácticos
Principal aportación a la situación actual:	Menor dependencia del usuario con respecto al sistema, mayor y mejor capacidad de autogestión del proceso de salud, implicación del usuario en la toma de decisiones

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.c.) Equipos de apoyo y soporte a Atención Primaria

Se trata de un sistema de organización de la atención a la persona mayor consistente en el desarrollo de equipos multidisciplinares (principalmente médico/a y enfermero/a) y con formación avanzada en gerontología y cuyo rol se basa en un enfoque holístico e integral de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la finalidad de mantener la calidad de vida de la persona mayor en su entorno más cercano. Su trabajo se inicia a partir de la consulta del Equipo Básico de Atención Primaria y su rango de actuación varía desde la mera respuesta puntual a dicha consulta hasta la asunción de la gestión del caso de manera integral a partir de ese momento. Su misión principal es la de dar soporte a los equipos básicos de Atención Primaria en el manejo de aquellos casos cuyo nivel de cuidados o bien resulte demasiado complejo o bien requiera demasiados recursos humanos y/o de tiempo como para poder ser asumido y desarrollado de forma adecuada por el equipo básico. Desarrollan por tanto tareas tales como seguimiento, la coordinación de los recursos y su gestión, curas complejas, intervenciones familiares complicadas... En este caso la figura de referencia y acceso único al sistema para el/la usuario/a pasaría a constituir la el propio equipo de soporte. La unidad de atención para estos equipos la constituyen la persona mayor y su cuidadora y su labor se desarrolla exclusivamente en domicilio y/o en residencias geriátricas sin personal sanitario y cuya responsabilidad en este ámbito del cuidado recaiga en los propios Equipos de AP.

Unidad responsable de la atención:	Equipos de Soporte (médico/a, enfermera y trabajadora social)
Garante continuidad de cuidados y coordinación:	Equipo de Soporte de Atención Primaria
Unidad de atención:	Persona mayor y su cuidadora
Marco de la atención:	Domicilio y residencias geriátricas sin personal sanitario propio
Funciones:	Valoración y seguimiento de casos complejos cuyo nivel de carga asistencial supera las posibilidades reales del EAP, realización de tareas rutinarias con gran demanda de tiempo
Actividades:	Seguimiento de casos con alto nivel de demanda asistencial como: curas complicadas, intervenciones familiares complejas, administración de tto's prolongados y dificultosos
Principal aportación a la situación actual:	Descarga de EAP's, seguimiento de casos complejos

Su opinión al respecto de esta propuesta es:

.....

Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.d.) Respuesta Rápida preventiva de ingresos

Sistema de organización de la atención a la persona mayor que comprende el desarrollo y puesta en marcha de una serie de dispositivos de atención en el domicilio y/o residencias geriátricas sin personal sanitario propio, cuyo funcionamiento se inicia desde los servicios de urgencias hospitalarias pero cuya responsabilidad reposa en Atención Primaria. Apoyan la vuelta rápida al domicilio de cualquier persona mayor que habiendo acudido, por el motivo que fuera, a los servicios de urgencia hospitalarios y, sin precisar ingreso en tal centro, sí precisara de unos ciertos cuidados de soporte a partir de su vuelta al domicilio. Este sistema implica el refuerzo y la potenciación de los servicios de Atención Continuada dependientes de Atención Primaria (Punto de Atención Continuada con más atención urgente a domicilio) así como el desarrollo y la implementación de filosofías, mecanismos y tecnologías de los servicios de urgencias (comunicación telefónica/FAX, vías de derivación rápidas, conocimiento y utilización de servicios extrahospitalarios) con éstos y con los Equipos Básicos, quienes siguen siendo la referencia única para los/as usuarios/as en el sistema. Este dispositivo se basa en una atención puntual, centrada en torno al proceso de enfermedad, centrandolo su objetivo en evitar el ingreso hospitalario y en mantener a la persona mayor en su entorno habitual el mayor tiempo posible. Su unidad de atención es, principalmente la persona mayor aunque contempla a la cuidadora como soporte de aquella primera.

Unidad responsable de la atención:	Urgencias hospitalarias-Puntos de Atención Continuada (PAC)
Garante continuidad de cuidados y coordinación:	Atención Primaria
Unidad de atención:	Persona mayor y su cuidadora
Marco de la atención:	Urgencias hospitalarias-domicilio
Funciones:	Facilitar la vuelta al domicilio de las personas mayores con patología crónica tras consulta en urgencias por episodio de reagudización
Actividades:	Comunicación-coordinación entre urgencias y PAC, asistencia del PAC en el domicilio en el mismo momento del alta hospitalaria, comunicación del dispositivo con EAP para seguimiento
Principal aportación a la situación actual:	Evita ingresos que justificados por la ausencia de soporte a domicilio por parte de AP en horarios de tarde y noche

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.e.) Unidades y servicios de cuidado intermedio (media-larga estancia)

Se trataría de un sistema de organización de la atención a la persona mayor basado en el desarrollo de unidades de cuidado intermedio entre la hospitalización de agudos y el domicilio. Desarrollándose sobre la coordinación entre niveles, este sistema pretende la atención de aquellas personas que, requiriendo un alto nivel y complejidad de cuidados de enfermería y ciertos recursos, físicos y de otra índole, específicos (camas articuladas, lavabos adaptados, servicios de rehabilitación intensivos, oxigenoterapia de características especiales, vigilancia intensa, cuidados específicos) no precisen, sin embargo, de cuidados agudos e incluso sea desaconsejable su permanencia en tales ambientes (infecciones, encamamiento, desorientación, aislamiento). Se basa en un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, desarrollado desde una perspectiva holística e integral, persigue el máximo bienestar para su unidad receptora de cuidados (persona mayor y cuidadora). El ingreso de la persona en dichas unidades puede producirse bien tras un alta de un centro hospitalario de agudos o bien desde el propio equipo de Atención Primaria, quien continúa siendo la figura de referencia y acceso al sistema para el/la usuario/a.

<p>Unidad responsable de la atención:</p> <p>Garante continuidad de cuidados y coordinación:</p> <p>Unidad de atención:</p> <p>Marco de la atención:</p> <p>Funciones:</p> <p>Actividades:</p> <p>Principal aportación a la situación actual:</p>	<p>Unidades de media-larga estancia hospitalarias</p> <p>Atención Primaria</p> <p>Persona mayor y su cuidadora</p> <p>Hospitales/unidades de media-larga estancia</p> <p>Aplicación de regímenes terapéuticos que no requieren del marco físico de un hospital de agudos pero al mismo tiempo sobrepasan la capacidad de cuidado del sistema informal</p> <p>Cuidados de enfermería</p> <p>Evita prolongación de ingresos en camas de agudos, evita altas a domicilio en condiciones de riesgo para la persona mayor y excesivamente demandantes para la cuidadora</p>
--	---

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.f.) Alta planificada y apoyada

Se trata de un sistema de organización de la atención a la persona mayor basada en el desarrollo de estrategias de preparación de altas hospitalarias planificadas y apoyadas. Se trataría pues de la implementación de medidas y elementos de valoración, seguimiento, comunicación en el equipo y coordinación con otros niveles de atención que posibilitarían altas hospitalarias más rápidas que las actuales. Este sistema dirige su atención a la prevención secundaria y terciaria. Puede desarrollarse desde enfoques tanto biomédicos como holísticos en función de los ejes de decisión de los equipos. Este sistema es de corte evidentemente hospitalario aunque su interconexión con otros niveles de atención resulta imprescindible para su desarrollo. Su unidad de atención se centra principalmente en la persona aunque contempla también a su cuidadora como soporte de aquélla en el domicilio. La figura de referencia y acceso al sistema para el/la usuario/a continuaría, en este caso, situada en Atención Primaria.

Unidad responsable de la atención:	Figuras responsables de planificación, preparación y coordinación de altas de personas mayores (enfermeras-trabajadoras sociales)
Garante continuidad de cuidados y coordinación:	Atención Primaria
Unidad de atención:	Persona mayor y su cuidadora
Marco de la atención:	Hospitalización
Funciones:	Valoración de situación clínico-socio-familiar de la persona mayor y su cuidadora al ingreso, comunicación del ingreso a EAP, seguimiento de la evolución durante la estancia, coordinación del alta y la llegada al domicilio
Actividades:	Valoración, seguimiento, comunicación continua equipos especializada-AP-Servicios sociales
Principal aportación a la situación actual:	Evita prolongación de ingresos por falta de planificación, evita reingresos por dificultades no previstas en la vuelta al domicilio, facilita a la cuidadora su preparación para el alta y la nueva situación

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.g.) Hospitalización a domicilio

Equipos de Hospitalización a Domicilio (HAD) que asumen el cuidado de las personas mayores en su domicilio tras el alta hospitalaria, ya sea ésta tras hospitalización prolongada o tras consulta en el servicio de urgencias. Este sistema se desarrolla desde un enfoque eminentemente hospitalario y su funcionamiento depende de este nivel de atención. Centrado en la atención de aquellos procesos con un alta hospitalaria precoz o con posibilidad de realizar dicho ingreso en el ambiente domiciliario, persigue como finalidad evitar los ingresos hospitalarios. La figura de referencia y acceso al sistema para el/la usuario/a continuaría, en este caso, situada en Atención Primaria.

Unidad responsable de la atención:	Equipo de HAD (médico/a y enfermera)
Garante continuidad de cuidados y coordinación:	Atención Primaria
Unidad de atención:	Persona mayor y su cuidadora
Marco de la atención:	Domicilio
Funciones:	Atención puntual de procesos agudos o reagudización de crónicos que no precisen del marco físico hospitalario para su terapéutica
Actividades:	Administración de tratamientos, control de síntomas
Principal aportación a la situación actual:	Evita ingresos hospitalarios y todos sus riesgos, mantiene a la persona mayor en su ambiente, apoya a la cuidadora en el desempeño de su rol

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.h.) Consulta Rápida Resolutiva

Se trata del desarrollo y el refuerzo de los sistemas de coordinación y comunicación entre los equipos hospitalarios que habitualmente reciben a esta población en sus ingresos (Medicina Interna) y las propias personas mayores y/o sus cuidadoras de manera que estos últimos tengan acceso rápido a los profesionales en la resolución de dudas o pequeñas dificultades de la gestión cotidiana de sus procesos (cambios de medicación, aparición de nuevos síntomas...). Se trata de un sistema que, vehiculado a través del acceso telefónico, da al usuario respuesta a sus dudas y/o resolución de sus conflictos en el proceder ante distintas situaciones. Este tipo de dispositivos persigue evitar las consultas al servicio de urgencias y/o los ingresos hospitalarios por deterioro prolongado no tratado a tiempo. Este dispositivo se basa en un enfoque centrado en la patología. La figura de referencia y acceso al sistema para el/la usuario/a continuaría, en este caso, situada en Atención Primaria.

Unidad responsable de la atención:	Equipos de Medicina Interna (figura de consultor/a rápido/a)
Garante continuidad de cuidados y coordinación:	Atención Primaria
Unidad de atención:	Persona mayor con patología crónica
Marco de la atención:	Post-ingreso hospitalario
Funciones:	Acceso rápido para resolución de dudas (cambios tto, aparición nuevos síntomas, empeoramiento y criterios derivación...)
Actividades:	Asesoramiento y consultoría tanto a las propias personas mayores como a sus cuidadoras
Principal aportación a la situación actual:	Aclara malentendidos en modificaciones sobre la actuación terapéutica, reduce errores, evita empeoramientos no controlados que puedan derivar en ingresos hospitalarios «evitables»

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pert. <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante fact. <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.3.) En coherencia con los objetivos señalados en las preguntas anteriores, y **con su evaluación de la pertinencia y factibilidad** de cada una de las propuestas presentadas, le pedimos ahora que priorice las propuestas presentadas. Para ello, partimos de la base de que dichas propuestas son compatibles y que, de hecho, su combinación puede resultar de interés para los objetivos propuestos. En este sentido, le pedimos que señale las opciones que más se adecúen a su criterio y **priorícelas del 1 al 8** de manera que **el 1** corresponda a aquella opción que usted entiende **como servicio central y básico** de esta propuesta organizativa, y por el cual debiera iniciarse la puesta en marcha de una nueva forma organizativa, y **el 8** a aquella que, siendo de interés para dicha propuesta, resulte **menos relevante** para éste):

Gestión de caso (gestión de la complejidad)

Gestión por patologías

Equipos de Soporte y Apoyo a Atención Primaria

Respuesta Rápida preventiva de ingresos

Unidades y servicios de cuidado intermedio (media-larga estancia)

Alta planificada y apoyada


Hospitalización a domicilio

Consulta Rápida Resolutiva

Justifique por favor su respuesta:



Otras sugerencias y comentarios:



(2.4.) Le presentamos ahora el caso de María.

María tiene 82 años y tiene un diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) desde hace 12. En las primeras fases de su enfermedad, María vivía con su marido en su propia casa. Si bien vivía diagnosticada de EPOC, esta enfermedad no había llegado a afectar la calidad de vida de María y ésta se mantenía independiente y autónoma para sus Actividad de la Vida Diaria (AVDs). En las etapas intermedias de su proceso, la EPOC evolucionó hasta el punto en el que María precisaba de la ayuda de su marido para completar las AVDs. Durante esta etapa intermedia, María precisó de uno o dos ingresos tras los cuales se recuperó prácticamente de manera íntegra. Desde hace 4 años la EPOC de María ha evolucionado de tal manera que viene necesitando una media de 3 ingresos hospitalarios cada año. Tras cada ingreso ella encuentra sus capacidades más y más reducidas por lo que actualmente precisa 16 horas de oxígeno diario y lleva una vida restringida a cama-sillón. María no reside ya en su domicilio ya que su marido no puede cuidar de ella y, desde hace tres años, alterna periodos de tiempo entre las casas de sus dos hijas, una de ellas en Vitoria y la otra en un pueblecito alejado de la ciudad.

Piense ahora en el caso de María (o en algún otro de características similares que usted haya vivido recientemente en su práctica) e intente, basándose en su experiencia práctica, diseñar el circuito de servicios (de entre los aquí presentados u otros que usted mismo pueda sugerirnos) que según su criterio el sistema de organización a desarrollar debiera poner a disposición de María a lo largo de todo este proceso teniendo en cuenta las premisas aceptadas para éste en la parte anterior de este cuestionario.

Etapas iniciales:




.....

.....

.....

Etapas intermedias:




.....

.....

.....

Etapas finales:




.....

.....

.....

Otras sugerencias y comentarios:



.....

.....

.....

ANEXO 5. SEGUNDO CUESTIONARIO

Estructura del cuestionario

Este segundo cuestionario está formado por dos apartados estructurados de la siguiente forma:

- *El primer apartado (puntos 1.1 y 1.2)* presenta un formato muy similar a aquél de la primera ronda. Tal y como esperábamos, la distancia entre la literatura y la realidad cotidiana resulta importante, de manera que estas premisas se presentan ahora de forma matizada y enriquecida. Le ofrecemos ahora aquellas aportaciones que usted y el resto de panelistas han hecho a cada uno de los elementos a partir de los cuales pretendíamos definir las líneas maestras que sustentaran y guiaran el desarrollo de la propuesta de organización finalmente construida. Dada la gran variabilidad de respuestas y argumentaciones obtenidas, hemos intentado no restringir la entrada a esas aportaciones y elaborar una re-definición de estas propuestas lo más amplia posible.

En esta ocasión, sólo le pedimos su nivel de acuerdo o desacuerdo con estas afirmaciones tal y como se presentan ahora.

Si está usted de acuerdo con lo presentado, simplemente señálelo con su puntuación.

Si está usted en desacuerdo, le pedimos que además nos señale su punto de desacuerdo y los argumentos para sustentarlo.

- *El segundo apartado (puntos 2.1, 2.2 y 2.3)*, presenta variaciones importantes con respecto a la primera ronda, fruto de las aportaciones de algunos/as panelistas. En primer lugar, el *punto 2.1* presenta una síntesis lo más amplia y plural posible de los distintos *elementos obstaculizadores* y problemáticos para el desarrollo de un modelo de atención a la persona mayor con patología crónica de calidad. Sobre este punto, no le pedimos su valoración de acuerdo pero sí cualquier sugerencia, modificación, aportación que quiera hacernos llegar al respecto

A partir de aquí, el *punto 2.2* presenta ahora los distintos dispositivos presentados de una manera ordenada en base a la siguiente secuencia: 1) *servicios comunitarios*, 2) *servicios intermedios* (comunidad-hospital) y 3) *servicios hospitalarios*. Como verá algunos de ellos se asemejan a los presentados en primera ronda y otros son de nueva aportación. Lo mismo que en aquel primer cuestionario, le pedimos ahora *su opinión al respecto de su pertinencia y factibilidad*, de nuevo, de una manera argumentada desde su práctica y conocimiento profesional.

En el *punto 2.3* le pedimos que elabore una priorización de estos mismos dispositivos en base a la secuencia en la cual, según su criterio, debiera iniciarse su puesta en marcha, y entendiendo que todos ellos puedan resultar necesarios y complementarios.

Finalmente le presentamos los resultados de sus aportaciones a la pregunta sobre el caso de María presentado en primera ronda. En esta ocasión no le pedimos su respuesta a la misma pero sí le invitamos a que aporte cualquier comentario u observación que pueda encontrar interesante.

Nota: con el objetivo de aligerar el texto, se ha utilizado el género masculino para referirse a la persona mayor y el femenino para referirse a su cuidadora principal, en consonancia con nuestra realidad actual.

1. Líneas maestras

(1.1.) A continuación se presentan una serie de premisas que, según la literatura revisada y las aportaciones hechas por usted y el resto de panelistas en la primera ronda, podrían guiar el desarrollo de una propuesta de organización de servicios de atención a la persona mayor con patología crónica. Le pedimos en esta ocasión que señale su nivel de acuerdo o desacuerdo con la afirmación.

(1.1.a.) La promoción de la salud de la persona mayor y su cuidadora (cuando la haya) **y el incremento de su calidad de vida** deben constituir el interés principal de la propuesta elegida.

Aunque varias personas encuentran la afirmación algo abstracta e irreal, en general su desarrollo se considera beneficioso para la persona mayor y su cuidadora. Ante la diversidad de acepciones que el término «promoción» puede adoptar, el panel sugiere que en esta población la afirmación se construya en forma de una mejora de la calidad de vida o del mantenimiento de la autonomía y la dignidad, y que se establezca una clara distinción entre personas mayores sanas y aquéllas con patología crónica. Los/as participantes señalan además cómo, a pesar de la importancia del cuidado a la cuidadora, el sistema ha de ser consciente de que se trata de dos personas diferentes, con necesidades distintas y que requieren por ello atenciones diferenciadas.

El desarrollo de esta afirmación se acompaña, no obstante, de dificultades tales como la importante dependencia del usuario con respecto al sistema, la escasez de recursos humanos y la falta de formación de éstos, la falta de coordinación, la importante presión asistencial, la actual mentalidad y funcionamiento reactivo del sistema que responde a la demanda pero no se anticipa a ella y que, junto con la sociedad en general, deja de lado la atención a esta población por considerarla «no rentable».

Finalmente, se hacen ciertas sugerencias al desarrollo de esta afirmación tales como el incremento de personal formado en habilidades exigibles a un profesional de Atención Primaria (AP) y la conceptualización de la AP como elemento central del modelo.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo <input type="checkbox"/>	Poco de acuerdo <input type="checkbox"/>	Acuerdo <input type="checkbox"/>	Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo <input type="checkbox"/>
------------------	---	---	-------------------------------------	---	--



(1.1.b.) La persona mayor y su cuidadora (cuando la haya) deben constituir el **centro de la propuesta organizativa**.

La factibilidad de esta afirmación recibe en general una valoración muy positiva por parte del panel. Su desarrollo parece aportar beneficios principalmente a la mejora de la atención y a la gestión eficiente de los recursos.

En general, se incide en la importancia de que tanto la persona mayor como su cuidadora constituyan el eje del sistema aunque para ello sea necesario un importante giro en el enfoque y estructura del sistema así como en la mentalidad de sus profesionales.

El panel considera importante, no obstante, tener en cuenta la alta complejidad de cada caso y situación individuales así como el cada vez menor soporte familiar a esta población y las implicaciones que esto pueda tener para el desarrollo de un sistema formal de atención. La otra gran dificultad encontrada al desarrollo de esta afirmación es la falta de coordinación (AP-serv sociales de base, AP-AH).

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo <input type="checkbox"/>	Poco de acuerdo <input type="checkbox"/>	Acuerdo <input type="checkbox"/>	Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/>	Muy de acuerdo <input type="checkbox"/>
------------------	---	---	-------------------------------------	---	--



(1.1.c.) La propuesta organizativa debe basarse en una actitud **proactiva y no meramente reactiva por parte del sistema.**

Aunque el desarrollo de esta afirmación se considera esencial (conocer a la población como base para actuar prontamente) y beneficioso para la mejora de la atención a la persona mayor (aumento de la calidad de vida, ahorro económico, evitar complicaciones), son varias las dificultades al mismo que el panel señala: la organización actual del sistema (excesiva presión asistencial), la mentalidad y filosofía del mismo y de sus profesionales (actualmente tendencia a la atención reactiva y puntual) y los recursos disponibles en este momento. Asimismo, se señalan la creciente demanda generada por el envejecimiento de la población y la progresiva escasez de familias cuidadoras, como elementos que dificultarían la puesta en marcha de este tipo de sistemas.

Los elementos de apoyo que sustentarían el desarrollo de esta afirmación pasarían, según el panel, por el desarrollo de una mentalidad de atención holística y proactiva a la persona mayor en la que ésta y su propia definición de calidad de vida sean el eje, la adecuación de los recursos, la potenciación de la AP como elemento central del modelo y la formación de los/as profesionales, el cuidado y soporte del sistema informal y el desarrollo de herramientas de detección-valoración.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.1.d.) La propuesta organizativa de servicios de atención a la persona mayor precisa de la **coordinación entre los servicios de salud (atención primaria y especializada, cuya coordinación también debe ser mejorada) y los servicios sociales.**

La pertinencia y beneficio (rentabiliza esfuerzos y mejora equidad) del desarrollo de esta afirmación se ven reforzadas por el panel. No obstante, los/as participantes señalan múltiples aspectos que pueden limitar dicho desarrollo: distribución competencial (GV-DF's-Ayto's), excesivo voluntarismo, utilización de los canales sólo cuando se dan necesidades de cuidado físico, presión asistencial y creciente demanda, falta de conciencia de los/as profesionales, riesgo de la «desprotección» de los datos.

Frente a estas dificultades, el panel propone el desarrollo de distintas figuras o estructuras (equipos coordinadores, geriatras, especialistas hospitalarios de referencia, consultas telefónicas, mayor presencia e implicación de trabajadoras sociales en el ámbito sanitario) que, apoyados por recursos apropiados (protocolos de colaboración, adecuación de espacios físicos de encuentro, tecnologías de información-comunicación), den forma y sustento a esta propuesta.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.1.e.) La propuesta de organización de servicios a la persona mayor debe además basar su desarrollo en la máxima eficiencia de la gestión de los recursos mediante la garantía de un mayor nivel de adecuación entre éstos y las necesidades a las que pretendan dar respuesta.

A pesar de que, globalmente, la factibilidad del desarrollo de esta afirmación es valorada de forma positiva por el panel, son varias las dificultades que, al mismo, se señalan: la complejidad de cada situación, la dificultad de determinar el nivel de necesidades, la excesiva presión asistencial, la mentalidad de los profesionales y su influencia en la valoración de cada situación y la asignación de recursos, la mentalidad de la población y su influencia sobre el uso de los servicios (preferencia por la at. hospitalaria frente a todas las demás formas), y finalmente, la escasez de recursos.

Para la mejora de dicha factibilidad los/as participantes sugieren que el modelo que se desarrolle esté basado en la Atención Primaria (quienes mejor y más de cerca conocen las necesidades) en coordinación con otros niveles de atención, apoyado por la presencia de personal formado y especializado en geriatría-gerontología y trabajo social, y acompañado del desarrollo de herramientas adecuadas (valoración geriátrica integral).

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.2.) A continuación queremos conocer su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones que ya usted conoció en la primera ronda y que, de nuevo, ahora le presentamos matizadas y enriquecidas por sus distintas aportaciones.

(1.2.a.) La propuesta de organización de servicios de atención a la persona mayor debe contar con la participación de todos los niveles teniendo en la Atención Primaria a su eje central y a la Atención Especializada como órgano de consulta especialista.

Esta afirmación recibe, en general, el respaldo del panel aunque con diversas puntualizaciones a su desarrollo: 1) no parece apropiado que el sistema mantenga una única vía de acceso ya que diversas situaciones/necesidades pueden demandar la existencia de otras vías, 2) la conceptualización de la AP varía desde una AP como puerta de acceso al sistema hasta una AP globalizadora y sustento de toda la atención.

Las principales dificultades al desarrollo del sistema se encuentran en la dificultad de acceso a AP en relación a su sobrecarga, la dependencia del sistema creada en los/as usuarios/as y su mentalidad con respecto a la utilización de los recursos (hospitalaria sobreutilizada), la falta de coordinación y la falta de trabajo en equipo.

Finalmente, el panel elabora sugerencias al desarrollo de esta afirmación: mejora de la coordinación a través del desarrollo de equipos de especialistas consultores para AP, presencia de geriatras de referencia, desarrollo de herramientas y concienciación de la población sobre el papel de AP.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.2.b.) La propuesta de servicios de atención a la persona mayor debiera estar organizada entorno a estas dos variables: **condición clínica y condición socio-familiar.**

Esta afirmación recibe importantes matizaciones que, en general, son mayoritariamente apoyadas por el conjunto del panel. Así, se considera que la edad (incluida en afirmación de primer cuestionario pero excluida de éste) no debe situarse al mismo nivel que las otras dos condiciones y que éstas deben concretarse en aspectos tales como autonomía y nivel funcional. Además se señala la importancia de considerar el decreciente soporte familiar y social a la persona mayor a la hora de planificar estos servicios. Finalmente, varios/as panelistas señalan el obstáculo que supone el ingente volumen de burocracia y la lentitud en la gestión del mismo para el acceso eficiente a los mismos.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.2.c.) El domicilio es el espacio físico que la propuesta organizativa elegida debe potenciar como ámbito de vida de la persona mayor (y su cuidadora), con todo lo que ello pueda suponer tanto para el sistema formal de cuidados como para el informal, y sobre todo para este último.

En general, el panel se muestra de acuerdo con esta afirmación pero la matiza de manera muy importante señalando cómo para que el domicilio pueda considerarse como el espacio más adecuado, éste ha de cumplir una serie de condiciones mínimas en cuanto al espacio físico (condiciones precarias en muchas ocasiones), el soporte familiar (creciente fatiga, claudicación y desaparición) y la suficiente cobertura de las necesidades de la persona mayor. En este sentido, se señalan además ciertas dificultades a tener en cuenta en su implementación: la falta de coordinación entre niveles, especialmente importante al alta hospitalaria y regreso al domicilio (muchas veces no valorado desde AE), el creciente aumento de la demanda de atención de esta población y la falta de conciencia del sistema del cuidado y apoyo al/la cuidador/a informal. Se sugiere por tanto, el incremento de los recursos de atención en domicilio, el desarrollo de herramientas, canales y dispositivos de mejora de la comunicación y la coordinación interniveles, la apuesta por el cuidado y apoyo del/de la cuidador/a y la ampliación de ayudas para adecuación y acondicionamiento de los domicilios como espacios de vida de la persona mayor.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.2.d.) La unidad receptora de los cuidados provistos por el sistema formal debe estar integrada por **la persona mayor y su cuidadora principal** (cuando la haya).

Esta afirmación recibe el respaldo íntegro del panel apoyado por los múltiples y diversos beneficios que este cuidado (el informal) tiene para la persona mayor en concreto y para el sistema de bienestar social en general (valor social y económico de su aportación). Se señalan diversos aspectos a tener en cuenta en su implementación como la creciente ausencia de estas figuras (y, a veces, la presencia de más de una), el descuido al que hasta ahora han estado sometidas y su propia mentalidad de mujer sacrificada y sufridora que no merece atención por sí misma más allá de su rol como cuidadora y que se ve alimentada por la sociedad y por el propio sistema socio-sanitario.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.2.e.) El rol de la persona mayor (y/o de su cuidadora) en esta propuesta organizativa toma características tales como **activo, participativo, y responsable** (de su propio proceso de salud y de los comportamientos en relación a éste). A partir de aquí, el profesional debe adaptar su propio rol alejándose del tradicional «hacer por y para» y acercándose al «hacer con».

A juicio del panel, esta afirmación resulta pertinente pero su factibilidad se presenta bastante más lejana a nuestra realidad. La mayor dificultad se sitúa en torno a la mentalidad de las propias personas mayores y su capacidad más o menos limitada de adoptar un rol como el propuesto cuando, actual y mayoritariamente, asumen un rol totalmente contrario a éste. Se propone el desarrollo de herramientas y formas de trabajo con esta población y con los/as propios/as profesionales que fomenten un reparto de roles en el que la toma de decisiones se realice de forma participativa. De esta manera se pretende evitar la angustia del/ de la usuario/a al asumir aisladamente toda la responsabilidad al tiempo que evita la creación de dependencias del sistema.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.2.f.) La propuesta de organización de servicios de atención a la persona mayor debe desarrollarse sobre el trabajo de los profesionales desde un **enfoque interdisciplinar**.

Pese a lo benévolo de sus puntuaciones, las argumentaciones aportadas a esta afirmación la presentan como pertinente pero poco factible. Los dos principales obstáculos a su desarrollo señalados por el panel son la falta de profesionales (geriatra, trabajadora social, fisioterapeuta, psicóloga) integrados en el equipo, y la falta formación/capacidad trabajo en equipo (identificación objetivos comunes, reconocimiento aportaciones de otros/as, manejo relaciones poder/intereses individuales) entre los profesionales pero cercenada además por una organización (agendas, horarios, espacios físicos) que no parece contribuir demasiado al mismo. Se sugiere la puesta en marcha de estrategias formativas que desarrollen y potencien las habilidades del trabajo en equipo entre los/as profesionales, la creación de figuras de referencia para la persona mayor tanto en AP como en AE, y la mejora de los sistemas de comunicación/coordinación entre profesionales.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(1.2.g.) La propuesta organizativa de atención a la persona mayor debe incorporar **herramientas y procesos únicos, comunes y consensuados** por todos los profesionales implicados (instrumentos y procesos de valoración y derivación, tratamientos, oferta de servicios, guías, protocolos...). La existencia de estas herramientas comunes favorecería la coordinación socio-sanitaria e interniveles, a un acceso más justo a la atención y al soporte del clínico en la toma de decisiones.

Esta afirmación recibe, en general, una valoración muy favorable por parte del panel tanto en cuanto a su pertinencia (múltiples beneficios para el trabajo en equipo, la gestión justa y equitativa de los recursos, la agilización de los trámites) como en cuanto a su factibilidad, a pesar de que varios/as panelistas señalan el carácter utópico y/o irreal de la misma y otros/as apuntan a la escasa capacidad de trabajo en equipo y la resistencia al cambio como obstáculos a su puesta en marcha. Los/as expertos/as llaman además la atención sobre la necesidad de que dichas herramientas sean flexibles y adaptables a la individualidad y complejidad de cada persona y cada situación particular. Asimismo, se sugiere el desarrollo de herramientas de manejo rápido y sencillo, en soporte electrónico y que faciliten su evaluación.

Su opinión al respecto de esta afirmación es:

Grado de acuerdo	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. Sistemas de provisión de cuidados y organización de los mismos

(2.1.) Le presentamos ahora un resumen (lo más amplio e integrador posible) de todas aquellos elementos de la realidad actual de la atención a la persona mayor con patología crónica que usted y/o el resto de panelistas señalaron como aspectos de dicha realidad que hacían necesaria la implementación de nuevas medidas en el ámbito de la atención a la persona mayor con patología crónica. Se incluyen además las diferentes sugerencias que, ante tales dificultades, las propias personas integrantes del panel aportaron. Este resumen trata de ser lo más amplio e integrador posible y, aunque los aspectos que se presentan en primer lugar son aquéllos que el panel ha señalado con mayor fuerza, no se ha pretendido la inclusión/exclusión de ninguno de ellos en base a su frecuencia sino que el análisis de sus respuestas ha intentado dar cabida a la máxima pluralidad posible de aportaciones en este sentido. Si cree usted que puede aportar alguna más y/o que este punto le merece algún comentario/sugerencia/crítica, utilice, por favor, el espacio en blanco provisto al final del apartado.

Las personas expertas consultadas han dado a sus aportaciones dos connotaciones diferenciadas y complementarias que podemos denominar como dificultades al desarrollo de una atención de calidad a la persona mayor y sugerencias para su mejora.

En relación a las dificultades al desarrollo de una atención de calidad a la persona mayor con patología crónica y a la actual organización de los servicios de atención a la persona mayor, el principal obstáculo identificado se refiere a *la falta de coordinación interniveles y a la falta de comunicación entre los distintos agentes implicados*. Además, aparece con mucha fuerza *la falta de recursos de toda índole* pero, principalmente, *humanos tanto en lo que se refiere a su cantidad como a su cualidad* (formación especializada y pluralidad disciplinar). Otro aspecto en relación a la organización actual de los servicios que las personas participantes señalan como obstaculizador de un desarrollo más avanzado es el de *la falta de equidad en la provisión y asignación de recursos y servicios* de tal manera que todavía hoy el sistema siga favoreciendo a aquellas personas con contactos particulares en determinados ámbitos de decisión. *La excesiva burocratización y lentitud en el acceso a los servicios* es otros de los obstáculos al desarrollo actual de una atención de calidad a las personas mayores con patología crónica que los/as panelistas señalan. Además, esta burocracia parece ser muy a menudo superflua y gratuita ya que, según las personas participantes, no alcanza a desarrollar valoraciones adecuadas que den cuenta y se ajusten a la complejidad individual de cada situación particular.

Los/as panelistas señalan la *elevada presión asistencial* a la que se ven sometidos/as los/as profesionales de todos los ámbitos, pero especialmente de Atención Primaria, y la *difícil accesibilidad a los servicios* que la misma supone como otra dificultad más a este desarrollo. En relación con esta excesiva presión asistencial, los/as panelistas coinciden en señalar el *crecimiento de este segmento de población y el consiguiente aumento de la demanda que acarrea* como uno de los principales elementos a tener en cuenta a la hora de planificar una nueva forma de organización, así como *la creciente disminución de la muchas veces descuidada figura de la cuidadora familiar/informal* que sostiene el cuidado domiciliario. Esta creciente demanda parece además verse acentuada por la importante *dependencia del sistema generada en esta población a lo largo de los años* y que, hoy en día, se traduce en una difícil asunción de responsabilidad en el propio proceso de salud individual, una importante exigencia de inmediatez y una radical querencia por los servicios y la atención especializada-hospitalaria.

La excesiva presión asistencial a la que se ven sometidos muchos de los servicios actuales genera un tipo de atención reactiva y basada en la demanda, que, según los/as panelistas supone un nuevo obstáculo al desarrollo de otro tipo de servicios. Este tipo de atención *dificulta además el desarrollo del trabajo multidisciplinar*, con enfoque preventivo, así como la implicación de los/as profesionales en

trabajos con importante exigencia de tiempo y de formación como pueda ser éste (geriátrica y red de recursos disponibles) y cuyos centros de interés se alejan muy a menudo de los valores social y profesionalmente más reconocidos (pacientes jóvenes, intención curativa). Estas dificultades en relación a la organización del sistema se ven acrecentadas por lo que los/as panelistas señalan como una cierta *incoherencia entre los discursos y las prácticas del propio sistema*, alimentadas por lo que ellos/as interpretan como una mentalidad lejana al cuidado de la persona mayor («no son rentables»). Así, estas personas participantes muestran en varias ocasiones su recelo con respecto a las iniciativas lanzadas desde las organizaciones por la desconfianza que esta incoherencia ha generado en ellos a lo largo de los años.

Las sugerencias realizadas por el panel se sitúan, en general, en clara consonancia con las dificultades identificadas. Se trata en general de propuestas que pretenden la mejora de las condiciones de desarrollo de la atención de manera que ésta sea más continuada y coordinada. A este respecto, *el panel sugiere la puesta en marcha de iniciativas como planificación de altas, agilización de ingresos en unidades de media estancia desde urgencias y AP, identificación de ancianos frágiles, mejora de los informes de continuidad de cuidados de enfermería, consulta rápida resolutive...* como elementos que contribuirían a dicha mejora.

También en relación a la coordinación eficiente de los servicios en el sistema, los/as panelistas hablan de la importancia de que la *Atención Primaria se sitúe en el centro del sistema*, para lo cual entienden que ha de ser reforzada. Además se sugiere dotar a los/as profesionales implicados de conocimientos y habilidades en la gestión y manejo de la atención a esta población pero además en los recursos y servicios a disposición de esta población de modo que su trabajo de coordinación resulte efectivo. En este sentido, varias personas hablan de la necesidad de reconocer y acoger al especialista geriatra en el seno de dicho equipo, así como incrementar la participación de los/as trabajadores/as sociales en dicho ámbito. En relación con el trabajo de los/as profesionales, las personas participantes sugieren el desarrollo e implementación de estrategias y recursos de trabajo en equipo actualmente bastante carentes.

Finalmente, el panel sugiere *un giro en la mentalidad del sistema* que suponga un mayor acercamiento a la realidad y necesidades de esta población como vía de mejora de la atención a esta población mayor con patología crónica.

En relación a la población, el panel sugiere el *desarrollo de estrategias de concienciación que fomenten el uso eficiente de los recursos y la autoresponsabilidad y autogestión del proceso de salud*. Se sugiere además asignar un rol mucho más participativo a la población en la toma de decisiones, con un especial hincapié a la capacitación y el cuidado de la persona cuidadora.

Observaciones:

(2.2.) De nuevo en base a la literatura revisada¹, presentamos ahora las distintas *propuestas de servicios* que, dentro de los distintos modelos del ámbito internacional, han demostrado mayores niveles de efectividad en la gestión de la atención a la persona mayor. Le pedimos ahora que *evalúe cada una de estas propuestas de servicios de atención a la persona mayor en base a su pertinencia y factibilidad de implantación y desarrollo en nuestro contexto, entendiendo que no se trata de propuestas mutuamente excluyentes sino compatibles desde el punto de vista organizacional*.

¹ (Baztán Cortés, JJ., González Montalvo, JI, Solano Jaurrieta, JJ., Hornillos Calvo, M. (2000). *Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica*. Med Clin 115: 704-17)

Las distintas propuestas las hemos organizado en base al siguiente esquema:


NIVEL ASISTENCIAL	PROPUESTA DE SERVICIOS
2.2.A. Atención Primaria	2.2.A.a. Valoración geriátrica domiciliaria
	2.2.A.b. Cuidados domiciliarios continuados
2.2.B. Unidades Intermedias	2.2.B.a Unidades media estancia
	2.2.B.b. Hospital de día geriátrico
2.2.C. Atención Especializada	2.2.C.a. Equipos consultores multidisciplinares
	2.2.C.b. Unidades geriátricas de agudos
	2.2.C.c. Cuidados post-alta hospitalaria
	2.2.C.d. Hospitalización a Domicilio

2.2.A. Atención primaria

(2.2.A.a.) Valoración geriátrica domiciliaria.

Se trata de una intervención de carácter poblacional que persigue la valoración integral de toda la población mayor de 65/70 años con el objetivo de detectar signos de fragilidad y actuar tempranamente sobre el riesgo de deterioro funcional, por lo que, a partir de la inicial y en función de sus resultados, esta valoración se repite de forma periódica (bianual, anual, semestral, trimestral). Para el desarrollo de esta intervención se propone la creación de una figura (individual o equipo, aunque este panel se inclina más por la segunda opción) con formación especializada en el ámbito y dedicación exclusiva que actuara a modo de apoyo y consultoría para los equipos básicos de Atención Primaria. Por su carácter poblacional y preventivo, la responsabilidad de esta intervención y, por tanto, su dependencia se sitúa en Atención Primaria.

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



.....

.....

.....

Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.A.b.) Cuidados domiciliarios continuados.

Prestación de cuidados integrales e interdisciplinarios, continuados y coordinados, sociales y sanitarios a pacientes con incapacidad funcional y/o mental grave, establecida e irreversible, consecuencia de enfermedades crónicas en estadio avanzado o en situación de necesidad y/o demanda de cuidados de una alta complejidad. El objetivo de estos cuidados es mantener y/o mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia en el entorno habitual de vida y hasta su fallecimiento. Este tipo de cuidados puede ser provisto bien por una figura de referencia desarrollada ad-hoc (gestión de casos/gestión de la complejidad) o bien por un equipo multidisciplinar (opción más apoyada por este panel) con formación avanzada y especializada en geriatría y gerontología y un enfoque holístico e integral de la atención a la persona mayor. Ambas figuras surgen y se coordinan desde Atención Primaria y su presencia se justifica con el objetivo de dar soporte a los equipos básicos de Atención Primaria en el manejo de aquellos casos cuyo nivel de cuidados o bien resulte demasiado complejo o bien requiera demasiados recursos humanos y/o de tiempo como para poder ser asumido y desarrollado de forma adecuada por el equipo básico. El éxito de este dispositivo vendría dado por su coordinación con otros niveles y dispositivos, una valoración integral y holística continuada y una formación especialista y especializada de los/as profesionales que lo implementen.

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

2.2.B. Unidades intermedias

(2.2.B.a.) Unidades media estancia/convalecencia

Unidades formadas por equipos multidisciplinares y dirigidas hacia la recuperación funcional integral de aquellos ancianos en los que la magnitud de su deterioro es tal que les impide regresar a su domicilio aún cuando su situación aguda está estabilizada. Desarrollándose sobre la coordinación entre niveles, este sistema pretende la atención de aquellas personas que, requiriendo un alto nivel y complejidad de cuidados de enfermería y ciertos recursos específicos (camas articuladas, lavabos adaptados, servicios de rehabilitación intensivos, oxigenoterapia y aerosolterapia, vigilancia estrecha, cuidados específicos) no precisen, sin embargo, de cuidados agudos e incluso sea desaconsejable su permanencia en tales ambientes (infecciones, encamamiento, desorientación, aislamiento). Estos dispositivos persiguen el objetivo de la recuperación funcional de la persona (frenar su deterioro, mantener su nivel de independencia, facilitar adaptación a nueva situación) para su reintegración a su entorno habitual de vida. El éxito de estos dispositivos pasa por definir claramente los perfiles de sus potenciales usuarios/as, mejorar su acceso geográfico y físico, facilitar el ingreso de la persona desde las unidades de urgencias y, sobre todo, desde Atención Primaria, mejorar y agilizar su coordinación con los distintos niveles, y finalmente, dotarse de recursos (humanos y físicos) específicos y suficientes para desarrollar su cometido.

Su opinión al respecto de esta propuesta es:

Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.B.b.) Hospital de día geriátrico

Nivel asistencial que proporciona valoración multidisciplinaria y tratamiento integral, en régimen diurno, con especial atención a la recuperación funcional y el tratamiento de los síndromes geriátricos de ancianos frágiles, habitualmente con incapacidad física leve, que viven en la comunidad, situándose como puente entre los cuidados hospitalarios y los comunitarios.

Su opinión al respecto de esta propuesta es:

Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

2.2.C. Atención especializada

(2.2.C.a) Equipos consultores multidisciplinares

(Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias o Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos).

Equipos consultores geriátricos multidisciplinares que evalúan a pacientes ingresados en otros servicios del hospital y realizan recomendaciones sobre su tratamiento médico y/o plan de cuidados. El objetivo de estos equipos es evitar al máximo posible el deterioro funcional durante el ingreso, así como facilitar su vuelta y adaptación al entorno habitual en el menor tiempo posible.


Su opinión al respecto de esta propuesta es:

Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.C.b) Unidades geriátricas de agudos

Unidades hospitalarias dirigidas a la atención de ancianos frágiles que requieren ingreso para el tratamiento de procesos agudos o crónicos reagudizados, y cuya estructura está adaptada a sus necesidades. Estas unidades son atendidas por personal especializado en el manejo de los problemas y síndromes geriátricos. Su objetivo es el tratamiento del proceso agudo que motiva el ingreso de la persona mayor en el mínimo plazo de tiempo posible y en las condiciones más favorecedoras de mantenimiento de su independencia funcional.

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.C.c.) Cuidados post-alta hospitalaria

Se trata de una intervención centrada en el desarrollo de estrategias de preparación, coordinación y seguimiento/apoyo de altas hospitalarias sobre la base de un plan de cuidados derivado de las necesidades de atención objetivadas mediante la valoración geriátrica integral (alta planificada). Se trata pues de la implementación de medidas y elementos de valoración INTEGRAL, seguimiento, comunicación en el equipo y coordinación con otros niveles de atención (primaria y/o socio-sanitario) que posibiliten altas hospitalarias más rápidas que las actuales así como la prevención de reingresos hospitalarios evitables, mediante la gestión y la mejora de la adaptación de la persona a su entorno residencial (domicilio o institución). Este dispositivo es de corte evidentemente hospitalario aunque su interconexión con otros niveles de atención resulta imprescindible para su desarrollo. El éxito de esta intervención se sustenta en la implementación de recursos que permitan una ágil y eficaz coordinación y puesta en marcha de los servicios (figuras o equipos responsables, inclusión de perfiles de trabajadoras sociales en AP, contactos telefónicos, reuniones conjuntas), así como en la toma de conciencia de los/as profesionales de todos los niveles de la importancia de dicha coordinación.

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.2.C.d) Hospitalización a domicilio

Se trata de un servicio que proporciona, durante un periodo de tiempo limitado, tratamiento activo en el domicilio a pacientes que presentan procesos de salud que, de otra forma requerirían cuidados intrahospitalarios y que disponen de soporte socio-familiar suficiente y adecuado. Se presenta como una alternativa a los cuidados agudos intrahospitalarios aunque pudieran observarse también como elementos de soporte a un alta hospitalaria temprana con seguimiento del tratamiento y los cuidados domiciliarios. Aspectos muy relevantes para su desarrollo y que deben ser mejorados para poder considerarse útiles en la atención a la persona mayor son: la mejora de su coordinación-comunicación con AP, la ampliación de su extensión geográfica (debe poder ser ofertado a todas las personas de la CAPV ya sean del entorno urbano o del rural) y su giro hacia un enfoque más holístico-integral desde una formación más amplia y específica en geriatría. Este sistema se desarrolla desde un enfoque eminentemente hospitalario y su funcionamiento depende de este nivel de atención.

Su opinión al respecto de esta propuesta es:



Pertinencia	Nada pertinente <input type="checkbox"/>	Poco pertinente <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante pertinente <input type="checkbox"/>	Muy pertinente <input type="checkbox"/>
Factibilidad	Nada factible <input type="checkbox"/>	Poco factible <input type="checkbox"/>	Indiferente <input type="checkbox"/>	Bastante factible <input type="checkbox"/>	Muy factible <input type="checkbox"/>

(2.3.) En coherencia con los objetivos señalados en las preguntas anteriores, y **con su evaluación de la pertinencia y factibilidad**, le pedimos ahora que priorice las propuestas presentadas. Para ello, partimos de la base de que dichas propuestas son compatibles y que, de hecho, su combinación puede resultar de interés para los objetivos propuestos. En este sentido, le pedimos que *señale las opciones que más se adecuen a su criterio y priorícelas del 1 al 8 de manera que el 1 corresponda a la opción por la que usted entiende que debiera iniciarse la puesta en marcha de una nueva forma organizativa, y el 8 a aquélla que, siendo de interés para dicha propuesta, pudiera desarrollarse en un segundo momento:*

- Valoración geriátrica domiciliaria**
- Cuidados domiciliarios continuados**
- Unidades de media estancia / convalecencia**
- Hospital de día geriátrico**
- Equipos consultores multidisciplinares**
- Unidades geriátricas de agudos**
- Cuidados post-alta hospitalaria**
- Hospitalización a Domicilio**

Justifique por favor su respuesta



Otras sugerencias y comentarios:



(2.4.) El caso de María.

A continuación presentamos los resultados de las aportaciones ofrecidas por los y las panelistas a la pregunta sobre el caso práctico de María.

A pesar de haber presentado las etapas de la evolución de María de una manera diferenciada, hay una serie de aportaciones de las personas participantes que pueden ser aplicables a cualquiera de las tres etapas indistintamente. Así, el panel señala cómo la atención a María debe pivotar primordialmente en Atención Primaria (AP) tratando siempre de que, en el caso de que ella y su entorno familiar así lo deseen, pueda permanecer en su entorno domiciliario habitual. Para ello, el panel apuesta por el desarrollo de la valoración geriátrica integral y la puesta en marcha de protocolos/programa de visitas domiciliarias preventivas programadas. Además, el panel hace un claro llamamiento al desarrollo de estrategias de coordinación entre niveles que faciliten el recorrido de María por el sistema y eviten una mala utilización de los recursos achacable a una mala organización y/o funcionamiento de los canales de comunicación. En este sentido, muchas de las estrategias que este panel propone en cualquiera de los tres niveles corresponden a elementos enfocados primordialmente a la mejora de la coordinación, el ahorro de tiempos y el uso eficiente de los recursos (evitar (re)ingresos innecesarios, agilizar consultas con especialistas...): alta planificada, respuesta rápida preventiva de ingresos, consulta rápida resolutiva...

Para las etapas iniciales, el panel pone especial énfasis en las tareas de valoración y seguimiento continuados a desarrollar por Atención Primaria con el apoyo de la Atención Especializada, ya sea a través de consultas de periodicidad anual o de intervenciones más de tipo educativo/preventivo que refuercen la labor educativa y preventiva cotidiana de la AP. En esta etapa se concede especial importancia a la capacitación de María en el manejo de su enfermedad y al mantenimiento de su autonomía.

En las etapas intermedias, el panel sigue apostando por la continuidad del seguimiento y de la valoración de María, su proceso de salud y su contexto de vida, por parte de la AP en su domicilio, aunque comienzan a aparecer también otros actores en escena que vienen a responder a la creciente complejidad de los cuidados requeridos por María. Así, se menciona de forma mucho más frecuente la necesidad del trabajo coordinado con los servicios sociales de base, la posibilidad de utilización de las unidades de media estancia para el tratamiento y la rehabilitación de las reagudizaciones y el incremento de las figuras involucradas en el ámbito domiciliario (ayudas a domicilio, HAD, Equipos de Soporte a Atención Primaria/Gestión de casos).

Para las etapas finales de la evolución de María, el panel no señala diferencias importantes con respecto a las etapas anteriores. Se sigue insistiendo en la importancia y la conveniencia de mantener a María en su domicilio siempre y cuando los recursos sociales y familiares garanticen un nivel de cuidados apropiados, lo que implica además un apoyo y soporte importantes a esta rama informal de los mismos.

Observaciones:



ANEXO 6. PERFIL DE LOS/AS PANELISTAS

Identidad	Disciplina	Ámbito	Provincia
Adela Olaskoaga	Medicina	AP, Gestión	BIZKAIA
Adolfo Delgado	Medicina	Cuid. paliat.-media estancia	ÁLAVA
Ana Isabel Atienza	Enfermería	AP	GIPUZKOA
Ana Izquierdo	Enfermería	Media estancia	ÁLAVA
Arantza Ayartza	Medicina	Geriatría-sociosanitario	GIPUZKOA
Blanca Saitua	Enfermería	AP	BIZKAIA
Carol Elsdén	Enfermería	Geriatría-sociosanitario	ÁLAVA
Enrique Arriola	Medicina	AP	GIPUZKOA
Fernando Gómez Busto	Medicina	Geriatría-Sociosanitario	ÁLAVA
Idoia Gurrutxaga	Medicina	Hosp., Urgencias	GIPUZKOA
Itziar Muguruza	Enfermería	AP	BIZKAIA
Jacinto Batiz	Medicina	Cuid. paliat.-media estancia	BIZKAIA
Jesús Millas	Medicina	AP	BIZKAIA
Liana Shengelia	Medicina	Hosp., urgencias	BIZKAIA
Loreto Ramos Pastor	Medicina	AP	ÁLAVA
M ^a José Goñi	Trabajo social	Hosp.	GIPUZKOA
M ^a José Santamaría	Enfermería	Hosp., hospitalización	GIPUZKOA
Maidier Ruiz de Egino	Enfermería	Hosp., hospitalización	ÁLAVA
Maria Ángeles Busto	Enfermería	AP	ÁLAVA
Maria Ángeles Cidoncha	Enfermería	Hosp., hospitalización	ÁLAVA
María Soledad Azkona	Medicina	AP, Gestión	BIZKAIA
Maria Victoria Lafuente	Trabajo social	Media estancia	GIPUZKOA
Maxi Gutiérrez	Medicina	AP, gestión	BIZKAIA
Pedro Lopetegui	Medicina	Urgencias	ÁLAVA
Rafael Gracia	Medicina	AP	ÁLAVA
Rosario García	Enfermería	Hosp., hospitalización	BIZKAIA

Identidad	Disciplina	Ámbito	Provincia
	Medicina	Hosp., hospitalización	ÁLAVA
	Medicina	Hosp., hospitalización	ÁLAVA
	Medicina	AP	GIPUZKOA
	Medicina	Hosp., hospitalización	GIPUZKOA
	Trabajo social	AP	BIZKAIA

Nota: 5 panelistas no desearon revelar su identidad

ANEXO 7. CUESTIONARIOS TABULADOS

Cuestionario 1

ÍTEM 1.1	FACTIBILIDAD					
	Nada	Poco	Indiferente	Bastante	Muy	NS/NC
1.1. A.		3	1	23	3	
1.1. B.		1	2	23	4	
1.1. C.		6	5	17	2	
1.1. D.	1	5	2	16	6	
1.1. E.	1	6	3	18	2	

ÍTEM 1.2		VALORACIÓN PERTINENCIA Y FACTIBILIDAD					
		Nada	Poco	Indiferente	Bastante	Muy	NS/NC
1.2. A.	P		1	1	11	17	
	F		8	5	14	3	
1.2. B. P	P		2	3	14	11	
	F		2	4	22	2	
1.2. C.	P		2	3	9	16	
	F		9	3	17	1	
1.2. D.	P	1		1	12	16	
	F		6	6	17	1	
1.2. E.	P			3	9	18	
	F	1	11	4	12	1	1
1.2. F.	P			1	5	24	
	F		6	4	19	1	
1.2. G.	P		1	2	6	21	
	F		5	8	15	1	1

Legenda: P: Pertinente, F: Factible

ÍTEM 2.2		VALORACIÓN PERTINENCIA Y FACTIBILIDAD					
		Nada	Poco	Indiferente	Bastante	Muy	NS/NC
2.2. A.	P	3	3	1	11	12	
	F	2	7	4	15	2	
2.2. B.	P	2	9	4	10	5	
	F	3	12	5	7	3	
2.2. C.	P		2	3	15	10	
	F		2	7	20	1	
2.2. D.	P	3	5	4	10	8	
	F	4	6	7	12	1	
2.2. E.	P			2	8	20	
	F			4	23	3	
2.2. F.	P		2	2	14	12	
	F	1	6	3	18	2	
2.2. G.	P	1	2	2	12	13	
	F	1	4	8	15	2	
2.2. H.	P	4	8	2	7	9	
	F	3	11	5	8	3	

Legenda: P: Pertinente, F: Factible

ÍTEM 2.3		PRIORIZACIÓN								
		1=mayor prioridad / 8=menor prioridad								
		1	2	3	4	5	6	7	8	NS/NC
2.3. A.		9	4	4	1		2	2	4	
2.3. B.			1	1	2	3	7	6	6	
2.3. C.		8	5	2	5	2	2	2		
2.3. D.		3	3	3	3	3	3	5	3	
2.3. E.		4	5	7	3	3	1	2	1	
2.3. F.		2	6	6	5	4	3			
2.3. G.			2	2	5	5	4	4	4	
2.3. H.				1	2	7	3	5	8	

Nota: 4 panelistas no contestaron al primer cuestionario.

Cuestionario 2

ÍTEM	GRADO DE ACUERDO					
	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
1.1.a		1	3	3	13	1
1.1.b			3	5	12	1
1.1.c			2	7	11	1
1.1.d		2	2	9	7	1
1.1.e		1	1	5	14	
1.2.a		1	2	9	9	
1.2.b		2		7	11	
1.2.c	1	1	1	2	16	1
1.2.d					13	1
1.2.e	1	1	2	8	8	1
1.2.f			2	9	10	
1.2.g			1	8	12	

ÍTEM		VALORACIÓN PERTINENCIA Y FACTIBILIDAD					
		Nada	Poco	Indiferente	Bastante	Muy	NS/NC
2.2.A.a	P		3	1	6	11	
	F	1	6	1	10	3	
2.2.A.b	P		2	2	8	9	
	F	1	5	4	8	3	
2.2.B.a	P		1		9	11	
	F		4	3	9	5	
2.2.B.b	P	1	1	2	6	10	1
	F	1	4	1	7	6	2
2.2.C.a	P	2	1	2	10	6	
	F	2	2	3	12	1	1
2.2.C.b	P		3	2	8	8	
	F	1	3	5	10	2	
2.2.C.c	P		1		6	14	
	F		7	2	7	5	
2.2.C.d	P			5	9	7	
	F		2	7	9	3	

Legenda: P: Pertinente, F: Factible

