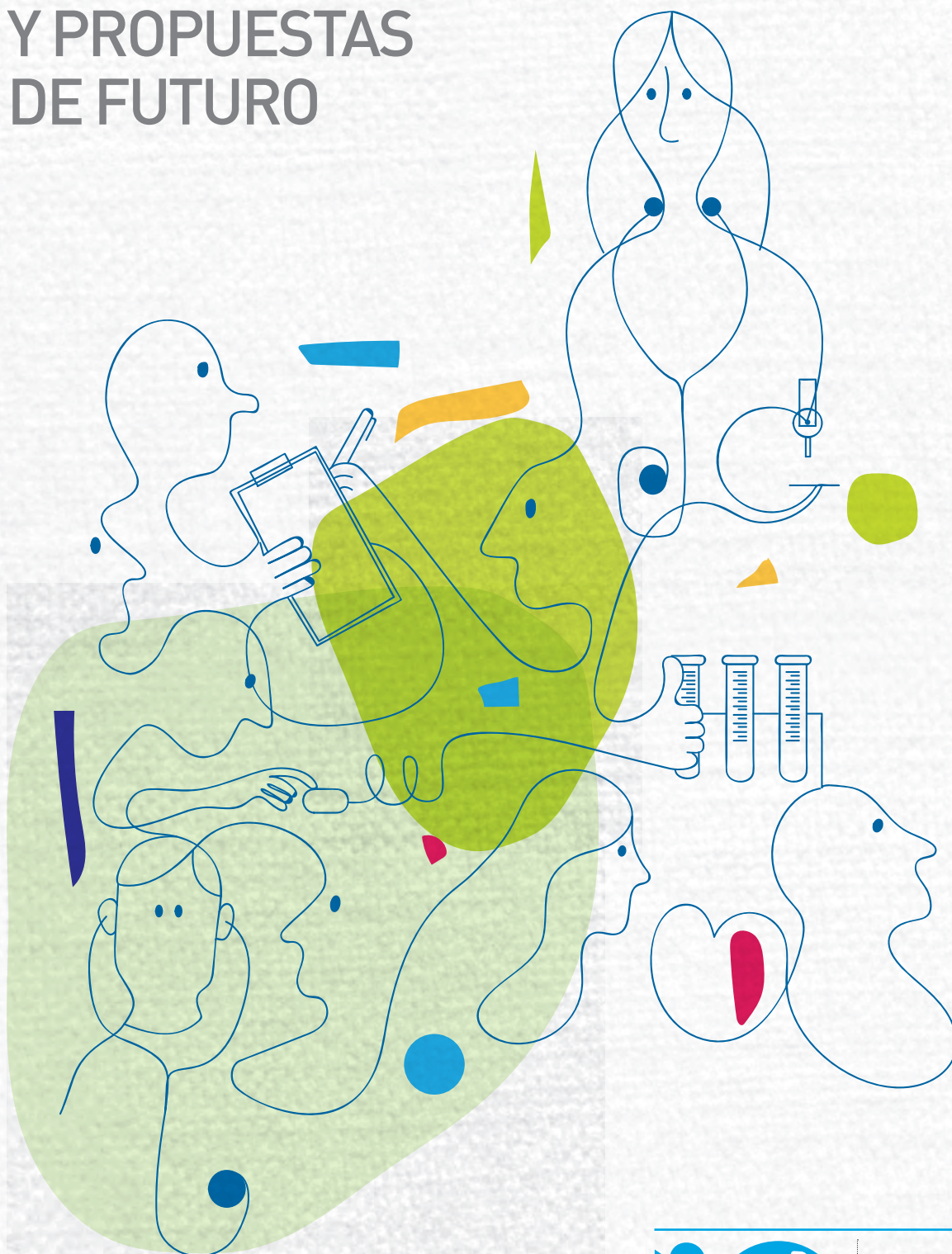
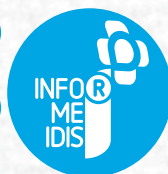


EL RETO DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS INTERMEDIOS: MAPA DE RECURSOS Y PROPUESTAS DE FUTURO



2016



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Salud

LA
SUMA DE TODOS
APORTA VALOR
A LA SANIDAD



**EL RETO
DE LOS CUIDADOS
SOCIOSANITARIOS
INTERMEDIOS:
MAPA DE
RECURSOS
Y PROPUESTAS
DE FUTURO**

Documento propiedad intelectual del Instituto
para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)

Documento elaborado por Antares

ISBN: 978-84-617-4892-1
Instituto para el Desarrollo e Integración de la
Sanidad (IDIS). El reto de los cuidados sociosanitarios
intermedios: mapa de recursos
y propuestas de futuro. Madrid, octubre 2016.

Con la colaboración de Edad&Vida



Índice

| | |
|--|-----------|
| Presentación | 4 |
| 1. Resumen ejecutivo | 6 |
| 2. Introducción | 10 |
| 3. Atención sociosanitaria | 12 |
| 3.1. Definición de atención sociosanitaria | 13 |
| 3.2. Perfiles beneficiarios de la atención sociosanitaria | 15 |
| 3.3. Los cuatro ámbitos de la atención sociosanitaria | 16 |
| 3.4. Los cuidados sociosanitarios intermedios | 17 |
| 4. Beneficios de los cuidados sociosanitarios intermedios | 20 |
| 4.1. Mejora de los resultados en salud y de la satisfacción del paciente | 22 |
| 4.2. Mejor utilización de recursos sanitarios y coste efectividad | 24 |
| 4.3. Modelo de cuidados e intervenciones eficaces | 25 |
| 5. Demanda insatisfecha y atendida de forma inadecuada | 26 |
| 5.1. Utilización inadecuada de camas de agudos | 29 |
| 5.2. Ingreso en centros residenciales de larga estancia | 30 |
| 5.3. Pacientes atendidos en el entorno comunitario | 31 |
| 5.4. Situación insostenible ante el envejecimiento de la población | 32 |
| 6. Una oferta de cuidados sociosanitarios intermedios insuficiente y asimétrica | 34 |
| 6.1. Mapa de cuidados intermedios en España | 35 |
| 6.2. Análisis comparado internacional | 43 |
| 6.3. Resumen de la demanda sociosanitaria actual | 49 |
| 7. Propuesta para el desarrollo de los cuidados sociosanitarios intermedios | 50 |
| 7.1. Prioridad en la agenda de la política social y sanitaria | 51 |
| 7.2. Sistema de acreditación de centros que clarifique roles y responsabilidades | 53 |
| 7.3. Desarrollo normativo claro de perfiles de beneficiarios y cartera de servicios | 55 |
| 7.4. Despliegue de la oferta adaptada a las características de las comunidades autónomas | 58 |
| 7.5. Sistema adecuado de pago por actividad | 61 |
| 8. Conclusiones | 62 |
| 9. Anexos | 66 |
| 9.1. Fichas de actividad sociosanitaria de las comunidades autónomas | 67 |
| 9.2. Estudio de camas “liberables” de agudos | 84 |
| 10. Autores y colaboradores | 86 |
| 10.1. Equipo de trabajo | 87 |
| 10.2. Reunión de expertos | 87 |
| 10.3. Edición y redacción | 87 |
| 11. Bibliografía | 88 |
| 11.1. Estudios consultados para la elaboración del informe | 89 |
| 11.2. Otra bibliografía consultada | 91 |

PRESENTACIÓN

LA SALUD Y LA ASISTENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES, UNA PRIORIDAD EVIDENTE

Es evidente que las poblaciones de los países desarrollados experimentan un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes y que las pirámides de población están sufriendo un vuelco progresivo que no por dejar de ser previsible está siendo disruptivo, cambiando las previsiones sociales y sanitarias de nuestra sociedad occidental.

Según datos de la OCDE (Health at a Glance 2015, OECD Indicators) en los países de su ámbito "la esperanza de vida sigue aumentando de manera constante; se incrementa en 3-4 meses cada año. En 2013, la esperanza de vida al nacer llegó a 80,5 años en promedio; un aumento de más de diez años desde 1970. Japón, España y Suiza encabezan un grupo de ocho países de la OCDE en los que la esperanza de vida ahora rebasa los 82 años".

En estudios recientes realizados en España se observa que el porcentaje de personas mayores de 65 años sobre la población total se ha duplicado prácticamente en poco más de dos décadas y se espera que en el año 2050 alcance el 36% siendo España el tercer país en este rango de edad tras Japón y Corea. Por otro lado, se espera que también en ese mismo año, en 2050, el porcentaje de personas mayores de 80 años alcance el 15% en nuestro país figurando en el segundo lugar de los países de la OCDE tras Japón.

España sigue su proceso de envejecimiento según confirman los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2015. En este sentido, de los cerca de cuatro millones de personas mayores de 65 años que había en nuestro país en 1981, se ha pasado a una cifra que el 1 de enero de 2016 superaba con creces ya los ocho millones (8.701.380), un 18,7% de la población total (46.438.422).

La esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea y tal y como apuntan Antonio Abellán y Rogelio Pujol del departamento de población del CSIC: "Los mayores suponen el 43,3% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas que el resto de la población. Más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a la población mayor, el 54,9%".

A pesar del logro social que supone este aumento en la esperanza de vida de las personas, el proceso de envejecimiento poblacional plantea retos importantes de carácter económico y social. En este sentido, tanto en España como en los países de nuestro entorno geográfico, el debate se centra básicamente en las consecuencias que el envejecimiento demográfico plantea sobre la solvencia financiera de los programas públicos de pensiones y de atención socio-sanitaria.

El envejecimiento y la consiguiente inversión de la pirámide poblacional, el aumento de los movimientos migratorios, la innovación constante en diagnóstico y terapéutica y el incremento de la cronicidad suponen una mayor demanda de servicios asistenciales, lo que implica problemas de acceso, equidad, cohesión y financiación que es necesario atajar.

Los estudios económicos pronostican que dentro de unos años el gasto sanitario que se precisará para dar cobertura universal en condiciones de equidad será el doble que en la actualidad. En España el gasto sanitario "per cápita" y en relación al PIB se encuentra por debajo de la media de los países de la OCDE y en términos de reparto la participación del gasto público ha descendido en los últimos cinco años y por el contrario la participación del gasto privado en el total del gasto sanitario ha aumentado en el mismo periodo de tiempo.

Este perfil económico dentro de los tiempos de crisis que nos toca afrontar unido al aumento de la esperanza de vida y por lo tanto de las enfermedades crónicas, pone en serias dificultades la solvencia del sistema y hace necesaria una reorganización y coordinación de la atención social y sanitaria. Es imprescindible fomentar la atención integral e integrada de los pacientes crónicos y de las personas en situación de dependencia, para ello es clave una correcta coordinación socio-sanitaria que sitúe a la persona en el centro y permita ofrecerle los recursos más adecuados a sus necesidades de cada momento.

El propósito marcado desde el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) en este ámbito es fomentar precisamente dicha atención integral e integrada de los enfermos crónicos y de las personas en situación de dependencia, así como poner en valor la necesidad de una corresponsabilidad social mediante la colaboración del sector público y privado para alcanzar un marco sostenible que garantice la calidad de vida de las personas mayores y el sostenimiento del estado del bienestar. Es imprescindible tomar conciencia de que la clave para mejorar la sostenibilidad y solvencia del sistema en su conjunto es la optimización de recursos y dentro de esa estrategia es fundamental la participación del sector sociosanitario privado.

A la vista de los resultados de este informe de la Fundación IDIS y de las proyecciones demográficas, los expertos pronostican un futuro en que "la dependencia y la salud de las personas mayores serán el hecho dominante en la prestación de servicios personales públicos y privados". Por esto, la medicina preventiva sobre los hábitos de las personas, la búsqueda de modelos alternativos a la hospitalización tradicional, los modelos de atención integrada de servicios ("long term care"), la construcción de un espacio sociosanitario en España con integración de los servicios sociales y sanitarios o la creación/reconocimiento de nuevas profesiones relacionadas con este ámbito así como las TIC aplicadas a la cronicidad entre otros, son elementos clave a tener en cuenta en una estrategia sólida de futuro.

La Fundación IDIS, dentro de este marco de referencia propone una reforma global del sistema para entroncarlo con los nuevos tiempos que nos toca vivir, marcados fundamentalmente por el envejecimiento, la cronicidad y la evolución exponencial de los avances tecnológicos y científicos que aparecen día a día.

Una reforma estructural (no coyuntural) en la que participen todos los agentes implicados y en la que, además de lo expuesto, se prioricen las prestaciones (bolsa única para sanidad y dependencia), se adapten las estructuras e infraestructuras a la realidad social y poblacional y se garantice la gobernanza del sistema y la estabilidad de las instituciones sanitarias. Una reforma en la que se haga un uso eficiente y razonado de todos los recursos disponibles planificando el sistema en función de resultados sanitarios y se estimulen e impulsen los diferentes modelos de colaboración público-privada existentes y futuros.

Por otro lado, es también necesario implantar criterios de eficiencia y fórmulas de corresponsabilidad ciudadana en la gestión de la propia salud. Es fundamental una estrategia TIC integrada que fomente nuevos modelos de interoperabilidad y facilite la monitorización y atención de pacientes con enfermedades crónicas, a la vez que se incorpore al sistema toda innovación que basada en la evidencia científica disponible contribuya a afrontar con satisfacción esta situación de cambio demográfico no exenta de complejidad.

En definitiva para afrontar con éxito este reto es fundamental impulsar toda iniciativa de calado que vaya en pos de la creación de un sistema y un espacio socio-sanitario integrado capaz de aportar calidad, confianza, credibilidad y resultados a una sociedad como la nuestra que nos lo está demandando, todo ello dentro de un nuevo modelo económico y social que precisamos ya con urgencia.

RESUMEN EJECUTIVO

LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

La atención socio sanitaria se define como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con la finalidad de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

La atención socio sanitaria debe entenderse a su vez como una yuxtaposición de cuatro ámbitos diferenciados, aunque no excluyentes, delimitados por los perfiles de pacientes a los que prestan atención:

- Personas con pérdida de autonomía.
- Personas con enfermedades crónicas.
- Personas con necesidades de cuidados intermedios post-hospitalarios.
- Personas con necesidades de atención en salud mental.

LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS (CSIs)

El presente documento pretende ofrecer un análisis exhaustivo del estado de situación y perspectivas de futuro del ámbito de los cuidados socio sanitarios intermedios (CSIs). Esta modalidad asistencial ha supuesto un reto para los sistemas sanitarios y sociales en los últimos años y en nuestro país aún tiene un largo camino por recorrer para ser comparable con otros países de nuestro entorno.

Este tipo de cuidados representan la transición del paciente de un episodio de hospitalización aguda a su domicilio o residencia, caracterizado por una dependencia médica y social y la posibilidad de recuperación funcional. Una de las características fundamentales de los cuidados socio sanitarios intermedios es la multidisciplinariedad que requieren. Asimismo, los pacientes que reciben este tipo de atención han de ser debidamente seleccionados, pues no es adecuada para todos los perfiles englobados en el sector socio sanitario. La estancia media para este tipo de cuidados oscila entre las 2 y 6 semanas, estando destinados a pacientes que de otra forma alargarían su estancia en el hospital de agudos.

¿QUÉ BENEFICIOS APORTAN LOS CSIs?

Los cuidados socio sanitarios intermedios permiten, por tanto, liberar recursos de los hospitales de agudos y regular la utilización de otros servicios sanitarios como visitas y urgencias. No obstante, el principal beneficio de este tipo de cuidados, como así lo recogen los estudios disponibles, es la satisfacción del paciente que recibe esta modalidad de atención. No resulta extraño, por tanto, decir que los cuidados socio sanitarios intermedios generan una atención centrada en el paciente, motivada fundamentalmente por su recuperación en un entorno lo más confortable posible. Aunque los cuidados socio sanitarios intermedios liberen recursos y generen un ahorro evidente, su coste-efectividad es difícil de valorar debido a la complejidad de las metodologías empleadas en los estudios consultados. Asimismo, se han reportado resultados similares a la hospitalización tradicional en cuanto a resultados en salud y mortalidad.



CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA

Ante un panorama sanitario en el que el 45% de las altas médicas anuales se producen en mayores de 65 años, es necesario generar nuevas estructuras o reconvertir de forma eficaz los servicios ya existentes para hacer frente a la demanda futura generada por el progresivo envejecimiento de la población. A día de hoy, se atiende de forma inadecuada a muchos pacientes cuya atención idónea pasa indudablemente por los cuidados sociosanitarios intermedios. Debido a la inexistencia de los recursos sociosanitarios necesarios para atender a estos pacientes, actualmente se han desarrollado otras formas de atención poco apropiadas para el perfil del paciente:

- **El alargamiento de la estancia en hospitales de agudos.** Se estima que en España se realizarían 1,4 millones de estancias inadecuadas, el equivalente a 4.300 camas de hospitalización con un coste asociado de 884,8 millones de €.
- **El alta temprana del paciente y posterior ingreso en centros residenciales privados para terapia rehabilitadora.** Según las mismas estimaciones se producirían al año más de 10.500 ingresos de pacientes con necesidades sociosanitarias en centros residenciales privados, algunos de los cuales no disponen de los recursos necesarios para ofrecer una rehabilitación del paciente con buenos resultados terapéuticos.
- **El alta del paciente y atención a domicilio.** Aunque difícilmente cuantificable ante la falta de información, muchos pacientes son atendidos por atención primaria en el propio domicilio sin haber desarrollado recursos especializados para ello.

Aunque la demanda se ha absorbido hasta ahora de forma considerablemente eficiente, los mecanismos generados no podrán mantenerse durante mucho más tiempo. La alternativa más sensata, con menor coste y mayores beneficios para los pacientes es sin duda los cuidados sociosanitarios intermedios, ya sean ofrecidos en un centro específico, en centros residenciales debidamente acreditados o en el propio domicilio del paciente.

MAPA DE RECURSOS SOCIO SANITARIOS

El mapa sociosanitario de España a día de hoy resulta complejo debido a la cantidad de recursos disponibles, de muy diferente índole y a muy diferente nivel. Esta oferta se ha llevado a cabo mediante:

- **Plazas de media y larga estancia.** Existen 15.132 camas en 134 centros de convalecencia y geriatría. A pesar de que el número de camas ha crecido un 78% en los últimos 20 años, la cobertura española de 0,33 camas por 1.000 habitantes es claramente insuficiente y muy alejada del estándar internacional de 1 cama por 1.000 habitantes. Si atendemos al número de plazas por comunidad autónoma, observamos que una única comunidad (Cataluña) concentra más del 50% de las plazas.
- **Hospitalización a domicilio.** Las 107 unidades disponibles en el territorio nacional atendieron en el último año a casi 100.000 pacientes. Al igual que sucede con las plazas de media y larga estancia, la oferta se encuentra muy concentrada territorialmente en la Comunidad Valenciana (37% del total) y Cataluña (19% del total).
- **Centros residenciales de larga estancia.** España se sitúa próxima a los estándares internacionales con sus 381.480 plazas, lo que supone una media de 4,44 plazas por 100 personas mayores de 65 años. La cobertura en este caso también es asimétrica, siendo muy superior en las provincias con una baja densidad de población y amplia dispersión de centros.

En comparación con otros países del entorno europeo, España aún tiene un largo camino por recorrer, especialmente en la creación de plazas sociosanitarias en centros específicos. Los países con una oferta más robusta de los estudiados son Suiza, Alemania y Francia, con una cobertura hasta 7 veces superior a la de España.

PROPUESTAS DE FUTURO

Teniendo en cuenta los problemas derivados de la demanda y los recursos disponibles, es necesario realizar propuestas realistas y acordes a la situación en la que se encuentra sumido el sector de los cuidados sociosanitarios intermedios. Las propuestas para el desarrollo de este nivel asistencial son:

- Establecer los cuidados sociosanitarios intermedios como prioridad política, ya no sólo a nivel regional cómo se ha desarrollado hasta ahora, sino a nivel nacional. Los principales argumentos para ello radican en la contención de la demanda en hospitalización de agudos y el desarrollo de un modelo de atención mucho más adecuado y eficaz para los pacientes.
- Desarrollar un sistema de acreditación de centros para asegurar la calidad de los servicios, adecuar la regulación y aumentar la visibilidad de los cuidados sociosanitarios intermedios entre los usuarios.
- Apostar por un desarrollo normativo que defina de forma clara el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación. De esta manera se garantizaría la equidad de los cuidados intermedios en todo el territorio y se adaptaría el modelo asistencial a los nuevos retos demográficos y sociales.

- Adaptar el desarrollo de la oferta en cada comunidad autónoma a los recursos ya disponibles en cada una de ellas. La existencia de una amplia gama de recursos en cada comunidad permite multitud de opciones adecuadas para el desarrollo de la oferta sociosanitaria. Si bien algunas comunidades pueden aprovechar los recursos ya existentes (bien en centros de media y larga estancia, hospitalización a domicilio o centros residenciales acreditados), otras comunidades deberían aumentar necesariamente la capacidad mediante la creación de nuevas plazas. No existe una única solución adecuada, sino que cada comunidad debe adaptar su situación específica para generar una oferta basada en necesidades reales.
- Adoptar un sistema de pago por actividad adecuado, incentivando la transición del hospital de agudos a los cuidados intermedios. De esta forma se maximizaría la eficiencia de los cuidados y se favorecerán los modelos más orientados al usuario.

Parece obvio pensar por tanto, que desarrollar estas propuestas es una apuesta segura hacia la mejora de la calidad de la atención, la mayor satisfacción del paciente, la contención de la demanda en hospitales de agudos y la mayor eficiencia del sistema. Apostar por los cuidados sociosanitarios intermedios, es por tanto, apostar por el desarrollo a corto plazo del sistema sanitario y social y **garantizar así, el derecho de las personas a una atención sociosanitaria equitativa y de calidad.**



INTRODUCCIÓN

La atención sociosanitaria, ha representado un reto para el Sistema Nacional de Salud en los últimos años. Los avances alcanzados en nuestro país hasta el día de hoy en este ámbito no han supuesto logros significativos, excepto algunas experiencias aisladas a nivel autonómico. Mientras que el desarrollo de la

atención sociosanitaria en España es todavía escaso y desigual, esta modalidad de atención ha experimentado grandes avances en la mayoría de países de nuestro entorno.

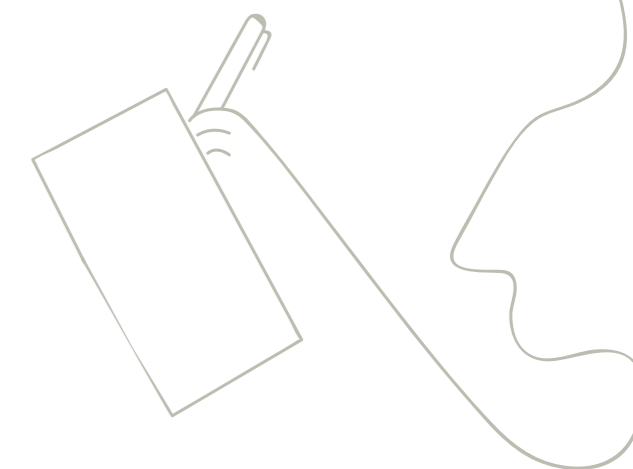
El desarrollo de la atención sociosanitaria ha estado potenciado, entre otros, por los siguientes factores:

- 1 Presión asistencial en hospitales de agudos
- 2 Envejecimiento de la población y aumento de la cronicidad de las patologías
- 3 Tecnología disponible que permite la terapia de pacientes en el propio domicilio
- 4 Políticas de cuidados continuos e integrados
- 5 Aumento de la presión en la financiación del sistema
- 6 La propia elección del paciente
- 7 Evaluaciones positivas de estrategias similares desarrolladas

Fuente: Better services for vulnerable people: maintaining the momentum. London: Department of Health (1997).

Los beneficios de este abordaje integrado y coordinado de los pacientes con necesidades asistenciales específicas han sido constatados en múltiples estudios, destacando el éxito en la rehabilitación de los pacientes y la reducción del consumo de recursos asistenciales y sociales (camas de agudos y de larga estancia fundamentalmente).

El presente documento pretende ofrecer al lector un análisis del estado de situación de la atención sociosanitaria en España, concretamente del ámbito de los cuidados sociosanitarios intermedios y, determinar el grado de avance que ha experimentado este sector frente a otros países del entorno europeo. Se ha considerado oportuno incidir en las barreras a las que se enfrenta la atención sociosanitaria y las palancas disponibles para su desarrollo, ya que son estos elementos los que determinarán el éxito o fracaso de las futuras iniciativas.



ATENCIÓN SOCIO SANITARIA



La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud definía por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico el concepto de atención socio sanitaria. Los reales decretos posteriores a esta ley no fijaron la cartera de servicios correspondientes a la prestación socio sanitaria, incumpliendo el mandato legal.

La Ley de Dependencia de diciembre de 2006, a pesar de incluir algunas alusiones a la coordinación socio sanitaria, tampoco dio respuesta a la necesidad de regulación específica para este tipo de cuidados. Por ello, el Real Decreto Ley de 19 de agosto de 2011 establecía la necesidad de desarrollar una Estrategia Socio sanitaria antes de 2013. Como consecuencia de ello, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicaba en diciembre de 2011 el Libro Blanco de la Coordinación Socio sanitaria en España.

3.1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

De acuerdo al artículo 14 de la mencionada Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se puede definir la atención socio sanitaria como el **conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con la finalidad de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social**, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

Se añade que dicha atención comprende con carácter básico los cuidados sanitarios de larga duración de la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención socio sanitaria supone, por tanto, un **conjunto de cuidados o servicios, para cuya provisión es necesario desarrollar estructuras asistenciales adecuadas y adaptadas a los recursos disponibles e integrarlas de forma efectiva en el sistema sanitario ya existente**. Se abre aquí un nuevo debate, defendiendo algunos expertos la necesidad de integrar los servicios que constituyen este ámbito asistencial, y no necesariamente las estructuras de soporte desarrolladas.

El Libro Blanco de la Dependencia publicado en 2004 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) apostaba por la coordinación socio sanitaria para el desarrollo de este abordaje

asistencial. Este modelo presuponía la existencia de dos redes asistenciales (la sanitaria y la social), sobre las que desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a ordenar los sistemas y ofrecer una respuesta integral a los pacientes que requieren este tipo de cuidados. En este documento se incide en algunas cuestiones metodológicas de interés:

- Confluencia de mapas sanitarios y servicios sociales.
- Descentralización en la toma de decisiones.
- Diseño de protocolos conjuntos.
- Sistemas de información y de valoración comunes.
- Equipos multidisciplinares.

Los expertos coinciden asimismo en destacar la necesidad de respuestas individualizadas y centradas en el paciente, ya que así lo determinan la complejidad y el carácter multifacético de este ámbito.

CONCEPTOS CLAVE

- Intervención simultánea, significativa y sinérgica centrada en el paciente.
- Recuperación de la autonomía, paliación de limitaciones o facilitación de la reinserción.
- Intervención limitada en el tiempo con puntos de entrada y salida bien definidos.
- Continuidad y coordinación de servicios.

La complejidad del concepto y la implicación de multitud de servicios de diferentes ámbitos, provocan que ciertas estrategias se clasifiquen como socio sanitarias, aunque no cumplan estrictamente los criterios establecidos ya que se comportan como un eslabón indispensable en la continuidad de la cadena de cuidados. El *National Health Service* (NHS) incidió en algunos servicios y formas de atención que son común y erróneamente identificados como intervenciones socio sanitarias, es el caso entre otros de la rehabilitación, incluida dentro de los cuidados de agudos u otros servicios de apoyo.

Las modalidades y recursos de atención socio sanitaria están claramente definidos, siendo el elemento clave la capacidad de asegurar la continuidad asistencial entre el ámbito social y el sanitario mediante estrategias de integración y coordinación. Aunque determinados argumentos técnicos apoyen la unificación de estructuras en una red única, se podrían generar duplicidades y por tanto, costes adicionales de gestión. La coordinación socio sanitaria favorece el reconocimiento de las competencias de ambos ámbitos, haciendo que la eficiencia, sostenibilidad y resultados del sistema sean óptimos.

TABLA 1

INTEGRACIÓN DE ÁMBITOS EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

| Ámbito social | Equipo multidisciplinar gestor del caso (nivel primario de atención sanitaria y social) | Ámbito sanitario |
|---|---|---|
| <p>Atención en domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> Particular/acogimiento familiar (atención social básica, servicios de ayuda, servicios de tutela y acompañamiento, u otros...) Tutelado (vivienda tutelada, hogar funcional para mayores, hogar para discapacitados...) Teleasistencia social <p>Atención con estancias diurnas</p> <ul style="list-style-type: none"> Centros de día en sus diferentes variaciones (centro de día especializado, centro de rehabilitación psicosocial, centro de día para personas dependientes, terapia ocupacional...) <p>Atención en centros residenciales (para personas mayores, para personas con discapacidad...)</p> <ul style="list-style-type: none"> Con asistencia social Con asistencia social y sanitaria (residencias asistidas) <p>Atención en centros monográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> Centros monográficos (CEADAC...) | | <p>Atención en domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención primaria Atención domiciliaria Hospitalización a domicilio Cuidados paliativos Seguimiento y monitorización de pacientes crónicos o convalecientes (telemedicina, etc.) <p>Atención en consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención primaria Atención especializada <p>Atención en centro de día</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospital de día Unidad de rehabilitación Centro de salud mental <p>Atención con Ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> Hospital de agudos Hospital de media-larga estancia Unidades de convalecencia Cuidados paliativos |

Fuente: Documento de base para una atención integral Sanitaria. Sanitaria 2000, mayo 2015.

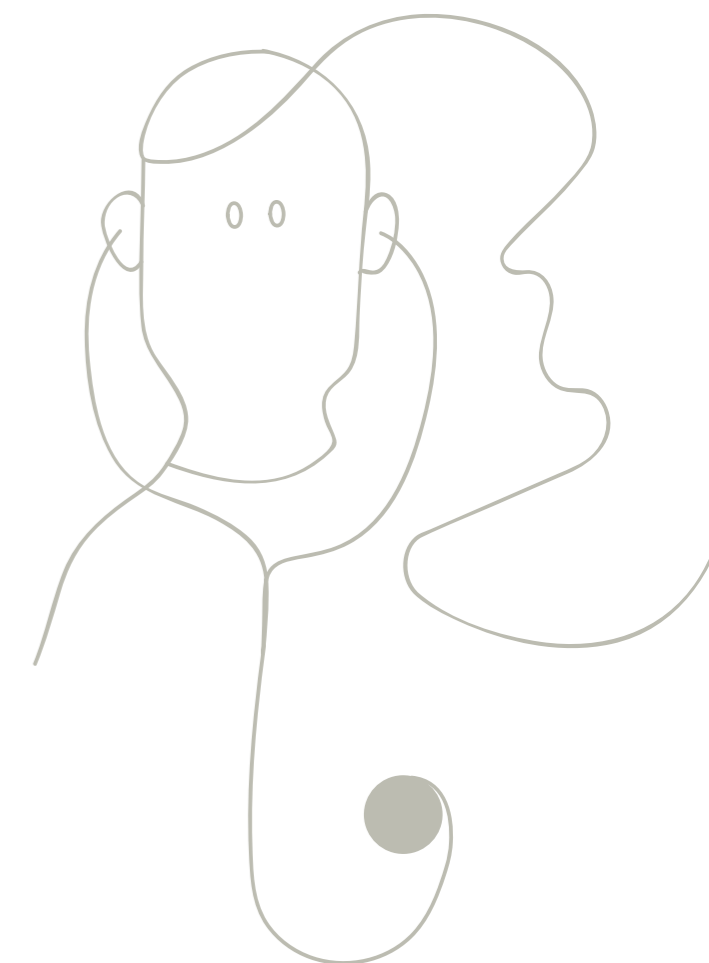
3.2. PERFILES BENEFICIARIOS DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Una vez definida la atención socio sanitaria, es necesario delimitar su alcance en base a los perfiles de necesidad de los pacientes. Aunque tradicionalmente se ha asociado la atención socio sanitaria con los pacientes ancianos y crónicos, son muchos los perfiles que pueden beneficiarse de la atención socio sanitaria.

Concretamente, la atención socio sanitaria debe dar respuesta a los siguientes perfiles^{1,2}:

- Personas con pluripatología (más de 2-3 diagnósticos) y enfermedades crónicas de larga duración.
- Personas que sin patología previa relevante sufren un proceso que, superada la fase aguda, causa incapacidad grave potencialmente reversible.
- Personas que tras una intervención quirúrgica o proceso agudo sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o exploraciones antes de volver al domicilio.
- Personas avanzadas sin expectativa de curación y con pronóstico de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort.
- Personas que necesitan cuidados y curas, o administración de medicamentos que requieren técnicas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos.
- Personas enfermas con riesgo de empeoramiento de su estado de salud y con dependencia funcional, incluyendo las personas con demencia, enfermedades crónicas de larga evolución y personas mayores frágiles, entre otras.

- Personas con discapacidad física y dependencia funcional elevada (personas con daño cerebral adquirido, enfermedad neurodegenerativa u otras enfermedades raras o crónicas que causen limitación funcional severa, lesión medular adquirida, entre otros).
- Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental:
 - trastorno mental moderado o grave de evolución prolongada,
 - patología adictiva y
 - discapacidad asociada a enfermedad mental en menores de edad con alteraciones importantes de conducta, todos ellos con alta necesidad de cuidados sociales y sanitarios.



3.3. LOS CUATRO ÁMBITOS DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Los ocho perfiles de pacientes socio sanitarios definidos y bien diferenciados disponen de objetivos asistenciales asociados de muy diferente índole. Dichos objetivos pueden agruparse en cuatro categorías diferentes, generando, por consiguiente, los cuatro grandes ámbitos de la atención socio sanitaria. Estos ámbitos no son excluyentes, de forma que los pacientes pueden mutar sus perfiles y objetivos, ocupando varios de estos ámbitos al mismo tiempo.

Debido a esta yuxtaposición de ámbitos, resulta evidente pensar que las necesidades de coordinación y comunicación entre los diferentes ámbitos de la atención socio sanitaria deben ser exhaustivas para evitar duplicidades y conseguir una gestión óptima del paciente.

FIGURA 1

LOS ÁMBITOS DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA



Fuente: Elaboración propia.



3.4. LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS

El presente estudio se centra en la atención socio sanitaria que denominamos Cuidados Socio sanitarios Intermedios, entendidos como los **cuidados que se prestan en el momento entre la enfermedad aguda y la generación de discapacidades potencialmente recuperables. Este tipo de cuidados representan la transición del paciente de un episodio de hospitalización aguda a su domicilio o residencia.** Uno de los principales problemas a los que se han tenido que enfrentar los expertos del sector es la terminología del concepto, poco homogénea internacionalmente. Esto ha provocado que en España se hayan empleado multitud de términos provenientes de la traducción literal de algunos conceptos habituales en países de nuestro entorno. En Francia, los CSIs se denominan *Soins de suite* et de *Readaptation* (cuidados de continuación y readaptación), mientras que en Bélgica se denominan *Soins prolongés* (cuidados prolongados). Por otro lado, Reino Unido agrupa los cuidados intermedios bajo los conceptos *Intermediate Care* o *Transition Care*. Cabe destacar que la denominación de *Long Term Care*, cuya traducción literal son cuidados a largo plazo y cuyo alcance es mucho más amplio que los CSIs, parece ser la más habitual en aquellos países que no emplean ninguna terminología propia.

Actualmente en España las denominaciones más comunes para este tipo de cuidados incluyen:

- **Cuidados subagudos³:** orientados a tratar de manera inmediata después de un proceso de hospitalización aguda uno o más problemas médicos complejos. La estancia media suele ser inferior a los 10 días.
- **Cuidados de transición:** conjunto de acciones destinadas a garantizar la coordinación y la continuidad de la salud durante la transferencia de pacientes entre diferentes ubicaciones o diferentes niveles de atención.
- **Cuidados post-hospitalización:** nivel de atención limitado a un período de tiempo de corta duración tras un episodio agudo de hospitalización.
- **Cuidados socio sanitarios intermedios³:** acciones asistenciales de carácter multidisciplinar con el fin de rehabilitar parte o la totalidad de la capacidad funcional afectada en el paciente tras un proceso agudo. Es el término que emplearemos a lo largo del documento por su idoneidad.

La elección del término cuidados socio sanitarios intermedios debe entenderse como un concepto amplio, el cual incluye todos los cuidados de postagudos anteriormente mencionados, además de compartir el objetivo de contribuir a la mejora de los resultados en salud de los pacientes. El alcance de los CSIs englobaría por tanto los cuidados situados entre dos extremos, en uno estaría el hospital de agudos con alta tecnología sanitaria y en el otro el domicilio o residencia social (medio sanitizado).

Los cuidados socio sanitarios intermedios son aquellas actividades que conciernen pacientes en transición entre el hospital y el domicilio, y de una situación de dependencia médica y social hacia una autonomía funcional.

El *King's Fund* fue pionero en intentar conceptualizar los cuidados socio sanitarios intermedios allá por 1997, cuando aún no eran reconocidos como parte indispensable del sistema sanitario. Por aquel entonces, los expertos coincidían en situar este tipo de cuidados en los límites de una amplia variedad de servicios ya existentes (cuidados comunitarios, cuidados continuados, etc.). De acuerdo a los expertos, estos servicios podrían constituir los cimientos sobre los que desarrollar las estructuras socio sanitarias, aunque también podrían constituir una barrera para el desarrollo de un nuevo paradigma asistencial.

Los cuidados socio sanitarios intermedios se definen bajo los siguientes criterios³:

- Están dirigidos a personas que de otra manera deberían hacer frente a largas hospitalizaciones innecesarias, o la inadecuación de su estancia hospitalaria.
- Se les proporciona sobre la base de una evaluación multidisciplinar exhaustiva, lo que resulta en un plan de atención individual estructurado que consiste en una terapia activa, tratamiento u oportunidad para la recuperación de las capacidades funcionales.
- Tienen un resultado previsto de maximizar la independencia y por lo general permite a los pacientes o usuarios volver a vivir en su domicilio habitual.

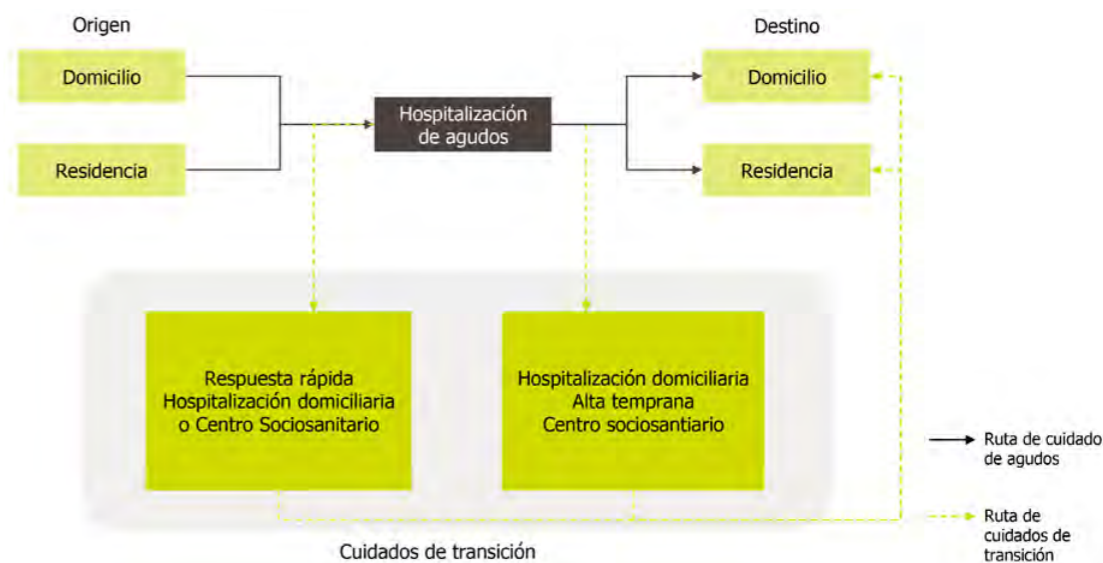
- Son de tiempo limitado, normalmente no más de 6 semanas y con una duración mínima de entre 1 y 2 semanas.
- Implican trabajo inter-profesional, con un marco de evaluación individual, los registros profesionales individuales y protocolos compartidos.

Este nivel de atención de los cuidados socio sanitarios intermedios, permite el retorno del paciente al domicilio, acorta las estancias medias y evita hospitalizaciones y reingresos innecesarios, garantizando la recuperación de las capacidades funcionales del paciente y la reincorporación a sus actividades habituales. Asimismo, el uso del pre-alta aparte de ser una herramienta para optimizar la estancia media implica una fuerte potenciación de las relaciones con otros centros y servicios para la gestión del paciente, y un refuerzo de la coordinación socio sanitaria.



FIGURA 2

CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS: ANTES Y DESPUÉS DEL HOSPITAL



Fuente: Elaboración propia.

Los elementos característicos de los cuidados socio sanitarios intermedios son:

- Identificación clara del perfil de los pacientes.
- Programas de planificación del alta médica y la transición.
- Cuidados médicos de media intensidad.
- Plan individualizado de atención y evaluación multidisciplinar: geriátrica, de rehabilitación, paliativa, psicogerítrica, etc...
- Predominio de los cuidados de enfermería y rehabilitación.

BENEFICIOS DE LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS

Para definir los beneficios de los cuidados socio sanitarios intermedios se ha acudido a la literatura científica disponible. Tras una extensa búsqueda bibliográfica se han revisado 29 estudios publicados en revistas científicas, y 2 estudios de revisión de literatura (del Reino Unido y Australia) que recopilan más de 87 estudios internacionales.

Los estudios analizados identifican beneficios potenciales de los cuidados intermedios en los siguientes cuatro ámbitos:

- Mejora de la satisfacción de los pacientes y profesionales.
- Utilización óptima y liberación de recursos sanitarios.
- Ahorro de costes (aunque el coste-efectividad es difícil de demostrar).
- Resultados en salud semejantes a los encontrados en otras modalidades de atención.

TABLA 2

CUADRO RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DE LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS

| Beneficio | Evidencia demostrada |
|--------------------------------|---|
| Satisfacción del paciente | Evidencia en mejora de la satisfacción del paciente. |
| Readmisiones | Evidencia de la reducción de readmisiones hospitalarias y de utilización de servicios sanitarios (visitas y urgencias). |
| Estancia media hospitalaria | Evidencia de que los pacientes transferidos a centros socio sanitarios de cuidados intermedios tienen menor estancia media hospitalaria que los no transferidos. |
| Coste-efectividad | Evidencia limitada sobre el coste efectividad de los cuidados de transición, principalmente por la dificultad metodológica de demostración. Por otra parte, sí existe evidencia de liberación de recursos en el ámbito hospitalario. |
| Capacidad funcional recuperada | Existe evidencia de que los pacientes que se benefician de los cuidados intermedios recuperan capacidad funcional, pero no hay evidencia de que esta recuperación sea superior a la de los pacientes que se recuperan en el hospital. |
| Retorno a domicilio | Evidencia débil de mejora significativa en tasa de retorno a domicilio. |
| Mortalidad | No existe evidencia de mejoras significativas en la tasa de mortalidad. |

Fuente: Elaboración propia a través de revisión bibliográfica.

Una buena parte de la literatura analiza los modelos de cuidados intermedios independientemente de que éstos sean mediante traslado a otro centro de internamiento o esquemas de atención domiciliaria:

- Gran parte de la literatura reporta la obtención de estos beneficios basada en gestionar la transición post-alta del paciente a diferentes esquemas de atención post-hospitalización.

- Los elementos que aparecen como esenciales son los considerados anteriormente: valoración multidisciplinar, planes de cuidados individualizados, preparación precoz del alta, gestión de la transición (gestión de casos), foco en la rehabilitación, coordinación de las necesidades de servicios, medidas de apoyo, seguimiento regular...
- Parece por tanto haber un esquema común de cuidados socio sanitarios intermedios para cualquier tipo de plan de servicios post-hospitalización de agudos.

- La literatura es muy variada cuando compara resultados en diferentes esquemas y para diferentes patologías o cuando se comparan los resultados de la atención domiciliaria, en centros socio sanitarios no especializados, o en centros especializados de rehabilitación.
- En cambio, es bastante coincidente al comparar los resultados de los modelos de cuidados socio sanitarios intermedios con la atención hospitalaria tradicional: los resultados son similares o mejores a la atención hospitalaria.
- Esta valoración es coincidente con la ya clásica evidencia de la mejora de resultados por la implantación de la valoración geriátrica de los pacientes.

Asimismo, la revisión de la literatura también permite identificar retos comunes para el desarrollo de los cuidados socio sanitarios intermedios:

- Falta de financiación o financiación insuficiente.

- Dificultad en atraer y retener profesionales cualificados.
- Aislamiento de los profesionales en medio rural.
- Trabajo efectivo coordinado entre el ámbito sanitario y social.
- Diferencias en condiciones de trabajo entre el ámbito sanitario y social.
- Sistemas de información incompatibles entre el ámbito sanitario y social.
- Falta de implicación de algunos médicos debido a una escasa información sobre los resultados clínicos.

Cabe destacar la falta de estudios e información disponible en determinados aspectos de notorio impacto y la enorme variedad de metodologías empleadas en los estudios que se encuentran disponibles, complicando la comparación y extrapolación de resultados. No obstante, veremos a continuación algunos ejemplos concretos del impacto de los cuidados intermedios en los sistemas sanitario y social.

4.1. MEJORA DE LOS RESULTADOS EN SALUD Y DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Los cuidados intermedios permiten a los pacientes recuperar su capacidad funcional y cognitiva, mejorar su calidad de vida y reducir su mortalidad de forma semejante a los pacientes que reciben hospitalización tradicional.

- Recuperación de la capacidad funcional y/o cognitiva: se ha encontrado evidencia de la efectividad de los cuidados intermedios en dolencias como el síndrome coronario agudo, ictus, fractura de cadera, malnutrición, demencia y depresión. Según los expertos, el estado inicial del paciente y la actitud de éste ante la terapia son dos elementos clave para determinar la efectividad de los programas de cuidados intermedios. Por ello, es fundamental realizar cuidadosamente la selección de pacientes que pueden

beneficiarse de este tipo de cuidados. En caso contrario, las iniciativas pueden suponer duplicar esfuerzos, escaso impacto y pérdida de coste-efectividad.

- Calidad de vida: los estudios^{4,5,6} sugieren que los pacientes disponen de una mejor calidad de vida al recibir tratamientos y terapias personalizadas que les permiten recuperar con mayor prontitud una parte o la totalidad de su capacidad funcional afectada.
- Mortalidad: no existe evidencia suficiente de que los cuidados intermedios reduzcan la mortalidad de los pacientes. No obstante, los expertos insisten en la efectividad de este tipo de cuidados, reportando resultados análogos a las alternativas tradicionales de hospitalización de agudos o ingreso en centros residenciales de larga estancia.

TABLA 3

BENEFICIOS POR PERFIL DEL PACIENTE

| Perfil paciente | Beneficios |
|--|---|
| Personas mayores tras episodio agudo o exacerbación enfermedad crónica ^{7,8,9} | <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados en salud en centros de cuidados intermedios son iguales o mejores a los de pacientes que permanecen en el hospital. • El número de readmisiones es inferior, así como los costes de atención. |
| Pacientes con fractura de cadera ^{10,11} | <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes tratados en un centro de cuidados intermedios para recuperación de fractura de cadera presentaron resultados de salud similares a los que permanecieron en el hospital: recuperación de capacidad funcional pendiente, % de altas a domicilio. • Sin embargo, el coste de la atención fue inferior. |
| Pacientes con accidentes vasculares cerebrales ^{12,13} | <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de resultados en salud positivos, pero mucha variación entre las intervenciones de cuidados intermedios debido a: diferentes enfoques (necesidad de formalizar el concepto y modelo de atención) y formas de medir los resultados. |
| Personas con enfermedades avanzadas sin expectativa de curación y con pronóstico de vida limitado ^{14,15} | <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con cuidados paliativos mejoran su calidad de vida: el alivio de los síntomas físicos (dolor, fatiga, falta de apetito, náuseas y vómitos) y el alivio de síntomas emocionales (asumir el final del proceso). • Coste-efectivo frente a tratamientos oncológicos sin expectativas de modificar curso de la enfermedad. |

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

Un estudio reciente de revisión de literatura¹⁶ (87 estudios de USA, Canadá, Europa, Australia, y Nueva Zelanda) aporta algunos elementos de interés que exponemos a continuación:

- Los programas de alta temprana o precoz tienen el mayor nivel de evidencia, existiendo estudios en los pacientes con fracturas de cadera, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y ancianos frágiles. Estos estudios evidencian que estas intervenciones generan mejores resultados funcionales, disminución en las admisiones en los centros de larga estancia, la reducción de reingresos y una mejor ratio de coste-efectividad.
- Hay pruebas razonables de que los cuidados socio sanitarios intermedios pueden mejorar la calidad de vida y la satisfacción del paciente, mientras que no existe evidencia de que las tasas de mortalidad se vean afectadas.

Los cuidados socio sanitarios intermedios destacan por sus altos índices de satisfacción, tanto entre pacientes como entre profesionales sanitarios:

- Experiencia del paciente. Algunos autores¹⁷ destacan la valoración positiva que hacen los pacientes sobre recibir estos cuidados en su propio domicilio o en centros residenciales, con una atención y cuidados continuos pero de carácter menos invasivo que los recibidos en las unidades de hospitalización.
- Satisfacción del profesional. Un estudio¹⁸ ponía de manifiesto algunas de las ventajas del trabajo coordinado que implican los cuidados intermedios. Si bien es necesario un intenso trabajo previo de coordinación e integración de servicios, los profesionales involucrados en este tipo de cuidados proveen una asistencia de mayor calidad y efectividad, sufren menores niveles de estrés y son más proclives a desarrollar iniciativas de carácter innovador.

4.2. MEJOR UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y COSTE EFECTIVIDAD

Los cuidados intermedios permiten una mejor utilización de recursos sanitarios, liberando principalmente la presión asistencial de los centros de hospitalización de agudos.

Uno de los puntos fuertes de esta modalidad de atención es, como se ha indicado anteriormente, su capacidad para liberar presión asistencial al sistema y utilizar de forma más eficiente los recursos disponibles:

- Reducción de admisión y/o readmisiones (tanto en hospitales como en centros de larga estancia). Según un estudio llevado a cabo en Reino Unido¹⁹, los pacientes hospitalizados que ya no requieren de cuidados especializados de agudos suponen entre el 20% y el 40% del total de camas disponibles. Sin ir más lejos, en España ciframos en 4.200 las camas ocupadas por pacientes que requieren cuidados intermedios, el equivalente a 5 grandes hospitales de tercer nivel (véase capítulo 4). Los cuidados socio sanitarios intermedios ofrecen, por tanto, una alternativa viable para aliviar la presión asistencial con un mínimo coste para el sistema.
- Reducción de estancia media hospitalaria. Los programas de cuidados intermedios consiguen reducir de forma efectiva la estancia media de los pacientes, siempre y cuando estos sean cuidadosamente seleccionados. En un estudio realizado en Reino Unido en el que se comparaban de forma aleatoria dos cohortes de pacientes ancianos (hospitalización tradicional vs alta temprana y rehabilitación) se probó que la estancia media se reducía en 9 días en el grupo que había sido dado de alta de forma precoz. Los pacientes además presentaban un alto grado de satisfacción y mejores resultados en los test realizados²⁰.

Aunque de forma aislada, este estudio pone en evidencia la bondad de los cuidados socio sanitarios intermedios como alternativa a la hospitalización tradicional en pacientes oportunamente seleccionados, de gran relevancia en el escenario económico y demográfico actual.

Los cuidados socio sanitarios intermedios suponen sin duda un ahorro de costes al sistema sanitario, aunque su demostración es compleja de desarrollar. Si bien es cierto, que los cuidados intermedios tienen un coste absoluto menor comparados con los cuidados de agudos, la evidencia encontrada sobre coste-efectividad de estos programas no es suficientemente robusta.

El estudio anteriormente citado de revisión sistemática de la literatura¹⁶ subraya que a pesar de no existir evidencia científica sobre el coste efectividad, existen algunos indicios de que los cuidados socio sanitarios intermedios trasladan los costes de la atención aguda; pueden liberar los servicios de atención aguda y prevenir la readmisión de pacientes agudos, al menos a corto plazo. Sin embargo, la evaluación del coste efectividad es muy compleja y no existe suficiente literatura al respecto.

Asimismo, un estudio reciente en el Reino Unido²¹, después de una década de implantación de los servicios de atención intermedia, concluyó lo siguiente:

- *“los datos disponibles no han mostrado ningún esquema de cuidados intermedios que sea eficaz en la reducción de costes en hospitales de agudos”.*
- *“la medición de los resultados y los costes de servicios complejos mediante técnicas convencionales puede ser demasiado insensible para detectar ganancias genuinas, y en la actualidad los pacientes que están siendo ingresados en los servicios de cuidados intermedios pueden no ser las personas con más probabilidades de beneficiarse”.*

Este estudio pone precisamente el énfasis en uno de los problemas frecuentemente identificados en los cuidados socio sanitarios intermedios: la inadecuación en el perfil de los pacientes que utilizan estos servicios.

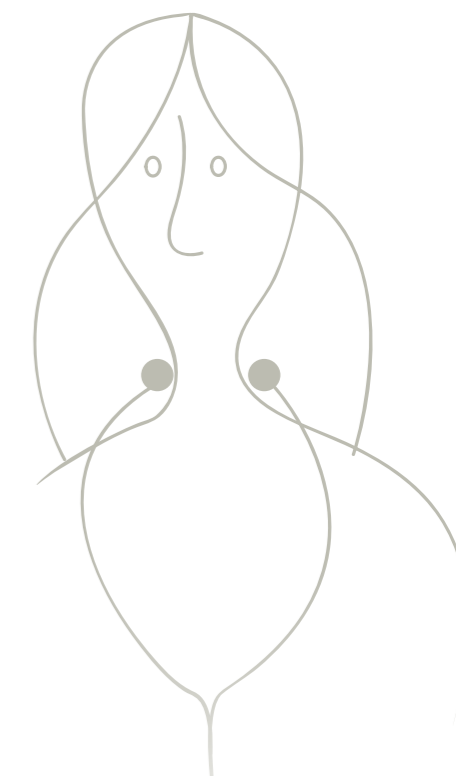
4.3. MODELO DE CUIDADOS E INTERVENCIONES EFICACES

La bibliografía consultada incide en que no hay un único modelo de cuidados socio sanitarios intermedios que destaque del resto de modelos. La identificación de modelos apropiados y eficaces y de rutas es complicada porque las definiciones de lo que constituye la atención socio sanitaria intermedia son muy variadas. Sin embargo, existen algunos elementos clave en el modelo de cuidados que hay que considerar:

- La adecuada selección de los pacientes para la entrada en las rutas de transición es crítica. Para llevarse a cabo de forma efectiva, los expertos deben llevar a cabo la selección de los pacientes.
- La necesidad de transiciones eficaces y fiables, tanto dentro como fuera de la ruta sub-aguda, es crítica ya que los cuidados socio sanitarios intermedios representan una transición de cuidados y por lo tanto, un riesgo para la seguridad del paciente.
- Focalización en la rehabilitación con la combinación adecuada de personal y terapeutas.
- Seguimiento regular y desarrollo de mecanismos de soporte.
- La necesidad de integrar los servicios de atención clínica y de atención social de pacientes socio sanitarios intermedios es un reto. La evidencia más relevante de los elementos esenciales para la atención de transición reside en la evaluación multidisciplinar y los planes de cuidados individualizados.

EN RESUMEN, LA REVISIÓN DE LA LITERATURA PARECE INDICAR:

- Los cuidados socio sanitarios intermedios o de transición, presentan unas mayores tasas de satisfacción de los pacientes..
- Asimismo, presentan resultados en salud similares a la atención en el ámbito hospitalario.
- Sin embargo, aportan una mejora significativa en la liberación de recursos hospitalarios, a través del potencial de admisiones evitables, readmisiones y estancia media.
- En este sentido, los cuidados intermedios tienen un potencial impacto económico positivo, aunque no está demostrado científicamente debido a una exigencia metodológica alta.
- Los cuidados socio sanitarios intermedios son relevantes para determinados perfiles de pacientes: fractura cadera, accidente vascular cerebral, expectativa de vida limitada, persona mayor proceso post-agudo, etc...
- Cabe destacar que la utilidad y beneficios de estos programas son evidentes, pero los pacientes han de ser cuidadosamente seleccionados y los servicios deben ser adecuadamente provistos para generar los resultados esperados.



DEMANDA INSATISFECHA Y ATENDIDA DE FORMA INADECUADA

La demanda de cuidados sociosanitarios intermedios depende en gran medida de la evolución de la demanda de cuidados agudos y muy particularmente de las

personas hospitalizadas con más de 65 años. Actualmente, la población mayor de 65 años supone el 45% de las altas médicas anuales.

TABLA 4

DEMOGRAFÍA Y DEMANDA DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

| Comunidad Autónoma | Población total (habitantes) | Población >65 años (habitantes) | Altas totales | Altas >65 años | % Altas >65 años |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Andalucía | 8.399.618 | 1.363.740 | 531.454 | 206.567 | 38,9% |
| Aragón | 1.326.403 | 277.331 | 133.645 | 64.097 | 48,0% |
| Asturias, Principado de | 1.049.875 | 252.189 | 103.632 | 55.032 | 53,1% |
| Baleares, Illes | 1.124.972 | 171.129 | 76.542 | 30.714 | 40,1% |
| Canarias | 2.126.144 | 318.466 | 114.568 | 38.288 | 33,4% |
| Cantabria | 585.359 | 118.812 | 49.886 | 23.993 | 48,1% |
| Castilla y León | 2.478.079 | 595.276 | 241.188 | 124.251 | 51,5% |
| Castilla - La Mancha | 2.062.767 | 377.607 | 163.146 | 76.770 | 47,1% |
| Cataluña | 7.396.991 | 1.361.672 | 576.758 | 272.958 | 47,3% |
| Comunidad Valenciana | 4.939.674 | 915.109 | 420.668 | 187.019 | 44,5% |
| Extremadura | 1.091.623 | 215.875 | 103.592 | 46.935 | 45,3% |
| Galicia | 2.734.656 | 655.760 | 248.445 | 123.095 | 49,5% |
| Madrid, Comunidad de | 6.385.298 | 1.082.290 | 497.583 | 217.640 | 43,7% |
| Murcia, Región de | 1.463.773 | 221.980 | 118.721 | 47.585 | 40,1% |
| Navarra, Comunidad Foral de | 636.402 | 121.429 | 55.441 | 24.918 | 44,9% |
| País Vasco | 2.165.100 | 462.773 | 203.325 | 100.106 | 49,2% |
| Rioja, La | 313.569 | 62.824 | 29.009 | 14.191 | 48,9% |
| Ceuta | 84.692 | 9.392 | 6.882 | 1.801 | 26,2% |
| Melilla | 84.570 | 8.356 | 7.302 | 1.395 | 19,1% |
| Total nacional | 46.449.565 | 8.592.013 | 3.681.787 | 1.657.355 | 45,0% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (2015) y del Registro de Atención Sanitaria Especializada (2014).

En España se produjeron más de millón y medio de altas en 2014 en mayores de 65 años. Una parte considerable de las mismas podrían haber sido realizadas en centros sociosanitarios de cuidados intermedios. Sin embargo, la realidad es muy distinta. Ante la ausencia de una oferta bien estructurada, actualmente esta demanda se atiende de la siguiente forma:

- Prolongando la estancia de pacientes que podrían recibir el alta en hospitalización de agudos, pero requieren de cuidados de enfermería y/o terapias de rehabilitación.

- Dando el alta a pacientes que no han recuperado del todo su capacidad funcional y que luego son ingresados en residencias de larga estancia de carácter privado para poder realizar una terapia de rehabilitación.
- Dando el alta para la atención del paciente en el domicilio por parte de la familia y de los servicios de Atención Primaria.

La inexistencia de recursos específicos fuerza estas soluciones sustitutivas que plantean importantes dudas sobre si son medidas apropiadas:

- En el caso de la prolongación de estancias hospitalarias, no se trata sólo de un problema de ocupación de camas diseñadas para otro perfil de atención sino también de adecuación de la atención al enfoque requerido por estos pacientes. El modelo hospitalario, muy orientado al diagnóstico y el tratamiento no suele ser el más adecuado para los pacientes con procesos prolongados que requieren enfoques multidisciplinares orientados a la rehabilitación y la calidad de vida. No se trata por tanto sólo de un problema de costes y de ocupación de camas, sino también de la adecuación del modelo asistencial.
- En el caso de la utilización por los pacientes del perfil subagudo de las residencias para personas mayores el tema tiene varias lecturas:
 - En primer lugar hay que plantearse la adecuación del modelo. Las residencias son un recurso socio sanitario con prestaciones sanitarias integradas en su plan de cuidados. Sin embargo, su diseño está en principio planteado para personas mayores con dependencia y que tienen enfermedades crónicas estables. La inclusión de perfiles con requerimientos elevados de atención sanitaria más intensa (médica, de enfermería y rehabilitadora) puede sobrepasar los limitados recursos sanitarios de que disponen. Entendemos que la gran duda surge por la ausencia, en la gran mayoría de comunidades autónomas, de un sistema de acreditación específico que contemple los recursos y procesos que debe de tener una residencia para atender adecuadamente a este tipo de pacientes. La duda que se debe plantear en este caso es si todas las residencias que atienden actualmente a estos pacientes están dotadas de los adecuados recursos de atención sanitaria y rehabilitadora.

- En segundo lugar, estos centros ofrecen atención sanitaria que en gran medida no está financiada por el Servicio Nacional de Salud. Ello implica que la financiación de estos servicios se realice privadamente o por parte de los servicios sociales. La inclusión de pacientes que requieren cuidados socio sanitarios intermedios en centros residenciales intensifica y agudiza el problema estructural de la financiación socio sanitaria en España.
- Desde el punto de vista del sistema, la inclusión de pacientes socio sanitarios intermedios en las residencias también disminuye las plazas disponibles para la atención a las personas con dependencia. En este sentido, la comparación de ratios de plazas residenciales por habitante con otros países debería tener en cuenta que en muchos de éstos hay una oferta adicional, por lo que el ratio en España es en realidad menor al estar parte de las plazas residenciales utilizadas por estos pacientes.

En la mayoría de países se diferencia claramente la atención residencial y los cuidados socio sanitarios intermedios, aunque en muchos países los mismos centros pueden optar a acreditarse y prestar ambas. La atención vicariante por las residencias en España plantea por tanto una duda sobre si esta atención se está cubriendo con los recursos adecuados y un problema de financiación de la atención socio sanitaria intermedia que recae sobre los presupuestos sociales o privados.

- Aunque imposible de cuantificar por la ausencia de datos actuales, es evidente que muchos pacientes son atendidos actualmente a domicilio por la Atención Primaria. La participación de este recurso en cualquier modelo de atención intermedia es clave. Sin embargo, al igual que en el caso de las residencias, se plantea la duda de hasta qué punto estos recursos cuentan con los necesarios servicios multidisciplinares y de rehabilitación.

Si bien es imposible cuantificar este fenómeno, estamos planteando un más que probable problema de inadecuación de estos servicios ante la falta de definición de estándares para este tipo de atención.

5.1. UTILIZACIÓN INADECUADA DE CAMAS DE AGUDOS

Para estimar el número de camas ocupadas por pacientes que requieren cuidados socio sanitarios intermedios en España, hemos realizado un estudio comparativo de las estancias medias de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) de hospitalización de agudos entre los hospitales integrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los pacientes americanos atendidos a cargo de *Medicare & Medicaid*, con el objetivo de obtener el número de estancias y camas que se están consumiendo inadecuadamente, reduciendo la eficiencia de los recursos invertidos en estas.

Para ello, se han seguido los siguientes pasos:

- 1. Definición de los GRD de crónicos.** Utilizamos la relación de 50 GRD con una mayor proporción de derivación a *nursing homes* al alta elaborada por el Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) del *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) estadounidense.
- 2. Estancias Medias Hospitalarias.** A partir de la base de datos del Sistema Nacional de Salud y del *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) hemos extraído las altas y las estancias medias hospitalarias de cada uno de los 50 GRD de Larga Estancia definidos.
- 3. Ajuste entre GRD utilizados por el SNS y por el CMS.** Debido a que las dos administraciones (SNS y CMS) no utilizan la misma versión de GRD ha sido necesario realizar ajustes para su comparación. En los casos en los que un GRD del SNS integra más de un GRD del CMS, se ha calculado su estancia media mediante una media ponderada.

- 4. Estimación de estancias y camas utilizadas inadecuadamente.** La estimación de estancias potencialmente inadecuadas se ha realizado calculando la diferencia entre la estancia media en España y en Medicare, un sistema que dispone de un amplio abanico de recursos intermedios. Una vez obtenidas las estancias, se calculan las camas que corresponderían a estas estancias si el hospital tuviese una ocupación del 85%. La utilización de esta tasa de ocupación algo superior a la real es conservadora, estimando por tanto un número menor de camas utilizadas inadecuadamente.

- 5. Cálculo de las estancias y camas utilizadas inadecuadamente.** De acuerdo a este estudio, en España se utilizarían inadecuadamente 4.341 camas de agudos, el equivalente a 145 unidades de hospitalización de tamaño estándar. Esto implicaría 1,4 millones de estancias inadecuadas, con un coste asociado de más de 884,8 millones de €. Esta demanda debería satisfacerse desde el ámbito socio sanitario, aunque como veremos, en muchas comunidades no existen los recursos suficientes para hacerlo.



5.2. INGRESO EN CENTROS RESIDENCIALES DE LARGA ESTANCIA

Parte de la demanda socio sanitaria es atendida en hospitales de agudos, pero en lugar de prolongar su estancia, los pacientes reciben el alta, aunque no hayan recuperado del todo sus capacidades funcionales y/o cognitivas. En estos casos, son muchos los pacientes que son ingresados inmediatamente después de recibir el alta en centros privados de larga estancia. Este tipo de pacientes que busca recuperar sus capacidades en un entorno habilitado para ello, raramente alcanza en el centro residencial una estancia superior a los 40-60 días.

Para cuantificar esta demanda latente en términos de cuidados socio sanitarios intermedios, se ha realizado una estimación en base a datos aportados por algunos de los operadores de centros residenciales más importantes a nivel nacional. Para estimar el número de altas de carácter socio sanitario se han contabilizado aquellos pacientes procedentes directamente de hospitalización previa y con una estancia media inferior a los 40-60 días, en función del operador. Los resultados obtenidos son los siguientes:

TABLA 5

ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA SOCIO SANITARIA EN CENTROS RESIDENCIALES DE LARGA ESTANCIA

| Operador | Ingresos anuales | Altas Cuidados Intermedios | % sobre el total |
|----------------|------------------|----------------------------|------------------|
| Operador 1 | 5.423 | 411 | 7,6% |
| Operador 2 | 4.409 | 320 | 7,3% |
| Operador 3 | 2.141 | 22 | 1,0% |
| Operador 4 | 2.283 | 114 | 5,0% |
| Operador 5 | 616 | 10 | 1,6% |
| Total nacional | 14.872 | 877 | 5,9% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de SARquavita, Sanyres y AESTE.

Según los últimos datos disponibles, en el año 2014 existían en España 179.440 usuarios de centros residenciales de titularidad privada (incluyendo plazas concertadas y de financiación pública). Si asumimos que el 5,9% de los ingresos son de carácter socio sanitario intermedio, se deduce que en nuestro país se estarían produciendo anualmente 10.587 ingresos no apropiados en centros privados.

Este tipo de ingresos son inadecuados desde el punto de vista normativo, ya que si los centros estuviesen debidamente acreditados y contarán con los recursos sanitarios necesarios para atender a estos pacientes, podrían integrarse en la red socio sanitaria de los cuidados intermedios.

5.3. PACIENTES ATENDIDOS EN EL ENTORNO COMUNITARIO

No conocemos ningún estudio que cuantifique el volumen de este tipo de pacientes atendidos en el entorno comunitario por la Atención Primaria y las familias.

Los datos de actividad de la Atención Primaria sanitaria pública muestran algunos datos relevantes:

- En 2014 el Servicio Nacional de Salud atendió 3,5 millones de consultas médicas y 10,4 millones de consultas de enfermería a domicilio.

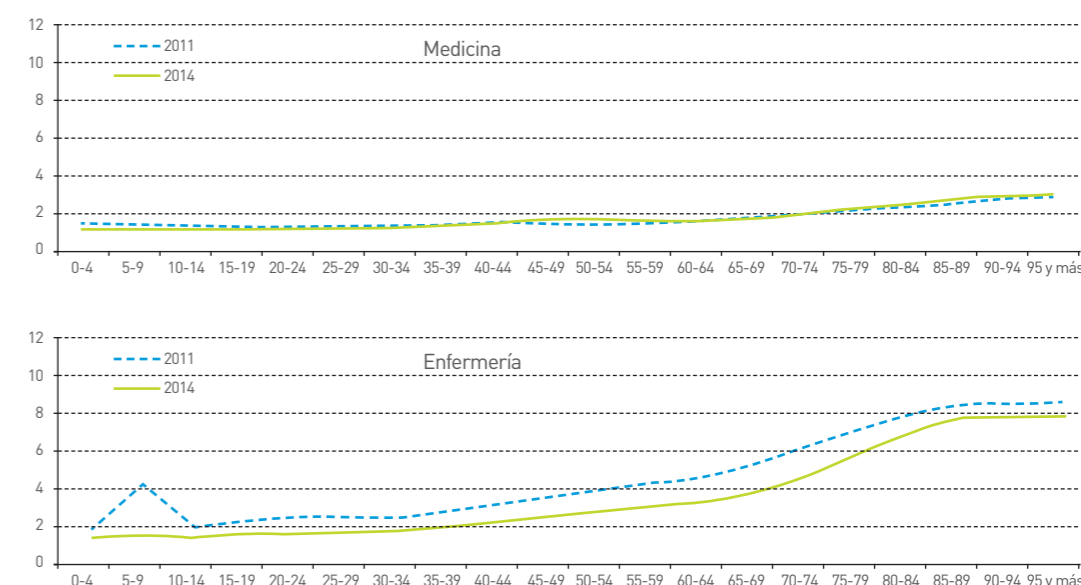
- Estas consultas experimentaron un crecimiento respecto al año anterior del 1,7% en la actividad médica y del 7,9% en la de enfermería.

- El 80% de las visitas domiciliarias médicas y el 85% de las de enfermería fueron para mayores de 64 años.

Las tasas de frecuentación de la atención domiciliaria muestran una clara relación de ésta con la edad en las visitas de enfermería:

GRÁFICO 1

FRECUENTACIÓN POR USUARIO EN DOMICILIO, POR GRUPOS DE EDAD. MEDICINA Y ENFERMERÍA. EVOLUCIÓN 2011-2014.



Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Año 2014.

La falta de información en este ámbito no permite identificar qué volumen de pacientes atendidos en el domicilio por Atención Primaria son verdaderamente pacientes de perfil socio sanitario intermedio. No obstante, y para atender adecuadamente a los pacientes que

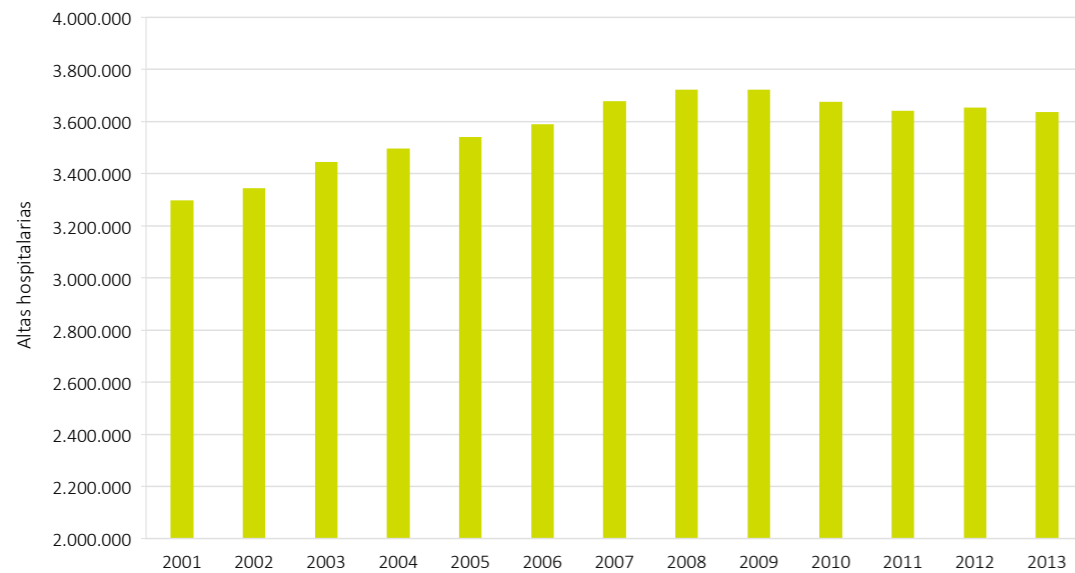
requieren cuidados socio sanitarios intermedios es necesario reforzar la atención primaria con recursos específicos e integrarlos de forma coordinada con los recursos disponibles de hospitalización a domicilio.

5.4. SITUACIÓN INSOSTENIBLE ANTE EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

En los próximos años la demanda de cuidados de agudos va a continuar creciendo. El número de altas hospitalarias no ha parado de crecer en los últimos años, con un receso durante la crisis derivado de la regulación de la demanda quirúrgica y el alargamiento de las listas de espera.

GRÁFICO 2

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA (2001-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CMBD – Registro Atención Especializada (2001-2013).

Este crecimiento se ha concentrado especialmente entre la población mayor de 75 años. Por lo tanto, es de esperar que continúe creciendo en los próximos años, especialmente en un contexto de envejecimiento de la población.

TABLA 6

ANÁLISIS COMPARADO DEL NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA POR GRUPO ETARIO

| Grupo Edad | 2001 Total Altas | 2013 Total Altas | % variación |
|--------------------|------------------|------------------|--------------|
| 00-01 años | 140.683 | 121.148 | -13,9% |
| 01-14 años | 221.274 | 194.949 | -11,9% |
| 15-44 años | 1.020.894 | 899.414 | -11,9% |
| 45-64 años | 679.726 | 811.734 | 19,4% |
| 65-74 años | 583.917 | 556.828 | -4,6% |
| Más de 74 años | 650.580 | 1.052.803 | 61,8% |
| Total Altas | 3.297.074 | 3.636.876 | 10,3% |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CMBD – Registro Atención Especializada (2001-2013).

Esta tabla es especialmente ilustrativa de la situación: mientras la demanda global de hospitalización convencional se encuentra estancada o en decrecimiento en casi todos los grupos de edad, los mayores de 74 años presentan un perfil de crecimiento expansivo. El futuro de la demanda de hospitalización en España se está jugando en el campo de las personas de más edad.

Hasta la fecha, el crecimiento de la demanda de hospitalización de agudos se ha absorbido a través de dos mecanismos que han permitido mejorar la capacidad de respuesta de los hospitales:

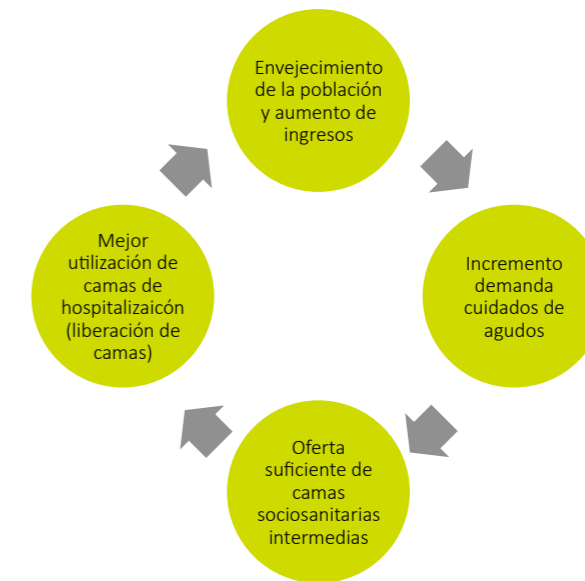
- Mejorando en la eficiencia interna, mediante la reducción de la estancia media y la ambulatorización de los procesos hospitalarios.
- Ampliando la capacidad instalada de camas, mediante la construcción de nuevos hospitales.

Sin embargo, creemos que estas dos opciones tienen un recorrido limitado en el futuro. Por un lado, no será posible continuar reduciendo la estancia media e incrementando la ambulatorización de los procesos, al mismo ritmo en el que se ha producido hasta la fecha. Por otro lado, en un contexto de alto déficit y deuda pública, es difícil imaginar que se podrá continuar financiando la expansión de la capacidad ya instalada en los hospitales o la creación de nuevas plazas para reforzar la oferta.

En este sentido, **la única alternativa será el desarrollo de una oferta suficiente de cuidados intermedios, en instituciones y domiciliarios, que garanticen una transición efectiva del hospital de agudos a los servicios sanitarios de base. Esta transición efectiva permitiría “liberar” el uso inadecuado de camas actuales y permitiría absorber el crecimiento de la demanda de hospitalización de agudos.**

FIGURA 3

RELACIÓN DE VASOS COMUNICANTES ENTRE CAMAS DE AGUDOS Y CAMAS SOCIO SANITARIAS



Fuente: Elaboración propia.

UNA OFERTA DE CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS INSUFICIENTE Y ASIMÉTRICA

Para entender los retos que debe afrontar el sector de los cuidados socio sanitarios intermedios en nuestro país y determinar las posibles vías de desarrollo del mismo, parece imprescindible caracterizar la oferta y demanda actual. Como elemento troncal del presente estudio, se ofrecerá al lector un análisis detallado de los recursos de los que dispone cada comunidad autónoma.

De forma complementaria, se realizará un análisis comparativo con otros países europeos para contextualizar nuestra oferta y poner en evidencia determinadas carencias frente a países con una oferta mucho más desarrollada.

Los siguientes análisis se han realizado consultando diversas fuentes de datos oficiales, sirviendo a modo de ejemplo las siguientes:

- Catálogo Nacional de Hospitales.
- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (ESCRI).
- OCDE Health Statistics.
- Central de Resultados del Ámbito Socio sanitario de Cataluña.
- Estudio de campo ad-hoc involucrando las Direcciones Asistenciales de las comunidades autónomas.

Todos los datos empleados en el presente estudio corresponden al año 2014, o en caso de no estar disponibles, a años inmediatamente anteriores.

6.1. MAPA DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN ESPAÑA

El sector socio sanitario en España se nutre de recursos variados y distribuidos de forma asimétrica entre las diferentes comunidades autónomas para cubrir la demanda existente. Aunque habitualmente la atención socio sanitaria sea provista en centros especializados en cuidados intermedios y

de rehabilitación, existen otras estructuras con recursos adecuados y suficientes para la provisión de este tipo de atención.

Actualmente, los pacientes de cuidados intermedios disponen de tres tipos de recursos para cubrir sus necesidades asistenciales y sociales:

FIGURA 4

RECURSOS DE LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS EN ESPAÑA



PLAZAS MEDIA Y LARGA ESTANCIA



PLAZAS SOCIO SANITARIAS EN RESIDENCIAS



ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO



CUIDADOS INTERMEDIOS

Fuente: Elaboración propia.

Como veremos a continuación, estos recursos se distribuyen de forma completamente asimétrica entre las diferentes comunidades autónomas. **Cada comunidad ha definido e implantado su propia oferta socio sanitaria de acuerdo a las políticas locales. Esto ha provocado que en algunas comunidades exista un desarrollo óptimo de ciertos recursos pero carencias en otros, o desarrollo mixto de la oferta.**

Para entender la situación de la atención socio sanitaria en España nos parece fundamental analizar la oferta de cada uno de estos recursos y contextualizar la oferta y demanda en cada comunidad, ya que todas parten de desarrollos completamente diferentes.

PLAZAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

En España existen multitud de tipologías de centros acreditados como centros sanitarios. Lo que históricamente hemos denominado bajo la terminología de hospitales de media y larga estancia, equivaldría al estándar internacional de centros socio sanitarios.

Otras denominaciones comunes de este tipo de centros incluirían centros de convalecencia, centros de rehabilitación, hospitales geriátricos y de larga estancia, entre otros.

El catálogo Nacional de Hospitales recoge la dotación de todos los centros de asistencia especializada de corta, media y larga estancia del territorio nacional, así como la de otros centros asistenciales. Actualmente, define un total de 18 tipologías diferentes de centros cuyas variables son recogidas en la base de datos. Para la estimación del número de camas de atención socio sanitaria, únicamente se han tenido en cuenta los centros caracterizados en la base de datos como "Rehabilitación", "Geriatría y larga estancia".

De acuerdo a este análisis, la oferta socio sanitaria en España en plazas de media y larga estancia es la siguiente:

TABLA 7

DOTACIÓN DE CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN ESPAÑA (2014)

| Variable | Valor |
|-----------------------------|------------|
| Plazas | 15.132 |
| Centros | 134 |
| Tamaño medio | 111 |
| Población España | 46.760.502 |
| Plazas por 1.000 habitantes | 0,33 |

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014) y datos de las Direcciones de Asistencia Sanitaria de las CC.AA.

Este criterio de selección hace que los resultados sean homologables con las estadísticas europeas. De acuerdo a la OCDE, en el año 2013 la oferta socio sanitaria en España ascendía a 15.049 plazas, y en la ESCRI se citaban 14.225 camas en centros de este tipo. Ambos datos son muy similares al obtenido

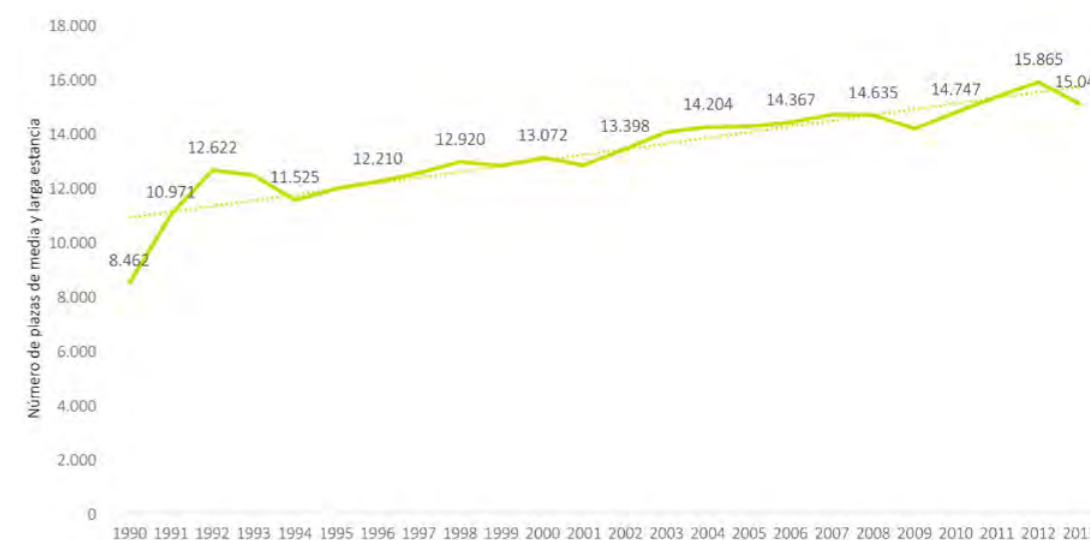
a través de los datos de 2014 del Catálogo Nacional de Hospitales (14.882 camas). De acuerdo al trabajo de campo *ad hoc* realizado con las comunidades autónomas, las plazas de media y larga estancia ascenderían a día de hoy a un total de 15.132 plazas.

Si atendemos a la evolución de la dotación de camas de tipo socio sanitario, en un período algo superior a 20 años, la oferta se ha incrementado en un 78%. El crecimiento

parece haberse estabilizado en los últimos años aunque, dadas las circunstancias demográficas y sociales, cabría esperar que la oferta se reforzara con un mayor número de plazas.

GRÁFICO 3

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN ESPAÑA (1990-2013)



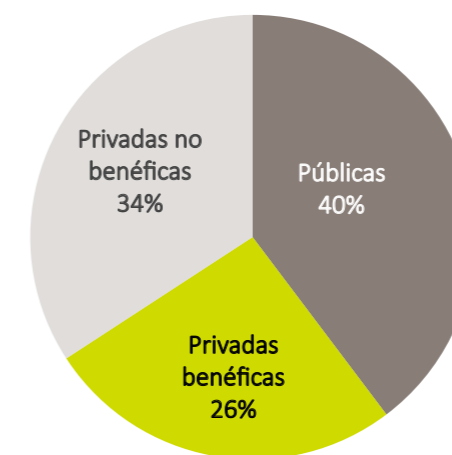
Fuente: OCDE (2013).

Si nos referimos a la distribución de estas plazas entre el sector público y el privado, observamos un predominio de la oferta en el sector privado, con el 60% de las plazas. No obstante, la oferta se reparte de forma prácticamente equitativa entre las plazas

públicas, privadas benéficas y privadas no benéficas. En cualquier caso, la financiación de servicios suele ser mixta aunque no se dispone de información sobre el reparto de plazas según financiación pública y privada.

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA SEGÚN PROPIEDAD



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014).

Dentro del sector público, la oferta se distribuye de forma asimétrica entre las diferentes instituciones. Las plazas se concentran de forma mayoritaria en centros dependientes

de la propia comunidad autónoma, aunque también son importantes las plazas dependientes de las Diputaciones, la Seguridad Social y otras entidades públicas.

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA SOCIO SANITARIA SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

| Detalle de la oferta pública | Camas | Centros |
|------------------------------|--------------|-----------|
| CCAA | 2.764 | 27 |
| Diputación | 908 | 7 |
| Entidades Públicas | 1.001 | 7 |
| Ministerio de Defensa | 115 | 1 |
| Municipio | 358 | 4 |
| Seguridad Social | 744 | 5 |
| Total | 5.890 | 51 |

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014).

Si analizamos la oferta de plazas de media y larga estancia por comunidad autónoma observamos un desarrollo claramente desigual. El desarrollo consolidado observado en Cataluña, destaca con la inexistencia de iniciativas en Castilla-La Mancha o Navarra. Otras comunidades, aunque en menor

medida que Cataluña, han realizado esfuerzos mediante propuestas y planes concretos para impulsar el desarrollo socio sanitario con diferentes resultados, sería el caso de Extremadura, Canarias, Murcia o el País Vasco, entre otras.

TABLA 9

DOTACIÓN DE CAMAS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN ESPAÑA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (2014)

| Comunidad autónoma | Plazas M/L estancia | Plazas por 1.000 hab | Plazas por 1.000 hab>65 |
|-----------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|
| Andalucía | 176 | 0,02 | 0,13 |
| Aragón | 359 | 0,27 | 1,29 |
| Asturias, Principado de | 138 | 0,13 | 0,55 |
| Baleares, Illes | 377 | 0,34 | 2,20 |
| Canarias | 885 | 0,42 | 2,78 |
| Cantabria | 136 | 0,23 | 1,14 |
| Castilla y León | 491 | 0,20 | 0,82 |
| Castilla - La Mancha | 175 | 0,08 | 0,46 |
| Cataluña | 8.206 | 1,11 | 6,03 |
| Comunidad Valenciana | 915 | 0,19 | 1,00 |
| Extremadura | 140 | 0,13 | 0,65 |
| Galicia | 70 | 0,03 | 0,11 |
| Madrid, Comunidad de | 1.332 | 0,21 | 1,23 |
| Murcia, Región de | 687 | 0,47 | 3,09 |
| Navarra, Comunidad Foral de | 192 | 0,30 | 1,58 |
| País Vasco | 665 | 0,31 | 1,44 |
| Rioja, La | 188 | 0,60 | 2,99 |
| Ceuta | - | - | - |
| Melilla | - | - | - |
| Total nacional | 15.132 | 0,33 | 1,76 |

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014) y datos de las Direcciones de Asistencia Sanitaria de las CC.AA.



Tomando como referencia el estándar internacional de 1 plaza de media y larga estancia cada 1.000 habitantes, cabe destacar que únicamente Cataluña tiene la dotación suficiente para alcanzar esta referencia de calidad.

El análisis de los datos de la Central de Resultados del ámbito socio sanitario en Cataluña nos ofrece una visión más detallada del perfil de actividad y pacientes atendidos por la red socio sanitaria de la Comunidad Autónoma.

TABLA 10

PERFIL DE PACIENTES Y DATOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN CATALUÑA

| | Larga estancia | Convalecencia | Paliativos | Subagudos | TOTAL |
|--|----------------|---------------|------------|-----------|-----------|
| Personas atendidas | 15.362 | 26.333 | 8.845 | 63.345 | 113.885 |
| Episodios | 16.789 | 29.333 | 9.947 | 7.394 | 63.463 |
| Estancias | 1.639.704 | 1.096.390 | 137.400 | 76.013 | 2.949.507 |
| Estancia media (episodios finalizados) | 56 | 34 | 9 | 9 | - |
| Estancia media bruta | 98 | 37 | 14 | 10 | 46 |

Fuente: Central de Resultados del ámbito Socio sanitario (2014).

La estancia media oscila entre los 56 días de la larga estancia y los 9 días de los cuidados paliativos y subagudos. En Cataluña asimismo, cinco diagnósticos supondrían un tercio

de la actividad, proviniendo los pacientes mayoritariamente del hospital y siendo dados de alta en el 60-70% de los casos a su domicilio habitual.

TABLA 11

DIAGNÓSTICOS MÁS HABITUALES EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DE CATALUÑA.

| Diagnóstico | Larga estancia | Convalecencia |
|----------------------------|----------------|---------------|
| Fractura de cadera | 6,0% | 13,0% |
| Accidente cerebro vascular | 9,1% | 8,9% |
| Insuficiencia cardíaca | 4,2% | 4,9% |
| EPOC | 2,4% | 2,6% |
| Demencia | 16,0% | 6,0% |
| Subtotal | 37,7% | 35,4% |

Fuente: Central de Resultados del ámbito Socio sanitario (2014).

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

La hospitalización a domicilio (HAD) ofrece una alternativa a los centros socio sanitarios, para optimizar los recursos disponibles y mejorar la atención al paciente de cuidados intermedios. El objetivo de la HAD es atender a pacientes que requieren cuidados especializados de rango hospitalario en su propio domicilio, garantizándoles una eficacia y seguridad similares a las que recibirían mediante una hospitalización convencional.

Los perfiles habituales de pacientes que son hospitalizados en su domicilio son los pacientes crónicos reagudizados o descompensados, los pacientes en cuidados paliativos y los pacientes que requieren cuidados intermedios y rehabilitación de su capacidad funcional.

Al igual que sucede con la oferta en centros de media y larga estancia, los programas de hospitalización a domicilio no han sufrido un desarrollo homogéneo en el territorio nacional. Destaca de nuevo Cataluña, por su oferta sólida, pero especialmente la Comunidad Valenciana, con una ratio de plazas por mayores de 65 años cuatro veces superior a la media nacional.

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN ESPAÑA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

| Comunidad autónoma | Unidades HAD | Pacientes HAD | Plazas por 1.000 hab >65 años | % HAD sobre altas >65 años |
|-----------------------------|--------------|---------------|-------------------------------|----------------------------|
| Andalucía | 5 | 8.676 | 6,36 | 4,2% |
| Aragón | - | 785 | 2,83 | 1,2% |
| Asturias, Principado de | 2 | 637 | 2,53 | 1,2% |
| Baleares, Illes | 2 | 637 | 3,72 | 2,1% |
| Canarias | 5 | 2.963 | 9,30 | 7,7% |
| Cantabria | 1 | - | - | 0,0% |
| Castilla y León | 5 | 8.033 | 13,49 | 6,5% |
| Castilla - La Mancha | - | 877 | 2,32 | 1,1% |
| Cataluña | 20 | 18.229 | 13,39 | 6,7% |
| Comunidad Valenciana | 27 | 35.933 | 39,27 | 19,2% |
| Extremadura | 1 | 1.195 | 5,54 | 2,5% |
| Galicia | 17 | 3.306 | 5,04 | 2,7% |
| Madrid, Comunidad de | 5 | 4.415 | 4,08 | 2,0% |
| Murcia, Región de | 2 | 266 | 1,20 | 0,6% |
| Navarra, Comunidad Foral de | 3 | 2.026 | 16,68 | 8,1% |
| País Vasco | 10 | 6.509 | 14,07 | 6,5% |
| Rioja, La | 2 | 1.832 | 29,16 | 12,9% |
| Ceuta | - | - | - | 0,0% |
| Melilla | - | - | - | 0,0% |
| Total nacional | 107 | 96.319 | 11,21 | 5,8% |

Fuente: ESCRI (2013).

Según las fuentes consultadas, el 28,5%* de los pacientes atendidos en programas de este tipo tendrían un perfil socio sanitario, suponiendo un total de 27.450 pacientes al año.

* Estimación realizada en base a la información publicada en el siguiente artículo: <http://www.iasist.com.es/es/21129/Hospitalizacion-a-domicilio-un-recurso-poco-homogeneo> - consultado el 29 de agosto de 2016.

CENTROS RESIDENCIALES DE LARGA ESTANCIA

Aunque inicialmente no concebidos para satisfacer necesidades para los pacientes de perfil socio sanitario intermedio, la provisión de cuidados intermedios en los centros residenciales de larga estancia es un hecho constatado, como vimos en

anteriores apartados. La ventaja de los centros residenciales de larga estancia es que, siempre y cuando obtengan la acreditación correspondiente, podrían actuar como proveedor de cuidados intermedios, sirviendo de estructura de soporte en aquellas comunidades que carezcan de los recursos suficientes para hacer frente a la demanda.

TABLA 13

DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS EN CENTROS RESIDENCIALES EN ESPAÑA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

| Comunidad autónoma | Plazas Residencias | Plazas por 100 personas >65 años | Plazas concertadas en Residencias |
|-----------------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Andalucía | 43.306 | 3,18 | - |
| Aragón | 16.624 | 5,99 | - |
| Asturias, Principado de | 15.000 | 5,95 | - |
| Baleares, Illes | 5.452 | 3,19 | - |
| Canarias | 9.498 | 2,98 | - |
| Cantabria | 5.576 | 4,69 | - |
| Castilla y León | 44.648 | 7,50 | 99 |
| Castilla - La Mancha | 27.574 | 7,30 | - |
| Cataluña | 66.205 | 4,86 | - |
| Comunidad Valenciana | 27.201 | 2,97 | - |
| Extremadura | 13.072 | 6,06 | - |
| Galicia | 20.520 | 3,13 | - |
| Madrid, Comunidad de | 51.526 | 4,76 | - |
| Murcia, Región de | 4.949 | 2,23 | - |
| Navarra, Comunidad Foral de | 6.613 | 5,45 | 3.022 |
| País Vasco | 20.190 | 4,36 | - |
| Rioja, La | 3.049 | 4,85 | - |
| Ceuta | 160 | 1,70 | - |
| Melilla | 317 | 3,79 | - |
| Total nacional | 381.480 | 4,44 | 3.121 |

Fuente: IMSERSO (2014) y datos aportados por las Direcciones de Asistencia Sanitaria de las CC.AA.

EN RESUMEN:

- La oferta de camas socio sanitarias en España es muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas, y a excepción de Cataluña, claramente insuficiente para la demanda existente.
- La oferta de hospitalización a domicilio es también muy desigual entre las comunidades autónomas, destacando la Comunidad Valenciana con el mayor desarrollo de plazas a domicilio.
- La oferta de plazas en centros residenciales es claramente superior en aquellas comunidades con una menor densidad de población, encontrándose la oferta nacional ligeramente por debajo de los estándares internacionales.

Si consideramos 4,5 como el valor óptimo de plazas cada 100 personas mayores de 65 años, observamos que en algunas comunidades este valor se excede de forma holgada. Es en estos casos, en los que los centros residenciales pueden ofrecer un soporte fundamental como proveedores de cuidados intermedios. Estas comunidades con excedente de oferta residencial se caracterizan por registrar una baja densidad de población, y por tanto una elevada dispersión de los centros en núcleos rurales. En este tipo de situaciones es donde habría más razones para que las residencias fuesen adecuadamente acreditadas para cubrir la demanda de cuidados socio sanitarios intermedios.

6.2. ANÁLISIS COMPARADO INTERNACIONAL

Una vez definida la oferta socio sanitaria en España, es necesario ponerla en contexto frente a otros países de nuestro entorno. Para realizar el estudio comparado europeo se ha obtenido información a partir de dos fuentes principales: las estadísticas de la OCDE y fuentes primarias nacionales de cada país incluido en el estudio.

En primer lugar, tomando como referencia en la base de datos "OCDE Health Statistics 2014", se han seleccionado las camas de los hospitales con los siguientes criterios:

- *Beds in long-term care departments of general hospitals (HP.1.1)*
- *Beds for long-term care in specialised hospitals (other than mental health hospitals) (HP.1.3)*
- *Beds for palliative care*
- *Beds for rehabilitation (HC.2)*

En segundo lugar, se han realizado comprobaciones con las fuentes de datos primarias nacionales para verificar la fiabilidad de los datos obtenidos.

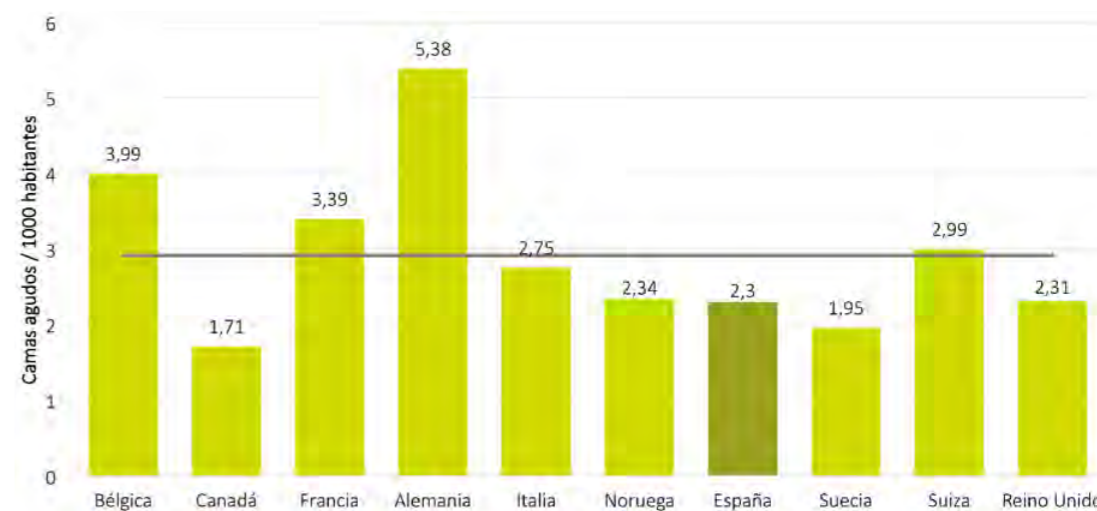
De esta forma se han obtenido los datos de diferentes parámetros sobre los que se ha realizado un análisis comparativo. Los resultados se exponen a continuación.

BENCHMARK INTERNACIONAL

En primer lugar, resulta oportuno analizar la dotación de camas por países como primer elemento clave de su oferta asistencial. En este caso, **España se encuentra por debajo de la media de los países incluidos en el estudio, con 2,3 camas por 1.000 habitantes.** Alemania destaca por su sólida oferta de 5,38 camas por 1.000 habitantes, seguida de Bélgica y Francia. La dotación de camas de España es similar a la de países como Reino Unido, Noruega, Suecia e Italia.

GRÁFICO 5

OFERTA POR MIL HABITANTES DE CAMAS DE AGUDOS EN DIFERENTES PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y NORTEAMÉRICA



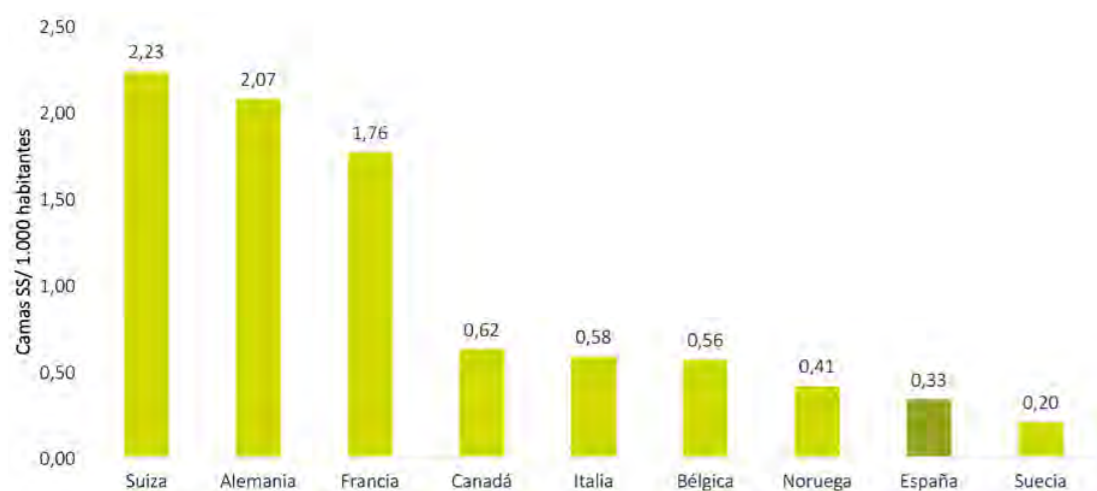
Fuente: OCDE (2013).

En cuanto a la oferta socio sanitaria, España destaca negativamente por el escaso desarrollo de la oferta frente al resto de países. Teniendo en cuenta como estándar

internacional 1 plaza cada 1.000 habitantes, únicamente Suiza, Alemania y Francia dispondrían de las plazas suficientes para satisfacer las necesidades de la población.

GRÁFICO 6

OFERTA POR MIL HABITANTES DE CAMAS SOCIO SANITARIAS EN DIFERENTES PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y NORTEAMÉRICA



Fuente: OCDE (2013).

Tal y como se observa en la siguiente tabla, la oferta socio sanitaria en España es muy débil en comparación con el resto de países. No obstante cabe destacar que muchos de los países estudiados, al igual que España, no disponen de una oferta suficiente. Dada

la evolución de la población y los fenómenos demográficos, cabría esperar que la oferta se homogeneizara mediante la implantación de planes específicos para el desarrollo socio sanitario, tanto a nivel nacional como europeo.

TABLA 14

OFERTA ASISTENCIAL SOCIO SANITARIA EN PAÍSES DE EUROPA Y NORTEAMÉRICA

| País | Número de camas | Camas / 1.000 hab | Habitantes |
|----------|-----------------|-------------------|------------|
| Suiza | 17.907 | 2,23 | 8.045.349 |
| Alemania | 166.889 | 2,07 | 80.622.705 |
| Francia | 116.123 | 1,76 | 65.969.268 |
| Canadá | 21.661 | 0,62 | 34.937.097 |
| Italia | 34.339 | 0,58 | 59.205.172 |
| Bélgica | 6.266 | 0,56 | 11.189.286 |
| Noruega | 2.075 | 0,41 | 5.060.976 |
| España | 15.132 | 0,33 | 47.028.125 |
| Suecia | 1.889 | 0,20 | 9.445.000 |

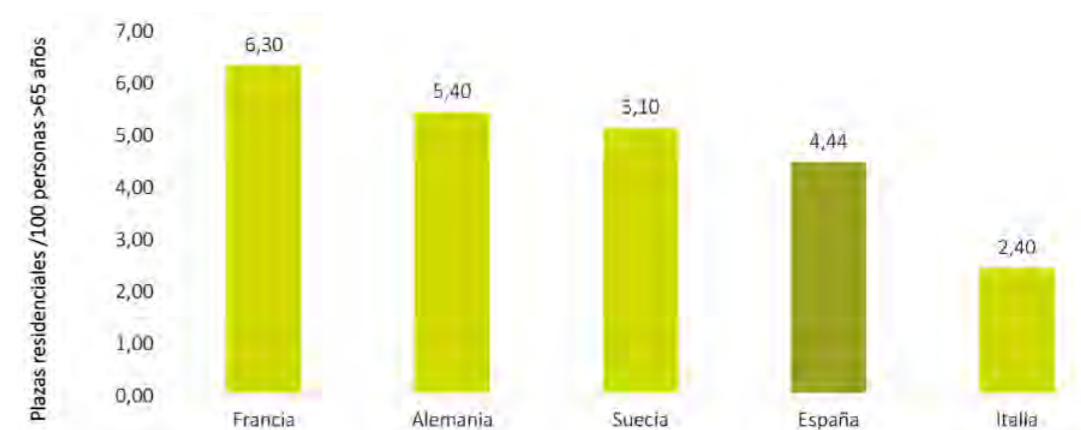
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE (2013) y estudio ad hoc.

Cabe destacar que la baja dotación de camas socio sanitarias de Suecia es fruto de una reforma sanitaria llevada a cabo en el año 1992. De acuerdo a esta reforma, los cuidados intermedios pasaron de ser una competencia nacional, a ser una competencia de cada una de las 290 comunidades de Suecia. De esta forma, desaparecieron paulatinamente los centros de media y larga estancia. En su lugar, se desarrollaron otro tipo de modalidades asistenciales para cubrir las necesidades de estos pacientes: rehabilitación domiciliar, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos, *nursing homes*, etc. Algunos hospitales han conservado unidades de rehabilitación, pero de índole muy especializada, como por ejemplo las unidades de rehabilitación de ictus.

Por último, hemos analizado la dotación de plazas residenciales por mayores de 65 años. En este ámbito, aunque también por debajo de la media, España consigue posicionarse en línea con otros países con dotaciones muy similares. El mejor posicionamiento de España en este campo es consecuencia directa de los continuos esfuerzos realizados en el ámbito de la dependencia. Tras ser considerada una prioridad política en los últimos años han sido numerosos los programas e iniciativas que se han puesto en marcha.

GRÁFICO 7

OFERTA DE PLAZAS RESIDENCIALES POR 100 PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN PAÍSES DE EUROPA



Fuente: OCDE (2013).

En Europa y España, el sector socio sanitario es de carácter público-privado y está financiado y regulado por la Sanidad, aunque tiene componentes sociales, y en algunas comunidades se han descrito plazas con financiación mixta sanitaria-social.

CARACTERIZACIÓN DE ALGUNOS SISTEMAS INTERNACIONALES

ALEMANIA

El sistema sanitario alemán es de tipo *Bismarck*, teniendo como principal fuente de financiación las cotizaciones de los trabajadores. El sistema sanitario alemán es uno de los más dotados y equipados a nivel europeo, constituyendo uno de los motores económicos del país. Alemania afrontó una importante reforma sanitaria en 2007 en la que se proclamó la obligación de disponer

DATOS CLAVE DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN ALEMANIA:

- Estancia media: 25,3 días
- Episodios: 1.953.636 (24,2 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: 175 € por paciente y día

de un seguro médico. En esta misma reforma, se incluyeron los cuidados intermedios y otros tipos de cuidados de carácter socio sanitario en la cobertura sanitaria obligatoria.

La atención socio sanitaria depende a nivel regulatorio del Ministerio de Sanidad, aunque a nivel operativo los responsables son los propios proveedores de cuidados. El sector se caracteriza por un fuerte predominio del sector público, suponiendo las intervenciones privadas de carácter socio sanitario únicamente el 1,7% del total. La demanda se genera principalmente desde los beneficiarios de seguros de pensiones (39%) y seguros de enfermedad obligatorios (31%), ambos de carácter público.

La oferta socio sanitaria se encuentra determinada por la edad y tipo de seguro del paciente, siendo variables los servicios ofrecidos. Actualmente, están en pleno auge los programas de rehabilitación geriátrica, tanto ambulatoria como a domicilio.

FRANCIA

Nuestros vecinos galos proveen cuidados intermedios a través de dos tipos fundamentales de asistencia, ambos dependientes del Ministerio de Salud (*Ministère des Affaires sociales et de la Santé*): los cuidados de readaptación (*Soins de Suite et Réadaptation – SSR*) y los cuidados de larga duración (*Unités de Soins de Longue Durée – USLD*). Estas estructuras proveen asistencia médica, curativa y paliativa; readaptación y rehabilitación; prevención y educación

DATOS CLAVE DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN FRANCIA:

- Estancia media: 32,0 días
- Episodios: 1.017.589 (15,4 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: 150-180 € por paciente y día, en función del perfil del paciente

terapéutica; y, preparación y apoyo a la reintegración familiar, social, académica y/o laboral.

Estas estructuras tienen un desarrollo continuo, debido principalmente a la atención y necesidades de las enfermedades crónicas, los eventos de salud incapacitantes y el envejecimiento de la población. Estos servicios son cada vez más demandados debido a la disminución de la estancia media hospitalaria, habiéndose desarrollado la oferta de forma equilibrada entre los sectores público y privado, y las formas de atención concertadas.

La diferencia entre ambos tipos de cuidados radica esencialmente en la duración de los mismos. Los centros especializados en SRR pueden ser polivalentes o especializados en cuidados de algún tipo: onco-hematológicos, cardiovasculares, respiratorios, del aparato locomotor, etc. Existen unidades SRR específicas para pacientes pediátricos (0-18 años) afectados por enfermedades graves o de tipo crónico.

ITALIA

El sistema italiano es similar al español, con una clara diferenciación entre plazas de media y larga estancia para la rehabilitación de pacientes con necesidades muy específicas, y las plazas destinadas a cubrir las necesidades de pacientes dependientes.

En dependencia del *Ministero della Salute*, la red de hospitales gestiona un total de 34.535 camas para los cuidados intermedios, denominados en Italia "cuidados no agudos". Esta oferta se distribuye de forma equitativa entre los ámbitos público y privado (17.385 camas públicas vs 17.150 camas privadas). La ocupación de este tipo de plazas es prácticamente del 90%.

Adicionalmente, y también en dependencia del *Ministero della Salute*, el sistema sanitario dispone de 270.527 plazas en estructuras de tipo residencial o semi-residencial, con

un total de 4,46 plazas por 1.000 habitantes. En estas estructuras la asistencia se presta mayoritariamente a ancianos (71,2%), pacientes psiquiátricos (12,1%), discapacitados físicos y/o psíquicos (16,0%) y pacientes terminales (0,6%).

DATOS CLAVE DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN ITALIA:

- Estancia media: 27,7 días
- Episodios: 395.991 (6,7 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: 154 € por paciente y día con un incremento del 30-40% en estancias superiores a 60 días y 262 € por paciente y día en cuidados paliativos

BÉLGICA

Al igual que sucede con Alemania, Bélgica dispone de un sistema sanitario mutualista de tipo *Bismarck* que cubre prácticamente al 100% de la población. Aunque la cartera de servicios se desarrolle de forma centralizada, en algunas cuestiones se desarrollan iniciativas y planes a nivel regional. Asimismo, existe copago en todos los niveles de atención, así como en las prestaciones farmacéuticas. Existe una predominancia del sector privado, con tan sólo un 34% de intervenciones realizadas en hospitales de carácter público.

Los seguros de salud obligatorios únicamente cubren los gastos puramente sanitarios de los servicios de tipo socio sanitario, denominados *Soins prolongués* (cuidados prolongados). Con dicho fin, se han desarrollado una serie de servicios y estrategias a nivel local y regional para cubrir todas las necesidades de la población más frágil. Cabe destacar la estrategia puesta en marcha en la región de

Flandes para los pacientes que requieren cuidados prolongados.

Con una dotación de 6.266 camas de media y larga estancia y más de 100.000 plazas residenciales en centros de larga estancia (7,0 plazas por 100 habitantes mayores de 65 años), Bélgica dispone de una de las ofertas socio sanitarias más completas a nivel europeo.

DATOS CLAVE DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN BÉLGICA:

- Estancia media: 35,0 días
- Episodios: 21.563* (1,93 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: 296 € por paciente y día

* Únicamente se han contabilizado los episodios registrados en hospitales de carácter subagudo, sin menoscabo de los que se hayan podido registrar en otro tipo de centros sanitarios.

SUIZA

La organización del sistema sanitario suizo es compleja debido a la participación de numerosos actores en diferentes niveles de acción y decisión. A nivel federal se definen los marcos regulatorios y se provee la financiación para que los cantones a nivel regional, sean los responsables de una adecuada provisión de servicios sanitarios. Adicionalmente, existen diferentes organismos para mejorar la colaboración y coordinación entre cantones.

La base del sistema de salud suizo es el seguro médico básico obligatorio que tiene que contratar toda persona residente en Suiza. En caso de que la persona residente no pueda pagar el seguro básico, el Estado se hace cargo y subvenciona los gastos médicos del paciente. De esta manera, se garantiza el acceso de

todas las personas a la asistencia sanitaria. Así, los proveedores de salud público-privados son también actores con un papel relevante en el funcionamiento del sistema. Al igual que en otros países de Europa, el copago en Suiza es algo habitual, aunque en función del seguro del paciente se establecen unas cuantías máximas a partir de las cuales la aseguradora financia la totalidad de los actos médicos.

Los cuidados intermedios en Suiza, los denominados *Soins de readaptation* (cuidados de readaptación) son provistos en establecimientos sociosanitarios o en el propio domicilio del paciente, aunque también pueden darse casos en hospitales de agudos. Si los pacientes son atendidos en el hospital o en una clínica de rehabilitación la financiación de los servicios procede de los seguros médicos o de una fuente pública, los cantones. Sin embargo, si los cuidados se suministran en centros sociosanitarios o en el propio domicilio del paciente, la financiación procede casi en su totalidad de fuentes públicas. Recientemente, las aseguradoras han incorporado estos servicios en la cobertura y algunas ya financian estos últimos casos.

Con una oferta predominantemente privada, Suiza dispone de un total de 17.907 plazas sociosanitarias: la oferta más consolidada de los países europeos analizados.

DATOS CLAVE DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN SUIZA:

- Estancia media: 23,8 días
- Episodios: 70.612 (9,02 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: 736 CHF (673 €) por paciente y día

6.3. RESUMEN DE LA DEMANDA SOCIO SANITARIA ACTUAL

El mapa de la oferta de cuidados intermedios en España es:

- **Insuficiente** (en número de plazas comparado con Europa).
- **Desigual** (oferta por comunidades).
- **No visible** (se confunde con la dependencia y otras estructuras).

Esta situación contrasta con la oferta de camas de agudos y de plazas de dependencia, aunque por debajo de la media, son bastante homologables a nivel internacional. Adicionalmente, los programas de hospitalización a domicilio también ofrecen una alternativa para la provisión de cuidados intermedios. No obstante, la oferta en estos servicios también es asimétrica y difiere entre comunidades. Esta situación provoca que las comunidades dispongan de puntos de partida muy diferentes para el desarrollo sociosanitario:

- Algunas comunidades, como Cataluña, poseen una sólida oferta en plazas de media y larga estancia, teniendo recursos suficientes para hacer frente a la demanda.

- Otras comunidades como la Comunidad Valenciana, han desarrollado sus programas de hospitalización a domicilio de tal forma que disponen de recursos suficientes para hacer frente también a la demanda sociosanitaria.
- Algunas comunidades que carecen de los recursos necesarios tanto a nivel de dotación de plazas en centros como en hospitalización domiciliaria, disponen de plazas excedentes en sus centros residenciales. Estas plazas, siempre y cuando se obtengan las acreditaciones pertinentes, podrían servir de soporte en la red sociosanitaria y absorber parte de la demanda existente. Es el caso de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Aragón y Extremadura.

Veremos a continuación, cómo esta situación de partida diferente marcará la hoja de ruta de cada comunidad autónoma, pues las iniciativas a implantar en el sector deben partir de una optimización de los recursos ya disponibles en cada una de ellas.



PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS SOCIO SANITARIOS INTERMEDIOS

El objetivo del presente documento, como ya ha sido comentado, consistía fundamentalmente en caracterizar el sector socio sanitario en España, y en determinar las principales barreras y palancas para el desarrollo del sector. En esta última parte, y con el fin de adquirir una visión realista y detallada de la situación que afronta el

sector en nuestro país, hemos contado con la colaboración de un grupo de diez expertos. Estos expertos expresaron sus opiniones e inquietudes en un *focus group* llevado a cabo para tal fin. Las conclusiones y percepciones extraídas de la sesión son algunas de las que exponemos a continuación.

7.1. PRIORIDAD EN LA AGENDA DE POLÍTICA SOCIAL Y SANITARIA

El desarrollo de la oferta de cuidados socio sanitarios intermedios no ha constituido una prioridad política en las últimas décadas. Las prioridades políticas, sanitarias y sociales, relacionadas con este ámbito se han centrado en las últimas décadas fundamentalmente en:

- Desarrollo de la red social residencial y de atención a domicilio (Plan Gerontológico,...)
- Implantación de la Ley de dependencia (LAPAD)
- Desarrollo de los programas de gestión de la cronicidad.

El desarrollo que se ha producido se ha basado en iniciativas propias de cada comunidad autónoma con muy diferentes intensidades y modalidades de servicio. Esto explica la aparición y consolidación de inequidades

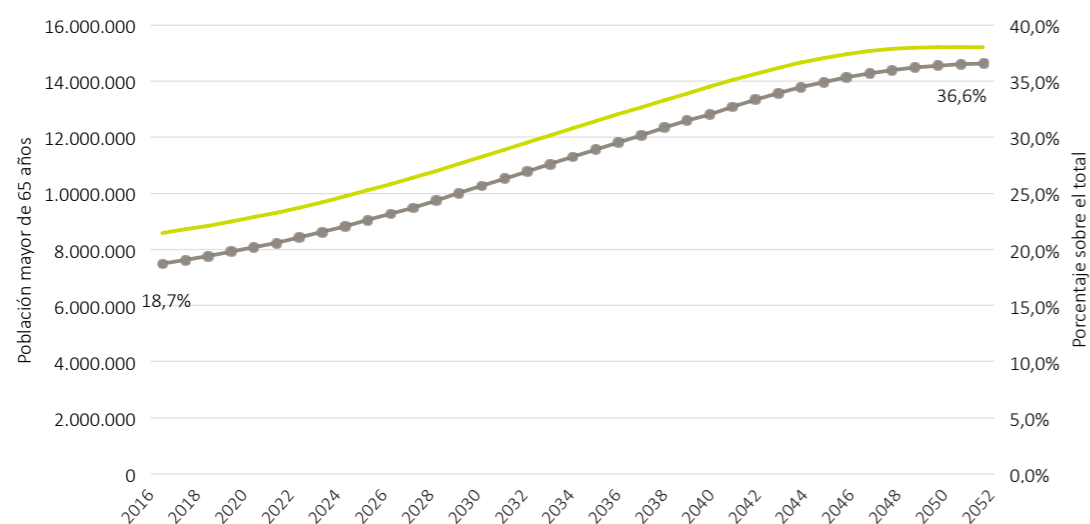
cuantitativas (volumen de recursos y servicios por habitante) y cualitativas (tipo de recursos y servicios) entre los territorios. Y, en general, ello explica también el escaso nivel de desarrollo de este nivel asistencial.

Por ello, es necesario hacer de los cuidados socio sanitarios intermedios una prioridad política basada en un pacto de estado. El crecimiento de la frecuentación hospitalaria de los mayores de 65 años, en un entorno de contención del gasto sanitario, plantea la urgencia de buscar las formas alternativas más adecuadas para su atención.

El envejecimiento de la población es un hecho constatado. Para el año 2052, los mayores de 65 años supondrán en España el 36,6% de la población, prácticamente el doble de lo que representan en la actualidad.

GRÁFICO 8

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN ESPAÑA (2016-2052)



Fuente: INE. Proyección población 2012-2052.

De cumplirse esta proyección, en el año 2052 las altas en mayores de 65 años podrían ascender a 3,2 millones, implicando 213 altas por 1.000 habitantes.

Las mejoras realizadas y en curso en la atención a la dependencia y la gestión de la cronicidad son insuficientes si no se aborda con urgencia la atención a la transición post-

hospitalización. Asimismo, existe un riesgo evidente de que la escasez de recursos de transición genere una utilización inadecuada tanto de la red hospitalaria de agudos como de la de residencias sociales.

Parece obvio pensar que serán necesarios mecanismos de contención o control de la demanda. Los expertos coinciden en señalar que la creación de camas de agudos no es la solución más eficiente y sostenible. Sin embargo, la creación de plazas y aumento de la oferta de los cuidados socio sanitarios intermedios ofrece una alternativa de menor coste y adaptada a las necesidades reales de la población. De esta forma, **mediante el aumento de la oferta de CSIs se liberarán camas de agudos por un lado, y se cubrirán necesidades específicas por otro. Todo ello con un menor coste para el sistema.**

IMPACTO POTENCIAL:

- Contención del crecimiento del uso de la hospitalización de agudos.
- Garantía de atención a los mayores pluripatológicos y con dependencias en un modelo más adecuado y más eficaz que la hospitalización convencional.
- Posibilidad de reorientación de determinados excedentes de la red de agudos o de la red residencial.

7.2. SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS QUE CLARIFIQUE ROLES Y RESPONSABILIDADES

A día de hoy, existe un mínimo desarrollo de un sistema de autorización de centros. Esta modalidad apenas se regula en España: "C.1.3 Hospitales de media y larga estancia: hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento²²".

Adicionalmente, las residencias sociales y otros actores del sistema, han jugado un papel sustitutorio en la cobertura de las necesidades de recursos de transición, aun cuando no están debidamente acreditados para ello.

Las residencias orientadas al paciente dependiente han sido hasta ahora las grandes receptoras de estos perfiles de pacientes, en ausencia de otros recursos específicos. Algunas comunidades han normativizado la existencia de plazas sanitarias en residencias. Asimismo, se le atribuye el mismo papel de absorción de la demanda a la Atención Primaria sanitaria y al soporte familiar.

La pobreza de los mecanismos específicos a nivel nacional de catalogación, autorización y acreditación de este tipo de centros es un exponente del abandono de esta modalidad. La visibilidad de este tipo de necesidad se oculta parcialmente por su dispersión en diferentes tipos de recursos no específicamente orientados a su atención.

Esto ha generado:

- Escasa visibilidad general de este ámbito.
- Recursos muy diferentes que atienden un mismo perfil de pacientes (hospitales de media y larga estancia, residencias, hospitalización de día, Atención Primaria...).
- Dificultad para estandarizar sus características: riesgo de variabilidad elevada en el desarrollo de la oferta.
- Ausencia de información específica sobre los pacientes y los centros.
- Acceso desde "puertas" diferentes a los recursos sociales y sanitarios.
- Recursos en principio no diseñados para esta función han evitado la acumulación de casos en espera de alta.
- Persiste la duda sobre la adecuación de estos recursos para este tipo de perfiles.
- La existencia de estos recursos ha "tapado" un problema que podría haber sido grave.
- La ocupación de plazas residenciales por estos perfiles reduce en la práctica la disponibilidad de plazas para la atención a la dependencia.

La calidad de esta atención es desconocida en la medida en que no existen criterios de autorización administrativa ni acreditación para buena parte de los recursos que la atienden. La ausencia de estándares o recomendaciones nacionales consensuadas genera un riesgo adicional de inequidad en la calidad de los servicios.

Ante la diversidad de modelos de atención y gestión sociosanitaria, sería muy conveniente la existencia de un sistema común de autorización y acreditación de centros y servicios, debiendo consensuarse al efecto los criterios a determinar para su implementación. Las posibilidades que ofrecen las sinergias entre administraciones deberían aprovecharse con un solo equipo directivo que contemple bien todos los recursos sociales y sanitarios que prestan o son susceptibles de prestar una atención coordinada/integrada.

IMPACTO POTENCIAL:

- Garantía de calidad a los pacientes mediante la definición de estándares de calidad normativos (autorización) y de excelencia (acreditación).
- Visualización de la oferta sociosanitaria intermedia para el conjunto de pacientes usuarios.
- Afloramiento de la necesidad sumergida en recursos sustitutivos no diseñados para esta atención.

Tal y como recoge la Propuesta de Estrategia y Coordinación Sociosanitaria, la existencia de un sistema común de acreditación y autorización requiere al menos tres factores:

1. Un documento conjunto elaborado por técnicos de sanidad y servicios sociales que reúna las normas, características, necesidades y protocolos de actuación que deben cumplir las unidades y servicios sociosanitarios. Esto se puede realizar en un primer nivel en cada comunidad autónoma, de forma que sea más fácil la confluencia a medio plazo. En cualquier caso, resulta fundamental que la regulación sea de carácter estatal para terminar con la disparidad e inequidad existente en el sector hasta la fecha.
2. Un grupo de trabajo conjunto de técnicos de sanidad y servicios sociales para asesorar, supervisar, orientar y servir de referencia en la práctica a los posibles interesados en la creación de estas unidades y servicios, tanto públicos como privados.
3. Un órgano directivo conjunto de sanidad y servicios sociales con capacidad de acreditar la puesta en marcha de servicios, centros y unidades y garantizar la financiación de los mismos.

7.3. DESARROLLO NORMATIVO CLARO DE PERFILES DE BENEFICIARIOS Y CARTERA DE SERVICIOS

Además de la prioridad política y el sistema de acreditación de centros y servicios, es necesario acompañar el despliegue de la estrategia de cuidados sociosanitarios intermedios con un desarrollo normativo que defina claramente:

- El perfil de beneficiarios.
- La cartera de servicios.
- Las bases del modelo asistencial.
- Las necesidades de formación.

PERFIL DE BENEFICIARIOS

La revisión de la literatura presentada en capítulos anteriores insiste en un elemento: la necesidad de centrar los cuidados intermedios en aquellas tipologías de pacientes sobre las que existe evidencia de la eficacia de estos cuidados.

Por lo tanto, parece necesario que el desarrollo normativo defina de forma precisa el perfil de beneficiario de este servicio. Y en un contexto de capacidad de financiación limitada, seguramente la estrategia más adecuada debería consistir en centrarse en una tipología de perfiles más bien reducida, pero con alto

impacto (la diferencia de la implantación de la cobertura de la dependencia, que se creó con un criterio amplio de perfiles de necesidades, mayor incluso que en Francia o Alemania).

Como veíamos en anteriores capítulos, tan sólo 5 diagnósticos (accidente cerebrovascular, fractura de cadera y rodilla, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y demencia) ocupan un tercio de las altas de cuidados intermedios, por lo que estos procesos supondrían un buen punto de partida. En este grupo, podría incluirse el paciente oncológico en cuidados paliativos. Y a partir de este punto, se pueden definir al detalle e identificar progresivamente el resto de perfiles incluidos en el presente documento, sin menoscabo de que se puedan incluir otros, si así lo decide la normativa.



CARTERA DE SERVICIOS

La actual Cartera de Servicios del SNS apenas aborda la transición de la post-hospitalización con el "apoyo a la Atención Primaria en el alta precoz y en su caso hospitalización domiciliaria". La transición post-hospitalización es una responsabilidad sanitaria del SNS no eludible en el actual contexto de envejecimiento.

Como ya se ha comentado, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ya definía en 2003 el contenido de la atención socio sanitaria. No obstante, desde entonces no se han realizado esfuerzos normativos para desarrollar y regular la cartera de servicios bajo el perímetro de la atención socio sanitaria en general, y de los cuidados intermedios en particular.

La atención socio sanitaria deberá promover fórmulas de atención y apoyo que permitan, a ser posible, la permanencia del paciente en su contexto sociofamiliar. Para ello se ha de contar con una cartera de servicios suficiente, accesible, complementaria, equilibrada y coordinada entre ambos sistemas en cada territorio, debiéndose definir criterios claros de inclusión para cada prestación.

Es importante que los catálogos y carteras de servicios de los sistemas social y sanitario diferencien los servicios que prestan atenciones comunes a su propio sistema y los que tienen asociadas prestaciones del otro sistema, haciendo constar cuáles son estas últimas. Los servicios socio sanitarios son agregados de prestaciones incluidas en los respectivos catálogos y carteras de ambos sistemas, si bien aplicadas de forma coordinada, simultánea y estable. Esta cartera de servicios está compuesta por:

a) Servicios de prevención

La coordinación socio sanitaria debe estar integrada en la estrategia de prevención de los sistemas Sanitario y Social. En concreto, se debe incluir una prevención

de las complicaciones asociadas a patologías crónicas, físicas o mentales, en especial las de los pacientes crónicos complejos. Así, deben de aplicarse medidas de promoción de la salud, detección precoz de agudizaciones y toma de decisiones anticipadas en ambos sistemas asistenciales, incorporando estas actividades de prevención en los Centros de Servicios Sociales y en los Sanitarios de forma coordinada y con objetivos comunes o complementarios planificados conjuntamente.

b) Servicios de media estancia

- Estancia temporal para convalecencia y/o rehabilitación.
- Estancia temporal para cuidados paliativos.
- Estancia temporal por enfermedad mental.
- Estancia temporal por crisis vitales anexas a patologías, sin cobertura social normalizada.

c) Servicios socio sanitarios de atención diurna o nocturna

- Atención socio sanitaria de día/noche.
- Atención de día rehabilitadora .
- Atención de día/noche de mantenimiento y prevención de crisis.

d) Servicios domiciliarios

Servicios de atención domiciliaria y equipos de soporte en domicilio que presten atención social y sanitaria de forma coordinada, simultánea o sucesivamente. Entre los servicios sanitarios que se prestan en domicilio están:

- Cuidados postquirúrgicos.
- Manejo de vías subcutáneas.
- Manejo de vías endovenosas.
- Gestión de úlceras cutáneas (UPP, vasculares, curas, drenajes, etc.)
- Gestión de constantes (controles de frecuencia cardíaca, PaO₂, ECG, gluemias, etc.) que puedan controlarse a distancia (Telemedicina).

Y entre los servicios sociales que se prestan en domicilio se englobarían actividades de:

- Servicios de ayuda a domicilio y apoyo a la unidad de convivencia.
- Teleasistencia.
- Atención especializada a la persona y a la familia.
- Apoyo psicosocial tanto al paciente como a la unidad de convivencia y familia.

MODELO ASISTENCIAL

Paralelamente, es necesario desarrollar e implantar sistemáticamente los modelos de integración de los cuidados en la transición post-alta hospitalaria. Existe evidencia sólida²³ sobre la eficacia en los cuidados socio sanitarios intermedios de algunos componentes clave del modelo:

- Identificar correctamente el perfil del paciente potencialmente beneficiario.
- Continuidad de cuidados dentro del hospital y en el seguimiento post alta (atención primaria, gestión casos).
- Preparación proactiva del alta.
- Atención mutidisciplinar orientada a recuperar capacidades funcionales.
- Seguimiento del paciente.

Esta evidencia contrasta con la percepción de que la aplicación real de este modelo (por ejemplo, la preparación precoz del alta...) es más la excepción que la regla en la múltiple casuística de este tipo de cuidados en nuestros hospitales.

IMPACTO POTENCIAL:

- Garantizar la equidad de los cuidados intermedios para los pacientes en todo el territorio.
- Consolidar la eficacia de estos cuidados basada en la evidencia.
- Mejorar la adecuación de los cuidados intermedios basados en la evidencia.
- Orientar el sistema a la realidad epidemiológica.

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Por último, sería oportuno aprovechar la regulación de la cartera de servicios de la atención socio sanitaria para adaptar la formación pre y postgrado al actual paradigma epidemiológico. Importantes resistencias, que se producen desde las culturas profesionales, a los nuevos modelos de la cronicidad son debidas, en buena medida, a la prioridad a la atención curativa y fundamentalmente de agudos, en la formación de los profesionales de la salud.

Los expertos constatan el escaso cambio de nuestros modelos formativos de pre y postgrado a la realidad epidemiológica. La continuidad en la actualidad de estos modelos de formación implica consolidar durante las próximas décadas las dificultades de adaptación de los profesionales a las necesidades reales de la mayoría de los pacientes.

Adicionalmente, contiene el germen de un riesgo importante de frustración profesional por el desajuste entre las expectativas que genera la formación y la realidad de los pacientes. Se considera, por tanto, urgente la revisión, orientada a la cronicidad, de los programas de formación de pre y postgrado en ciencias de la salud.

- Adaptar la formación de profesionales a la realidad de gran parte de los pacientes.
- Disminuir las futuras resistencias profesionales ante la cronicidad y el envejecimiento.
- Disminuir el riesgo de frustración profesional ante una realidad que no coincide con aquello para lo que el profesional ha sido formado.

7.4. DESPLIEGUE DE LA OFERTA ADAPTADA A LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Tal y como hemos podido comprobar, el mapa de la oferta de cuidados socio sanitarios intermedios en cada comunidad autónoma es muy desigual. Y también lo es la demanda, en términos de envejecimiento y dispersión de la población.

Esto implica que necesariamente se lleve a cabo una estrategia diferenciada, ya que no existe una única solución válida y acorde a las características de cada comunidad autónoma. Dicha estrategia deberá estar basada en las capacidades actuales de cada territorio, de forma que se adapte a las necesidades y carencias de su población. En este sentido, hemos observado tres situaciones distintas:

- CC.AA. con una oferta adecuada de plazas de cuidados socio sanitarios intermedios: Cataluña.
- CC.AA. con una oferta significativa de plazas de hospitalización a domicilio: Comunidad Valenciana.
- CC.AA. con una oferta de plazas residenciales superior a los estándares internacionales de cobertura de la demanda (4,5 plazas por 1.000 personas mayores de 65 años) y que podrían reorientarse al perfil de cuidados intermedios si superasen un sistema de acreditación adecuado: Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra, La Rioja.

Aunque en la búsqueda de soluciones se parta de situaciones desiguales es necesaria una visión de conjunto del sistema. Los recursos definidos deben actuar como vasos comunicantes, permitiendo un adecuado flujo de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales. Para ello es necesario identificar el déficit de recursos socio sanitarios de primer nivel de los que dispone cada comunidad, y abordar la deficiencia de plazas mediante:

- Aprovechamiento de recursos siempre que sea posible.
- Creación de nuevas plazas, en centros o a domicilio.

FIGURA 5
DESARROLLO PERSONALIZADO OFERTA SOCIO SANITARIA



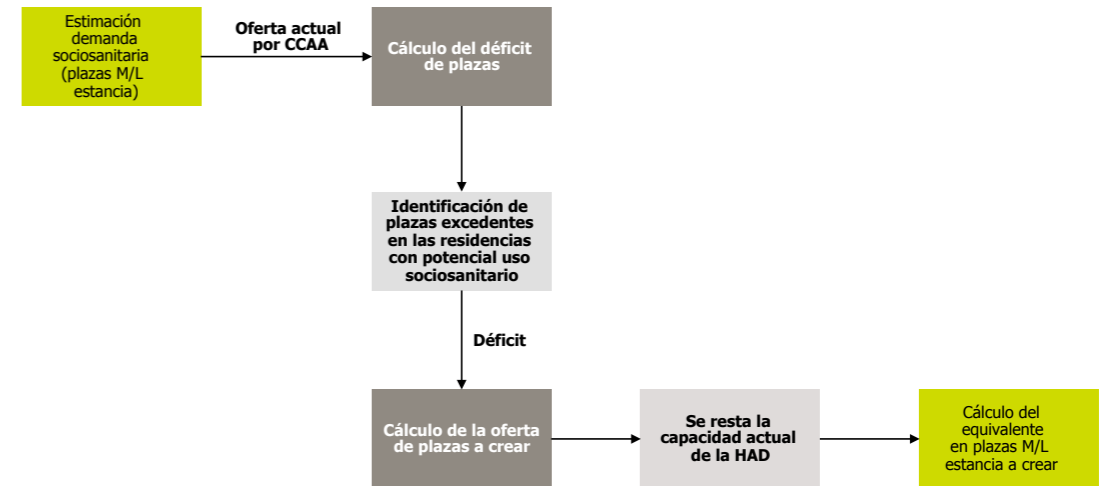
Fuente: Elaboración propia.

A título ilustrativo, hemos realizado un ejercicio de planificación macro de la oferta socio sanitaria de cada comunidad autónoma, con el fin de identificar las distintas opciones adecuadas en cada una de ellas. Este ejercicio se basa en las siguientes premisas: en definir un estándar de plazas de cuidados socio sanitarios intermedios de 1 plaza /1.000 habitantes.

- Calcula el teórico "exceso" de plazas en residencias para la atención a la dependencia y que, bajo un adecuado proceso de acreditación, podrían reconvertirse en cuidados intermedios. Este exceso se calcula a partir de las 4,5 plazas residenciales por 100 personas mayores de 65 años.
- A partir de aquí se determina la oferta nueva a crear, ya sea en atención domiciliaria o en centros socio sanitarios de cuidados intermedios.

FIGURA 6

ALGORITMO DE PLANIFICACIÓN DE LA OFERTA SOCIO SANITARIA POR CC.AA.



Fuente: Elaboración propia.

La aplicación de este ejercicio ilustrativo de planificación permite extraer conclusiones tales como que algunas comunidades resuelven su demanda socio sanitaria mediante las plazas de larga estancia y/o la reserva latente de plazas residenciales. No obstante, algunas deben solventar el déficit y para ello, podrían llevar a cabo lo siguiente:

- Las necesidades totales de oferta adicional a crear para atender la demanda de cuidados socio sanitarios intermedios se encontrarían, en ámbito equivalente, entre 19.600 nuevas plazas en centros residenciales ó 161.000 plazas en hospitalización a domicilio*. Idealmente, una combinación mixta de plazas en residencias y HAD podría cubrir de manera adecuada esta demanda.
- Dos comunidades han realizado un esfuerzo significativo en el pasado, Cataluña y Comunidad Valenciana. La oferta de plazas en centros socio sanitarios y HAD en Cataluña es suficiente para cubrir la demanda. Y la Comunidad Valenciana, con una elevada oferta en HAD, tan solo debería completar la oferta en centros socio sanitarios.

- Algunas comunidades podrían aprovechar el potencial de reconversión del exceso teórico de plazas de residencias para personas con dependencia, con la condición indispensable de que estas plazas estén debidamente acreditadas para su fin. Es el caso de Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra y La Rioja.
- El resto de comunidades tendrían que hacer un esfuerzo para crear oferta nueva, ya sea en centros socio sanitarios de cuidados intermedios (ya sean de nueva creación o bien plazas residencias debidamente acreditadas) y/o en plazas de hospitalización a domicilio.

* Se ha estimado que 1 plaza de media y larga estancia equivale a 8,2 plazas de hospitalización a domicilio. Para ello se ha tenido en cuenta que las plazas de media y larga estancia tienen una ocupación del 90% y una estancia media aproximada de 40 días.

TABLA 15

PLANIFICACIÓN DE LA OFERTA SOCIO SANITARIA EN BASE A LOS RECURSOS DISPONIBLES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

| Comunidad autónoma | Plazas necesarias M/L estancia | Déficit | Potencial plazas en residencias | Oferta a crear en plazas | Equivalente en HAD | Oferta actual HAD pacientes | Desarrollo HAD | Equivalente plazas M/L |
|-----------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------|------------------------|
| Andalucía | 8.400 | -8.224 | 0 | 8.224 | 67.540 | 2.473 | 65.067 | 7.923 |
| Aragón | 1.326 | -967 | 4.144 | 0 | 0 | 224 | 0 | 0 |
| Asturias, Principado de | 1.050 | -912 | 3.651 | 0 | 0 | 182 | 0 | 0 |
| Baleares, Illes | 1.125 | -748 | 0 | 748 | 6.143 | 182 | 5.961 | 726 |
| Canarias | 2.126 | -1.241 | 0 | 1.241 | 10.192 | 844 | 9.348 | 1.138 |
| Cantabria | 585 | -449 | 229 | 220 | 1.807 | 0 | 1.807 | 220 |
| Castilla y León | 2.478 | -1.987 | 17.861 | 0 | 0 | 2.289 | 0 | 0 |
| Castilla - La Mancha | 2.063 | -1.888 | 10.582 | 0 | 0 | 250 | 0 | 0 |
| Cataluña | 7.397 | 809 | 4.930 | 0 | 0 | 5.195 | 0 | 0 |
| Comunidad Valenciana | 4.940 | -4.025 | 0 | 4.025 | 33.055 | 10.241 | 22.814 | 2.778 |
| Extremadura | 1.092 | -952 | 3.358 | 0 | 0 | 341 | 0 | 0 |
| Galicia | 2.735 | -2.665 | 0 | 2.665 | 21.886 | 942 | 20.944 | 2.550 |
| Madrid, Comunidad de | 6.385 | -5.053 | 2.823 | 2.230 | 18.314 | 1.258 | 17.056 | 2.077 |
| Murcia, Región de | 1.464 | -777 | 0 | 777 | 6.381 | 76 | 6.305 | 768 |
| Navarra, Comunidad Foral de | 636 | -444 | 1.149 | 0 | 0 | 577 | 0 | 0 |
| País Vasco | 2.165 | -1.500 | 0 | 1.500 | 12.319 | 1.855 | 10.464 | 1.274 |
| Rioja, La | 314 | -126 | 222 | 0 | 0 | 522 | 0 | 0 |
| Ceuta | 85 | -85 | 0 | 85 | 698 | 0 | 698 | 85 |
| Melilla | 85 | -85 | 0 | 85 | 698 | 0 | 698 | 85 |
| Total nacional | 46.451 | -31.319 | 48.949 | 21.800 | 179.033 | 27.451 | 161.162 | 19.624 |

Fuente: Elaboración propia.

IMPACTO POTENCIAL:

- Garantizar la equidad y acceso a los cuidados socio sanitarios intermedios en todo el territorio nacional.
- Aprovechar las capacidades y recursos de cada comunidad y desarrollar una estrategia basada en necesidades reales.
- Mejorar el posicionamiento de España frente a otros países del entorno europeo con una oferta socio sanitaria mucho más consolidada.



7.5. SISTEMA ADECUADO DE PAGO POR ACTIVIDAD

El sistema de financiación o pago por actividad de los cuidados socio sanitarios intermedios es fundamental para garantizar su desarrollo. Como se ha visto anteriormente (revisión internacional de experiencias), la principal dificultad para transformar los beneficios de los cuidados intermedios o de transición en coste-efectivos es la existencia de un sistema de financiación que esté orientado hacia la utilización adecuada de los recursos: liberación de camas hospitalarias y transición efectiva hacia el sistema socio sanitario.

La definición del sistema de pago de los cuidados socio sanitarios intermedios debe responder a dos cuestiones clave: ¿quién financia el servicio? y ¿cómo se financia?

En términos de responsabilidad de financiación, la principal cuestión recae sobre la coordinación entre el sistema sanitario y social. Sin embargo, dentro de la atención socio sanitaria se tiende a generalizar, cuando en realidad la respuesta es específica por cada uno de los 4 ámbitos definidos inicialmente. El análisis internacional comparado nos indica lo siguiente:

- La atención a la dependencia es co-financiada generalmente por los servicios sociales y sanitarios, pero con un liderazgo desde el sistema social. Y siempre presentan un cierto nivel de copago por parte del usuario.
- En los casos de la salud mental y cuidados intermedios, la principal responsabilidad recae sobre el sistema sanitario y en todos los países se cuenta con un cierto nivel de copago. Además, para determinados servicios hay una coordinación (y financiación específica) por parte del sistema social.
- En la atención a los pacientes crónicos, la responsabilidad es del sistema sanitario, y el principal reto en el sistema de financiación es asegurar la continuidad entre atención primaria y atención especializada.

La segunda cuestión hace referencia al sistema de pago de la actividad. El sistema de pago por actividad de los cuidados intermedios debe cumplir los siguientes requisitos:

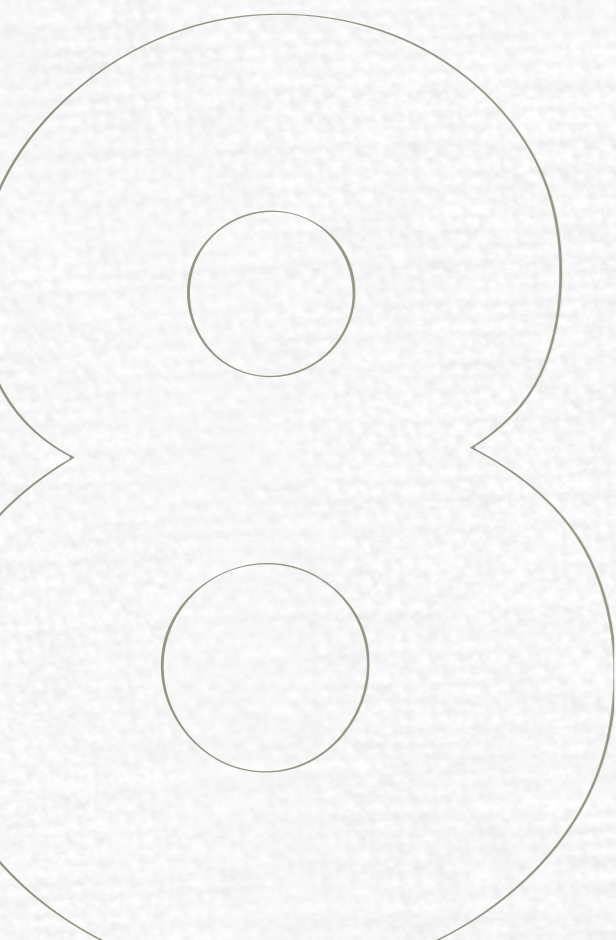
- Incentivar la transición del hospital a los cuidados intermedios.
- Facilitar la complementariedad de las intervenciones: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc.
- Centrado en las necesidades de las personas y no en el dispositivo asistencial, o dicho de otra forma, la financiación debería basarse en paquetes por perfil de pacientes con independencia de si los cuidados son institucionales y/o domiciliarios.

En este sentido, deberían evitarse los sistemas de pago habituales que encontramos en el panorama internacional (y también en Cataluña para este tipo de dispositivos) basados en un precio por estancia. En su lugar, deberíamos ir a sistemas que incentiven maximizar la eficiencia del conjunto del proceso (hospitalización de agudos + cuidados de transición) como los "bundled payments" o la financiación capitativa.

IMPACTO POTENCIAL:

- Maximizar la eficiencia en el desarrollo de los cuidados socio sanitarios intermedios.
- Favorecer la financiación de modelos de cuidados socio sanitarios intermedios centrados en las personas, y no exclusivamente en tipo de recursos (centros socio sanitarios intermedios, residencias acreditadas, atención domiciliaria, etc...)

CONCLUSIONES



La adaptación al nuevo paradigma demográfico y epidemiológico es un reto crucial para el Sistema Nacional de Salud.

Es evidente que uno de los mayores retos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud es el de las consecuencias derivadas del incremento continuado de la esperanza de vida gracias a los avances de la medicina y de la tecnología.

Buena prueba de ello es que según se pone de manifiesto en este estudio **las altas hospitalarias de personas mayores de 74 años se han incrementado en el SNS un 62% entre 2001 y 2013**, frente a un discreto crecimiento en el resto de la población. Pero no solo eso, sino que **el grupo de mayor edad (>74 años) ha pasado de representar un 19% a un 29% (casi un tercio) de la actividad de hospitalización**.

Sin necesidad de realizar proyecciones alarmistas es evidente que nuestro sistema sanitario, como el de todos los países de nuestro entorno, se enfrenta a un reto crucial de adaptación al nuevo perfil demográfico de la población.

Nuestro país ha tenido una respuesta importante en las décadas precedentes consolidando la atención a la dependencia e iniciando el cambio de modelo sanitario para gestionar la cronicidad.

La adaptación al nuevo paradigma demográfico se ha producido:

- Primero con el crecimiento de los derechos y los servicios de atención a la dependencia. Sirva como ejemplo que las plazas residenciales para personas mayores han experimentado un notable incremento que ha superado significativamente los objetivos que se planteaba el Plan Gerontológico Nacional de 1988.

La aprobación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD) ha cambiado además el paradigma de los derechos de las personas con dependencia. Aún con todas las limitaciones y lagunas que se puedan constatar, no se puede decir que el país no haya enfrentado el reto en este aspecto.

- Más recientemente en el cambio de modelo de atención sanitaria. En el abordaje de la cronicidad desde los servicios sanitarios, las experiencias basadas en el *New Chronic Care Model* se han introducido, para quedarse, en la agenda de los servicios sanitarios españoles. Con mayor o menor éxito de implantación estos abordajes se encuentran ya integrados en la gestión cotidiana de nuestro sistema sanitario.



Sin embargo, la atención al paciente de perfil sociosanitario intermedio post-proceso hospitalario sigue siendo una asignatura pendiente con una oferta insuficiente y con importantes desigualdades de acceso.

Si bien la atención socio sanitaria a pacientes con dependencia y/o enfermedades crónicas empieza a consolidarse, todavía es muy incipiente en las personas que requieren cuidados sociosanitarios intermedios post o pre-hospitalización.

Precisamente, en el terreno de los cuidados de transición entre el hospital y el domicilio o el centro sociosanitario, es donde en nuestro país se encuentran mayores déficits:

- El volumen global de recursos disponibles en España, con una oferta de 0,32 camas de subagudos por 1.000 habitantes se encuentra bastante lejos del promedio de los países de la OCDE de 1 cama por 1.000 habitantes, y muy lejos de los países mejor dotados (Francia, Alemania y Suiza) que se acercan o superan las 2 camas por 1.000 habitantes.
- Esta escasez de recursos en comparación con otros países de nuestro entorno contrasta con otros dispositivos asistenciales (como los de hospitalización o de residencias para mayores) en que la dotación por habitante se encuentra en España en ratios comparables a los demás países, aunque algo menores.
- El ratio de 0,33 plazas/1.000 que existe en nuestro país, está en realidad condicionado por las plazas de una sola comunidad autónoma (Cataluña) que representan el 55% del total. Igualmente, en atención en hospitalización a domicilio, dos comunidades autónomas (sobre todo la Comunidad Valenciana y también Cataluña) atienden a más del 56% de este tipo de pacientes.

En resumen, estamos hablando de desigualdades de acceso a este tipo de atención que tienen un rango de dotación de 54 veces más recursos por habitante en plazas de

internamiento entre la comunidad más dotada y la que menos, y de 32 veces en el caso de la hospitalización a domicilio.

Sin duda nos encontramos ante una de las prestaciones del SNS en que el acceso es, en conjunto, más limitado especialmente porque no existe una normativa global y consensuada que permita poner el acento en el desarrollo de este tipo de plazas. Pero sobre todo, en que la desigualdad territorial es mayor.

Los cuidados sociosanitarios intermedios prestan una atención específica centrada en las necesidades del paciente (recuperación y/o cuidados complejos post-hospitalarios) y con beneficios demostrados en términos de satisfacción, calidad y eficiencia.

Entre el hospital y el domicilio o el centro residencial, hay distintos tipos de intervenciones tanto sanitarias como sociales que ponen en evidencia que una intervención multidisciplinar coordinada entre los diferentes niveles, enfocada a la rehabilitación y con seguimiento del paciente, produce beneficios demostrados en cuanto a:

- Mejora de la recuperación y/o conservación de la capacidad funcional.
- Mejora de la calidad de vida.
- Mayor satisfacción de los pacientes.
- Tendencia a una menor utilización de los servicios sanitarios.
- Resultados clínicos similares a los obtenidos con la hospitalización tradicional (medidos en términos de mortalidad).

A este tipo de intervenciones que se producen en determinados perfiles de pacientes las hemos denominado cuidados sociosanitarios intermedios, aunque en la literatura se puede encontrar bajo varias denominaciones como cuidados de transición (*transition care*), cuidados subagudos, hospitales de rehabilitación, o *skilled nursing homes*.

Estos modelos de intervención, conocidos desde hace bastante tiempo, se adaptan mucho mejor que la hospitalización tradicional a una serie de tipologías de pacientes mayores, frágiles, dependientes y con procesos que requieren un abordaje multidisciplinar y una orientación rehabilitadora.

El estudio resalta la evidencia existente sobre el hecho de que este tipo de cuidados de pacientes intermedios produce sus resultados tanto en esquemas de hospitalización, de rehabilitación, en centros sociosanitarios (*nursing homes*), como de atención domiciliaria. La evidencia indica por tanto que puede haber diferentes modelos de recursos que obtienen similares resultados.

La atención sociosanitaria intermedia debe cubrirse desde diferentes combinaciones de recursos, tanto en centros sociosanitarios como en atención/hospitalización a domicilio.

Casi por definición, los cuidados sociosanitarios intermedios precisan de la coordinación entre diferentes recursos: hospitalización, hospitalización de larga estancia, hospitalización a domicilio, centros sociosanitarios y Atención Primaria sanitaria y social.

La evidencia nos demuestra que estos recursos pueden ser alternativos y que todos ellos consiguen resultados similares. Ello nos hace valorar positivamente las diferentes combinaciones de recursos observadas en España en este estudio: desde la de Cataluña con un importante desarrollo de centros sociosanitarios específicos, la de Valencia con un importante desarrollo de la hospitalización a domicilio o la de Castilla León con la incorporación de las residencias con plazas específicas acreditadas para este tipo de atención.

Esto implica que existe un amplio margen para adaptarse a las características y condicionantes de cada territorio en el desarrollo de los recursos. Comunidades como, por ejemplo, Castilla y León con una gran dispersión geográfica y un amplio parque de residencias pueden basar este desarrollo en la acreditación de plazas o unidades de cuidados sociosanitarios intermedios específicos en determinadas residencias.

Para hacer frente a las necesidades de los pacientes con cuidados sociosanitarios intermedios se precisarían unas 19.624 plazas adicionales en centros o 161.162 plazas en atención hospitalaria a domicilio. Estas plazas podrían ser creadas mediante la combinación de los diferentes modelos (hospital de media estancia, centro sociosanitario, hospitalización a domicilio, plazas debidamente acreditadas en residencia, etc.).

No afrontarlo supondría aumentar el parque de camas de agudos. Si no se realizara esta inversión implicaría que la presión de la demanda sobre los hospitales de agudos forzaría al sistema a continuar creciendo en camas hospitalarias de agudos para evitar el alargamiento de las listas de espera. Evidentemente, la alternativa es muy superior en costes, pero no es sólo un problema de costes: el principal problema sería el crecimiento de atención con un modelo inadecuado a una población creciente.

Nos encontramos pues, en el momento de los cuidados sociosanitarios intermedios.

Como habíamos comentado, la respuesta al reto derivado de una población envejecida se ha centrado en décadas anteriores primero en la creación de servicios para la dependencia y la regulación legal de su financiación pública y más recientemente en el desarrollo de un modelo de asistencia sanitaria de cronicidad.

Actualmente, tenemos la oportunidad de abordar otra reforma histórica: la de los cuidados sociosanitarios intermedios para gestionar la transición desde la hospitalización, al domicilio o a la residencia. La justificación asistencial es clara y la obtención de resultados clínicos y de satisfacción evidente, además, el impacto de evitar el incremento de camas hospitalarias de agudos lo es también. Y sobre todo, porque **garantizar el derecho de las personas a una atención sociosanitaria equitativa y de calidad es una obligación social.**

Abordar el desarrollo de los cuidados sociosanitarios intermedios hoy, es una garantía para el conjunto del sistema sanitario y social mañana.

ANEXOS

9.1. FICHAS DE ACTIVIDAD SOCIOSANITARIA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 8.399.618 |
| Población >65 años (habitantes) | 1.363.740 |
| Densidad de población (habitantes/km ²) | 95,9 |
| Altas hospitalarias | 531.454 |
| Altas hospitalarias >65 años | 206.567 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 151 |

En el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas se establece como proyecto prioritario desarrollar un modelo de integración sociosanitaria para responder a las necesidades de cuidados de los pacientes. Este proyecto incluye entre otras:

- a)** Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, para dar respuesta en el plan terapéutico, a necesidades complejas de personas con enfermedad crónicas.
- b)** Desarrollar una oferta intersectorial de cuidados intermedios para adaptación al domicilio de aquellas personas que tras un evento agudo requieran, por su situación socio-familiar, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración en su entorno.
- c)** Desarrollar programas de atención a residencias, adaptados al nivel local en función de las características de la zona, para garantizar la calidad asistencial en las personas institucionalizadas.
- d)** Integrar el trabajo cooperativo entre los servicios de salud, los movimientos asociativos y grupos de ayuda mutua, utilizando itinerarios de atención que impliquen a las personas afectadas y la red familiar.

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor* |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 176 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,02 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes > 65 años | 0,13 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 5 |
| Pacientes HAD | 8.676 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 6,36 |
| % HAD sobre altas >65 años | 4,2% |
| Plazas residencias | 38.515 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 2,82 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | - |

- e)** Mejorar el acceso a la información de los recursos sociales implicados en el cuidado dentro de la página de salud del ciudadano, en los servicios de atención telefónica, y en las web públicas.
- f)** Garantizar el apoyo al cuidado y la prevención de problemas de salud a las personas que cuidan, desarrollando programas específicos para ellas.

* No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio

ARAGÓN



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 1.326.403 |
| Población >65 años (habitantes) | 277.331 |
| Densidad de población (habitantes/km ²) | 27,8 |
| Altas hospitalarias | 133.645 |
| Altas hospitalarias >65 años | 64.097 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 231 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 359 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,27 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 1,29 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 5.120 |
| Estancia media (días) | 20,7 |
| Unidades HAD | 0 |
| Pacientes HAD | 785 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 2,83 |
| % HAD sobre altas >65 años | 1,2% |
| Plazas residencias | 17.865 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 6,44 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 0 |

El Servicio Aragonés de Salud incluye la atención sociosanitaria dentro de su cartera de servicios. Los recursos de los que dispone la red asistencial sociosanitaria aragonesa son los siguientes:

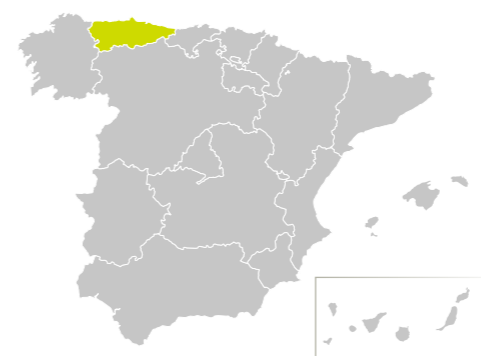
- En Atención Primaria: los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) están constituidos por facultativos, diplomados en Enfermería y otro personal de apoyo, y actúan como nexo entre los equipos de Atención Primaria y los centros hospitalarios. En la actualidad existen dos en Aragón.
- En Hospital General: las Unidades de Valoración Sociosanitarias (UVSS constituidas por facultativos geriatras, diplomados en enfermería, trabajadores sociales y personal de apoyo, actúan como enlace con el resto de dispositivos asistenciales. Aragón dispone de un total de 3 de estas unidades, correspondiéndoles entre otras las siguientes funciones:

- Valoración integral de las necesidades del paciente.
- Establecer el plan de cuidados personalizados.
- Orientar hacia los recursos más adecuados cuando el paciente sea dado de alta.
- Proponer medidas para prevenir y evitar la dependencia.

La atención sociosanitaria en Aragón puede prestarse en régimen de hospitalización en hospitales de agudos, de forma ambulatoria en hospitales de día y rehabilitación, en centros de orientación sociosanitaria o en el propio domicilio del paciente.

Los centros sociosanitarios no disponen de acreditación expresa para su fin. Únicamente deben ser dados de alta en el Registro de Centros Sanitarios, con su correspondiente autorización administrativa.

PRINCIPADO DE ASTURIAS



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 1.049.875 |
| Población >65 años (habitantes) | 252.189 |
| Densidad de población (habitantes/km ²) | 99,0 |
| Altas hospitalarias | 103.632 |
| Altas hospitalarias >65 años | 55.032 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 218 |

Datos sociosanitarios

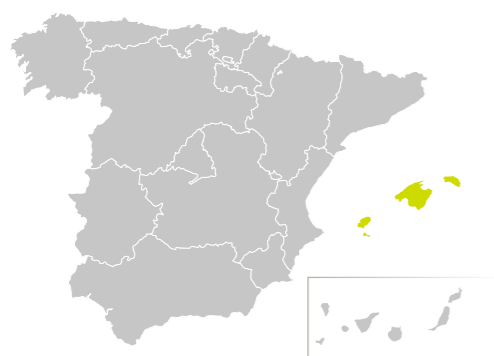
| Variable | Valor* |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 138 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,13 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 0,55 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 2 |
| Pacientes HAD | 637 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 2,53 |
| % HAD sobre altas >65 años | 1,2% |
| Plazas residencias | 11.164 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 4,43 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | - |

En noviembre de 2013, el Gobierno del Principado de Asturias publicaba la Propuesta de Acciones Sociosanitarias, cuya primera acción prioritaria era definida como "la creación e implementación de estructuras sanitarias". En dicho documento, se establece la puesta en marcha de diferentes órganos y estructuras para la mejora de la coordinación sociosanitaria. Entre ellos destacan: Comisión Interinstitucional para la Coordinación Sociosanitaria, Subcomisión Técnica Interinstitucional para la Coordinación Sanitaria y equipos operativos de trabajo, para la gestión de casos y la mejora de la atención sociosanitaria.

No existe normativa específica sobre la acreditación de centros sociosanitarios, únicamente la recogida en el Decreto 53/2006 de 8 de junio por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios. En él se recogen los requisitos que deben reunir los centros sanitarios, entre los que se incluyen los de media y larga estancia, para recibir la autorización de instalación y funcionamiento.

* No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

BALEARES



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 1.124.972 |
| Población >65 años (habitantes) | 171.129 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 225,4 |
| Altas hospitalarias | 76.542 |
| Altas hospitalarias >65 años | 30.714 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 179 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor* |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 377 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,34 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 2,20 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 2 |
| Pacientes HAD | 637 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 3,72 |
| % HAD sobre altas >65 años | 2,1% |
| Plazas residencias | 5.375 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 3,14 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | - |

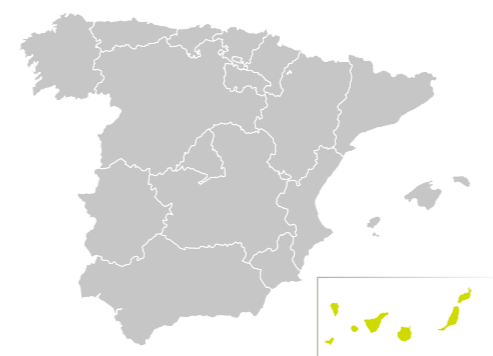
Los principales recursos sociosanitarios de la región incluyen: programa de atención domiciliaria, equipos de soporte a la atención domiciliaria (ESAD), y rehabilitación a domicilio en Atención Primaria; convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos y unidades hospitalarias de cuidados especiales en las Unidades de Hospitalización Sociosanitarias; y, hospital de día geriátrico. Adicionalmente, disponen de otros recursos como la enfermera gestora de casos y las Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVASS).

El Servei de Salut publicaba en abril de 2010 su Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario para los años 2010-2014. El modelo que sigue el Plan mantiene la diferenciación clara entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, pero crea una figura intermedia de coordinación sociosanitaria, tanto en el ámbito técnico como en el institucional, que ha de ayudar a responder a las necesidades de la población más vulnerable y a favorecer los circuitos de comunicación y de gestión de recursos.

El sistema sanitario de las islas articula los mecanismos necesarios para asegurar una adecuada atención sanitaria a su población, pudiéndose desarrollar con recursos propios o concertados. Respecto a las actuaciones sanitarias, el modelo centra la actividad en el paciente y en el entorno donde se encuentra de modo más confortable, más íntimo y donde puede tener un mayor apoyo de sus familiares. Por tanto, se parte del domicilio como punto neurálgico de atención, en torno al cual se articula la gran mayoría de recursos, y se reservan los espacios hospitalarios o residenciales para los casos en que la necesidad —tanto de tipo asistencial como puramente social— haga necesarios dichos servicios.

* No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

CANARIAS



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 2.126.144 |
| Población >65 años (habitantes) | 318.466 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 285,5 |
| Altas hospitalarias | 114.568 |
| Altas hospitalarias >65 años | 38.288 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 120 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor* |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 885 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,42 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 2,78 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 5 |
| Pacientes HAD | 2.963 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 9,30 |
| % HAD sobre altas >65 años | 7,7% |
| Plazas residencias | 7.396 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 2,32 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | - |

El Servicio de Salud Canario contempla en su Plan de Salud para los años 2016-2017, la adecuación de la oferta asistencial sanitaria y sociosanitaria al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables y potenciando la atención domiciliaria integrada.

El objetivo de esta línea de actuación es desarrollar protocolos integrados de la Atención Primaria, Especializada y Sociosanitaria para adecuar la oferta asistencial del Servicio Canario de la Salud, de manera que se dé respuesta coordinada, entre instituciones y entidades competentes, a las necesidades del nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, mentales, degenerativas y de atención al final de la vida; así se pretende fomentar la estratificación de las personas según grado de riesgo y de autonomía personal; así se pretende fomentar la realización de actividades preventivas para mantener la capacidad funcional de los pacientes, potenciando aquellas actuaciones que permitan mantener al paciente en su domicilio o entorno habitual con la mayor calidad de vida posible.

En este sentido, el Gobierno Canario ha anunciado la inversión de 133 millones de euros en el Plan Sociosanitario, de forma que se renueven 4 centros que ya han quedado obsoletos y se habiliten 10 nuevos centros sociosanitarios**.

* No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

** <http://web.eldia.es/tenerife/2016-06-19/1-nuevo-plan-sociosanitario-preve-renovar-centros-habilitar.htm> - Consultado el 5 de septiembre de 2016.

CANTABRIA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|---------|
| Población total (habitantes) | 585.359 |
| Población >65 años (habitantes) | 118.812 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 110,0 |
| Altas hospitalarias | 49.886 |
| Altas hospitalarias >65 años | 23.993 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 202 |

En Cantabria, un 19,3% de sus habitantes tienen 65 o más años; esta tasa de envejecimiento es mayor que la nacional (17,7%). En la última Encuesta Nacional de Salud (2011-2012), también llama la atención que el 51,9% de las personas mayores de 14 años de Cantabria declare estar padeciendo alguna enfermedad o problema de salud crónicos, frente a un 42,4% en las estadísticas nacionales.

En el Plan de Salud 2014-2019 se estableció la necesidad de elaborar un Plan específico para la atención a la cronicidad y la atención socio sanitaria. Dicho plan fue publicado en 2015, con el objetivo fundamental de definir e implantar las actuaciones más efectivas para mejorar el conocimiento sobre las condiciones crónicas de salud en la población de Cantabria y su atención sanitaria y social, promoviendo la prevención de la cronicidad y de la dependencia funcional, actuando sobre sus determinantes, procurando una atención coordinada, continuada e integral, segura, de calidad, respetuosa con el paciente crónico y satisfactoria.

Algunas de las principales líneas de actuación del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019 son las siguientes:

- Promocionar la continuidad y coordinación entre niveles asistenciales para mejorar la atención de los pacientes crónicos en Cantabria.
- Destacar la función de la Atención Primaria, potenciando su resolutivez.

Datos socio sanitarios

| Variable | Valor* |
|--|--------|
| Plazas M/L estancia | 136 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,23 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 1,14 |
| Ingresos en centros socio sanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 1 |
| Pacientes HAD | 0 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 0 |
| % HAD sobre altas >65 años | 0,0% |
| Plazas residencias | 4.806 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 4,05 |
| Plazas socio sanitarias concertadas en residencias | - |

- Poner en marcha nuevas unidades que aseguren la continuidad asistencial y de cuidados del paciente y el cuidador.
- Desarrollar rutas asistenciales para aquellos procesos más prevalentes e importantes, basadas en la evidencia científica y, fundadas en la coordinación entre niveles, haciendo más sencillo y eficaz el itinerario del paciente por el sistema.
- Crear nuevos roles profesionales conforme a las necesidades del nuevo modelo asistencial, para asegurar la continuidad asistencial y de cuidados al paciente y al cuidador.

*No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

CASTILLA-LEÓN



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 2.478.079 |
| Población >65 años (habitantes) | 595.276 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 26,3 |
| Altas hospitalarias | 241.188 |
| Altas hospitalarias >65 años | 124.251 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 209 |

Aprobado por el Decreto 59/2003, de 15 de mayo, el II Plan Socio sanitario de Castilla y León fue elaborado para favorecer la coordinación de actuaciones, la integración de culturas y la creación de lenguajes comunes entre los profesionales de ambos sistemas.

Las líneas estratégicas del plan establecen entre otras cosas, la necesidad de potenciar la coordinación socio sanitaria mediante un marco legislativo común y unas estructuras de coordinación operativas, el desarrollo de la gestión de procesos y de casos, la implantación de sistemas de información compartidos, y la necesidad de formar específicamente a los profesionales en materia de coordinación socio sanitaria.

Otras líneas de actuación incluyen la mejora de los cuidados a domicilio y la capacitación de los cuidadores familiares, el refuerzo de los recursos intermedios para mantener al paciente en el hogar, poner en marcha unidades hospitalarias de continuidad asistencial y disponer de recursos de convalecencia hospitalaria suficientes y adecuados.

Datos socio sanitarios

| Variable | Valor |
|--|---------|
| Plazas M/L estancia | 136.491 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,20 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 0,82 |
| Ingresos en centros socio sanitarios | - |
| Estancia media (días) | 76 |
| Unidades HAD | 5 |
| Pacientes HAD | 8.033 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 13,49 |
| % HAD sobre altas >65 años | 6,5% |
| Plazas residencias | 42.272 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 7,10 |
| Plazas socio sanitarias concertadas en residencias | 99 |

En este sentido, en Castilla-León destacan las Unidades de Convalecencia Socio sanitaria (UCSS); son plazas ubicadas en residencias de personas mayores de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales. Estas prestan cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, a personas con necesidades sociales y en situación de dependencia, de forma transitoria o definitiva, garantizando la coordinación y la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales.

CASTILLA-LA MANCHA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 2.062.767 |
| Población >65 años (habitantes) | 377.607 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 26,0 |
| Altas hospitalarias | 163.146 |
| Altas hospitalarias >65 años | 76.770 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 203 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 175 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,08 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 0,46 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 1.381 |
| Estancia media (días) | 38,2 |
| Unidades HAD | 0 |
| Pacientes HAD | 877 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 2,32 |
| % HAD sobre altas >65 años | 1,1% |
| Plazas residencias | 26.344 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 6,98 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 0 |

Existe personal sanitario trabajando en las residencias de la comunidad (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) y cada vez hay más personas dependientes que precisan un abordaje integral, e incluso algunos residentes que necesitan más intervención sanitaria, pero no existen unidades específicas de atención sociosanitaria autorizadas ni concertadas como tales destinadas a la atención de enfermos afectos de procesos crónicos que precisan principalmente cuidados prolongados de enfermería en unidades diferenciadas.

No existe en la comunidad autónoma normativa específica de autorización para este tipo de centros, salvo para los centros y servicios destinados a la atención a la salud mental (Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental).

CATALUÑA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 7.396.991 |
| Población >65 años (habitantes) | 1.361.672 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 230,3 |
| Altas hospitalarias | 576.758 |
| Altas hospitalarias >65 años | 272.958 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 200 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 8.206 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 1,11 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 6,03 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 51.351 |
| Estancia media (días) | 19,8 |
| Unidades HAD | 20 |
| Pacientes HAD | 18.229 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 13,39 |
| % HAD sobre altas >65 años | 6,7% |
| Plazas residencias | 58.919 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 4,33 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 0 |

La oferta sociosanitaria catalana es, con diferencia, la más consolidada del territorio nacional, siendo la única que alcanza los estándares internacionales en cuanto a dotación de plazas de media y larga estancia. La asistencia sociosanitaria se estructura en cuatro grandes categorías: sub-agudos, convalecencia, cuidados paliativos y estancia media polivalente.

En la Comunidad existe una acreditación específica para los centros de atención sociosanitaria. Cada una de estas categorías tiene definidos estándares de calidad propios, con criterios transversales y otros propios de cada categoría (especialmente en lo referente a personal y recursos disponibles) que determinan la acreditación. Además, la comunidad dispone de normativa específica para la autorización de este tipo de centros: DOG 3597, de 18 de marzo 2002, Decreto 92/2002 de 5 de marzo por el que se establece la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización.

Los planes y estrategias desarrollados en este ámbito han sido numerosos, y la atención sociosanitaria ha sido siempre elemento troncal en los Planes de Salud presentados.

Las tarifas vigentes para los cuidados intermedios son las siguientes:

- Baja complejidad: 89,03 €/ estancia.
- Complejidad media: 90,04 € / estancia.
- Alta complejidad: 92,10 €/ estancia.

Los pacientes subagudos no se incluyen en las anteriores tarifas, siendo su coste de 1.730,12 € / proceso, incluyendo todos los servicios sanitarios y de soporte social que requieren este tipo de pacientes.

COMUNIDAD VALENCIANA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 4.939.674 |
| Población >65 años (habitantes) | 915.109 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 212,4 |
| Altas hospitalarias | 420.668 |
| Altas hospitalarias >65 años | 187.019 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 204 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 915 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,19 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 1,00 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 3.688 |
| Estancia media (días) | 52,1 |
| Unidades HAD | 27 |
| Pacientes HAD | 35.933 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 39,27 |
| % HAD sobre altas >65 años | 19,2% |
| Plazas residencias | 27.092 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 2,96 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 0 |

Actualmente no existe normativa, procedimiento de acreditación o procedimientos de evaluación específicos para este tipo de centros. En su lugar, a los centros sociosanitarios, tanto públicos como privados, se les aplica la normativa autonómica general sobre la autorización, acreditación y evaluación de centros sanitarios.

En su última publicación relacionada con el ámbito sociosanitario, la Generalitat apuntaba la necesidad de configurar un nuevo modelo sanitario con las siguientes características: centrado en el paciente y los recursos sanitarios, planificado, comunitario, proactivo, basado en la evidencia científica, equitativo, adaptado, integrado, colaborativo, flexible y evaluativo.

EXTREMADURA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 1.091.623 |
| Población >65 años (habitantes) | 215.875 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 26,2 |
| Altas hospitalarias | 103.592 |
| Altas hospitalarias >65 años | 46.935 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 217 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 140 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,13 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 0,65 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 408 |
| Estancia media (días) | 107,7 |
| Unidades HAD | 1 |
| Pacientes HAD | 1.195 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 5,54 |
| % HAD sobre altas >65 años | 2,5% |
| Plazas residencias | 12.023 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 5,57 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 0 |

La oferta sociosanitaria en Extremadura se ha desarrollado de forma coordinada e integrada entre el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).

De acuerdo al Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos (T2) y se establece su régimen jurídico; se establecen también los siguientes tipos de plazas de carácter sociosanitario:

- Plazas tipo 1 (T1): cuidados sanitarios continuados intensos. Requieren un entorno sanitario. Son los únicos que se han considerado como cuidados intermedios. Cuentan con financiación del SES al 100%.
- Plazas tipo 2 (T2): atención sanitaria continuada a personas dependientes (definido como atención socio-sanitaria). Plazas destinadas a pacientes con un bajo nivel de autonomía que requieren cuidados o supervisión en un entorno sanitizado. Estas plazas disponen de financiación mixta, de forma que cada parte (SES y SEPAD) asume el 50% del coste.
- Plazas tipo 3 (T3): recursos residenciales y domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia. Estas plazas se financian al completo a través del SEPAD.

Una peculiaridad del sistema extremeño es el hecho de que para acceder a cualquiera de estas plazas, los pacientes han de ser previamente evaluados de acuerdo al procedimiento administrativo vigente. Sin embargo, la comunidad posee conciertos con algunos centros privados (Fundación San Juan de Dios) en los que el acceso no está tan sometido a procedimientos administrativos, pudiendo los pacientes ser directamente referidos tras una hospitalización previa. Dichas plazas están contabilizadas en el presente estudio.

GALICIA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 2.734.656 |
| Población >65 años (habitantes) | 655.760 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 92,5 |
| Altas hospitalarias | 248.445 |
| Altas hospitalarias >65 años | 123.095 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 188 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor* |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 70 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,03 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 0,11 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 17 |
| Pacientes HAD | 3.306 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 5,04 |
| % HAD sobre altas >65 años | 2,7% |
| Plazas residencias | 18.368 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 2,80 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | - |

La Consellería de Sanidade publicaba en 2013 el Plan Marco para la atención sociosanitaria en Galicia con la intención de estudiar y analizar la situación actual, y marcar las líneas estratégicas de asistencia sanitaria en los próximos años, identificando las necesidades específicas de colectivos de pacientes con necesidades sanitarias y sociales simultáneas.

En un estudio inicial de los recursos definidos en Galicia como sociosanitarios, se realizó previamente la definición de recurso sociosanitario desde la perspectiva sanitaria y social tratando de englobar centros, servicios y programas coordinados conjuntamente. Por esto se entendió que, además de la debida autorización de la actividad por parte de la Consellería correspondiente, se establecieran como criterios a cumplir para la selección y diferenciación de recursos sociosanitarios la prestación de atención sanitaria y social conjunta, desarrollando actividades sanitarias y de atención social de forma complementaria.

El Plan Marco define tres líneas de actuación generales a alcanzar:

1. Conseguir un sistema de atención compartido y coordinado entre la red de servicios sociales y sanitarios, desarrollando instrumentos de gestión que permitan su confluencia.
2. Identificar y atender a las personas con necesidades de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario.

3. Garantizar el nivel de excelencia futura a través de la innovación, el desarrollo de los sistemas de información y la promoción de las nuevas tecnologías.

Como acciones específicas para alcanzar estas medidas destacan la definición de una cartera de servicios sociosanitarios única y su sistema de acceso, mejorar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales mediante una planificación conjunta, desarrollar herramientas de identificación de pacientes con riesgo de perfil sociosanitario, apostar por la innovación y las nuevas tecnologías (teleasistencia, telemedicina) y adaptar los sistemas de información para recoger la información de carácter sociosanitario.

* No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

COMUNIDAD DE MADRID



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 6.385.298 |
| Población >65 años (habitantes) | 1.082.290 |
| Densidad de población (habitantes/km²) | 795,4 |
| Altas hospitalarias | 497.583 |
| Altas hospitalarias >65 años | 217.640 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 201 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor* |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 1.332 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,21 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 1,23 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 5 |
| Pacientes HAD | 4.415 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 4,08 |
| % HAD sobre altas >65 años | 2,0% |
| Plazas residencias | 48.380 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 4,47 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | - |

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) dispone de una Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria con tres grupos de trabajo en diferentes áreas: casos de complejidad al alta hospitalaria, mapa de recursos sociosanitarios y sistemas de información.

La atención a la población dentro del modelo sanitario vigente en la Comunidad de Madrid requiere que la organización del sistema asegure la continuidad asistencial y de cuidados entre los distintos ámbitos asistenciales mediante acciones que refuercen el vínculo, la relación y el compromiso entre la atención hospitalaria, la atención primaria y el entorno social del paciente.

En el año 2010 se desarrolló un modelo específico de gestión de la continuidad asistencial basado en la creación de la figura de los Directores de Continuidad Asistencial, para los que se definen sus funciones, y una referencia de coordinación para todo el Servicio Madrileño de Salud: Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial (CDCA). En el último año esta CDCA ha focalizado sus esfuerzos en la gestión de pacientes crónicos, en la promoción y coordinación para la consecución de objetivos en materia de continuidad asistencial y en la colaboración en el desarrollo de herramientas informáticas para potenciar la comunicación entre los ámbitos sanitario y social.

En marzo de 2015 el SERMAS y el Instituto de Innovación y Desarrollo de la Responsabilidad Social Sociosanitaria (INIDRESS) alcanzaron un acuerdo de colaboración para crear un marco asistencial sociosanitario que acoja acciones en materia de formación, información y comunicación de los pacientes y sus cuidadores, dirigidas a mejorar su autocuidado.

* No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

REGIÓN DE MURCIA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 1.463.773 |
| Población >65 años (habitantes) | 221.980 |
| Densidad de población (habitantes/km ²) | 129,4 |
| Altas hospitalarias | 118.721 |
| Altas hospitalarias >65 años | 47.585 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 201 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|-------|
| Plazas M/L estancia | 687 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,47 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 3,09 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 2.222 |
| Estancia media (días) | 105,7 |
| Unidades HAD | 2 |
| Pacientes HAD | 266 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 1,20 |
| % HAD sobre altas >65 años | 0,6% |
| Plazas residencias | 4.847 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 2,18 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 0 |

El Plan Sociosanitario en vigor en la región ha desarrollado un modelo específico para la inclusión de pacientes en el circuito sociosanitario. Dicha inclusión puede ser solicitada desde los hospitales, atención primaria y servicios sociales. Tras la solicitud el paciente en cuestión es valorado por una Unidad de Gestión, Evaluación y Valoración antes de la asignación del recurso sociosanitario que sea adecuado para el paciente. Dicha valoración es realizada por un equipo multidisciplinar: médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Tras la asignación de recursos que corresponda el paciente es sometido a un seguimiento sociosanitario.

Los recursos sanitarios que contempla el plan para los pacientes de perfil sociosanitario son los siguientes:

- Unidades Sociosanitarias.
- Plazas concertadas en centros sanitarios.
- Atención domiciliaria sanitaria.
- Enfermeras gestoras de casos.
- Cuidados paliativos.
- Otros recursos sanitarios.

La Región de Murcia no dispone de centros de media y larga estancia de carácter público. La oferta existente se concentra en el sector privado, siendo el 35% de los centros de tipo benéfico.

Adicionalmente, se ponen a disposición del paciente los recursos sociales que sean necesarios: ayuda a domicilio, residencias sociales, asociaciones, estancias diurnas, etc.

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|---------|
| Población total (habitantes) | 636.402 |
| Población >65 años (habitantes) | 121.429 |
| Densidad de población (habitantes/km ²) | 61,2 |
| Altas hospitalarias | 55.441 |
| Altas hospitalarias >65 años | 24.918 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 205 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 192 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,30 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 1,58 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 1.036* |
| Estancia media (días) | 69,8 |
| Unidades HAD | 3 |
| Pacientes HAD | 2.026 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 16,68 |
| % HAD sobre altas >65 años | 8,1% |
| Plazas residencias | 6.313 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 5,20 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 3.022 |

La atención sociosanitaria en la comunidad está regida por el Plan Foral de Atención Sociosanitaria del año 2000. Para hacer frente a las nuevas necesidades sociosanitarias, se propone la creación de un nuevo modelo de atención, con una organización más eficiente de los recursos y una concepción comunitaria de los cuidados.

Además de definir los recursos sociosanitarios, el Plan Foral establece las siguientes medidas:

- Desarrollo y potenciación de la Atención Primaria sociosanitaria.
- Puesta en marcha de un programa de gestión de altas hospitalarias.
- Ejecución de un programa específico para personas con enfermedad mental.
- Lanzamiento de un programa de apoyo a personas cuidadoras.
- Mejora de la coordinación sociosanitaria.
- Implantación de la multidisciplinariedad como metodología de trabajo fundamental entre los profesionales sanitarios y sociales.
- Actualización de los sistemas de información de la atención sociosanitaria.

La autorización de los centros se realiza de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente: Decreto Foral 214/1997 de regulación de las autorizaciones para la creación, modificación y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios; y, Orden Foral 37/1999 de establecimiento de los requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios sin internamiento.

* No se encuentra disponible el número de ingresos de los centros Benito Menni, Padre Menni, San Isidro Lumbier y Josefina Arregui

PAÍS VASCO



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|-----------|
| Población total (habitantes) | 2.165.100 |
| Población >65 años (habitantes) | 462.773 |
| Densidad de población (habitantes/km ²) | 299,3 |
| Altas hospitalarias | 203.325 |
| Altas hospitalarias >65 años | 100.106 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 216 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 665 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,31 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 1,44 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | - |
| Estancia media (días) | - |
| Unidades HAD | 10 |
| Pacientes HAD | 6.509 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 14,07 |
| % HAD sobre altas >65 años | 6,5% |
| Plazas residencias | 18.270 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 3,95 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | - |

La autorización de centros se regula mediante el Decreto 31/2006, impulsado por los cambios normativos derivados de la aparición de normativas como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto 1277/2003, que establece una clasificación, denominación y definición común para todos ellos y según su clase o naturaleza. No existe normativa específica para los centros y unidades de tipo sociosanitario.

Las líneas de actuación, objetivos y alcance de la atención sociosanitaria en el País Vasco se recoge en el Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria, de diciembre de 2010. Las principales características del espacio sociosanitario en el País Vasco son las siguientes:

- Desarrollo muy dilatado y con ritmos y dinámicas muy diferentes entre las distintas regiones de la comunidad.
- Oferta de plazas y recursos limitada.
- Disparidad en los modelos establecidos, con una oferta de servicios y unas fórmulas de financiación heterogéneas.
- Escaso desarrollo del espacio sociosanitario en el ámbito de la Atención Primaria.
- Dificultades para el ejercicio del papel dinamizador que corresponde a los consejos de atención sociosanitaria.

En definitiva, el documento expresa la necesidad de consolidar la atención sociosanitaria en la región, siendo imprescindible acelerar el ritmo de avance en todos los niveles para cubrir las necesidades que afloran en la población.

LA RIOJA



Datos demográficos

| Variable | Valor |
|---|---------|
| Población total (habitantes) | 313.569 |
| Población >65 años (habitantes) | 62.824 |
| Densidad de población (habitantes/km ²) | 62,2 |
| Altas hospitalarias | 29.009 |
| Altas hospitalarias >65 años | 14.191 |
| Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes | 226 |

Datos sociosanitarios

| Variable | Valor |
|---|--------|
| Plazas M/L estancia | 188 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes | 0,60 |
| Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años | 2,99 |
| Ingresos en centros sociosanitarios | 1.136 |
| Estancia media (días) | 56,9 |
| Unidades HAD | 2 |
| Pacientes HAD | 1.832 |
| Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años | 29,16 |
| % HAD sobre altas >65 años | 12,9 % |
| Plazas residencias | 3.090 |
| Plazas residencias / 100 personas >65 años | 4,92 |
| Plazas sociosanitarias concertadas en residencias | 0 |

La atención sociosanitaria no se encuentra regulada mediante la legislación vigente, aunque sí que se disponen de determinadas estrategias para su desarrollo. La estancia en cuidados intermedios tiene un coste de 115€ con servicios de rehabilitación y 105€ sin rehabilitación. Estas tarifas incluyen 7€ de prestación farmacéutica diaria. En caso de ser superior el gasto farmacéutico, se factura aparte.

Por el momento desde la convalencia, los pacientes deben volver al domicilio habitual, ya sea el hogar o una residencia pública o privada. Dentro de las residencias, hay diferentes carteras de servicios, de tal modo que algunas de ellas cuentan con servicios de fisioterapia. En determinados casos, se intenta evitar el paso de los pacientes por los servicios de convalencia y son ingresados directamente en alguna de estas residencias.

El principal problema que tiene que afrontar la comunidad es la prolongación de la estancia media en los centros de convalencia, en los que se quedan pacientes "bloqueados" que no pueden volver al domicilio por el grado de dependencia que les queda, o porque carecen de cuidadores directos o recursos para costearse una plaza en un centro privado hasta que se les conceda la plaza pública de residencia o cuidador particular las 24h en el domicilio. Por este motivo, se está concibiendo un proyecto para crear plazas de convalencia en residencias de mayores, destinadas a aquellos pacientes que, superada

la fase de cuidados intermedios (más sanitaria propiamente dicha), tengan que prolongar su estancia hasta que les llegue el recurso social definitivo. Actualmente, el proyecto se encuentra en fase de negociación con los Servicios Sociales de la comunidad.

Por otra parte, La Rioja dispone de un programa de dispensación de medicamentos desde la Farmacia Hospitalaria a las residencias de más de 100 residentes, dando servicio a 2.000 plazas de residentes.

9.2. ESTIMACIÓN DE CAMAS “LIBERABLES” DE AGUDOS

Los siguientes datos fueron los tenidos en cuenta para la estimación de camas ocupadas por pacientes socio sanitarios, y por tanto “liberables”. El algoritmo empleado en el cálculo fue el siguiente:

1. Definición de los GRD de crónicos:

Utilizamos la relación de 50 GRD con una mayor proporción de derivación a nursing homes al alta [elaborada por el Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) del Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) estadounidense].

2. Estancias Medias Hospitalarias: a partir de la base de datos del Sistema Nacional de Salud y del Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) hemos extraído las altas y las estancias medias hospitalarias de cada uno de los 50 GRD de Larga Estancia definidos.

3. Ajuste entre GRD utilizados por el SNS y por el CMS: debido a que las dos administraciones (SNS y CMS) no utilizan la misma versión de GRD ha sido necesario realizar ajustes para su comparación. En los casos en los que un GRD del SNS integra más de un GRD del CMS, se ha calculado su estancia media a través de una media ponderada.

4. Estimación de estancias y camas utilizadas inadecuadamente:

la estimación de estancias potencialmente inadecuadas se ha realizado calculando la diferencia entre la estancia media en España y en Medicare. Una vez obtenidas las estancias, se calculan las camas que correspondería a estas estancias si el hospital tuviese una ocupación del 85%. La utilización de esta tasa de ocupación algo superior a la real es conservadora, estimando por tanto un número menor de camas utilizadas inadecuadamente.

5. Cálculo de las estancias y camas utilizadas inadecuadamente:

de acuerdo a este cálculo, en España se utilizarían inadecuadamente 4.341 camas de agudos, el equivalente a 145 unidades de hospitalización de tamaño estándar. Esto implicaría 1,35 millones de estancias inadecuadas, con un coste asociado de más de 884,8 millones de €. Esta demanda debería satisfacerse desde el ámbito socio sanitario, aunque como hemos visto en muchas comunidades no existen los recursos suficientes para hacerlo.

TABLA 16

ESTUDIO DE CAMAS “LIBERABLES” OCUPADAS POR PACIENTES SOCIO SANITARIOS

| GRD | Descripción GRD | Altas | Estancia Media | Estancias Evitables | Nº camas “liberables” |
|-----|---|------------------|----------------|---------------------|-----------------------|
| 881 | Diagnóstico de sistema respiratorio con ventilación mecánica + 96 hrs. | 1.774,0 | 22,9 | 15.132,2 | 48,8 |
| 87 | Edema pulmonar&insuficiencia respiratoria | 30.145,0 | 7,1 | 64.510,3 | 207,9 |
| 584 | Septicemia edad>17 | 26.958,0 | 11,0 | 8.087,4 | 26,1 |
| 271 | Úlceras cutáneas | 2.323,0 | 11,4 | 11.127,2 | 35,9 |
| 264 | Injerto piel &/o desbrid. por úlcera cutánea, celulitis sin CC | 1.310,0 | 10,0 | 5.790,2 | 18,7 |
| 882 | Diagnóstico de sistema respiratorio con ventilación mecánica <96 hrs. | 2.723,0 | 12,4 | 15.112,7 | 48,7 |
| 465 | Cuidados posteriores con historia de neo.maligna como diag.secundario | 740,0 | 4,9 | 310,8 | 1,0 |
| 466 | Cuidados posteriores sin historia de neo.maligna como diag.secundario | 6.980,0 | 5,6 | 7.398,8 | 23,8 |
| 238 | Osteomielitis | 747,0 | 11,6 | 2.607,0 | 8,4 |
| 88 | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 28.892,0 | 6,7 | 47.094,0 | 151,8 |
| 316 | Insuficiencia renal | 18.283,0 | 7,3 | 21.208,3 | 68,4 |
| 452 | Complicaciones de tratamiento con CC | 4.040,0 | 6,9 | 3.474,4 | 11,2 |
| 144 | Otros diagnósticos de aparato circulatorio con CC | 4.217,0 | 7,7 | 4.006,2 | 12,9 |
| 145 | Otros diagnósticos de aparato circulatorio sin CC | 3.961,0 | 5,2 | -5.981,1 | 0,0 |
| 418 | Infecciones postoperatorias&postraumáticas | 5.902,0 | 8,3 | 6.610,2 | 21,3 |
| 89 | Neumonía simple&pleuritis edad>17 con CC | 29.914,0 | 7,7 | 51.452,1 | 165,8 |
| 877 | Oxig. memb. extrac. o traqueostomía con vent. mec. + 96 hrs.o sin diag. princ. trast. orl con proc. quir. mayor | 4.414,0 | 64,2 | 175.544,8 | 565,8 |
| 76 | Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio con CC | 3.208,0 | 9,9 | -4.010,0 | 0,0 |
| 77 | Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio sin CC | 2.466,0 | 4,7 | -15.683,8 | 0,0 |
| 263 | Injerto piel &/o desbrid. por úlcera cutánea, celulitis con CC | 1.051,0 | 18,1 | 5.475,7 | 17,7 |
| 127 | Insuficiencia cardíaca&shock | 64.978,0 | 7,1 | 77.323,8 | 249,2 |
| 898 | Infecciones y parasitosis con proc. quirúrgico | 1.144,0 | 14,6 | 812,2 | 2,6 |
| 468 | Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal | 8.440,0 | 13,2 | 506,4 | 1,6 |
| 294 | Diabetes edad>35 | 9.062,0 | 5,9 | 19.936,4 | 64,3 |
| 277 | Celulitis edad>17 con CC | 4.770,0 | 8,0 | 8.490,6 | 27,4 |
| 439 | Injerto cutáneo por lesión traumática | 513,0 | 6,9 | -3.729,5 | 0,0 |
| 895 | Trastornos mayores gastrointestinales e infecciones peritoneales | 6.983,0 | 7,3 | -3.770,8 | 0,0 |
| 278 | Celulitis edad>17 sin CC | 6.149,0 | 5,7 | -4.611,8 | 0,0 |
| 320 | Infecciones de riñón&tracto urinario edad>17 con CC | 19.692,0 | 6,8 | 32.098,0 | 103,5 |
| 269 | Otros procedimientos sobre piel, t.subcutáneo&mama con CC | 1.547,0 | 6,6 | -4.053,1 | 0,0 |
| 170 | Otros diagnósticos de aparato digestivo edad>17 con CC | 2.087,0 | 11,2 | 9.558,5 | 30,8 |
| 80 | Infecciones&inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple edad>17 sin CC | 3.083,0 | 7,8 | 5.210,3 | 16,8 |
| 12 | Trastornos degenerativos de sistema nervioso | 8.403,0 | 7,7 | 5.209,9 | 16,8 |
| 130 | Trastornos vasculares periféricos con CC | 8.615,0 | 6,6 | 7.495,1 | 24,2 |
| 90 | Neumonía simple&pleuritis edad>17 sin CC | 13.863,0 | 5,8 | 18.299,2 | 59,0 |
| 462 | Rehabilitación | 6.078,0 | 34,0 | 143.683,9 | 463,1 |
| 453 | Complicaciones de tratamiento sin CC | 5.438,0 | 4,5 | 2.501,5 | 8,1 |
| 131 | Trastornos vasculares periféricos sin CC | 8.695,0 | 4,5 | 608,6 | 2,0 |
| 296 | Trastornos nutricionales&metabólicos misceláneos edad>17 con CC | 6.058,0 | 7,4 | 17.628,8 | 56,8 |
| 120 | Otros procedimientos quirúrgicos de aparato circulatorio | 1.238,0 | 12,6 | 5.236,7 | 16,9 |
| 126 | Endocarditis aguda&subaguda | 920,0 | 21,4 | 10.975,6 | 35,4 |
| 321 | Infecciones de riñón&tracto urinario edad>17 sin CC | 19.766,0 | 4,7 | 17.394,1 | 56,1 |
| 430 | Psicosis | 37.137,0 | 18,9 | 426.332,8 | 1374,2 |
| 79 | Infecciones&inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple edad>17 con CC | 6.629,0 | 9,6 | 12.727,7 | 41,0 |
| 287 | Injerto de piel & desbridamiento herida por trast. endocr., nutr. & metab. | 283,0 | 17,7 | 3.059,2 | 9,9 |
| 331 | Otros diagnósticos de riñón&tracto urinario edad>17 con CC | 3.311,0 | 6,7 | 1.026,4 | 3,3 |
| 899 | Infecciones postoperatorias o postraumáticas con proc. quirúrgico | 2.857,0 | 13,2 | -685,7 | 0,0 |
| 580 | Infecciones¶sitosis sistémicas excepto septicemia con CC mayor | 6.607,0 | 11,8 | 14.997,9 | 48,3 |
| 256 | Otros diagnósticos de sistema musculoesquelético&tejido conectivo | 4.110,0 | 7,7 | 6.247,2 | 20,1 |
| 551 | Esofagitis, gastroenteritis&trast.digest. misceláneos edad>17 con CC | 14.222,0 | 8,9 | 54.470,3 | 175,6 |
| | Totales | 462.726,0 | | 1.304.247,3 | 4.341,00 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Centers for Medicare & Medicaid Services (2015) y CMBD - Registro Atención Especializada (2014).



AUTORES Y COLABORADORES

10.1. EQUIPO DE TRABAJO

El presente estudio ha contado con la participación y asesoramiento del siguiente equipo de trabajo:

- **Ramón Berra**, Director General de Sanyres.
- **Gema Cancela**, Subdirectora Médica de Asisa.
- **Jesús Cubero**, Secretario General de AESTE.
- **Reyes Gualda**, Vocal de centros sociosanitarios de baja dependencia en ACES.
- **Esteban Imaz**, Secretario del Grupo PSN.
- **José Luis Roselló**, Vicepresidente de la Fundación Edad & Vida.
- **Albert Vergés**, Director General de la Fundación Edad & Vida.

10.2. REUNIÓN DE EXPERTOS

Durante la elaboración del presente documento se llevó a cabo una reunión de expertos del sector para identificar las barreras y palancas del sector sociosanitario en España. Los participantes en la misma fueron los siguientes:

- **Gerardo Amunarriz**, Director General de la Fundación Matía.
- **César Antón**, Director General del IMSERSO.
- **Montserrat Cervera**, Directora de Antares Consulting.
- **Joan Ferri**, Director del Servicio de Daño Cerebral de Hospitales Nisa.
- **Vicente Gil**, Director Gerente del Hospital de Manises.
- **Ana Miquel Gómez**, Médico de Atención Primaria del SERMAS y profesora en la Universidad Rey Juan Carlos.
- **Josep Pascual**, Director Técnico Asistencial de SARquavitae.
- **Julio Sánchez Fierro**, Vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.
- **Albert Vergés**, Director General de la Fundación Edad & Vida.
- **Fernando Vicente**, Vocal Asesor del IMSERSO.

10.3. EDICIÓN Y REDACCIÓN

El equipo responsable del trabajo de campo, redacción y revisión del presente estudio se encuentra formado por los siguientes profesionales:

- **Coordinación: Manuel Vilches**, Director General de IDIS.
- **Carmen Ruiz**, Directora de Organización de IDIS.
- **Mayte Segura**, Gestión de Proyectos de IDIS.
- **Victoria Ramírez**, Gestión de Proyectos de IDIS.
- **Joan Barrubés**, Director de Antares Consulting.
- **Esteban Carrillo**, Senior Manager de Antares Consulting.
- **Bárbara Rosado**, Consultora de Antares Consulting.

BIBLIOGRAFÍA

11.1. ESTUDIOS CONSULTADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME

1. Documento de base para una atención integral Sanitaria. Sanitaria 2000, Mayo 2015
2. Coordinación y atención sociosanitaria. Consejo Asesor de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, abril 2013.
3. Stevenson J, Spencer L. Developing Intermediate Care: a guide for health and social services professionals. King's Fund, 2002.
4. King's Fund. Preventing dependency and promoting Independence of older people: key issues for improving performance in health and social care. Londres: King's Fund, 2001.
5. Parker G. What works and what doesn't in intermediate care? Presentación en la Conferencia de Intermediate Care del King's Fund y BMA Age Concern England, 18 marzo 2002. Londres: BMA House.
6. Trappes-Lomax T, Ellis A, Fox M, Taylor R, Stead J, Power M, Bainbridge I et al. Buying time: an evaluation of the effectiveness and cost-effectiveness of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. University of Exeter, 2002.
7. Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roquè Fíguls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. Gaceta Sanitaria (2012), 26; 2: 166-69.
8. Kaambwa B, Bryan S, Barton P. Costs and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites. Health Soc Care Community (2008); 16: 573-81.
9. Bowles KH, Ratcliffe SJ, Holmes JH, Liberatore M, Nydick R, Naylor MD. Post-acute referral decisions made by multidisciplinary experts compared to hospital clinicians and the patients' 12-week outcomes. Med Care (2008); 46: 158-66.
10. Polder JJ, van Balen R, Steyerberg EW, Cools HJ, Habbema JD. A cost-minimisation study of alternative discharge policies after hip fracture repair. Health Economics (2003); 12: 87-100.
11. Taraldsen K, Sletvold O, Thingstad P. Physical behavior and function early after hip fracture surgery in patients receiving comprehensive geriatric care or orthopedic care - a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2013).
12. Fjaertoft H, Indredavik B, Johnsen R, Lydersen S. Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial. Clin Rehabil (2004); 18: 580-6.
13. Indredavik B, Fjaertoft H, Ekeberg G, Loge AD, Mørch B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: a randomized controlled trial. Stroke (2000); 31: 2989-94.
14. Saysell E, Routley C. Pilot project of an intermediate palliative care unit within a registered care home. Int J Palliat Nurs (2004), 10; 8: 393-8.

15. May P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C, Stefanis L, Smith TJ, Morrison RS. Palliative care teams' cost-saving effect is larger for cancer patients with higher number of comorbidities. *Health Affairs* (2016), 35; 1: 44-53.
16. Dawda P, Russell L. Sub-acute care: an international literatura review. Australian Primary Health Care Research Institute (Australian National University), mayo 2014.
17. Wilson A, Wynn A, Parker H. Patient and carer satisfaction with "hospital at home": quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice* (2002), 52; 474: 9-13.
18. Nancarrow S. The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development. *J Clin Nurs* (2007), 16; 7: 1222-9.
19. Department of Health. Shaping the future NHS: long term planning for hospital and related services. Consultation document on the findings of the national beds inquiry. Londres, 2000.
20. 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: 246-52.
21. Parker G, Bhakta P, Katbamna S, Lovett C, Paisley S, Parker S, Phelps K, Baker R, Jagger C, Lindsay J, Shepperdson B, Wilson A. Best place of care for older people after acute and during sub-acute illness; a systematic review. *Journal of health service research policy* (2000), 5; 3: 176-89.
22. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

11.2. OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

23. Abrahamsen JF, Rozzini R, Boffelli S, Cassinadri A, Ranhoff AH, Trabucchi M. Comparison Of Italian and Norwegian Postacute Care Settings for Older Patients in Need of Further Treatment and Rehabilitation after Hospitalization. *The Journal of Aging Research & Clinical Practice* (2012).
24. Age UK. Intermediate care and reablement. Factsheet 76, mayo 2016.
25. Amitabh C, Maurice AD, Holmes J. Large increases in spending on postacute care in medicare point to the potential for cost savings in these settings. *Health Affairs* (2013), 32; 5: 864-72.
26. Antares Consulting para la Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE). Análisis del Mercado Residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia: Perspectivas para el Mercado Español, noviembre 2014.
27. Antares Consulting. Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España. Barcelona, marzo 2010.
28. Ariss SM, Enderby PM, Smith T, Nancarrow SA, Bradburn MJ, Harrop D, et al. Secondary analysis and literature review of community rehabilitation and intermediate care: an information resource. *Health Serv Deliv Res* 2015;3(1).
29. Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI). Financement des soins. Forum Helvétique sur l'Accueil Prolongé des Personnes Âgées. Berna/Zurich, abril 2004.
30. Beeuwkes Buntin M, Datar Garten A, Paddock S, Saliba D, Totten M, Escarce JJ. How much is postacute care use affected by its availability? *Health Services Research* (2005), 40; 2: 413-34.
31. Commission on the Future of Health and Social Care in England. A new settlement for health and social care: final report. The King's Fund, Londres 2014.
32. Commission on the Future of Health and Social Care in England. Statement, noviembre 2015.
33. Curry N, Holder H, Patterson L. Caring for an ageing population: points to consider from reform in Japan. Research report. Nuffield Trust, noviembre 2013.
34. Dahl U, Johnsen R, Sætre R, Steinsbekk A. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients – a retrospective comparative cohort study. *BMC Health Services Research* (2015), 15: 48.
35. Dahl U, Steinsbekk A, Jenssen S, Johnsen R. Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without intermediate care hospital – a qualitative study of health professionals' experiences. *International Journal of Integrated Care* (2014), 14.
36. Dahl U, Steinsbekk A, Johnsen R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older – a controlled observational study. *BMC Health Services Research* (2015), 15: 351.
37. De Pietro C, Camenzind P, Sturmy I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition* (2015), 17; 4. European Observatory on Health Systems and Policies.

38. Department of Health. Intermediate care: moving forward. Londres: Department of Health, 2002.
39. Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Førde OH. Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Services Research* (2011), 11: 287.
40. Dieterich A, Kümpers S. Prevention and Rehabilitation for Older People with Long Term Care Needs: German National Report. Interlinks, Berlín 2009.
41. Fundación Economía y Salud. Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud: iniciativas para avanzar en el recorrido, noviembre 2013.
42. Fundación Edad & Vida. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales, marzo 2015.
43. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Adecuació de la xarxa sociosanitària en l'atenció a la cronicitat. Barcelona, enero 2015.
44. Green J, Young J, Forster A. Effects of locality based community hospital care on Independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. *BMJ* (2005); 331: 317-22.
45. Huusko T, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *British Medical Journal* (2000), 7269; 321: 1107-11.
46. IMSERSO. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2014. Madrid, 2015.
47. IMSERSO. Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia. Capítulo VII: Coordinación Sociosanitaria. Madrid, 2004.
48. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
49. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy* (2015), 0 (0): 1-12.
50. McMaster Health Forum. Examining the effectiveness and cost-effectiveness of rehabilitation-care models for frail seniors. McMaster University, septiembre 2013.
51. Medicare. A date book: Health care spending and the Medicare program. Section 8: Post-acute care, junio 2015.
52. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid, 15 de Diciembre 2011.
53. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Coordinación y Atención Sociosanitaria: informe. Madrid, 7 de marzo 2013.
54. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento base para una Atención Integral Sociosanitaria. Madrid, mayo 2015.
55. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los Sistemas Sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013. Sistema de Información Sanitaria, Información y estadísticas sanitarias, 2014.
56. Ministero Della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale: anno 2011. Mayo 2014.
57. National Collaboration for Integrated Care and Support. Integrated Care and Support: our shared commitment, mayo 2013.
58. Naylor C, Das P, Ross S, Honeyman M, Thompson J, Gilbert H. Bringing together physical and mental health: a new frontier for integrated care. The King's Fund, Londres, marzo 2016.
59. Network Non Autosufficienza. L'assistenza Agli Anziani Non Autosufficienti In Italia 5° Rapporto: un futuro da ricostruire, noviembre 2015.
60. Observatorio Suizo de Salud: <http://www.obsan.admin.ch/fr>. Consultado el 5 de septiembre de 2016.
61. OCDE. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Germany, mayo 2011.
62. OCDE. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Switzerland, mayo 2011.
63. Rozzini R, Sabatini T, Trabucchi M. The network for elderly care in Italy: only a correct use of the acute wards allows an overall functioning of the health care system. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences* (2003), 58; 2: 190-1.
64. Sánchez Fierro J, San Segundo JM. Análisis predictivo y escenarios en la atención sociosanitaria en España: Horizonte 2022. Universidad Europea de Madrid, 2013.
65. Sánchez Fierro J. Atención Sociosanitaria: ¿realidad o proyecto? Fundación Caser para la Dependencia.
66. Servicio Público Federal de Salud de Bélgica: <http://www.health.belgium.be/fr>. Consultado el 5 de septiembre de 2016.
67. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *The Cochrane Library 2* (Cochrane review), 2002.
68. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015.
69. Steiner A. Intermediate Care: a conceptual framework and review of the literature. King's Fund, 1997.
70. Williams AP, Lum J, Morton-Chang F, Kuluski K, Peckham A, Warrick N, Ying A. Integrating long-term care into a community-based continuum: shifting from "beds" to "places". IRPP Study 59, febrero 2016.
71. Wistow G, Waddington E, Fong Chiu L. Intermediate Care: balancing the system. Nuffield Institute for Health, 2002.

ENTIDADES QUE FORMAN PARTE DEL IDIS

PATRONOS

- ACES
- ADESLAS
- ASISA
- AXA
- CASER
- DIAVERUM
- DKV
- ERESA
- Gehosur Hospital San Agustín
- Grupo Hospitalario Recoletas
- HCM Hospitales Católicos de Madrid
- HM Hospitales
- Hospitales Nisa
- Hospital Perpetuo Socorro
- Hospiten
- IMOnology
- IMQ
- Innova Ocular
- Instituto Hispalense de Pediatría
- MAPFRE
- Quirónsalud
- Red Asistencial Juaneda
- Sanitas
- Vithas

PATRONOS DE LIBRE DESIGNACIÓN

- Alianza General de Pacientes
- Asebio
- Consejo General de Colegios de Enfermería
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Facme
- Farmaindustria
- Fenin
- Foro Español de Pacientes
- Organización Médica Colegial

PATROCINADORES

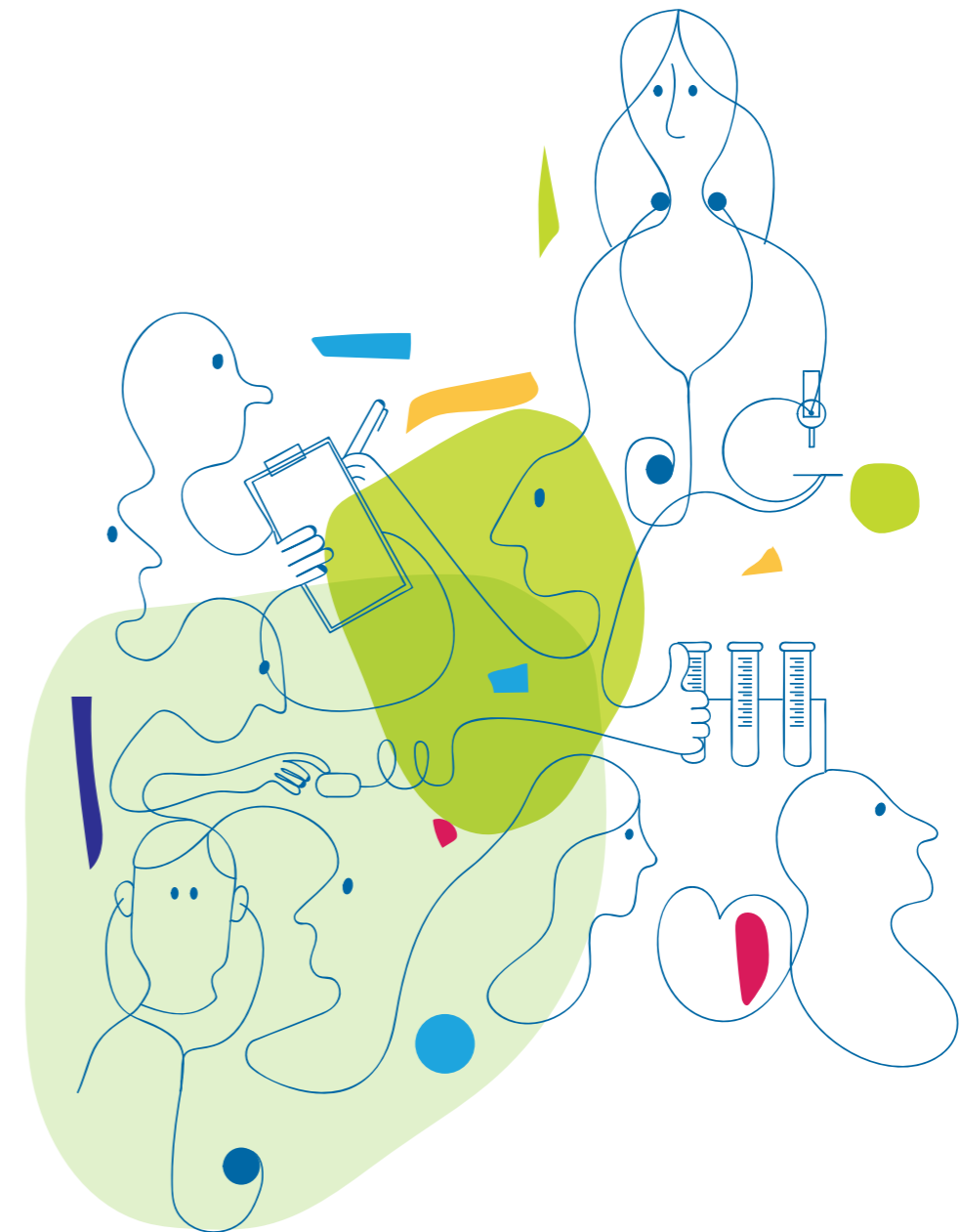
- Accenture
- Amgen
- Boston Scientific
- GE Healthcare
- Indra
- Johnson & Johnson Medical Companies
- Medtronic
- MSD
- Philips
- Roche
- Siemens
- TBS

COLABORADORES

- Air Liquide Healthcare
- Aliad
- A.M.A.
- Aramark
- AstraZeneca
- Carbuos Medica
- Cardinal Health
- Chip-Card Salud
- DNV Business Assurance
- Dräger
- Efron Consulting
- El Corte Inglés
- Elekta
- Emsor
- Esteve
- FBA Consulting
- Fundación Abbott
- GMV
- Grupo Cofares
- Hartmann
- IN2 Ingeniería de la Información, S.L.
- Mindray
- Mölnlycke
- Novartis
- Palex
- Promede
- Sodexo
- St.Jude Medical
- Vifor Pharma
- Willis Iberia
- 3M Health Care

ASOCIADOS

- Abacid
- Analiza
- Asefa
- Centro Médico de Asturias
- Cerba Internacional
- Clínica San Francisco
- Clínica Santa Elena
- Fundación Onkológikoa Fundazioa de San Sebastián
- Fundación Tejerina
- Ginefiv
- Grupo Previsión Sanitaria Nacional
- Hospital General Santísima Trinidad
- Hospital San Francisco de Asís
- Hospitales San Roque
- Sanyres
- Unilabs



**EL RETO
DE LOS CUIDADOS
SOCIOSANITARIOS
INTERMEDIOS:**

MAPA DE
RECURSOS
Y PROPUESTAS
DE FUTURO



LA
SUMA DE TODOS
APORTA VALOR
A LA SANIDAD



Paseo de la Castellana 135, 7, 28046 Madrid.

☎ 91 790 67 56

☎ 91 790 68 69

✉ info@fundacionidis.com

fundacionidis.com

somos activos en las redes sociales



MIRANDO HACIA EL FUTURO. TRABAJANDO DÍA A DÍA POR EL CONJUNTO DE LA SANIDAD



CON EL PATROCINIO DE:

