

# Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles

I. Ruipérez<sup>a</sup>, J. Midón<sup>b</sup>, J. Gómez-Pavón<sup>c</sup>, N. Maturana<sup>d</sup>, P. Gil<sup>e</sup>, M. Sancho<sup>f</sup> y J.F. Macias<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Presidente, <sup>b</sup>Vicepresidente, <sup>c</sup>Secretario General, <sup>d</sup>Tesorero, <sup>e</sup>Vocal Sección Clínica, <sup>f</sup>Vocal Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento y <sup>g</sup>Vocal Sección Biológica. Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid. España.

## RESUMEN

**Objetivo:** Valorar la adecuación de los recursos para la asistencia geriátrica especializada a los ancianos hospitalizados por enfermedad aguda en España.

**Material y método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyen los hospitales generales del territorio español de más de 100 camas, a fecha 1-6-2003. Los hospitales se clasifican en: a) sin asistencia geriátrica especializada: no existe recurso geriátrico, no hay cobertura geriátrica especializada en el hospital; b) con asistencia geriátrica especializada: existe recurso geriátrico y por lo tanto cierto grado de cobertura geriátrica. Según el tipo de recurso geriátrico, los hospitales a su vez se dividen en: a) con asistencia geriátrica incompleta constituida por equipos multidisciplinares funcionales de geriatría según los diferentes modelos de cada autonomía, y b) con asistencia geriátrica más completa (evaluación e intervención) que comprende las unidades geriátricas de agudos. Los datos han sido a su vez valorados y corroborados directamente por los respectivos presidentes o vocales de las Sociedades Autonómicas de Geriatría y Gerontología. Los resultados han sido analizados globalmente y por autonomías.

**Resultados:** De los 798 hospitales, 216 son hospitales generales de más de 100 camas. En 146 (68%) no existe ningún recurso geriátrico especializado para intervenir en la fase aguda de la enfermedad. En 49 (22%), la asistencia geriátrica especializada es incompleta, y en 21 (10%) es completa. Las autonomías que disfrutan de una mayor cobertura geriátrica especializada son Cataluña (77%), Madrid (54%) y Castilla-La Mancha (50%). Cantabria y el País Vasco no disponen de ningún tipo de cobertura geriátrica especializada en sus hospitales de agudos, y Asturias, Baleares y Andalucía presentan niveles bajos de cobertura (11%, 11% y 9%, respectivamente). Las autonomías que presentan un mayor porcentaje de unidades geriátricas de agudos son Madrid (31%) y Castilla-La Mancha (30%). En 7 comunidades no existe ningún hospital con unidades geriátricas de agudos.

**Conclusiones:** En la actualidad, España no tiene garantizada una adecuada asistencia geriátrica especializada en la mayoría de

sus hospitales generales, y existe una distribución de los recursos geriátricos muy desigual entre sus diferentes autonomías.

## Palabras clave

Asistencia geriátrica especializada. Recursos geriátricos. Hospitales generales. España.

## Adequacy of geriatric resources in Spanish general hospitals

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the adequacy of geriatric resources to meet the needs of elderly individuals hospitalised for acute illness in Spain.

**Material and method:** We performed a descriptive, cross-sectional study. General hospitals in Spain with more than 100 beds on June 1, 2003 were included. Each hospital was classified as: 1) no provision of specialised geriatric care: no specific geriatric resources or specialised geriatric coverage in the hospital; and 2) provision of specialised geriatric care: geriatric resources and consequently some geriatric coverage. Depending on the type of geriatric resources available, the hospitals were also classified as: those providing geriatric evaluation by multidisciplinary functional teams according to different types of region (incomplete) and those providing more complete geriatric care (evaluation and intervention) with acute geriatric care units. All the data was assessed and corroborated by the presidents or officers of each Spanish Regional Society of Geriatrics and Gerontology. The results were analysed globally and by regions.

**Results:** Of 798 hospitals, 216 were general hospitals with more than 100 beds. In 146 hospitals (68%) there were no specialised geriatric resources for acute stage illness. In 49 hospitals (22%) specialised geriatric care was incomplete and in 21 hospitals (10%) there were more complete. The regions with the widest geriatric coverage were Catalonia (77%), Madrid (54%) and Castilla-La Mancha (50%). Cantabria and País Vasco had no geriatric coverage in acute hospitals, while Asturias, Baleares and Andalucía had very low levels of geriatric coverage (11%, 11% and 9% respectively). The regions with the widest provision of acute care geriatric units in general hospitals were Madrid (31%) and Castilla-La Mancha (30%). Seven regions had no hospitals with acute care geriatric units.

**Conclusions:** Currently, most general hospitals in Spain do not have adequate provision of specialised geriatric care and the distri-

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Gómez Pavón.  
Secretario General. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.  
C/ Príncipe de Vergara 57-59. 28006 Madrid. España.  
Correo electrónico: segg@segg.es

Recibido el 02-07-03; aceptado el 02-09-03.

bution of the geriatric resources among the different regions is uneven.

#### Key words

Specialised geriatric care. Geriatric resources. General hospitals. Spain.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En España, como en la mayor parte de los países de nuestro entorno europeo, la “protección de la salud de todos los ciudadanos” constituye un derecho universal recogido en nuestra Constitución en su artículo 43, y más específicamente en el artículo 50 en lo que respecta a las personas mayores, quedando reconocido posteriormente en la Ley General de Sanidad de 1986<sup>1</sup>. Ya es bien sabido que las personas mayores son el colectivo que realiza una mayor utilización de los servicios sanitarios (frecuentación 1,9 veces superior para ingreso hospitalario, siendo de 2,2 para los mayores de 75 años; 35,5% del total de los ingresos hospitalarios; y una estancia media de 10,6 días frente a los 8,03 días en menores de 65 años)<sup>2,3</sup>.

Durante la fase aguda de la enfermedad es cuando mayor riesgo de dependencia y muerte existe en el anciano, especialmente en el anciano frágil<sup>4-6</sup>. Además, si durante la hospitalización el anciano frágil no es atendido correctamente, suele producirse un consumo ineficiente de los recursos sanitarios y sociales<sup>7-9</sup>. Hace algún tiempo era lógico pensar que los ancianos se podrían tratar correctamente con los recursos clásicos existentes en los hospitales. Hoy día se dispone de suficiente evidencia científica que descarta el planteamiento de dicha pregunta. La atención geriátrica, comparada con la atención hospitalaria tradicional, mejora la supervivencia, la situación funcional y mental, el uso de fármacos y la posibilidad de evitar la institucionalización y la hospitalización, a un coste similar<sup>10-19</sup>.

Junto a esta evidencia científica, las recomendaciones de los principales organismos internacionales, la II Asamblea Mundial del Envejecimiento<sup>20</sup> y el Documento de recomendaciones para la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento UNECE (Berlín, 2002)<sup>21</sup>, señalan la necesidad de la adecuación de los hospitales de agudos a una población cada vez más envejecida. Para ello apoyan el desarrollo progresivo de recursos geriátricos especializados hospitalarios, para poder aplicar la geriatría desde un planteamiento multidimensional.

A la luz de las recomendaciones actuales, se hace necesario evaluar la situación real de la asistencia geriátrica de los ancianos hospitalizados en camas de agudos existente en España. Por ello, el objetivo del estudio es el de valorar la adecuación de los recursos en la asistencia geriátrica especializada, en base a la evidencia científica y a las recomendaciones internacionales, para los

ancianos hospitalizados por enfermedad aguda en España.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra la constituyen los hospitales de agudos de todo el territorio español, considerándose como tales, para este estudio, los hospitales generales de más de 100 camas. Se han excluido, por tanto, hospitales de crónicos y larga estancia y/o hospitales “sociosanitarios”, hospitales de “apoyo” y hospitales generales de menos de 100 camas. Los datos de los diferentes hospitales se han obtenido de la publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicados en el catálogo de hospitales en su página web (<http://www.msc.es/centros/catalogo/estadistica/hospitales.asp>), en un primer corte el 2 de enero de 2003 y otro último el 1 de junio de 2003. Se contactó (vía telefónica, fax, correo electrónico) con el jefe de admisión o con los responsables médicos de las unidades hospitalarias de dichos hospitales en los casos en que existía duda de las características de la asistencia y/o de los recursos del hospital. Todos los datos de los hospitales incluidos y su clasificación según la asistencia geriátrica especializada fueron a su vez analizados y corroborados directamente por los respectivos presidentes o vocales de las Sociedades Autonómicas de Geriatría y Gerontología, hasta la fecha del 1 de junio de 2003.

Cada hospital incluido en el estudio se ha clasificado según la asistencia geriátrica de que dispone en:

1. *Sin asistencia geriátrica especializada.* El hospital no dispone de cobertura geriátrica que permita que el anciano que acude e ingresa en el hospital general reciba asistencia geriátrica especializada durante la fase aguda de su enfermedad.

2. *Con asistencia geriátrica especializada.* El hospital dispone de algún tipo de cobertura geriátrica, ya que existe la posibilidad de que el anciano que acude e ingresa en el hospital general reciba una asistencia geriátrica especializada. Según el tipo de asistencia geriátrica de que disponga el hospital, se clasifican en:

2a. *Asistencia geriátrica incompleta.* Posibilidad de realización de evaluación geriátrica integral del anciano que acude e ingresa en el hospital general. Comprende la existencia de diferentes modelos que consisten en equipos multidisciplinares funcionales de geriatría constituidos por médico geriatra, diplomado/a universitario/a de enfermería y trabajador social, principalmente: Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos (EVCG), Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias de Geriatría (UFISS de Geriatría)... Igualmente, en este apartado se incluyen los hospitales que no poseen ningún recurso geriátrico especializado en

el hospital general pero tienen unidad geriátrica de agudos o Servicio de Geriatría ubicado en un hospital de "apoyo", sin poder seleccionar los pacientes remitidos desde la urgencia y sin poder evaluar e intervenir directamente en el hospital general de referencia.

*2b. Asistencia geriátrica más completa*. Posibilidad de intervención geriátrica más completa, es decir, evaluación, tratamiento y seguimiento dentro de una unidad geriátrica especializada de agudos. El dispositivo asistencial lo constituyen las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) ubicadas dentro del hospital general. También se han incluido en este apartado los hospitales generales con equipos multidisciplinarios de geriatría dentro del hospital general y que a la vez están apoyados por una UGA o Servicio de Geriatría ubicado en un hospital de "apoyo".

## RESULTADOS

De los 798 hospitales existentes en España, sólo 216 son hospitales generales con más de 100 camas, y son los que constituyen la muestra a estudio. Los resultados se exponen en la tabla 1, con los valores globales del Estado español y su distribución por autonomías. En dicha tabla se expresa el número total de hospitales junto con la existencia o no de asistencia geriátrica especializada. De los 216 hospitales generales de más de 100 camas existentes en el territorio español, en 146 (68%) no existe ningún recurso de asistencia geriátrica especializada, es decir, no tienen ninguna cobertura geriátrica para el paciente anciano que acude e ingresa en dichos hospitales. En 70 (32%) existe asistencia geriátrica, con algún tipo de recurso específico para el paciente anciano hospitalizado por enfermedad aguda.

Las autonomías que disfrutan de una mayor cobertura geriátrica especializada son Cataluña (77%), Madrid (54%), Castilla-La Mancha (50%), y Castilla y León (47%). La Rioja, con un único hospital general, presenta un Servicio de Geriatría ubicado en un hospital de apoyo, lo que la sitúa en un 100% de cobertura geriátrica (cobertura tipo evaluación), dato que, tomado de forma aislada, puede dar lugar a confusión y considerarla comunidad autónoma con el nivel de cobertura geriátrica ideal con respecto al resto del país. Las restantes comunidades presentan ya datos escasamente superiores o, en la mayoría, muy inferiores al 30% de asistencia geriátrica especializada hospitalaria. Cantabria y el País Vasco no disponen de ningún tipo de recurso especializado de Geriatría en sus hospitales de agudos, y Andalucía, Asturias y Baleares presentan niveles muy bajos de cobertura (9%, 11% y 11%, respectivamente).

En la tabla 2 se exponen los datos de los hospitales según el tipo de asistencia geriátrica, desglosándolos en asistencia geriátrica incompleta y en la asistencia geriátrica más completa con posibilidad de acceso a una

TABLA 1. Asistencia geriátrica especializada en los hospitales generales de más de 100 camas de España (ordenados por Comunidad Autónoma, de mayor a menor porcentaje de recursos de asistencia geriátrica)

Lugar	N	Asistencia geriátrica	
		Sí	No
España	216	70 (32%)	146 (68%)
La Rioja	1	1 (100%)	0
Cataluña	35	27 (77%)	8 (23%)
Madrid	13	7 (54%)	6 (46%)
Castilla-La Mancha	10	5 (50%)	5 (50%)
Castilla y León	15	7 (47%)	8 (53%)
Canarias	8	3 (37%)	5 (63%)
Aragón	9	3 (33%)	6 (67%)
Galicia	12	3 (25%)	9 (75%)
Navarra	5	1 (20%)	4 (80%)
Murcia	8	2 (25%)	6 (75%)
Comunidad Valenciana	23	5 (22%)	18 (78%)
Baleares	5	1 (20%)	4 (80%)
Extremadura	9	1 (11%)	8 (89%)
Asturias	9	1 (11%)	8 (89%)
Andalucía	32	3 (9%)	29 (91%)
País Vasco	17	0	17 (100%)
Cantabria	3	0	3 (100%)
Ceuta	1	0	1 (100%)
Melilla	1	0	1 (100%)

UGA. De los 216 hospitales incluidos, en 49 (22%) la cobertura geriátrica es incompleta y en 21 (10%) es más completa (UGA).

Las UGA, consideradas en todo el territorio español, no sobrepasan apenas en ninguna de las comunidades el 30% de cobertura en sus hospitales generales. Las autonomías que presentan un mayor porcentaje son Madrid (31%), Castilla-La Mancha (30%), Aragón (22%), Navarra (20%) y Galicia (17%). Cataluña, con el mayor porcentaje de cobertura geriátrica especializada (77%) de España, presenta un nivel bajo de hospitales con unidades geriátricas de agudos (14%), junto a Extremadura y Asturias, que presentan un 11%. En siete (41%) de las diecisiete comunidades ningún hospital general de más de 100 camas dispone de UGA.

## DISCUSIÓN

La literatura geriátrica clásica describe la atención sanitaria al anciano en base a la provisión de cuidados preventivos, progresivos y continuados. Los cuidados progresivos se definen como aquellos que son necesarios desde una situación de dependencia hasta la situación de independencia, es decir, desde el inicio de la enfermedad hasta completar la rehabilitación, atravesando la fase aguda,

Tabla 2. Tipo de asistencia geriátrica especializada en los hospitales generales de más de 100 camas de España, ordenados por Comunidades Autónomas de mayor a menor porcentaje de cobertura geriátrica más completa.

Lugar	N	Tipo de asistencia geriátrica		
		Más completa	Incompleta	No existe
España	216	21 (10%)	49 (22%)	146 (68%)
Madrid	13	4 (31%)	3 (23%)	6 (46%)
Castilla-La Mancha	10	3 (30%)	2 (20%)	5 (50%)
Aragón	9	2 (22%)	1 (11%)	6 (67%)
Navarra	5	1 (20%)	0	4 (80%)
Galicia	12	2 (17%)	1 (8%)	9 (75%)
Cataluña	35	5 (14%)	22 (63%)	8 (23%)
Extremadura	9	1 (11%)	0	8 (89%)
Asturias	9	1 (11%)	0	8 (89%)
Castilla y León	15	1 (7%)	6 (40%)	8 (53%)
Andalucía	32	1 (3%)	2 (6%)	29 (91%)
La Rioja	1	0	1 (100%)	0
Canarias	8	0	3 (37%)	5 (63%)
Murcia	8	0	2 (25%)	6 (75%)
Comunidad Valenciana	23	0	5 (22%)	18 (78%)
Baleares	5	0	1 (20%)	4 (80%)
País Vasco	17	0	0	17 (100%)
Cantabria	3	0	0	3 (100%)
Melilla	1	0	0	1 (100%)
Ceuta	1	0	0	1 (100%)

la fase intermedia o rehabilitadora, y la fase de cuidados continuados. El modelo organizativo de mayor eficiencia y eficacia en la atención sanitaria al anciano es el Servicio de Geriatría con todos los niveles asistenciales. Puede estar integrado o no en un hospital general, aunque existen indicadores que muestran claramente que el modelo integrado es el de mayor eficacia clínica.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) ya realizó con anterioridad<sup>3,22</sup> un amplio estudio donde se recogían el número y análisis de los diferentes recursos asistenciales geriátricos (tipo, número de camas...) existentes en España en el año 1997. En dicho trabajo no se estudiaba de forma específica el tipo de recurso geriátrico especializado en los hospitales generales españoles, y la metodología empleada fue la respuesta a envío de cuestionario de correos. En relación con este aspecto en concreto, el presente estudio, al utilizar una metodología diferente, complementa y actualiza el anterior. Su objetivo es evaluar la existencia o no de recursos geriátricos especializados para la asistencia del anciano en la fase aguda de la enfermedad (UGA y equipos de evaluación multidisciplinares). Sin duda, la asistencia geriátrica es más amplia que la atención en la fase aguda de enfermedad, y una de las limitaciones del estu-

dio es el hecho de no evaluar el resto de recursos geriátricos hospitalarios de eficacia contrastada en la fase intermedia de enfermedad (unidades de media estancia, hospital de día) y en la fase de cuidados continuados (atención geriátrica domiciliaria, unidades de larga estancia hospitalaria, residencias...). Igualmente, los resultados se presentan en relación a la variable "existencia o no de los recursos geriátricos" y no a la variable "número de camas hospitalarias". Estas limitaciones son inherentes al objetivo específico del estudio de valorar si el anciano en España, tiene acceso o no a una atención geriátrica hospitalaria en su fase aguda de la enfermedad, pretendiendo a la vez ser un estudio cualitativo (frecuencias) y no cuantitativo (número de camas).

Informes del Parlamento Europeo<sup>23</sup>, en línea con la II Asamblea Mundial del Envejecimiento y la tendencia de algunos países como Estados Unidos, indican como objetivo primordial de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores el lograr una buena calidad de vida, con una elevada autosuficiencia, basándose en estrategias de prevención de la dependencia. Estas estrategias abarcarían tanto la atención primaria como la hospitalaria.

En relación con la fase aguda de enfermedad, existen múltiples estudios aleatorizados y prospectivos que demuestran la validez y la eficiencia del enfoque de la Geriatría con respecto a las unidades tradicionales en los hospitales de agudos. Las UGA o Unidades Geriátricas de Agudos (*Acute Care for Elders, ACE*) han demostrado su eficacia en la atención al anciano frágil, mejorando la situación funcional, disminuyendo la mortalidad y el alta a residencia, con coste igual o menor en términos económicos que una unidad de hospitalización clásica<sup>10-13</sup>. A los 3 y 6 meses, los pacientes tratados en la UGA también mantienen índices más bajos de mortalidad, reingreso hospitalario e institucionalización, igualándose al año<sup>14</sup>.

Con respecto a los equipos multidisciplinares de evaluación, los principales trabajos realizados<sup>15,16</sup> demuestran que las intervenciones exclusivas evaluadoras no presentan reducción de la mortalidad, ni mejora de la situación funcional al alta, a los 3 y 12 meses. Estos resultados serían debidos, entre otras causas, a no disponer de infraestructuras adecuadas para la correcta derivación de los pacientes (ausencia de UGA, hospital de día, unidades de media estancia), a la falta de cumplimiento por los responsables del paciente de las recomendaciones dadas por el equipo, a la intervención tardía desde el ingreso hasta el momento de la valoración, y a la ausencia de continuidad en los cuidados tanto durante el ingreso como al alta. Sin embargo, tienden a ser más efectivos en la valoración perioperatoria de enfermos ancianos en cirugía ortopédica y traumatológica, incrementándose si se actúa precozmente, disminuyendo, aunque no de forma significativa, la mortalidad, la estancia media y la institucionalización<sup>17-19</sup>.

Estos resultados conllevan la recomendación científica de creación de unidades geriátricas de agudos en todos los hospitales generales para la correcta atención especializada del anciano frágil, en situación de máximo riesgo de dependencia y de mortalidad, es decir, en la situación aguda de enfermedad, con una rentabilidad añadida tanto sanitaria como socioeconómica.

¿Cuál es la situación de España ante estas recomendaciones? Hace 25 años que España fue uno de los primeros países en Europa en reconocer, en 1978, la especialidad de Geriatría. En este tiempo, según los datos de nuestro estudio, se ha llegado ya a la cobertura geriátrica de una tercera parte de los hospitales agudos españoles. Dicha cobertura es en un 10% de UGA, y en un 20% al menos de equipos multidisciplinarios de evaluación. Estos equipos alcanzarán su verdadera efectividad el día en que se complete su desarrollo al irse añadiendo otros niveles asistenciales geriátricos (unidades de media estancia, UGA...). Hace 20 años sólo existía una única UGA en España reconocida como tal, y hoy ya existen 21. Estamos lejos de las más de 275 del Reino Unido<sup>24</sup>, en situación intermedia con las 89 de Alemania<sup>25</sup>, en cierta sintonía con las 17 de Holanda<sup>26</sup>, y por encima de otros países como Francia<sup>27</sup> o Portugal, en los que la especialidad aún no está reconocida. En Estados Unidos, de donde proviene una parte importante de la evidencia de *las Acute Care for Elders Units*, en los últimos cinco años están aumentando las recomendaciones para su implantación<sup>28</sup> y, en consecuencia, su número está creciendo de forma paulatina<sup>29</sup>.

En este sentido, cabe destacar los objetivos que se ha marcado el National Health Service (NHS) británico para mejorar la atención hospitalaria del anciano<sup>30</sup>. Dichos objetivos son asegurarle el acceso rápido desde la urgencia a las unidades especializadas de Geriatría con modelo de atención integrada en los departamentos de medicina<sup>31,32</sup>, y la planificación de que el 100% de los hospitales generales dispongan de esta cobertura geriátrica hospitalaria.

En los informes presentados al Parlamento Europeo en la recogida de información de los diferentes países miembros sobre "la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración para las personas de edad avanzada", el principal reto en asistencia sanitaria que establece el gobierno español es el de "la coordinación del sistema sanitario para asegurar la cohesión territorial y funcional", ya que, como es sabido, desde el 1 de enero de 2002 se hallan transferidas las competencias a las 17 comunidades autónomas<sup>33</sup>.

¿Cuál es la situación actual de las diferentes comunidades autonómicas españolas? Según los datos de nuestro estudio (tablas 1 y 2), nos encontramos ante una situación muy heterogénea y desigual. Con los datos actuales se podrían establecer cuatro grupos de cobertura geriátrica hospitalaria:

1. Un primer grupo de cabeza, constituido por cuatro comunidades con una cobertura geriátrica igual o superior al 50%, entre las que destaca Cataluña, con más de dos terceras partes (77%) de cobertura en sus hospitales de agudos, junto con Madrid (54%) y Castilla-La Mancha (50%).

2. Un segundo grupo con cobertura intermedia de entre el 25 y el 50%, constituido por cinco comunidades: Castilla y León, Aragón, Canarias, Galicia, y Murcia.

3. Un tercer grupo, con cobertura baja, inferior al 25%, formado por Navarra, la Comunidad Valenciana, Baleares, Asturias y Andalucía.

4. Un último grupo sin cobertura geriátrica (0%): Cantabria y el País Vasco, así como Ceuta y Melilla.

Siguiendo con la anterior clasificación, en relación con las UGA, existirían dos comunidades autónomas con una cobertura intermedia (del 25 al 50%): Madrid (31%) y Castilla-La Mancha (30%); ocho autonomías se encontrarían en el grupo de cobertura baja (inferior al 25%), y habría siete autonomías sin cobertura geriátrica de UGA en sus hospitales generales.

Estos datos, junto con los aportados por cada comunidad autónoma dentro del informe español al Parlamento Europeo referido anteriormente<sup>33</sup>, muestran un mapa autonómico actual con una asistencia geriátrica hospitalaria desigual y sobre todo poco equitativo, existiendo autonomías donde la población tiene acceso en la fase aguda de enfermedad a una atención geriátrica especializada, y otras donde ello no es posible.

Ante los datos expuestos anteriormente, la SEGG, siguiendo la evidencia científica, mantiene las recomendaciones europeas, y reitera que la atención geriátrica especializada es un derecho básico al que, hoy día, no tienen acceso la mayoría de las personas mayores cuando lo necesitan<sup>34</sup>. Esto puede suponer que el riesgo de una baja calidad de atención sanitaria a los más ancianos y frágiles sea alto en nuestro país. No obstante, ya es mucho lo andado, y aunque queda más por realizar, uno de los principales retos de la asistencia geriátrica se encuentra en romper las resistencias de las diferentes administraciones para conseguir una atención sanitaria para las personas mayores basada en la prevención de la dependencia (programas de atención primaria y hospitales de agudos) junto, y coordinada, con la atención del cuidado de la dependencia (programas de atención domiciliaria, rehabilitadores, de larga estancia, programas sociales...).

Como conclusión, los datos de nuestro estudio muestran que en la actualidad España no tiene garantizada una adecuada asistencia geriátrica especializada en la fase aguda de la enfermedad en la mayoría de sus hospitales generales, y que existe una distribución de los recursos geriátricos muy desigual entre sus diferentes au-

tonomías. Ante los datos expuestos, la SEGG recomienda a las comunidades autónomas y al gobierno central el objetivo progresivo de alcanzar el 100% de cobertura geriátrica especializada en todos los hospitales generales del territorio español.

PRESIDENTES Y VOCALES DE LAS SOCIEDADES AUTONÓMICAS DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA QUE HAN INTERVENIDO EN EL ESTUDIO A FECHA 1 DE JUNIO DEL 2003, POR ORDEN ALFABÉTICO:

**Andalucía:** D. Carlos Martínez Manzanares. Vocal por la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología.

**Aragón:** D. Abel Hernández Bello. Presidente de la Sociedad Aragonesa de Geriatría y Gerontología.

**Asturias:** D. Francisco Jiménez Muela. Presidente de la Sociedad Asturiana de Geriatría y Gerontología.

**Baleares:** D. Miquel Josep Olivé Ramón. Vocal por Baleares.

**Canarias:** D. Basilio-Javier Anía Lafuente. Presidente de la Sociedad Canaria de Geriatría y Gerontología.

**Cantabria:** D. Jesús Pérez del Molino. Presidente de la Sociedad Cántabra de Geriatría y Gerontología.

**Castilla-La Mancha:** D. Pedro Abizanda Soler. Presidente de la Sociedad Castellano-Manchega de Geriatría y Gerontología.

**Castilla y León:** D. Juan Antonio González y González. Vocal por la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Castilla y León.

**Cataluña:** D. Salvador Altimir Losada. Presidente de la Sociedad Catalano-Balear de Geriatría y Gerontología.

**Extremadura:** D.ª María Montaña Román García. Vocal por Extremadura.

**Galicia:** D. Fernando Veiga Fernández. Presidente por la Sociedad Gallega de Geriatría y Gerontología.

**La Rioja:** D. Javier Delpón Sarasúa. Presidente de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de la Rioja.

**Madrid:** D.ª Pilar Serrano Garrijo. Presidenta de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología.

**Murcia:** D. José Barba Martínez. Presidente de la Sociedad Murciana de Geriatría y Gerontología.

**Navarra:** D. Rafael Sánchez-Ostiz Gutiérrez. Presidente de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología.

**País Vasco:** D. Juan José Calvo Aguirre. Presidente de la Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología Zahartzaroa.

**Valencia:** D. José Garay Lillo. Presidente de la Sociedad Levantina de Geriatría y Gerontología.

3. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Editores Médicos, 2000.
4. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld S, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156:645-52.
5. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981;304:638-42.
6. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, et al. Hospital Admission Risk Profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:251-7.
7. Inouye SK, Bogardus ST, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM, for the Hospital Elder Life Program. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1697-706.
8. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión año 2010. Madrid: Fundación Pfizer, 2002.
9. Observatorio de personas mayores. IMSERSO. Informe 2002. Disponible en: <http://imsersomayores.csc.es/estadisticas/documentos/informe2002/inf2002pdf/vol1/capitulo1.pdf>. Última consulta, junio de 2003.
10. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995;332:1338-44.
11. Harris RD, Henschke PJ, Popplewell PY. A randomised study of outcomes in a defined group of acutely ill elderly patients managed in a geriatric assessment unit or a general medical unit. *Aust N Z J Med* 1991;21:230-4.
12. Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, Bucht G, Wahlin A, Peterson J, et al. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1381-8.
13. Counsell SR, Holder CM, Liebennuer LL, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic DM, et al. Effects of a multi-component intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1572-81.
14. Saltvedt I, Opdahl ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a Geriatric Evaluation and Management Unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:792-8.
15. Stuck AE, Stu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein L. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
16. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med* 1995;332:1345-50.
17. Cameron ID, Handoll HHG, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, 2003.
18. Abizanda P, Oliver JL, Luengo C, Romero L. Resultados y beneficios de la creación de un equipo de valoración y cuidados geriátricos en el Hospital General de Albacete: análisis del primer año de funcionamiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:195-201.
19. González J, Alarcón T, Del Río M, Gotor P, Aceituno V. Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:336-45.
20. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2).
21. O'Neill D, Williams B, Hastie I, en representación de la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea y División de Medicina Geriátrica de la Unión Europea de Médicos Especialistas. Retos, oportunidades y función de la asistencia sanitaria especializada en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37:289-356.
22. Casado JM, Cruz AJ, Araoz G, Ulera FG. Health Care for older Persons: a Country Profile-Spain. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:67-9.
23. Informe del Parlamento Europeo. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Disponible en: <http://europa.eu.int/comm/em>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informes, estudios y documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de gerontología. Madrid: Defensor del Pueblo, Publicaciones, 2000.
2. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

- ployment\_social/ news/ 2003/ jan/ ACTE\_ES\_PDF.pdf. Última consulta, julio de 2003.
24. Cruz AJ. La atención hospitalaria. En: Rbera JM , Gil P, editores. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos, 1998; 89-99.
  25. Loos S, Plate A, Dapp U, Luttje D, Meier-Baumgartner HP, Oster P, et al. Geriatric care in Germany, results of an empirical study. *Z Gerontol Geriatr* 2001;34(1):61-73.
  26. Hoek JF, Penninx B, Ligthart GJ, Ribbe MW. Health care for older persons, a country profile: the Netherlands. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(2):214-7.
  27. Nourhashemi F, Vellas B, Gray LK, Mischlich D, Forette F, Forette B, et al. Health care for older persons, a country profile: France *J Am Geriatr Soc* 1998;46(11):1431-3.
  28. Eavashwick C, Swan JH, Smith P. Geriatric services offered by hospitals: predicting services by internal and external community characteristics. *Home Health Care Serv Q* 2001;19(3):19-33.
  29. Jayadevappa R, Bloom BS, Raziano DB, Lavizzo-Mourey R. Dissemination and characteristics of acute care for elders (ACE) units in the United States. In *J Technol Health Care* 2003;19(1):220-7.
  30. National Service Framework for Older People. Standard Four: General Hospital care. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeopleexecstand4.htm>. Última consulta, julio de 2003.
  31. Onafowakan GP. Age-related geriatric medicine or integrate medical care. *Age and ageing* 1999;28:245-7.
  32. British Geriatrics Society. Compendium of guidelines, policy statements and statements of good practice. Compendium 1: acute medical care of elderly people. Disponible en: <http://www.bgs.org.uk/compendium/compa1.htm>. Última consulta, julio de 2003.
  33. Cuestionario sobre la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración para las personas de edad avanzada: Informe de España. Disponible en: [http://europa.eu.int/commmm/employment\\_social/soc-prot/healthcare/ es\\_healthreply\\_es.pdf](http://europa.eu.int/commmm/employment_social/soc-prot/healthcare/ es_healthreply_es.pdf). Última consulta, julio de 2003.
  34. Decálogo del Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(5):276.