

ORIGINAL/Área de Ciencias Sociales y del Comportamiento

Análisis del índice de consecución de residencia pública asistida tras ingreso hospitalario en ancianos frágiles

Jesús Mora Fernández^a, Luis José Silveira Guijarro^{b,*}, Nieves Calcerrada Díaz-Santos^c, María Antonia Maganto Villamiel^a, Concepción Merino Cáceres^a y José Manuel Ribera Casado^a

^a Servicio de Geriatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid, Agencia Laín Entralgo, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de septiembre de 2008

Aceptado el 3 de marzo de 2009

On-line el 10 de julio de 2009

Palabras clave:

Residencia pública asistida

Anciano

Unidad de agudos

Intervención social

Valoración geriátrica exhaustiva

RESUMEN

Introducción: Analizar el índice de consecución de plaza en residencia pública asistida (RPA) en ancianos hospitalizados y orientados a este recurso por la Unidad de Trabajo Social.

Material y métodos: Estudio de cohortes realizado en una unidad de agudos de Geriatría de un hospital terciario. Se estudian los datos demográficos, clínicos, funcionales y socioeconómicos registrados en el ingreso hospitalario (período de inclusión de 4 años). Seguimiento al alta durante 6 meses, determinando porcentaje de consecución de RPA, tiempo de espera (tasa de incidencia mensual) y causas de no consecución. Las variables que se asocian a la consecución de RPA se introducen en un modelo de regresión logística multivariado.

Resultados: Cuatrocientos quince ancianos orientados a RPA, edad de 85,1 años (DE = 6,7), 61,9% de mujeres. En el período de seguimiento obtuvieron plaza 72 ancianos (17,3%; tasa de incidencia mensual: 3,14%). En el análisis multivariado vivir solo (*odds ratio* [OR]: 2,788; $p = 0,005$), recibir menos ingresos (OR: 0,807; $p = 0,018$), tener informe de derivación social desde el hospital (OR: 2,132; $p = 0,037$), haber solicitado RPA previamente (OR: 3,298; $p = 0,002$) y ubicación al alta hospitalaria diferente al domicilio (OR: 5,792; $p < 0,001$) se asociaron de modo independiente a consecución de RPA. Fallecer en espera (41,4%) y no finalizar trámites (32,9%) fueron las causas fundamentales de no consecución de plaza.

Conclusiones: La hospitalización de pacientes ancianos frágiles conduce frecuentemente a la solicitud de RPA, aunque su consecución a corto plazo desde la unidad de agudos es escasa. Determinados factores socioeconómicos y la intervención social facilitan el acceso, aunque la espera condiciona una importante proporción de fallecimientos e interrupción de trámites debido, en gran medida, a la complejidad del proceso.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Analysis of placement in public nursing homes after hospital admission in the fragile elderly

ABSTRACT

Keywords:

Public nursing home

Elder

Acute units

Social intervention

Comprehensive geriatric assessment

Introduction: To analyze placement in public nursing homes in elderly inpatients referred by the social work unit.

Material and methods: We performed a cohort study in an acute geriatric unit of a tertiary hospital. The sociodemographic, clinical, functional and socioeconomic data registered on admission (inclusion period: 4 years) were analyzed. The patients were followed-up for 6 months after discharge. The percentage gaining places in public nursing homes, the waiting time (monthly incidence rate) and the reasons for not gaining a place were evaluated. The variables associated with gaining a place were introduced into a multivariate logistic regression model.

Results: A total of 415 elders were referred to public nursing homes. The mean age was 85.1 years (SD = 6.7), and 61.9% were women. During the follow-up period, 72 elders were granted a place (17.3%; monthly incidence rate 3.14%). In the multivariate analysis, the factors independently associated with gaining a place at a public nursing home were living alone (OR 2.788; $p = 0.005$), having a lower income (OR 0.807; $p = 0.018$), having a social work report from the hospital (OR 2.132; $p = 0.037$), having previously requested a place at a public nursing home (OR 3.298; $p = 0.002$) and discharge destination other than the home (OR 5.792; $p < 0.001$). The main causes associated with not gaining a place were death while on the waiting list (41.4%) and not completing the paperwork (32.9%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisjosesilveira@hotmail.com (L.J. Silveira Guijarro).

Conclusions: Hospitalization in the frail elderly frequently leads to requests for public nursing home admission, although few places are granted in the short term to patients in the acute unit. Certain socioeconomic factors and referral by social workers were positively associated with gaining a place. However, the waiting time leads to a substantial proportion of deaths and incomplete paperwork, largely due to the complexity of the process.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Con cierta frecuencia, en los medios de comunicación se refleja la queja reiterada sobre la dificultad que tienen los ancianos dependientes en el acceso a recursos públicos de tipo residencial. En este grupo de edad, la enfermedad en primera instancia y la hospitalización por sí misma suponen un deterioro funcional más o menos importante y más o menos duradero¹. Este deterioro es el responsable de la pérdida de independencia que, a su vez, justifica la sobrecarga del cuidador o la institucionalización y, en cualquier caso, un incremento en el consumo de recursos². Identificar a los pacientes ancianos con mayor riesgo de institucionalización desde el primer día de hospitalización o, lo que es igual, saber qué pacientes podrán volver a su domicilio y a su situación previa o cuáles necesitarán otro tipo de cuidados especializados (unidad de larga estancia, cuidados paliativos, residencia) permite planificar el alta, disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, las complicaciones y evitar reingresos precoces innecesarios utilizando los recursos hospitalarios y sociosanitarios en general de manera más eficiente^{3,4}. La forma de trabajo de los equipos hospitalarios de geriatría permite orientar a cada paciente hacia un destino domiciliario, bajo la tutela del equipo de atención primaria, o bien hacia otro recurso social especializado o específico en función de una serie de condicionantes clínicos, físicos y psicosociales.

Actualmente, la residencia pública asistida (RPA) es uno de los recursos sociales más demandados en nuestro medio y el que más costes origina^{5–7}. En España son pocos los datos conocidos sobre consecución de residencia pública, aunque es evidente que se trata de un recurso escaso en relación con la demanda real^{8,9}. Esto supone que deban seleccionarse preferentemente aquellas personas más necesitadas de acuerdo con un baremo oficial establecido por cada comunidad autónoma¹⁰. La necesidad de selección “urgente” de personas en situación de riesgo, no sólo vital sino también social, pone en evidencia la importancia de una correcta valoración de cada caso en particular y en relación con el resto de los casos. En el arduo proceso que conlleva la orientación a RPA, la evaluación de las necesidades de índole social, la tramitación y la adjudicación de la plaza existen múltiples variables inherentes a la complejidad de los procesos de hospitalización —además de las incluidas en el baremo oficial— que influyen de manera determinante y que deberían ser tomadas en consideración para la adjudicación definitiva de una plaza^{11–13}.

La unidad de trabajo social (UTS) de geriatría de nuestro centro ha constatado en los últimos años una elevada proporción de solicitudes de RPA entre los pacientes ingresados en la unidad de agudos, alcanzando prácticamente la mitad de los que son valorados. Ante la sospecha de que los ancianos hospitalizados con mayor grado de deterioro no consiguen a corto plazo ubicación en una institución definitiva, se planteó el presente estudio que trata de describir el índice real de consecución de plaza en RPA tras el ingreso. En particular, se trató de describir las principales características de aquellos que la consiguen, intentando relacionar la adjudicación o no por parte de la Administración con factores clínicos, funcionales y socioeconómicos, así como secundariamente valorar los motivos de no consecución de ésta en el tiempo estudiado.

Material y métodos

La muestra se obtiene de todos los ancianos ingresados en una unidad de agudos de geriatría durante un período de 4 años. A través de un estudio de cohortes longitudinal se realizó un seguimiento de seis meses de todos los pacientes que hubiesen sido orientados por la UTS hacia RPA durante dicho período.

Ambito

La Unidad de Agudos del Servicio de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos atiende anualmente en promedio a unos 850 pacientes que sufren patología que precisa ingreso, disponiendo de 30 camas de hospitalización. Su funcionamiento se basa en los principios del trabajo interdisciplinar en equipo y la continuidad de cuidados posthospitalización. Para ello cuenta con recursos de terapia ocupacional y trabajo social, además de camas de convalecencia y rehabilitación, y otros que facilitan el manejo ambulatorio, como hospital de día y atención geriátrica domiciliaria.

Selección de pacientes

Durante el período de estudio, ingresaron en nuestra unidad de agudos un total de 3.441 ancianos. De estos, fueron atendidos por la UTS aquéllos cuyo equipo médico responsable, los familiares o el propio paciente creían que podrían beneficiarse de tal valoración: un total de 957. Para el presente trabajo se han estudiado solamente aquellos casos que, tras ser valorados por la UTS, fueron considerados candidatos a solicitud de plaza en RPA —excluyendo a quienes se encontrasen residiendo en una institución pública antes del ingreso en el hospital— siendo la muestra final de 415 pacientes. Posteriormente, se realizó un seguimiento del paciente durante el ingreso y al alta hospitalaria hasta completar 6 meses desde la solicitud de RPA, con el objetivo de conocer la evolución de los trámites y/o de la consecución del recurso. A todos los pacientes les fue solicitado el consentimiento para su participación en el estudio, siguiendo las directrices del comité de ética e investigación clínica de nuestro centro.

Las variables que describen la muestra se obtuvieron de la documentación que consta en la historia clínica y social realizada al ingreso hospitalario de modo protocolizado, y son las siguientes:

- **Datos clínicos:** grupo diagnóstico relacionado (GRD) y estancia hospitalaria.
- **Datos demográficos:** edad y sexo.
- **Variables funcionales:** recogidas en la historia clínica en las primeras 48 horas tras el ingreso, valoran actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y movilidad previas al ingreso a través del índice de Katz¹⁴ y la escala de Cruz Roja Física (CRF)¹⁵.
- Además, durante su estancia hospitalaria se calcula el *impacto funcional* de la enfermedad que motiva el ingreso. Se consideró a un individuo “basalmente dependiente” si necesitaba ayuda para tres o más ABVD (Katz igual o peor que D) y/o presentaba inmovilidad (CRF 4 o inferior). El *impacto* de la enfermedad

actual a nivel funcional se obtuvo mediante la comparación con el índice de Katz al alta hospitalaria, considerando un *impacto significativo* aquel que suponía la pérdida de dos o más ABVD. Así, para valorar el impacto funcional de la enfermedad actual se reagruparon los pacientes en tres grupos: *a) basalmente deteriorados*; *b) pacientes en los cuales el ingreso no supone ningún impacto funcional*, y *c) pacientes con impacto funcional* (aquellos con pérdida de dos o más ABVD durante el ingreso y que basalmente no estaban deteriorados).

- **Datos socioeconómicos** que incluyeron: ingresos mensuales por pensión y forma de convivencia (solo, con familiares, en residencia privada). Además, se tuvo en cuenta la existencia de una solicitud de RPA previa al ingreso.

Se registró tanto el *tipo de intervención social* como la necesidad de realización de un *informe de derivación* desde la UTS del hospital a los servicios sociales municipales, de tal modo que:

- En algunos pacientes que habían realizado solicitud de RPA antes del ingreso, fue preciso contactar con los servicios sociales para la actualización de éste y se envió un *informe médico* para añadir a la solicitud cuando se detectó impacto de la enfermedad.
- A raíz del ingreso hospitalario se efectuó un *informe de derivación* a los servicios sociales municipales en los pacientes que no eran conocidos previamente por éstos o, aún siendo conocidos, cuando durante el ingreso actual se detecta un cambio importante en la situación social que requiriese ser puesto en su conocimiento.
- Además, de manera universal se llevó a cabo una labor informativa sobre recursos sociales, una labor de ayuda a la gestión y apoyo psicosocial.

Seguimiento

A partir de la fecha de primera solicitud de RPA o renovación de ésta desde el propio hospital, y durante un tiempo de 6 meses, se recogieron datos sobre su consecución y el tiempo transcurrido hasta ésta. Estos datos se obtuvieron tanto a través del paciente como de los servicios sociales municipales y del Servicio de Mayores de la Comunidad de Madrid. De manera más concreta se recogieron:

- La ubicación inmediata al alta hospitalaria.
- La consecución o no de plaza durante el tiempo observado.
- El tiempo transcurrido hasta la consecución.
- Las causas de no-consecución, en su caso.

Análisis estadístico

Se describieron las variables cualitativas mediante su distribución de frecuencias e intervalos de confianza ([IC] del 95%) y las cuantitativas con su correspondiente medida de tendencia central, media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico en los casos de dispersión. En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos. Se compararon mediante un análisis univariado las distintas variables en cada uno de los grupos formados respecto a la variable principal: “consecución de residencia”. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 o con la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Se estimó el riesgo relativo (RR) junto con su IC del 95%. Se analizó el comportamiento de las variables cuantitativas (edad, estancia y pensión) para la variable dependiente categorizada mediante el test de la t de Student o la U de Mann-Whitney.

De manera similar, se realizó un análisis univariado entre distintos factores y la variable resultado “mortalidad” entre los pacientes que no consiguieron RPA por este motivo.

Posteriormente, se utilizaron aquellas variables que han resultado significativas en el análisis univariado para la construcción de un modelo de regresión logística que trata de explicar mediante un análisis multivariado la influencia de cada factor en la consecución de RPA. Se ajustó un modelo de regresión logística para predecir la consecución de RPA durante el seguimiento. Las variables que en el análisis univariado tenían un nivel de significación con p inferior a 0,20 fueron consideradas en el modelo completo. Se evaluaron las interacciones o las modificaciones del efecto con un análisis estratificado y posteriormente se ajustaron en dicho modelo. Se presentan los RR ajustados estimados a través de los *odds ratio* (OR) ajustados y sus IC del 95%. La técnica estadística utilizada fue la de máxima verosimilitud y se estableció la sensibilidad y la especificidad del modelo para la probabilidad global de 0,17.

Para el estudio estadístico de las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0¹⁶.

Resultados

Datos demográficos y del ingreso hospitalario

La edad media de la muestra estudiada (n = 415) fue de 85,1 años (DE de 6,7), oscilando de 63 a 102 años. Predominó el sexo femenino (61,9%) que presentó una edad media de 3,5 años superior a la de los varones (IC del 95%: de 2,2 a 4,8). No se encontraron diferencias significativas en la edad y en la distribución por sexos con el total de los pacientes ingresados en geriatría, utilizados como población diana. En cambio, sí hubo diferencias estadísticamente significativas en la estancia hospitalaria media, teniendo los pacientes candidatos a RPA una estancia mayor que la del total de pacientes valorados en geriatría (tabla 1). En concreto, la mediana de la estancia fue de 20 días para los ancianos orientados a RPA, sin hallar diferencias significativas por sexo (p > 0,05). El diagnóstico principal más frecuente fue el de trastornos respiratorios (GRD 541).

Respecto a la situación funcional de los pacientes estudiados, prácticamente 6 de cada 10 pacientes valorados y orientados hacia RPA eran previamente dependientes para tres o más ABVD (Katz D o peor). Al añadir a esta proporción el grupo de pacientes que sufre deterioro funcional como consecuencia del ingreso se alcanza un 84,4% de sujetos dependientes de terceras personas para tres o más de las ABVD o con dificultades en la movilidad al alta hospitalaria (fig. 1).

En cuanto a la situación social, se muestra en la tabla 2 la forma de convivencia de los ancianos de la muestra. Una cuarta parte vivía solo y poco más de un tercio lo hacía con el cónyuge u otra persona mayor. Estratificando por grupos de edad se observa cómo la proporción de mayores de 80 años que viven con sus hijos u otras personas más jóvenes, sea en régimen fijo o rotatorio, es

Tabla 1

Estancia hospitalaria y datos demográficos generales en el total de pacientes ingresados en geriatría y en los que, tras ser valorados por la unidad de trabajo social, fueron orientados a residencia pública asistida (RPA)

	Total de ingresados n = 3.441	Orientados a RPA n = 415	p
Estancia*	13 días	20 días	<0,0001
Edad*	86 años	85 años	0,783
Sexo (chi-cuadrado)	38,7% (varones)	38,1% (varones)	0,798

* Comparación de medianas.

significativamente mayor que en el resto, mientras es significativamente menor la proporción de los mayores de 80 años que viven con su cónyuge ($p < 0,01$). En cambio, no se han observado diferencias estadísticamente significativas por edad en el resto de formas de convivencia.

La mediana de ingresos mensuales por pensión fue de 385,00 euros (base de referencia año 2002; 14 pagas anuales), siendo inferior de modo significativo en las mujeres, que obtienen 190,12 euros ($p = 0,023$).

El 22% de los pacientes atendidos ($n = 92$) había realizado solicitud de RPA antes del ingreso, estando su expediente pendiente de resolución. Además, a raíz del ingreso hospitalario se efectuó un *informe de derivación* a los servicios sociales municipales en el 44,6% de los casos. No se encontraron

diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con y sin dicho informe respecto a las variables clínicas, funcionales y sociales.

En cuanto al destino del paciente, el 8,9% falleció durante el ingreso (fig. 2). De los supervivientes, un 49,2% de la muestra volvió directamente a domicilio, ya fuese éste el propio o el de un familiar. Hay que destacar que, de este grupo de pacientes que al alta regresó a domicilio, una tercera parte recibió ayuda social domiciliaria complementaria. El resto de los pacientes fueron institucionalizados directamente. De estos, el 29,2% se trasladó a una unidad de larga estancia y el 70,8% restante ingresó en una residencia. Es importante destacar que, atendiendo al tipo de residencia, las tres cuartas partes de estos pacientes ingresaron en una residencia privada en espera de la consecución de RPA. Mientras, algunos pacientes eran admitidos de forma temporal en una RPA con criterios de convalecencia y/o respiro familiar (14,7%). Solamente en 14 casos, un 3,37% de todos los pacientes de la muestra (es decir, de todos los pacientes orientados por la UTS hacia RPA), se consiguió el recurso en el momento del alta. Esto supone un 10,3% del total de los ancianos trasladados a residencia al alta hospitalaria.

Datos del seguimiento

En total, obtuvo plaza en RPA un 17,3% de la muestra ($n = 72$) en los 6 meses siguientes a la solicitud. La tasa de incidencia de consecución de RPA en los 6 meses de seguimiento fue calculada en un 3,14% por mes (fig. 3). El principal motivo para no conseguir

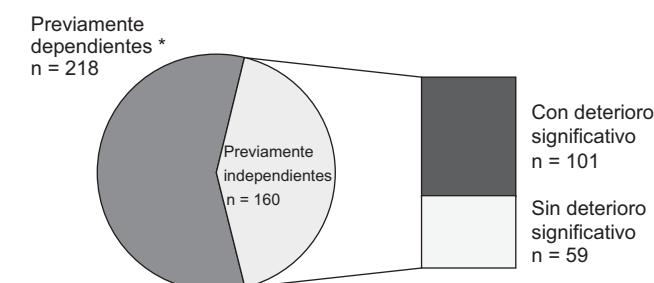


Figura 1. Impacto funcional que ocasiona la enfermedad que ha motivado el ingreso, medido al alta hospitalaria. * Para la interpretación de la pérdida funcional sufrida por los pacientes ver texto. Excluye los fallecidos antes del alta hospitalaria.

Tabla 2
Formas de convivencia según la edad ($n = 415$)

Edad (años)	Forma de convivencia, n (%)				
	Solo	Rotando	Cónyuge/persona mayor	Hijos/persona joven	Residencia privada
< 80 (n = 101)	18 (17,8)	3 (3,0) ^a	64 (63,4) ^b	15 (14,9) ^a	1 (1,0)
80–90 (n = 224)	63 (28,1)	13 (5,8)	66 (29,5)	77 (34,4)	5 (2,2)
> 90 (n = 90)	23 (25,6)	10 (11,1)	15 (16,7)	37 (41,1)	5 (5,6)
Total	104 (25,1)	26 (6,3)	145 (34,9)	129 (31,1)	11 (2,7)

^a $p < 0,05$.

^b $p < 0,01$. Se compara la proporción de las distintas formas de convivencia en menores de 80 años con la del resto de pacientes de la muestra (v. explicación en el texto).

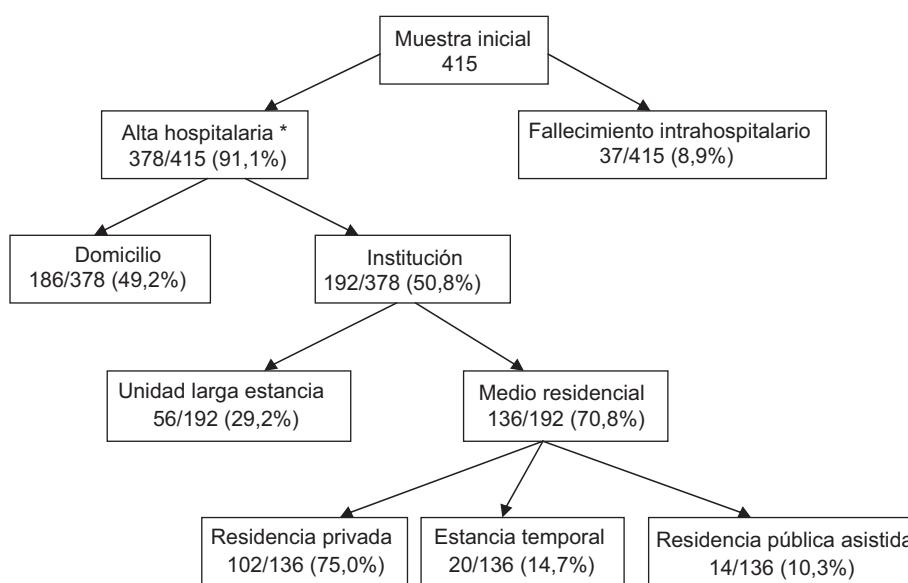


Figura 2. Destino al alta hospitalaria. * Se expresa el n total de pacientes y la proporción sobre el cuadro origen. RPA: Residencia Pública Asistida definitiva.

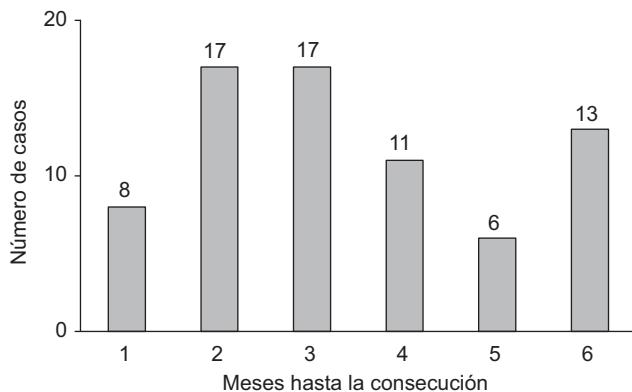


Figura 3. Distribución de pacientes por meses hasta la consecución de plaza, contados a partir del momento de la solicitud por la unidad de trabajo social.

RPA fue el fallecimiento del paciente en el tiempo de espera, alcanzando una mortalidad del 41,4% (142 casos), incluyendo la observada dentro del hospital tras su solicitud. Mediante un análisis crudo univariado de la mortalidad hospitalaria, sólo se encontraron diferencias significativas entre fallecidos y supervivientes en las variables *impacto de la enfermedad* y en la estancia hospitalaria, siendo superior en ambos casos en los fallecidos ($p < 0,05$). Respecto a la mortalidad global, intra y posthospitalaria, las personas que no conseguían residencia por fallecer en el tiempo de espera tenían una edad superior (2,97 años; IC del 95%: de 1,15 a 4,7; $p < 0,001$) y eran basalmente más dependientes (73,3 frente al 55,1%; $p < 0,0001$) que los supervivientes. En un 32,9% de los casos (113 pacientes) la no consecución se debió a su no tramitación, incluyendo tanto los casos en que la familia no pudo iniciar los trámites como aquellos que no se completaron. Finalmente, un 25,7% de los casos (88 pacientes) obtuvo plaza con insuficiente puntuación en el baremo, quedando en lista de espera para su adjudicación.

Para evaluar el grado de asociación entre la consecución de RPA y los diversos factores se realizó un análisis univariado (tabla 3). Los factores asociados al acceso a RPA fueron: ser mujer, un tiempo de estancia hospitalaria más prolongado, una pensión más baja, tener informe de derivación social desde el hospital, haber sido ubicado al alta en lugar distinto al domicilio, solicitud previa de residencia y situación de convivencia “estar viviendo solo” frente a las otras formas de convivencia. En el análisis univariado no se encontró relación con datos clínicos o funcionales y la consecución de RPA. Analizando por grupos de enfermedad, así como por GRD individuales no existen diferencias estadísticamente significativas entre los GRD de los pacientes que consiguen RPA y los que no la consiguen ($p > 0,05$).

En el análisis multivariado (tabla 4) se presentan los RR ajustados estimados a través de los OR ajustados y sus IC del 95%. Se estableció la sensibilidad y la especificidad del modelo para la probabilidad global en 0,17, en función del índice de consecución de RPA obtenido en estos 6 meses. Vivir solo frente a otras formas de convivencia, una pensión baja, haber realizado la solicitud de RPA previamente al ingreso, tener un informe de derivación tras la valoración y trasladarse a una institución —frente a domicilio— en el momento del alta son factores asociados de modo independiente a la consecución de RPA. En particular, los sujetos que viven solos la consiguen casi 3 veces más que el resto. Por cada 100 euros de incremento en la pensión percibida, la posibilidad de acceso a la residencia se reduce en un 20%. Es 2 veces más probable conseguir RPA si se realiza un informe social de derivación tras la valoración realizada por la UTS del hospital y 3 veces más probable si los pacientes la tenían previamente solicitada. También es casi 6 veces más probable si no se vuelve a

Tabla 3

Factores asociados a la consecución de residencia pública asistida (RPA). Principales resultados del análisis univariado

	Consiguen RPA (n = 72)	No consiguen RPA (n = 343)	p
Edad (años)	86,4	84,8	Medias
Estancia (días)	27	19	Medianas
Ingresos por pensión (euros)	361	386	0,001
Sexo			Riesgo
Varón	15,3%	42,9%	0,24
Mujer	84,7%	57,1%	<0,001
Informe de derivación	55,6%	42,3%	1,70
Medio al alta			0,040
Residencial	80,0%	42,3%	5,46
Domiciliario	20,0%	57,7%	<0,001
Dependencia basal	50,7%	60,5%	0,67
Impacto funcional	31,0%	25,7%	1,30
Solicitud previa	41,7%	17,8%	3,30
Forma de convivencia*			<0,001
Solo	48,6%	20,1%	3,76
Rotando	5,6%	6,4%	0,86
Residencia	4,2%	2,3%	0,385
Hijo/joven	16,7%	34,1%	0,39
Esposo/mayor	25,0%	37,0%	0,57
			0,054

* La asociación entre conseguir RPA y las formas de convivencia hijo/joven y esposo/mayor, a pesar de ser significativa, se comporta como factor protector para la consecución. Aun así, han sido incluidos posteriormente en el análisis multivariante.

domicilio. Se ha observado una modificación del efecto entre la dependencia basal y el sexo respecto a la consecución de residencia. Cuando hay dependencia basal no hay diferencias por sexo a la hora de conseguir residencia, pero cuando no existe, las mujeres la consiguen 6,7 veces más que los hombres.

Discusión

En el presente trabajo se plantea directamente la cuestión de si los ancianos ingresados en un hospital por una causa aguda, cuyas consecuencias son el deterioro funcional y/o la dificultad para ser cuidados, tienen acceso inmediato a un recurso público muy demandado: la RPA⁵. Además, hay que considerar que los resultados no son fruto de una observación aleatoria simple, sino que se obtienen en un ámbito en el que la valoración social forma parte de los objetivos de tratamiento del anciano, entendido éste como un abordaje integral en el que se recomienda —o bien, se facilita— el trámite para la consecución del recurso idóneo.

Los resultados muestran a primera vista dos hechos muy destacables. En primer lugar, los ancianos estudiados presentan características de morbilidad, falta de autonomía (más de un 80% de los ancianos necesitaba de otra persona al alta para la realización de ABVD) y problemática psicosocial suficientemente relevantes para justificar su orientación al recurso residencial como clara indicación al alta hospitalaria. Diversos autores que trabajan en el ámbito hospitalario obtienen tasas de dependencia similares, oscilando entre el 55 y el 80%^{2,3,11,12}. Esta necesidad de ayuda social sobrepasa naturalmente la recogida en el ámbito comunitario^{17,18}, donde las demandas y tipos de intervención son más diversos (ayuda social domiciliaria, servicios de teleasistencia o centros de día) en función de la mayor estabilidad clínica y funcional de los pacientes. En segundo lugar, y más importante si cabe, el grado de consecución de RPA en esta muestra es muy bajo en el tiempo observado y este hallazgo requiere, al menos, una

Tabla 4

Factores asociados a consecución de residencia pública asistida. Análisis multivariado (regresión logística)

Variable independiente	Coeficiente	Error estándar	Wald	p	OR	IC del 95%
Pensión	-0,215	0,091	5,582	0,018	0,807	0,675-0,964
Medio al alta residencial	1,756	0,403	18,966	<0,001	5,792	2,627-12,768
Solicitud previa	1,193	0,387	9,528	0,002	3,298	1,546-7,036
Vivir solo	1,025	0,367	7,807	0,005	2,788	1,358-5,724
Informe de derivación	0,757	0,363	4,344	0,037	2,132	1,046-4,345
Dependencia basal (interacción)						
No						
Mujeres	1,905	0,791	5,803	0,016	6,718	1,426-31,641
Varones	-1,901	0,776	5,995	0,014	0,149	0,033-0,684
Sí						
Mujeres						>0,1
Varones						

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

reflexión profunda. En España son pocos los datos conocidos sobre consecución de residencia pública, aunque es evidente que se trata de un recurso escaso en relación con la demanda existente¹⁹. Esto supone que deba seleccionarse a aquellas personas más necesitadas de acuerdo con un baremo oficial establecido por cada comunidad autónoma¹⁰.

El presente estudio no pretende discutir la forma en que la administración adjudica las plazas en RPA —en particular en la Comunidad de Madrid—, aunque intenta plantear interrogantes que aborden el problema con mayor profundidad y desde una perspectiva multidisciplinar:

- ¿Consiguen RPA todas las personas que realmente la necesitan y en un tiempo razonable?
- ¿Son los baremos suficientemente eficaces a la hora de identificar a las personas más necesitadas?
- ¿Son iguales los pacientes que viven en la comunidad con enfermedades incapacitantes en situación clínicamente estable que aquellos que han sufrido un episodio de hospitalización reciente a la hora de clasificarlos en dicho baremo?
- ¿Evalúa y puntuá de la misma forma el médico de atención primaria ante un paciente incapacitado que vive en su domicilio, que el médico especialista ante un anciano hospitalizado en situación de máxima necesidad de atención médica y de enfermería? Resulta evidente que, con los criterios de clasificación que se disponen en la actualidad, la evaluación del paciente anciano desde atención primaria no puede incorporar fácilmente a dicha valoración los cambios sufridos como consecuencia de la enfermedad aguda, y que aumentan el riesgo de institucionalización en el anciano frágil¹⁸.

A la hora de interpretar los resultados, es conveniente señalar la existencia de varias limitaciones. Se puede argumentar un sesgo de selección de los sujetos que llegan a la UTS, diferentes del resto (total de ingresos en el servicio de geriatría) en cuanto a situación clínica y funcional. Únicamente el sexo y la edad son similares al resto de pacientes ingresados (tabla 1). Este criterio subjetivo en la selección de pacientes valorados por la UTS obedece a la identificación de un riesgo social considerado como tal por su médico, un familiar o por el propio paciente, dando por supuesto que los pacientes no orientados a RPA no presentaban suficiente riesgo. Tampoco se ha comparado la muestra con la población de referencia para comprobar si se podrían generalizar los resultados al ámbito extrahospitalario, perdiendo información sobre validez externa. Otra limitación observada fue que el diseño del estudio no permitió analizar si algunas variables, como la estancia media prolongada, operan como consecuencia o como causa de la no

consecución de residencia. También la obtención de algunos de los datos a partir de registro escrito (historia clínica y social) puede suponer un sesgo añadido. Finalmente, la extrapolación de estos resultados ha de ser circunscrita al ámbito de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta dónde se desarrolla la valoración y los métodos de baremación aplicados.

Si, como en otros estudios²⁰, se toma como *gold standard* la valoración experta que hace la UTS ante el anciano candidato a RPA, resulta muy llamativo el hecho de que sólo un 17,3% de todos los pacientes alcanzó su objetivo en el tiempo de seguimiento analizado. Este resultado es similar al obtenido en otros estudios realizados en nuestro medio^{3,4}. Las características clínicas, demográficas y sociales de los pacientes de la muestra apuntan, a priori, hacia una cifra de institucionalización necesariamente más cercana a la recomendada por la UTS que a la encontrada finalmente en nuestro estudio. En particular, los pacientes orientados hacia RPA son muy frágiles, con importantes necesidades de cuidados médicos, lo cual resalta aún más la importancia de la institucionalización. Vivir sólo o con cónyuge o con persona mayor supone que, prácticamente, el 60% de la muestra presente un perfil de riesgo social alto respecto a la unidad familiar basal, siendo este dato muy superior a la media de dicho grupo de edad en la población española⁵. La situación familiar habitual es vivir con un esposo/a y en el momento de la viudedad la mayoría pasa a formar parte de la unidad familiar de sus hijos (tabla 2). Por otra parte, la mediana de ingreso mensual (14 pagas anuales) fue de 385,00 euros de 2002, siendo inferior (190,12 euros) de manera significativa en las mujeres, lo cual se corresponde con la situación de los pensionistas en nuestro país⁵. Finalmente, el impacto de la enfermedad que motiva el ingreso hace que el 84% de los pacientes sean dependientes para tres o más ABVD en el momento del alta. En resumen, los datos funcionales, clínicos y socioeconómicos de la muestra permiten pensar que la orientación de la UTS hacia RPA es adecuada y resaltan el escaso índice de consecución de RPA a medio plazo.

El período de seguimiento podría ser considerado una limitación más del estudio. Si bien muy pocos pacientes consiguen el recurso tras dicha espera (tasa de incidencia de consecución de 3,14% por mes), este período de observación parece razonable ante la necesidad de una ubicación inmediata en ancianos frágiles. La existencia de trámites largos, tediosos e iguales para todos, pone de manifiesto, en nuestra opinión, el efecto negativo que el retraso en la adjudicación de RPA produce a medio plazo en variables resultado como mortalidad, utilización de recursos sociosanitarios, sobrecarga familiar o calidad de vida en este grupo¹⁰. Sin duda, son necesarios nuevos estudios que recojan longitudinalmente estos aspectos ya que, intuitivamente, deben de conducir a resultados inaceptables para este tipo de población.

A la hora de determinar qué factores podrían haber influido más en la consecución de plaza en RPA, a diferencia de otros estudios hospitalarios^{3,12} o realizados en la comunidad^{17,18} sorprende que los aspectos clínicos y funcionales no han demostrado tener peso en su consecución. En cambio, han sido los factores socioeconómicos y los relacionados con la intervención social y la ubicación al alta hospitalaria, los que se han asociado a dicha consecución. Así, en nuestro estudio, vivir solo, con una pensión más baja, realizar un informe de derivación social tras la valoración, haber solicitado RPA previamente a estar ingresado y trasladarse a un medio residencial en el momento del alta, son los factores asociados independientemente con su consecución en el tiempo observado. Una explicación para estos resultados tal vez radique en que el perfil clínico y funcional de los pacientes que ingresan en el servicio de geriatría es similar entre aquellos que requieren valoración social y los que no, al encontrarse muchos de ellos en la parte más baja de la puntuación de las escalas (efecto suelo). Además, la UTS reproduce más fielmente las características socioeconómicas y de necesidad por estructura social que las meramente clínicas y funcionales, por lo que estas últimas han podido ser estimadas con cierto sesgo a la hora de realizar la intervención. Aun así, el análisis multivariado demuestra que las ancianas que no sufren un deterioro funcional previo —frente a los ancianos varones— consiguen más fácilmente el recurso. Dado el impacto funcional que sufren estas mujeres y la comorbilidad asociada, cabe pensar que no disponen de cuidadores válidos tras el ingreso hospitalario, mientras son las hijas o las esposas las que probablemente asumen los cuidados del varón a pesar del deterioro.

Otros factores relacionados con el éxito de consecución de plaza fueron tanto la propia intervención social durante el ingreso (*informe de derivación a servicios sociales en un 44,6% de la muestra*) como el hecho no despreciable de que el 22% de los ancianos ya había realizado solicitud de RPA previamente al ingreso. Actualmente podemos llegar a conocer de forma aproximada, mediante un análisis integral, multidisciplinar y exhaustivo, el grado de necesidad del recurso RPA en cada individuo en particular^{5,10,19}. Más difícil es intentar regular, medir y generalizar esa necesidad a nivel colectivo, relacionando cada caso con los demás para priorizar la selección. El hecho de la hospitalización parece funcionar en este punto como elemento determinante para la toma de decisión ya que, si bien por atención primaria se ha indicado la institucionalización con un criterio amplio y acorde al baremo oficial, el cambio funcional (aunque solamente es evidente en una cuarta parte de la muestra) y, sobre todo, tener que asumir los cuidados del anciano tras el paso por el hospital, añade suficiente complejidad a su estado como para que la UTS trate de acelerar las gestiones en marcha en aquellos casos ya conocidos por los servicios sociales.

Analizar la mortalidad en el seguimiento no era uno de los objetivos del estudio, aunque aparece relacionada con la no consecución de RPA. La muerte no ha sido considerada como condición excluyente al haber registrado algunos casos de pacientes que fallecen y posteriormente se recibía la notificación de la adjudicación de plaza. De hecho, el análisis estadístico arrojaba cifras similares si se excluían los fallecidos. En este sentido cabe analizar que los pacientes que no alcanzan RPA no sólo son los que fallecen en la espera sino que un porcentaje importante abandona o desestima de entrada los trámites de solicitud (hasta un tercio de los casos). Una posible explicación para este hecho se enmarca en la propia complejidad de los trámites burocráticos, sin olvidar que familias y cuidadores tienden a priorizar los cuidados que prestan al anciano y esto les impide disponer del tiempo suficiente para realizarlos.

Como complemento a los datos expuestos, hay que destacar la proporción de ancianos que no alcanzan una determinada

puntuación mínima para la adjudicación de plaza, quedando en lista de espera. Aunque la situación clínica y funcional sea crítica en estos casos, son los factores socioeconómicos y la estructura familiar los más valorados en distintos baremos, por lo que la limitación en el número de plazas disponibles podría dejar sin acceso a RPA a ancianos con tal necesidad^{5,10,19}. De hecho, serían aquellos ancianos con peor situación social los que disfrutan de la teórica ventaja de ser institucionalizados al alta hospitalaria, con mayor supervivencia y, por tanto, consiguiendo más fácilmente plaza en RPA al recibir cuidados que difícilmente podrían haber sido prestados en domicilio. Con los datos recogidos en el presente estudio no se puede demostrar que haya cuidadores que no pueden asumir toda la carga asistencial (factor que contribuiría a la posible mayor mortalidad de los ubicados al alta en domicilio). Por otro lado, también existen casos de ancianos que consiguen la plaza en el tiempo de espera y que, una vez allí, prefieren renunciar a la institucionalización definitiva.

Desde el punto de vista práctico, este estudio aporta elementos para la reflexión sobre las necesidades del anciano que ha sufrido hospitalización y, en particular, presenta algunos de los criterios de fragilidad mencionados. No resulta sencillo para atención primaria incluir al anciano en esta situación en sus objetivos básicos, a pesar de que se han creado alternativas de continuidad de cuidados para garantizar la asistencia en domicilio mientras no se consigue la plaza en RPA^{6,21,22}. Parece evidente que los trámites de solicitud de RPA son, al menos en nuestro medio, lo suficientemente lentos y complicados para que los ancianos más deteriorados y enfermos —los que han sufrido hospitalización en una unidad de agudos— alcancen su objetivo. Habría que tener en cuenta que en estos ancianos se puede reproducir la lamentable situación del presente estudio en la que el paciente fallece en espera de su consecución o tras haber abandonado esta posibilidad por la dificultad burocrática.

Sería objeto de nuevos estudios valorar la adecuación de la orientación hacia RPA por parte de la UTS, comparando el grado de necesidad real de RPA para cada paciente con el grado en que esta necesidad es valorada por la Administración para su adjudicación¹⁰. Las variables involucradas en tal estudio serían difíciles de recoger con exactitud y su valoración resulta compleja. Es importante reconocer que en nuestro estudio faltan aspectos fundamentales que podrían haber modificado los resultados expuestos como: sobrecarga del cuidador, intensidad del apoyo informal, condiciones de la vivienda, situación clínica, comorbilidad psicofísica incluyendo tipo e intensidad de demencia, síndromes geriátricos, complicaciones clínicas durante el ingreso o polifarmacia, entre otros. Tal vez, una medida adecuada de la comorbilidad junto con una estimación de la complejidad de atención al alta hospitalaria daría lugar a la descripción de factores que, una vez medidos y tenidos en cuenta en los baremos oficiales, llevarían a una adjudicación de plazas de RPA en tiempo y forma más razonable para aquellos ancianos cuyo estado de estabilidad no implique la necesidad de permanecer hospitalizado ni precise de ingreso en unidades de larga estancia. Desde nuestra experiencia, nos conformaríamos con que el presente estudio sirviera de acicate para despertar el interés por el problema y sobre todo por su estudio desde un punto de vista institucional. No hay que olvidar que, aunque nuestro principal problema haya sido el intentar encontrar las variables que clasifiquen mejor a los pacientes para seleccionar a aquellos que más necesiten el recurso social RPA, dicho problema no existiría con un número adecuado de plazas acorde con la demanda existente^{5,19}, o con un cambio en la política y en la infraestructura sanitaria que adegue la oferta de plaza en centros que manejan la patología crónica de nuestros ancianos^{23–25}.

Es de esperar, por tanto, que este importante déficit de plazas en RPA y la tardanza en su consecución —al menos la que se

desprende en este estudio realizado en la Comunidad de Madrid—empiecen a paliarse en la medida en que se aborde la aplicación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia²⁶. Entre su catálogo de servicios se encuentra la atención residencial a satisfacer en un tiempo prudente, obligando al responsable de prestar el servicio a que disponga de los recursos suficientes y, por ello, a crear las plazas necesarias para cubrir esta creciente demanda de personas muy dependientes²⁷⁻²⁹.

Financiación

El trabajo no ha sido financiado ni total ni parcialmente y ninguno de los autores tiene conflicto de intereses de tipo económico o de otra índole.

Bibliografía

1. Gutiérrez-Rodríguez J, Domínguez-Rojas V, Solano-Jaurrieta JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de incidencia y de los factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp.* 1999;199:418-23.
2. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, ACMEPLUS project. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing.* 2004;33:110-5.
3. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, et al. Development and validation of an instrument to predict probability of home discharge from a Geriatrics Convalescence Unit in Spain. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:252-7.
4. Alarcón T, Bárcena A, González-Montalvo JI, Peñalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing.* 1999;28:429-32.
5. Observatorio de personas mayores. Las personas mayores en España. Informe 2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales IMSERSO; 2006.
6. García-Navarro JA. Niveles de atención geriátrica. En: Ribera-Casado JM, Cruz-Jentoft A, editores. Geriatría en Atención Primaria. 3.^a ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2002. p. 135-45.
7. Merino-Cáceres C, Gutiérrez-González B. Aspectos sociales de la atención a las personas mayores. En: Ribera-Casado JM, Cruz-Jentoft A, editores. Geriatría en Atención Primaria. 3.^a ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2002. p. 101-9.
8. Bravo-Fernández de Araoz G. Recursos sanitarios: atención geriátrica especializada. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, editores. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Edimsa; 2000. p. 209-67.
9. INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
10. Orden 475/2006 de 17 de marzo, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, que modifica la Orden 1377/1998, de 13 de julio, y la Orden 597/1999, de 23 de diciembre, por la que se regula el procedimiento de solicitud y adjudicación de plazas en Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid. BOCM 4 de abril de 2006. Corrección de errores: BOCM 26 de abril de 2006. Última actualización BOCM 21 de febrero de 2008.
11. Naughton BJ, Saltzman S, Priore R, Reedy K, Mylotte JM. Using admission characteristics to predict return to the community from a post-acute geriatric evaluation and management unit. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:1100-4.
12. Tsuii I, Whalen S, Finucane TE. Predictors of nursing home placement in community based long term care. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43:761-6.
13. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, Lynch JE, Dunstan E, Espallargues M, et al. The Acmeplus Project Team: A multi-centre European study of factors affecting the discharge destination of older people admitted to hospital: Analysis of in-hospital data from the ACMEplus project. *Age Ageing.* 2005;34:467-75.
14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc.* 1963;185:914-9.
15. Regalado P, Valero C, González-Montalvo JI, Salgado A. Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997;32:93-9.
16. SPSS versión 12.0 (SPSS Inc., Chicago. EE. UU.).
17. McCallum J, Simons LA, Simons J, Friedlander Y. Patterns and predictors of nursing home placement over 14 years: Dubbo study of elderly Australians. *Aust J Ageing.* 2005;24:169-75.
18. Rockwood K, Stolee P, McDowell I. Factors associated with institutionalization of older people in Canada: Testing a multifactorial definition of frailty. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:578-82.
19. Comunidad de Madrid. Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Madrid 2004.
20. Cabrera-González D, Menéndez-Caicoya A, Fernández-Sánchez A, Acebal-García V, García-González JV, Díaz-Palacios E, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999;23:434-40.
21. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med.* 2002;347:1068-74.
22. Mora-Fernández J. Los programas de atención a domicilio: planteamiento desde el hospital. En: Ribera-Casado JM, Gil-Gregorio P, editores. Atención al anciano en el medio sanitario. Serie Clínicas Geriátricas. Vol. XIV. Madrid: Edimsa; 1998. p. 149-58.
23. Decreto Foral 235/2006 de 26 de diciembre, de la Diputación Foral, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio asistencial. BOB N.º 8, de 11 de enero de 2007.
24. Coscolluela JM, García Herrero G. Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia: tendencias de futuro. *Servicios Sociales y Política Social.* 2006;73:99-116.
25. Alastruey Ruiz J, Galán Cabello CM. Sistema de clasificación de usuarios en centros residenciales para personas mayores. *Jano.* 2008;1:134-7.
26. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE N.º 219, de 15 de diciembre de 2006.
27. Orden 2176/2007, de 6 de noviembre, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, de la Comunidad de Madrid, por la que se regula, para dicha Comunidad, el procedimiento de la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y del acceso a las prestaciones y servicios del sistema. BOCM N.º 266, de 8 de noviembre de 2007.
28. Orden 1387/2008, de 11 de junio, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, de la Comunidad de Madrid, por la que se regula el acceso a los servicios, las prestaciones económicas, la intensidad e incompatibilidades de los mismos para las personas en situación de dependencia en la Comunidad de Madrid. BOCM N.º 140, de 13 de junio de 2008.
29. Mingo Basail ML. Atención a las personas en situación de dependencia: derechos y prestaciones sociales. *Trabajo Social Hoy.* 2008;53:7-37.