

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD  
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



**ATENCIÓN RESIDENCIAL VS. ATENCIÓN  
DOMICILIARIA EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS DE  
LARGA DURACIÓN A PERSONAS MAYORES EN  
SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

**Sandra Arlette Pinzón Pulido**

**TESIS DOCTORAL**

Directores

**Prof. Dr. D. Francisco Garrido Peña**

**Dr. D. Víctor Reyes Alcázar**

Tutor

**Prof. Dr. D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez**

Sevilla, Marzo 2016



## PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



### **“ATENCIÓN RESIDENCIAL VS. ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”**

Tesis presentada para aspirar al grado de doctor por D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido, dirigida por el Doctor Profesor D. Francisco Garrido Peña y el Doctor D. Víctor Reyes Alcázar y tutorizada por el Doctor Profesor D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez.

Sevilla, Marzo de 2016

El director,

El co-director,

Fdo: Prof. Dr. D. Francisco Garrido  
Peña

Fdo: Dr. D. Víctor Reyes Alcázar

El tutor,

La doctoranda,

Fdo: Prof. Dr. D. Joaquín Lima  
Rodríguez

Fdo: D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



**Dr. D. Francisco Garrido Peña**, profesor del Departamento de Derecho Penal, Filosofía del Derecho, Filosofía Moral y Filosofía de la Universidad de Jaén y del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla,

**HAGO CONSTAR:**

Que D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido ha realizado, bajo mi dirección y coordinación, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Atención residencial vs. atención domiciliaria en la provisión de cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia”**, para optar al grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Sevilla, Marzo de 2016

El Director,

Fdo: Prof. Dr. D. Francisco Garrido Peña



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



**Dr. D. Víctor Reyes Alcázar**, Responsable de Gestión del Conocimiento de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía,

**HAGO CONSTAR:**

Que D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido ha realizado, bajo mi co-dirección y coordinación, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Atención residencial vs. atención domiciliaria en la provisión de cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia”**, para optar al grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Sevilla, Marzo de 2016

El co-director,

Fdo: Dr. D. Víctor Reyes Alcázar





**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**



**Dr. D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez**, profesor del Departamento de Enfermería y del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla,

**HAGO CONSTAR:**

Que D<sup>a</sup>. Sandra Arlette Pinzón Pulido ha realizado, bajo mi tutorización, este Trabajo Original de Investigación titulado: **“Atención residencial vs. atención domiciliaria en la provisión de cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia”**, para optar al grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, y que dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para ser sometido a lectura y discusión ante el tribunal.

Sevilla, Marzo de 2016

El tutor,

Fdo: Prof. Dr. D. Joaquín Lima Rodríguez



## **AGRADECIMIENTOS**

A Francisco Conti, por su apoyo constante durante el proceso y su excelente contribución en la fase de publicación de los resultados.

A José Luis Rocha quien diseñó el estudio y dedicó sabiduría y tiempo a este proyecto.

A Pablo Sánchez y Elena Molina por su generosidad y su ayuda en las fases de depuración y análisis de los datos.

A Francisco Garrido, Víctor Reyes, y Joaquín Lima, quienes me han acompañado en el camino y me han aportado su conocimiento y experiencia.

A mis amigos y amigas que me dieron su apoyo incondicional en cada momento.

A Manuel Martínez Domene y a todas las personas que desde la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía han facilitado la realización de este proyecto.



## **DEDICATORIA**

*A mis hijas, Kate y Sara.*

*A mi padre.*



# INDICE

RESUMEN.....	19
INTRODUCCIÓN.....	25
1 MARCO CONCEPTUAL .....	31
1.1 LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL DOMICILIO .....	33
1.2 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA PERSONAL.....	37
1.3 FACTORES DE RIESGO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES .....	40
1.4 MORTALIDAD DE PERSONAS MAYORES .....	42
1.5 MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS .....	47
1.6 ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA .....	68
1.7 ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA .....	75
2 OBJETIVOS .....	79
3 SUJETOS Y MÉTODOS.....	83
3.1 DISEÑO.....	85
3.2 VARIABLES.....	85
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	87
3.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	88
4 RESULTADOS .....	89
4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	91
4.2 PREFERENCIAS Y RECURSOS ASISTENCIALES PRESCRITOS .....	96
4.3 FACTORES PREDICTORES DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN.....	103
4.4 MORTALIDAD POR SEXO Y RECURSO ASISTENCIAL .....	107
4.5 FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD POR SEXO.....	111
4.6 EFECTO DEL ENTORNO Y EL RECURSO ASISTENCIAL SOBRE LA MORTALIDAD .....	112
5 DISCUSIÓN.....	119
5.1 FORTALEZAS .....	121
5.2 LIMITACIONES.....	122
5.3 COMPARACIÓN CON ESTUDIOS PREVIOS .....	124
5.4 APLICABILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS.....	147
5.5 FUTURAS INVESTIGACIONES .....	165
6 CONCLUSIONES .....	169
BIBLIOGRAFÍA .....	173
ANEXOS.....	197

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de la población de estudio .....	92
Tabla 2. Diagnósticos registrados en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria .....	93
Tabla 3. Distribución de la población por sexo y recurso de apoyo al cuidado.....	94
Tabla 4. Nivel de dependencia por sexo y recurso asistencial.....	96
Tabla 5. Prevalencia de enfermedad por sexo.....	96
Tabla 6. Factores predictores de la prescripción del recurso asistencial .....	101
Tabla 7. Valor predictivo positivo para las unidades de estancia diurna .....	102
Tabla 8. Valor predictivo positivo para los servicios de ayuda a domicilio .....	102
Tabla 9. Valor predictivo positivo para los cuidados en el entorno familiar .....	103
Tabla 10. Valor predictivo positivo para los servicios residenciales .....	103
Tabla 11. Factores predictores de institucionalización en mujeres. Regresión logística .....	106
Tabla 12. Factores predictores de institucionalización en hombres. Regresión logística .....	107
Tabla 13. Mortalidad por entorno asistencial. Variables individuales y sociales .....	108
Tabla 14. Distribución de las personas fallecidas por sexo y recurso asistencial .....	110
Tabla 15. Modelo de riesgos proporcionales de Cox. Población total .....	113
Tabla 16. Modelo de riesgos proporcionales de Cox. Población con datos clínicos .....	114
Tabla 17. Modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada sexo. Efecto del entorno asistencial.....	115
Tabla 18. Modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada sexo. Efecto del recurso asistencial.....	117



## LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1. Elementos que aportan complejidad al cuidado en domicilio.....	34
Imagen 2. Modelo bifactorial de la Escala de Sentido de la Coherencia .....	39
Imagen 3. Factores predictores de institucionalización según evidencia disponible .....	41
Imagen 4. Factores de riesgo de mortalidad en personas mayores institucionalizadas.....	43
Imagen 5. Modelos de organización de los cuidados en la experiencia europea .....	47
Imagen 6. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Dinamarca .....	49
Imagen 7. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Finlandia .....	52
Imagen 8. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Noruega .....	54
Imagen 9. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Italia .....	56
Imagen 10. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Francia .....	57
Imagen 11. Características del sistema de cuidados de larga duración en el Reino Unido .....	60
Imagen 12. Características del sistema de cuidados de larga duración en Alemania .....	63
Imagen 13. Características del sistema de cuidados de larga duración en Austria.....	66
Imagen 14. Características del modelo de cuidados de larga duración en España .....	69
Imagen 15. Importancia de las medidas de apoyo a las personas cuidadoras .....	71
Imagen 16. Tipología y características de las personas cuidadoras .....	71
Imagen 17. Procedimiento para el reconocimiento y la atención a la dependencia .....	72
Imagen 18. Grados de dependencia reconocidos.....	73
Imagen 19. Prestaciones consideradas en el Programa Individual de Atención .....	74
Imagen 20. Pirámides de población según el escenario medio. Años 2013 y 2035 .....	76
Imagen 21. Número de prestaciones por tipología.....	78
Imagen 22. Características de la red de apoyo .....	92
Imagen 23. Características de la red de apoyo por sexo.....	94
Imagen 24. Distribución de la población por edad, sexo y recurso asistencial .....	95
Imagen 25. Preferencias acerca del recurso asistencial por sexo .....	97
Imagen 26. Evolución de las preferencias en el período 2007-2012.....	98
Imagen 27. Evolución de los recursos asignados en el período 2007-2012 .....	99
Imagen 28. Evolución de los cuidados profesionales vs. los cuidados familiares 2007-2012 .....	99
Imagen 29. Mortalidad por grupos de edad y sexos. ....	108
Imagen 30. Modelos de riesgos proporcionales de Cox por sexo. Entorno asistencial .....	116
Imagen 31. Modelos de riesgos proporcionales de Cox por sexo. Recurso asistencial .....	118
Imagen 32. Aplicabilidad práctica de los resultados en el nivel individual .....	148
Imagen 33. Aplicabilidad práctica de los resultados en el nivel sistémico .....	156



# **RESUMEN**



## **ANTECEDENTES**

En un contexto de acelerado envejecimiento poblacional, un debate importante en torno a la provisión de los cuidados de larga duración se establece en la dicotomía entre la asistencia institucional y la domiciliaria. Actualmente, la alternativa domiciliaria está cada vez más legitimada en el ámbito europeo, tanto por la preferencia que manifiestan las personas mayores de permanecer en su casa el mayor tiempo posible, como por los resultados de estudios previos que indican que el entorno residencial actúa como factor de riesgo de mortalidad en este grupo de población. En España, el modelo tradicional de cuidados ha estado centrado en las familias y en el domicilio, pero ha comportado efectos perversos para las mujeres cuidadoras. El sistema de atención a la dependencia se propone cambiar el modelo de atención a través de la profesionalización y garantizar el principio de la autonomía personal a través del trámite de consulta sobre las preferencias.

## **OBJETIVO**

Valorar los beneficios de los cuidados de larga duración prestados a las personas mayores en el entorno residencial frente al entorno domiciliario desde la perspectiva de sus preferencias y de la calidad asistencial de los recursos de apoyo al cuidado disponibles y describir los avances del sistema en la profesionalización de los cuidados y en la protección del principio de autonomía en la elección del recurso asistencial.

## **MÉTODO**

Estudio de cohorte histórica de base poblacional. Se estudió la población  $\geq 65$  años registrada en la base de datos del sistema de atención a la dependencia en Andalucía (España) en el período 2007-2012 (200.039 personas). Se exploraron el sexo, la edad, las preferencias, las características de la red de apoyo, los factores clínicos y el nivel de

dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria. Se diseñaron modelos de regresión logística para determinar el efecto de las preferencias sobre la elección del recurso asistencial y factores de riesgo de institucionalización para cada sexo. Se estudió la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y se diseñaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para calcular la supervivencia ajustada por las variables predictoras. Se realizaron series temporales para conocer los avances del Sistema en la profesionalización del cuidado.

## **RESULTADOS**

El 87,4% de las mujeres y el 85,9% de los hombres manifestaron su deseo de recibir los cuidados en su domicilio particular. Las preferencias de las personas mayores se comportaron como el principal factor predictor del recurso asistencial asignado: 4,6 veces más para el cuidado en el entorno familiar, 44,1 veces más para los servicios de ayuda a domicilio, 281,7 veces más para los centros de día y 151,4 veces más para las residencias.

Los hombres mostraron tres veces más riesgo de institucionalización que las mujeres. Los factores de riesgo de institucionalización identificados en mujeres fueron: el nivel de dependencia, desear vivir en residencia, una consistencia y una fragilidad medias de la red de apoyo y tener un diagnóstico de demencia. En hombres, desear vivir en una residencia y una consistencia baja de la red de apoyo.

La mortalidad fue menor entre quienes recibían cuidados en el domicilio que entre quienes vivían en centros residenciales, tanto en mujeres (31,9% vs. 48,7%) como en hombres (43,8% vs. 52,6%). El Modelo de Cox ajustado por sexo, edad, nivel de dependencia, preferencias y características de la red de apoyo encontró que la atención residencial incrementa el riesgo de morir un 52% en comparación con la atención en

domicilio. Otros factores de riesgo de mortalidad identificados fueron: nivel de dependencia (1,3% por cada punto), edad (5% por cada año), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (29%) y las neoplasias malignas (45%). Ser mujer es un factor protector de mortalidad (40% menos de mortalidad que los hombres).

Otros factores de riesgo de mortalidad identificados en ambos sexos fueron el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria, la edad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las neoplasias malignas. En mujeres, también es factor de riesgo la enfermedad cardíaca y en hombres, la enfermedad de Alzheimer y la demencia.

La disminución en la proporción de personas que reciben cuidados familiares (del 67% al 49%) y el incremento proporcional en servicios profesionales (ayuda a domicilio, centros de día y residencias), muestran los avances incipientes en la profesionalización del sistema.

## **CONCLUSIONES**

El sistema protege el principio de autonomía personal y avanza progresivamente en la profesionalización del cuidado. El cuidado en el domicilio es la alternativa de preferencia para las personas mayores en situación de dependencia atendidas en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en Andalucía.

El riesgo de institucionalización está condicionado por las preferencias de la persona y su familia y las características de la red de apoyo, más que por las condiciones clínicas del individuo. El entorno residencial actúa como factor de riesgo de mortalidad en hombres y en mujeres mayores en situación de dependencia. El nivel de dependencia actúa también como un factor de riesgo de institucionalización en mujeres y como factor de riesgo de mortalidad en ambos sexos.





# **INTRODUCCIÓN**



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento demográfico es una de las principales tendencias mundiales a tener en cuenta en la planificación y desarrollo de las sociedades en el siglo XXI (Kalache, 2008). A principios de del siglo XX, los nonagenarios representaban un grupo de población que por sus condiciones genéticas y de vida lograron sobrevivir, pese a una alta mortalidad infantil y a grandes epidemias de enfermedades infecciosas. Sin embargo, las personas que serán nonagenarias entre 2025 y 2050 no habrán sido seleccionadas en función de sus dotes genéticas y condiciones de vida, sino más bien beneficiadas por los logros de la salud pública y los avances tecnológicos en el manejo de las enfermedades crónicas principalmente (Roses Periago, 2005).

El posible mayor deterioro derivado del efecto de corrección de la selección natural realizado por los servicios sanitarios y las mejoras en las condiciones de vida de las personas mayores se vería compensado con unas mejores condiciones de salud en la etapa geriátrica, que modulen el incremento probable del gasto asistencial en esta población. Aun así, uno de los grandes retos que se plantea en este siglo será satisfacer el incremento de la demanda de asistencia, garantizando la sostenibilidad de los sistemas sociales y sanitarios en sociedades altamente envejecidas (Kalache, 2008).

Aunque el esfuerzo principal será el fomento del envejecimiento sano y activo, proporcionar una asistencia social y sanitaria integrada y eficiente a las personas mayores en situación de dependencia supone ya un reto a los sistemas de protección social en el mundo entero (Steering Group of EIP-AHA, 2011).

En este contexto, un debate importante en torno a la provisión de los cuidados de larga duración se establece en la dicotomía entre la asistencia institucional y la domiciliaria. La atención en el domicilio se ha convertido en la opción preferente para una población creciente de personas mayores que quieren permanecer en sus propias casas el mayor

tiempo posible (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson & Saltman, 2012; Tarricone & Tsouros, 2008). Esta alternativa asistencial ha demostrado ser más coste-efectiva y sostenible que la atención residencial (Genet et al., 2012) y está avalada por estudios previos que identifican el entorno residencial como factor de riesgo de mortalidad en este grupo de población (Shah, Carey, Harris, De Wilde & Cook, 2013; McCann, O'Reilly & Cardwell, 2009).

A pesar de sus aparentes ventajas, el desarrollo de la atención domiciliaria ha sido heterogénea en los países del entorno europeo (Leichsenring, 2004). Mientras que en los países nórdicos se han aumentado de forma considerable los servicios públicos centrados en el domicilio, en países del sur de Europa el aumento cuantitativo se ha dado en la asistencia residencial privada (Leichsenring, 2005).

En España, el modelo tradicional de cuidados ha dado respuesta a las preferencias de las personas mayores de permanecer en sus propias casas y ser cuidados por un familiar próximo (Casado, 2006). Sin embargo, el déficit de profesionalización característico de este modelo ha generado efectos perversos como el desplazamiento de los costes de la asistencia hacia las mujeres, quienes han asumido tradicionalmente el papel de cuidadoras en las familias (Casado, 2006; Criel, Vanlerberghe, De Koker, Decraene, Engels & Waltens 2014). En la década de los 90 se empezó a analizar la situación de las personas en situación de dependencia y de sus cuidadoras, y se exploraron alternativas para mejorar la respuesta de las Administraciones Públicas a las necesidades identificadas. En este contexto, en 2006 se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y se puso en marcha un sistema cuyo principal propósito fue garantizar los servicios de apoyo al cuidado, profesionalizar la atención y respetar el principio ético de la autonomía personal (Boletín Oficial del Estado, 2006).

A partir de la aprobación de esta Ley, el énfasis se puso en la ampliación de los servicios, sin un análisis profundo de cuál debía ser el balance asistencial entre la atención residencial y la atención domiciliaria (Casado, 2006). En los primeros años se produjo un importante crecimiento del sector residencial, que fue modulándose a lo largo de los años siguientes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Actualmente, España sigue un acelerado proceso de envejecimiento (INE, 2015), con unas políticas de atención a la dependencia que se desarrollan en un marco complejo de crisis social y económica (Mateo, Martínez & Domenech, 2015). El principal reto actualmente está en encontrar puntos de referencia para determinar el mejor modelo de atención a la dependencia para garantizar los principios de universalidad, calidad y eficiencia del sistema (Gutiérrez, Jiménez, Vegas & Vilaplana, 2010).

El estudio que se presenta a continuación pretende aportar información útil para la toma de decisiones respecto al modelo de atención a la dependencia. Para ello, analiza la situación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en Andalucía (SAAD), una de las Comunidades Autónomas con mayor número de personas mayores que reciben prestaciones a través de este sistema. Aborda las preferencias de las personas de 65 años y más en situación de dependencia y su efecto sobre el recurso asistencial prescrito; identifica los factores de riesgo de institucionalización y evalúa la calidad asistencial determinando el efecto que estos recursos tienen sobre la mortalidad de las personas usuarias.

El documento se estructura en seis capítulos. El primer capítulo se dedica al marco conceptual describiendo la situación de los cuidados en el domicilio en el ámbito europeo; el principio bioético de la autonomía personal; los factores predictores de la institucionalización; los factores de riesgo de mortalidad; los modelos de provisión de

cuidados de larga duración; y, el sistema actual de atención a las personas mayores en situación de dependencia en España y en Andalucía.

El segundo capítulo determina el objetivo general y los objetivos específicos que se desarrollan en el trabajo.

En el tercer capítulo se describe la metodología utilizada a lo largo del estudio, detallando la población y el ámbito geográfico y temporal, los criterios de exclusión, las variables dependientes e independientes para cada uno de los objetivos del estudio, las fuentes de información y el análisis estadístico realizado.

El cuarto capítulo recoge los principales resultados, describiendo la población estudiada; las preferencias y su efecto en la elección del recurso asistencial; los factores de riesgo de institucionalización; las tasas de mortalidad y los modelos de supervivencia ajustados para cada sexo. Finalmente se analiza la evolución del sistema respecto a los objetivos de profesionalización y orientación al domicilio.

El quinto capítulo se dedica a la discusión de los resultados. Aborda en primer lugar las fortalezas y limitaciones del estudio. A continuación compara los resultados obtenidos con los hallazgos de estudios previos. Finalmente, recoge las reflexiones acerca de las implicaciones sobre el modelo de atención a la dependencia y formula preguntas de investigación que deberán ser resueltas en trabajos posteriores.

El sexto capítulo recoge las principales conclusiones que dan respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados.

# **1 MARCO CONCEPTUAL**





## **1.1 LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL DOMICILIO**

Ante la posibilidad de elección, la mayoría de las personas prefiere vivir en su propia casa, y éste es el mayor argumento que legitima la provisión de cuidados en el domicilio frente a la atención residencial (De Almeida Mello, Van Durme, Macq & Declercq, 2012; Genet et al., 2012). El entorno domiciliario es además más coste-efectivo que la atención institucional (European Commission, 2011; Bökerman, Johansson & Saarni, 2011; Genet et al., 2012), contribuye a reducir los ingresos hospitalarios (Bird, Kurowki, Dickman & Kronborg, 2007) y mejora la calidad de vida de las personas mayores (De Almeida et al., 2012), aunque en los casos de mayor fragilidad, la institucionalización parece ser un buen recurso asistencial (Bökerman et al., 2011).

El cuidado en domicilio tradicionalmente centrado en las familias, se ha enfrentado en las últimas décadas a la escasez de cuidadoras debido a fenómenos demográficos como la movilidad, la urbanización y la participación de las mujeres en el mercado de trabajo (Genet et al., 2012; Rostgaard, Timonen & Glendinning, 2012). Por ello, la atención a las personas mayores está evolucionando hacia sistemas más profesionalizados, aunque no exentos de una gran complejidad (Timonen, Doyle & O' Dwyer, 2012; Glendinnong, 2012).

La complejidad de la atención en domicilio se relaciona con distintos factores (Imagen 1). En primer lugar, la responsabilidad de la atención suele recaer en los gobiernos locales, que se ven obligados a encontrar soluciones rentables a las crecientes necesidades de cuidado de la población. Estos gobiernos mantienen complejas relaciones con las administraciones regionales y estatales y están sometidos a recortes presupuestarios y cambios legislativos consecuencia de las sucesivas crisis económicas en las últimas décadas (Vabo, 2012; Mateo et al., 2015).

**Imagen 1. Elementos que aportan complejidad al cuidado de las personas mayores en domicilio**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Genet et al., 2012; Rostgaard et al., 2012; Vabo, 2012; Mateo et al., 2015; Timonen et al., 2012; Kröger et al., 2012; Szebehel et al., 2012; Rostgaard, 2012; Vedel et al., 2011*

Los esfuerzos de los gobiernos locales para proporcionar soluciones coste-efectivas traen como consecuencia una menor capacidad de respuesta a las preferencias y deseos individuales (Timonen et al., 2012; Glendinning, 2012). Así, cuando los cuidados son proporcionados como un derecho de ciudadanía, el mayor reto bioético que enfrentan estos sistemas está en respetar la autonomía de la persona, sin poner en peligro la sostenibilidad y transparencia del sistema (Kröger & Leinonen, 2012; Szebehel & Trydegard, 2012; Rostgaard, 2012; Vedel, Monete, Béland, Monette & Bergman, 2011).

La presión financiera en el ámbito municipal genera también diferencias geográficas, planteando a las Administraciones locales el reto de la equidad territorial (Genet et al., 2012). Los recortes suelen dar lugar a la concentración de los recursos en las personas con necesidades críticas y que requieren intervenciones más complejas. De esta forma, se desplazan los costes hacia la atención más especializada, en detrimento de las intervenciones preventivas y más coste-efectivas (Ham, Dixon y Brooke, 2012).

En segundo lugar, el sector público viene mostrando una marcada tendencia a la retirada en la provisión de este tipo de servicios, dejando cada vez más espacio a la iniciativa privada (Genet et al., 2012). El sector privado añade complejidad al sistema debido a su heterogeneidad y a las dificultades de control que supone a la Administración Pública. En este sector participan organizaciones sin ánimo de lucro cada vez más profesionalizadas y empresas privadas con ánimo de lucro, financiadas por una mezcla de subvenciones y recursos públicos y privados (Genet et al., 2012). Estas organizaciones se quejan de tener un papel escasamente reconocido y a menudo, insuficientemente financiado (Ham et al., 2012).

En este entorno, las innovaciones tecnológicas juegan un papel esencial. Facilitan la coordinación entre proveedores de servicios y la Administración Pública, permiten el seguimiento de las prestaciones y potencian nuevas fórmulas organizativas en la provisión de los cuidados domiciliarios (Ham et al., 2012). Con frecuencia las innovaciones tecnológicas apoyan el desarrollo de intervenciones integradas desde los servicios sociales y sanitarios, y promueven cambios en el estilo de vida y comportamiento individuales. Muchas de estas soluciones innovadoras se orientan al empoderamiento de las personas y sus cuidadoras, a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, mejorando las expectativas de vida libre de discapacidad y la calidad de vida de las personas mayores (Ham et al., 2012).

En tercer lugar, la atención en domicilio se enfrenta al reto de la integración de servicios sociales y sanitarios, para los que existe aún escasa evidencia sobre sus resultados (Weatherly, Mason, Goddard & Wrigth, 2010), pero que se entiende nuclear para el desarrollo de la salud pública, y la salud pública esencial para el sistema de cuidados de larga duración (Davis, 2015). Aunque son muchas las experiencias piloto de integración de servicios, son escasas las que se han consolidado a nivel sistémico (Weatherly et al., 2010). La complejidad en este caso se deriva de la necesidad de coordinación entre niveles asistenciales (Davis, 2015), entre proveedores públicos y privados y entre éstos y las personas cuidadoras (Carrillo, Cervera, Gil & Rueda, 2010).

En cuarto lugar, la provisión de cuidados en el domicilio supone cambios organizativos, profesionales, logísticos y de sistemas de información:

- cambios organizativos que permitan potenciar el papel de las personas mayores y sus cuidadoras en el proceso de atención;
- cambios en el rol profesional, al supeditar las actuaciones asistenciales a las preferencias y deseos de la persona mayor;
- repensar la ubicación de los servicios al salir de los centros; y,
- aprovechar las tecnologías médicas y de la información para hacer un uso inteligente de la información disponible sobre el individuo, su familia y su contexto comunitario (Ham et al., 2012).

La atención domiciliaria es por tanto compleja, con una gran variedad de servicios que incluyen desde la atención a largo plazo, la recuperación después del alta hospitalaria o los cuidados paliativos, entre otros. Su fragmentación, así como los fuertes vínculos con otros sectores, hace que las decisiones políticas al respecto puedan tener efectos indirectos y a veces inesperados. Fragmentación e interdependencia con otros sectores son algunas de las razones por las que el desarrollo de la atención domiciliaria no sea fácil (Genet et al., 2012).

## **1.2 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA PERSONAL**

Las personas de 65 años y más son consideradas socialmente como “personas mayores”. Sin embargo, desde una concepción bioética del envejecimiento, se puede afirmar que existen distintos indicadores que permiten valorar la edad efectiva de una persona: 1) la edad cronológica, que corresponde al número de años transcurridos desde el nacimiento; 2) la edad biológica o funcional, determinada por los cambios del organismo que derivan en el deterioro físico y cognitivo de la persona; 3) la edad psicológica, que representa la competencia conductual y la capacidad de adaptación al medio; y, 4) la edad social, fundamentalmente determinada por la jubilación, que condiciona el papel que el individuo representa en la sociedad (García, 2003).

Socialmente, las personas mayores pueden ser consideradas con respeto y veneración o sufrir el rechazo personal y social. En la cultura occidental conviven los dos sentidos, el positivo y el negativo, en donde los valores de la sabiduría, la experiencia, la ternura, la tranquilidad y la serenidad vital han sido cuestionados por la eficiencia, la competencia, la rentabilidad, la utilidad, la producción y el éxito (García, 2003).

Por otra parte, el deterioro funcional y cognitivo asociado a la edad, ha generado una respuesta social de sustitución de la persona. El envejecimiento socialmente se asocia a la pérdida de la capacidad de tomar las propias decisiones. Y es en este marco en el que toma especial relevancia el principio bioético de la “autonomía personal”, entendida como el respeto a la libertad y capacidad de decisión de la persona mayor sobre su propio proyecto vital. Los problemas éticos que se presentan en la cotidianeidad de la atención a las personas mayores, suelen generar conflictos contra la dignidad y el respeto a los derechos de la persona. Todo ello sucede en un contexto de buenas intenciones por parte de familiares y equipos profesionales, en el que el deterioro funcional y cognitivo da cabida a la sustitución de la persona en la toma de decisiones que le afectan directamente.

Ejemplo de ello son el ingreso involuntario en una residencia, la incapacitación de hecho y de derecho, la falta de respeto a la intimidad y a la privacidad, el abuso y maltrato, la ausencia de aplicación del consentimiento informado, la prohibición de las relaciones sexuales, la utilización de restricciones físicas o farmacológicas y la utilización de sondajes nasogástricos, entre otros (García, 2003).

En este ámbito, juega un papel importante el denominado Sentido de Coherencia (SOC) que actúa como una “*disposición personal hacia la valoración de las experiencias vitales como comprensibles, manejables y llenas de significado*” (Antonovsky, 1993; Virués, Martínez, del Barrio, Lozano & Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento, 2007). El SOC se considera una capacidad de percibir las experiencias vitales y actuar de forma constructiva ante situaciones desfavorables. Se desarrolla básicamente a partir de:

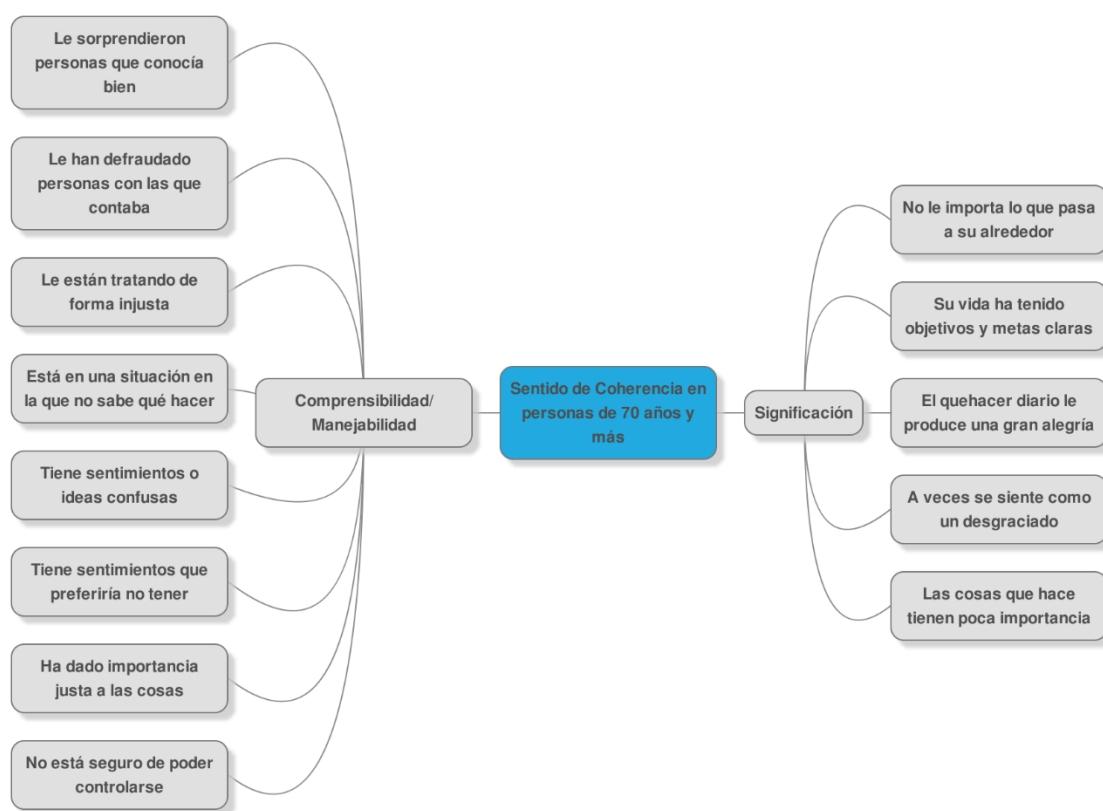
- la capacidad de la persona para entender lo que ocurre a su alrededor;
- la medida en que es capaz de manejar la situación por sí mismo o por medio de otras personas de su red social; y,
- la capacidad de encontrar un sentido a la situación (Antonovsky, 1993).

Estos tres elementos, comprensibilidad (cognitiva), capacidad de gestión (instrumental y conductual), y el significado (motivación), forman el concepto del SOC (Eriksson & Lindström, 2005; Antonovsky, 1993).

El constructo SOC refleja la capacidad de una persona para responder a situaciones estresantes. Estudios previos han demostrado su asociación con la recuperación de los estados depresivos, un mayor nivel de funcionamiento y a una menor mortalidad por cualquier causa (Antonovsky, 1996). Así mismo, se ha demostrado su valor en el estudio de los factores personales de riesgo en discapacidad y dependencia en personas mayores (Virués et al., 2007).

El SOC guarda relación con la percepción del propio individuo y la forma como afronta la vida y las relaciones con el entorno. La validación de la escala propuesta por Antonovsky en personas de 70 años o más, reveló un modelo bifactorial, en el que básicamente está relacionado con la significación y la comprensibilidad sobre el entorno (Virués et al., 2007) (Imagen 2).

**Imagen 2. Modelo bifactorial de la Escala de Sentido de la Coherencia**



*Fuente: Virués J, Martínez P, del Barrio JL, Lozano LM y el Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. (2007) Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Med Clin (Barc), 128(13), 486-492.*

En la atención a las personas mayores el respeto al principio de autonomía personal es fundamental, así como la promoción de la capacidad de autogobierno de la persona mayor, con independencia de su situación funcional y cognitiva (García, 2003).

### **1.3 FACTORES DE RIESGO DE INSTITUCIONALIZACIÓN DE PERSONAS MAYORES**

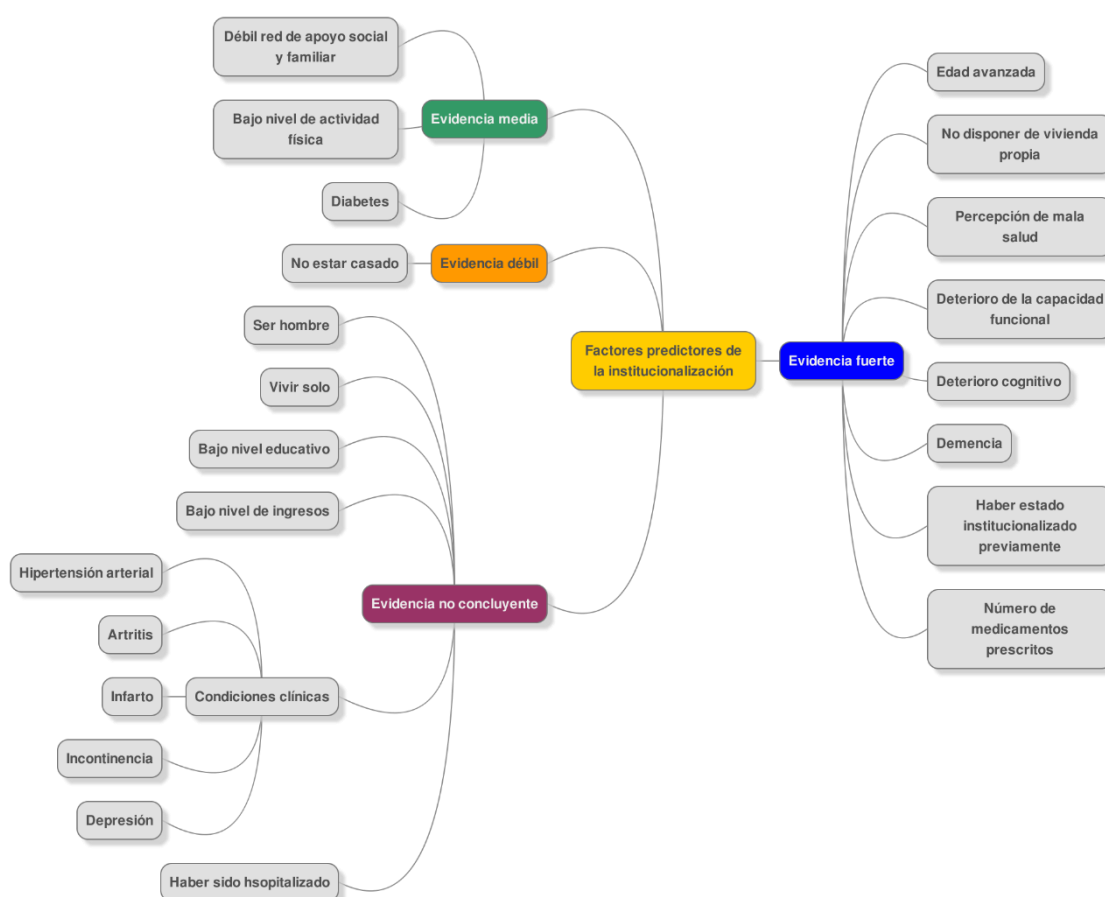
Los servicios de atención residencial se perciben como uno de los recursos de apoyo al cuidado más extendidos, aunque muy criticados en las últimas décadas (Rostgaard et al., 2012). La institucionalización se asocia a una serie de efectos negativos como el incremento de la mortalidad, una menor calidad de vida y un dudoso cuidado de la salud (Luppa, Luck, Weyerer, König, Brähler & Riedel-Heller, 2010). Para prevenir la institucionalización es necesario identificar los factores predictores y proveer los recursos de apoyo que permitan mantener a la persona en su domicilio el mayor tipo posible. La clave está en hacer un uso racional de este recurso, pertinente solo en los casos en los que la fragilidad de la persona y su contexto social y familiar lo hacen recomendable (Böckerman, Johansson & Saarni, 2011).

Estudios previos han identificado como predictores de la institucionalización factores tales como ser hombre (Böckerman et al., 2011), tener una edad avanzada (De Almeida et al., 2012), un bajo nivel educativo (Böckerman et al., 2011), las deficientes condiciones de la vivienda (De Almeida et al., 2012), ingresos familiares insuficientes (Böckerman et al., 2011; De Almeida et al., 2012), vivir solo (Nihtilä & Martikainen, 2008), la pérdida del cónyuge (Nihtilä et al., 2008), el bajo número de personas cuidadoras disponibles (De Almeida et al., 2012), el deterioro cognitivo (Belleau, 2007), los trastornos mentales, excluidos los síntomas depresivos (Nihtilä et al., 2008; Böckerman et al., 2011), las enfermedades neurológicas y el accidente cerebrovascular (Nihtilä et al., 2008), un alto nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (De Almeida et al., 2012), la hospitalización (Goodwin, Howrey, Zhang y Kuo, 2011) y la escasa implicación en actividades sociales (Pynnönen, Törmäkangas, Heikkinen, Rantanen & Lyyra, 2012).



En 2010, teniendo en cuenta que alcance de estos estudios y las poblaciones sobre las que se han realizado dificultaba la generalización de sus resultados, se llevó a cabo una revisión sistemática en la que se recogieron los resultados de 36 trabajos y se ordenaron los factores identificados de acuerdo al *Modelo de Comportamiento de las Familias Usuarías de los Servicios de Salud* que propuso Andersen (1968) y los clasifica en cuatro categorías: fuerte evidencia de asociación a la institucionalización, evidencia media, evidencia débil y evidencia no concluyente (Luppa et al., 2010) (Imagen 3).

**Imagen 3. Factores predictores de institucionalización según evidencia disponible**



Fuente: Luppa, N., Luck, T., Weyerer, S., König, H.H., Brähler, E. & Riedel-Heller, S.G. (2010) prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38.

Aunque los resultados de esta revisión sistemática representan una contribución adicional a la investigación en la prevención de la institucionalización, la calidad

metodológica de los estudios analizados no cumple suficientemente con los criterios de calidad necesarios para considerar que exista una evidencia concluyente, por lo que los autores del estudio recomiendan continuar estudiando el comportamiento de los factores que predicen la institucionalización, especialmente en relación a las personas con diagnóstico de demencia y los factores de riesgo específicos de género (Luppa et al., 2010).

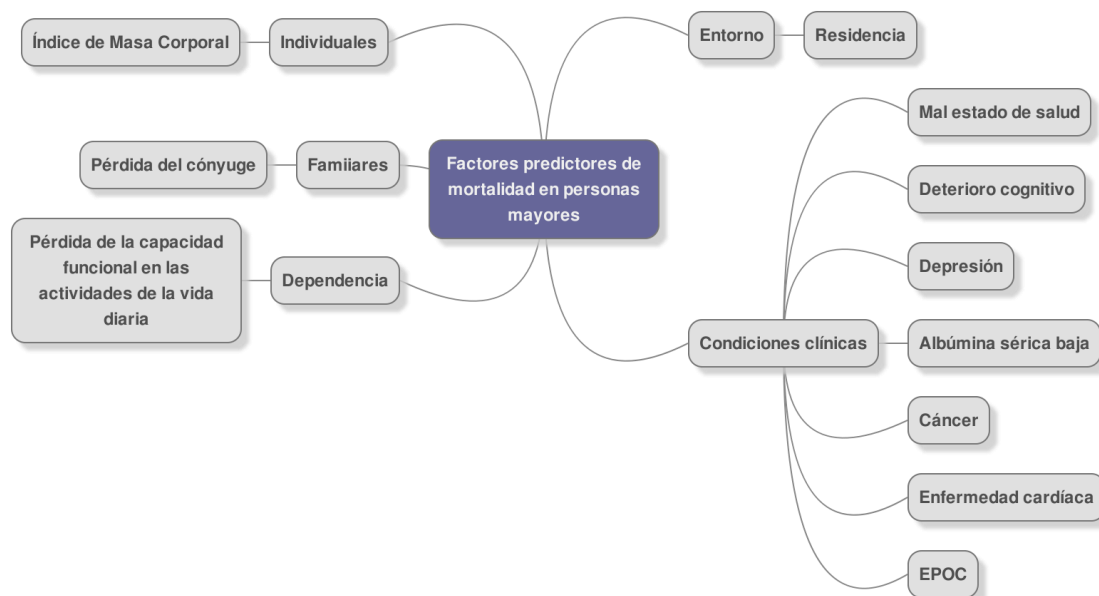
#### **1.4 MORTALIDAD DE PERSONAS MAYORES**

El análisis de la mortalidad en poblaciones específicas es un elemento de gran interés para la planificación y evaluación de las políticas sanitarias y sociales en general (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2007). La mortalidad es además uno de los indicadores de la calidad asistencial más frecuentemente utilizado. Es el indicador sanitario más antiguo que se conoce y constituye un valioso instrumento para la planificación y la gestión de la atención socio-sanitaria (Parra, Curbelo, Gullón, Ruiz-Giménez, Suárez & Del Arco, 2011).

Las personas mayores institucionalizadas constituyen grupos de población vulnerable, con una elevada mortalidad descrita en estudios previos (Gandarillas, Domínguez, Zorrilla, Galán, Duque & Segura, 2011; Wenger, Solomon, Amin, Besdine, Cohen et al., 2007; Hjaltadóttir, Rahm, Kristensson & Nyberg, 2011). Entre los factores predictores de la mortalidad en este grupo de población se han identificado la pérdida de la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria (Nakazawa, Nakamura, Kitamura & Yoshizawa, 2012), el deterioro cognitivo (Jacobs, Cohen, Ein-Mor, Maaravi & Stessman, 2011), la depresión (Santiago & Echenique, 2014), la fractura de cadera (Cameron, Chen, March, Simpson, Cumming, Seibel et al., 2010), el cáncer (Porock, Parker, Zweig, Rantz, Mehr, medsen & Petroski, 2005), la enfermedad cardíaca (Ahmed & Ekundayo, 2009) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Pleasant, 2009),

entre otros. Estudios recientes han identificado además que el entorno en el que la persona recibe los cuidados puede tener un efecto sobre la mortalidad (Shah et al., 2013; McCann et al., 2009) (Imagen 4).

**Imagen 4. Factores de riesgo de mortalidad en personas mayores institucionalizadas**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Shah et al., 2013; Nakazawa, Nakamura, Kitamura & Yoshizawa, 2012; Lin, Hwang, Liu & Lin, 2012; Tsai, Lai & Chang, 2012; Kitamura, Nakamura, Nishiwaki, Ueno & Hasegawa, 2010; McCann et al., 2009; Raines & Wight, 2002; Pruchno & Rose, 2000; Cohen-Mansfield, Marx & Werner, 1999; Fried, Pollack & Tinetti, 1998; Karppi & Tilvis, 1997.*

## 1.4.1 Factores de riesgo de mortalidad

### 1.4.1.1 El efecto del entorno residencial

En un estudio realizado en Cleveland (Ohio) sobre el efecto de distintos entornos de atención a largo plazo (viviendas asistidas frente a residencias) se analizaron las tasas de mortalidad, el estado cognitivo, la capacidad funcional, la depresión y la salud subjetiva de las personas residentes, y se concluyó que el tipo de institución no era un factor predictor significativo de la mortalidad (Pruchno et al., 2000).

Sin embargo, en 2009, otro estudio realizado en Irlanda del Norte encontró el doble de mortalidad entre las personas mayores que vivían en residencias que entre sus pares que vivían en comunidad. En este estudio se tuvieron en cuenta el sexo, la edad, el estado

conyugal, la autopercepción de salud, la presencia de enfermedades que producen limitaciones funcionales y la enfermedad mental, sin incluir diagnósticos clínicos específicos. Sin embargo, destacaron la existencia de otros factores que podían confundir estos resultados. Por ejemplo, estar casado es un factor protector frente a la mortalidad y además reduce el riesgo de ser ingresado en una residencia. La admisión en la residencia se produce cuando la persona mayor tiene un peor estado de salud, y es en ese momento que la pareja desaparece como factor protector. Así el riesgo de mortalidad puede ser mayor, pero podría explicarse por el estado de salud, más que por el efecto que la institución tiene sobre el individuo. Este estudio también observó una mayor mortalidad en los residentes de larga duración frente a los de reciente ingreso en la residencia, contradiciendo resultados de otros estudios en los que se ha asociado la mortalidad de las personas de reciente ingreso a situaciones clínicas más agudas (McCann et al., 2009).

Un estudio posterior, realizado en Inglaterra y Gales, identificó un riesgo de mortalidad cuatro veces mayor entre las personas mayores institucionalizadas que en las que vivían en sus domicilios, ajustando por el sexo, la edad, las condiciones clínicas individuales, la utilización de servicios de salud y los medicamentos prescritos en los tres meses anteriores a la entrada en el estudio (Shah et al., 2013).

#### ***1.4.1.2 La pérdida de la capacidad funcional***

Son muchos los estudios que han demostrado como la pérdida de la capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) resulta especialmente significativa en la mortalidad de las personas mayores, tanto en el domicilio como en residencias, especialmente en personas mayores frágiles (Cohen-Mansfield et al., 1999). Sin embargo, la fuerza de asociación entre estas dos variables (deterioro de la capacidad funcional y mortalidad) es aún poco conocida. En un estudio de la mortalidad en personas mayores institucionalizadas en Japón se encontró una fuerte asociación entre

estas dos variables, ajustando por factores de confusión tan importantes como la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC) y el tipo de residencia (Nakazawa et al., 2012). Así mismo, un estudio realizado en personas mayores que reciben atención domiciliaria supervisada o institucional en Finlandia concluye que el predictor de mortalidad más potente es el deterioro de las ABVD. Para las personas institucionalizadas se encontraron otros factores predictores como el deterioro cognitivo y la depresión (Karppi et al., 1997).

#### ***1.4.1.3 Mortalidad en personas mayores en domicilio***

En la mortalidad a corto plazo en personas mayores que reciben cuidados en el domicilio se han identificado otros factores de riesgo, asociados al estado funcional y cognitivo, sufrir cáncer, enfermedad cardiaca, EPOC, depresión, tener una percepción de salud frágil y la hospitalización (Fried, Pollack & Tinetti, 1998).

### **1.4.2 Factores protectores**

#### ***1.4.2.1 Actividades sociales***

En cuanto a las actividades sociales, un estudio longitudinal sobre la salud y la capacidad funcional en personas mayores residentes en Jyväskylä (Finlandia) encontró que las actividades culturales colectivas y la actividad social productiva (por ejemplo, ayudar a los demás) se comportan como factores protectores de mortalidad e institucionalización en la vejez (Pynnonen et al., 2012).

#### ***1.4.2.2 Actividad física***

Una revisión sistemática sobre intervenciones para mejorar la actividad física (Beswick, Rees, Dieppe, Ayis, Gooberman-Hill, Horwood et al., 2008), que incluía un total de 89 ensayos con 97.984 personas que vivían en sus casas, concluyó con que las intervenciones orientadas a preservar la función física pueden ayudar a las personas mayores a vivir de forma independiente y segura y reducen los ingresos en instituciones, aunque no logró encontrar diferencias en cuanto a la mortalidad. Sin embargo, la escasa

actividad física y la fragilidad sí que se asocian al concepto de “*acumulación de deterioros*” y éste a su vez está asociado de forma robusta con la mortalidad en las edades avanzadas (Mitnitski, Song, Skoog, Broe, Cox, Grunfeld & Rockwood, 2005).

#### ***1.4.2.3 Visitas domiciliarias y evaluación geriátrica***

Algunas intervenciones realizadas en el domicilio han demostrado efectos protectores frente a la mortalidad. Por ejemplo, un ensayo realizado sobre 1.620 personas de 70 años o más que vivían en sus casas, logró una reducción de la mortalidad en un 20%, instaurando un programa amplio de evaluación geriátrica (Frese, Deutsch, Keyser y Sandholzer, 2012).

Un programa de visitas domiciliarias preventivas llevado a cabo por profesionales sanitarios retrasó la mortalidad de personas de 75 años y más sanas que vivían en Nordmaling (Suecia). Sin embargo, en cuanto terminó la intervención, el efecto sobre la mortalidad desapareció (Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund & Lindholm, 2006).

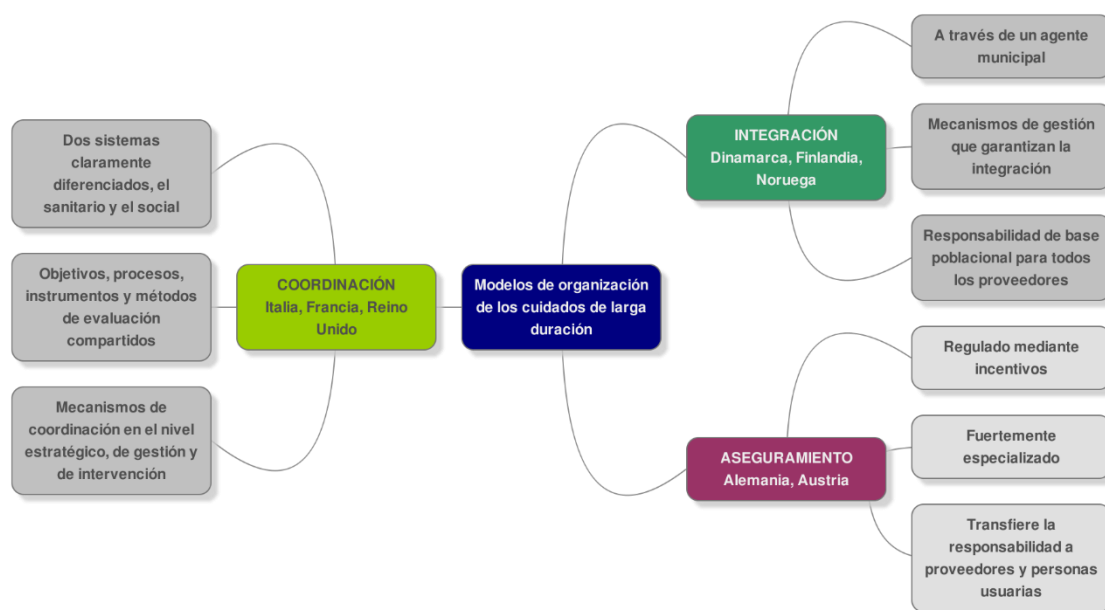
Un programa de alta hospitalaria planificada en pacientes de edad avanzada hospitalizados en Turín (Italia) determinó una reducción de la mortalidad pero sólo cuando el alta se siguió de una intervención de cuidados domiciliarios a largo plazo (Damiani, Federico, Venditti, Sicuro, Rinaldi, Cirio et al., 2009).

Por el contrario, un programa de visitas a domicilio realizadas por enfermeras a personas frágiles de 75 años o más que vivían en casa sin enfermedad terminal ni demencia no pudo demostrar efectos protectores frente a la mortalidad (Van Hout, Jansen, Van Marwijk, Pronk, Frijters & Nijpels, 2010).

## 1.5 MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

La experiencia europea muestra básicamente tres modelos de organización del sistema de cuidados de larga duración para las personas mayores (Pinzón, Alonso, Torró, Raposo & Morilla, 2016) (Imagen 5).

Imagen 5. Modelos de organización de los cuidados en la experiencia europea



Fuente: Elaboración propia a partir de Pinzón et al., 2016

### 1.5.1 Integración de servicios en el ámbito municipal



En el primer modelo, la provisión de servicios se hace de forma integrada y desde el ámbito municipal. Estos sistemas se fundamentan en el auto-cuidado, y se complementan con servicios específicos de acuerdo a las necesidades concretas de cada persona y de su contexto familiar y comunitario. El apoyo centra todos los esfuerzos en el mantenimiento de la persona mayor en su domicilio, coordinando la atención

comunitaria y especializada para que sea posible el retorno al entorno familiar en los casos de hospitalización (Pinzón et al., 2016-a).

Algunos de los países en los que se prestan los cuidados bajo este modelo son Dinamarca, Finlandia y Noruega. Su larga experiencia desarrollada desde la década de 1960 enfrenta actualmente retos derivados de las demandas de la sociedad en un contexto económico restrictivo y con una fuerte participación del sector privado (Roostgaard, 2012; Böckerman, Johansson & Saarni, 2012; Kröger et al., 2012; Vabø, 2012). Experiencias fuera del contexto europeo, y con modelos similares a los de los países nórdicos se encuentran en Canadá: el *Système de Services pour Personnes Agées en Perte d'Autonomie – SIPA* (Vedel et al., 2011; Béland, Bergman, Lebel, Clarfield, Tousignant & Contandriouopoulos, 2006; Rodríguez, Zunzunegui, Bergman & Béland, 1998) y el *Programme de Recherche sur l'intégration des Services de Maintien de l'Autonomie - PRISMA* (Hérbert, Durand, Dubuc, Tourigny, & The PRISMA Group, 2003; Hérbert, Tourigny, Tousignant, Demers, Dubuc, Morin, et al., 2006).

#### **1.5.1.1 Dinamarca**

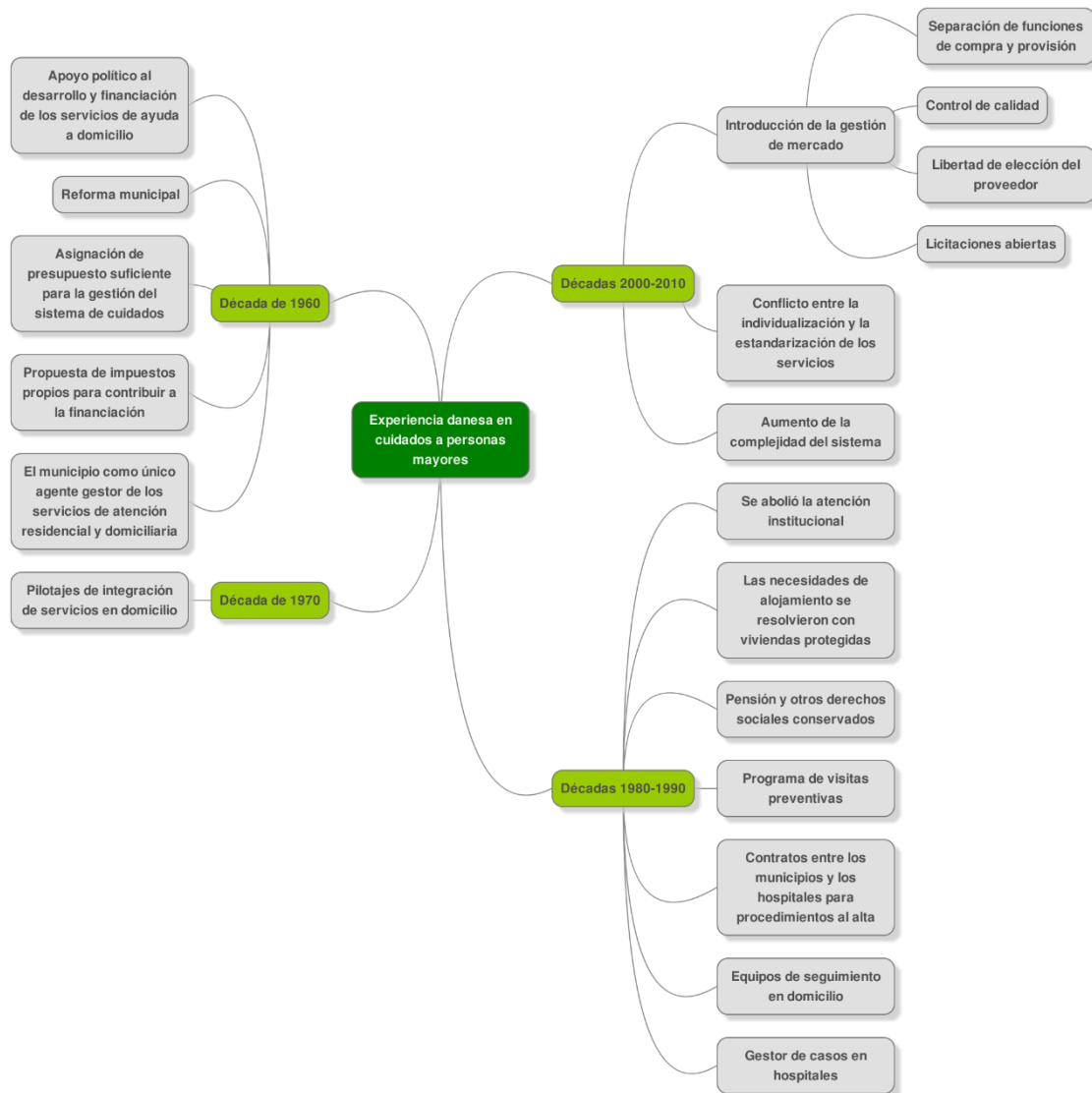
En Dinamarca la atención residencial ha sido prácticamente sustituida por la atención sanitaria y social las 24 horas en el domicilio. El cuidado de las personas mayores se caracteriza por estar integrado en el ámbito municipal y ser de construcción flexible, basado en el auto-cuidado complementado con el apoyo en las áreas específicas necesarias para cada caso individual. La política asistencial está muy perfeccionada y sin embargo, la delegación de responsabilidad de ejecución a las comarcas y municipios ha llevado a la consecuente desigualdad local en cuanto a presupuestos y calidad de los servicios (Colmorten, Clausen & Bengtsson, 2003).

La experiencia danesa inicia a finales de los 60 con la financiación de un servicio a domicilio para personas mayores dentro de la reforma municipal. A partir de ahí, el



desarrollo de la estructura asistencial fue fácil, debido a que la atención residencial, la atención domiciliaria y ayuda a domicilio estaban gestionadas por la misma agencia: la Administración Municipal. Desde finales de los 70 algunos de los municipios más grandes comenzaron pilotajes con la integración de servicios para el hogar, y durante los años 80 y 90, se abolió la atención institucionalizada formalmente y se integraron los servicios residenciales con el cuidado en el hogar (Colmorten et al., 2003) (Imagen 6).

**Imagen 6. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Dinamarca**



Fuente: Elaboración propia a partir de Comorten et al., 2003; Nielsen et al., 2006; Rostgaard, 2012; Rostgaard et al., 2012.

Dinamarca ya no construye instituciones para las personas mayores, sino que utiliza las viviendas protegidas donde los habitantes son tratados como personas que viven en su propia casa, con su pensión y otros derechos sociales conservados. El cuidado de personas mayores es gratuito. El sistema cuenta con un importante conjunto de intervenciones integradas en las que participan los distintos sectores y actores de los diversos ámbitos territoriales (Nolte & Knai, 2015). Tienen un programa de visitas preventivas a personas mayores, contratos entre municipios y hospitales relativos a procedimientos de alta, reuniones entre el personal de enfermería a domicilio y personal del hospital, equipos de seguimiento que realizan seguimiento en el domicilio, y gestores de caso en los hospitales. Cada persona tiene un gestor de casos en el municipio que coordina los servicios (Nolte et al., 2015; Roostgaard, 2012; Colmorton et al., 2003).

A pesar de la amplio desarrollo, la atención en domicilio es uno de los sectores de servicios más criticados en Dinamarca (Nielsen & Andersen, 2006). Es un sector de trabajo de baja cualificación con malas condiciones laborales (Rostgaard, 2012), que se ha visto sometido a los principios de la Nueva Gestión Pública como ningún otro sector público en Dinamarca. En la última década se ha introducido una gestión de mercado, con el control de calidad, la separación de las funciones de compra y provisión de servicios, la libertad de elección por parte del cliente y las licitaciones abiertas (Kroger 2011). Las sucesivas reformas introducidas en el sistema han compartido el enfoque de la mejora de la calidad a través de políticas administrativas y de transparencia para la persona usuaria, girando siempre en torno al conflicto entre la individualización y la estandarización de los servicios. El resultado de este conflicto ha sido aumentar la complejidad del sistema, justo el resultado inverso de lo que se ha pretendido (Rostgaard, 2012).

### **1.5.1.2 Finlandia**

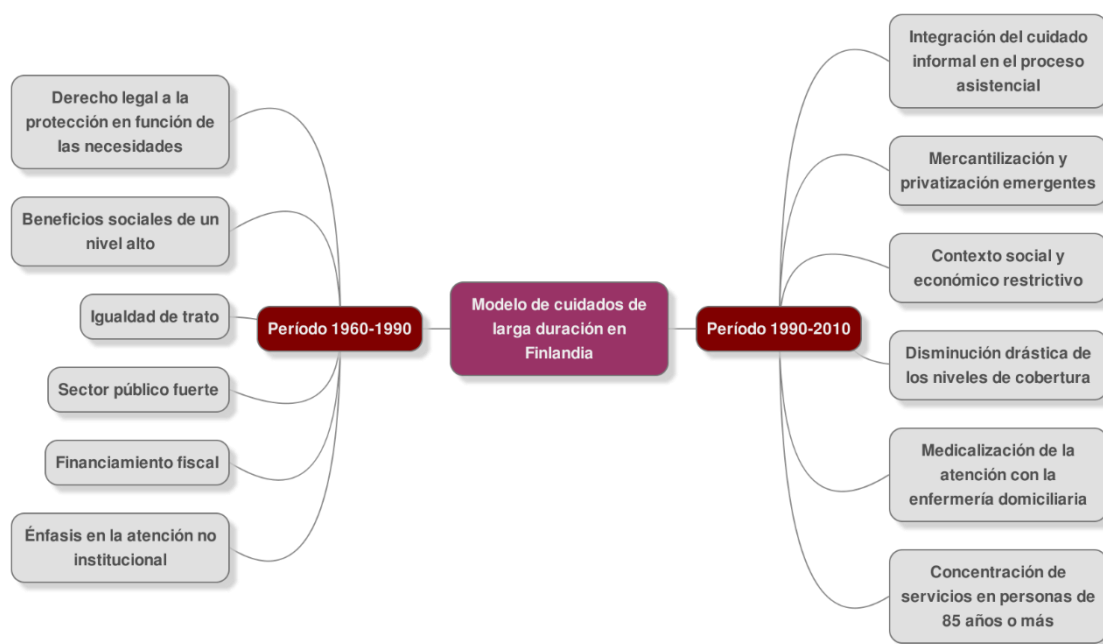
En Finlandia, un objetivo de la política oficial de cuidados a largo plazo ha sido claramente la de aumentar las oportunidades para las personas mayores vivan en sus casas el mayor tiempo posible (Böckerman et al., 2012).

Finlandia ha representado el modelo social nórdico de Estado de Bienestar, basado en los principios de universalidad (el derecho legal a la protección social en función de las necesidades), un sector público fuerte, el financiamiento fiscal, igualdad de trato y beneficios sociales de un nivel relativamente alto. El sector público de ámbito municipal ha sido muy fuerte y se ha hecho responsable durante décadas de los servicios domiciliarios (Murphy & Martikainen, 2011; Salonen & Haverinen, 2003).

En la última década, sin embargo, el sistema finlandés ha sufrido cambios severos originados en la mercantilización y privatización emergentes en el sector, la integración del cuidado informal en el proceso asistencial y en el contexto social y económico, entre otros (Imagen 7).

En contraste con muchos otros países europeos, los niveles de cobertura de la atención en domicilio en Finlandia han disminuido dramáticamente. El sistema se está ocupando de las personas con necesidades más complejas, dejando excluidas de la financiación pública de estos servicios a personas con necesidades más moderadas, quienes a menudo tienen que depender de los cuidados que les pueda prestar su familia. Los servicios se centran actualmente en el cuidado personal, y ya no en las tareas domésticas. La atención domiciliaria se ha vuelto más medicalizada e integrada en el domicilio, especialmente gracias a la enfermería domiciliaria, incrementando la intensidad de estos servicios a niveles que antes sólo estaban disponible en el ámbito residencial y hospitalario (Kröger et al., 2012).

**Imagen 7. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Finlandia**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Böckerman et al., 2012; Murphy et al., 2011; Salonen et al., 2003; Kröger et al., 2012.*

La realidad actual muestra unos servicios centrados estrictamente en las personas más frágiles y más ancianas. Prácticamente las personas menores de 85 años han sido excluidas del sistema público, bajo un nuevo concepto de servicios integrados que básicamente llevan al domicilio la atención sanitaria prestada en los centros residenciales y los hospitales. El sistema se ha alejado del enfoque centrado en las tareas del hogar y se ha concentrado en el cuidado de la salud. Los servicios están cada vez más externalizados con proveedores del sector privado lucrativo. Se ha dado un especial énfasis al cuidado familiar apoyado por profesionales de salud para el cuidado a las personas mayores frágiles, mientras que las demás necesidades deben ser cubiertas por el cuidado informal y la compra privada de servicios. Esta orientación representa una importante transferencia de responsabilidad nuevamente hacia las familias y alejada de los principios del Estado del Bienestar. Además, la mercantilización emergente del sistema está promoviendo dos efectos perversos. En primer lugar, que las familias asuman una mayor responsabilidad como clientes dentro del mercado de servicios de

cuidado a través de la oferta de vales de servicio y deducciones de impuestos. En segundo lugar, una responsabilidad financiera cada vez mayor, por la que las personas usuarias y cuidadoras terminan fácilmente pagando una mayor proporción de los costes totales de la atención domiciliaria (Kröger et al., 2012).

La legislación que regula el servicio se ha mantenido igual desde 1982-2011. Nadie ha tomado realmente las decisiones de fondo necesarias para alterar el carácter de la atención domiciliaria y, sin embargo, los cambios continúan sucediendo. Estos cambios básicamente representan una retirada de la responsabilidad pública en la atención domiciliaria, y en consecuencia una creciente dependencia del sector privado y de los cuidados familiares. Estos cambios además se están produciendo sin ningún tipo de debate sobre la política más adecuada para el cuidado de una población creciente de personas mayores en Finlandia (Kröger et al., 2012).

### **1.5.1.3 Noruega**

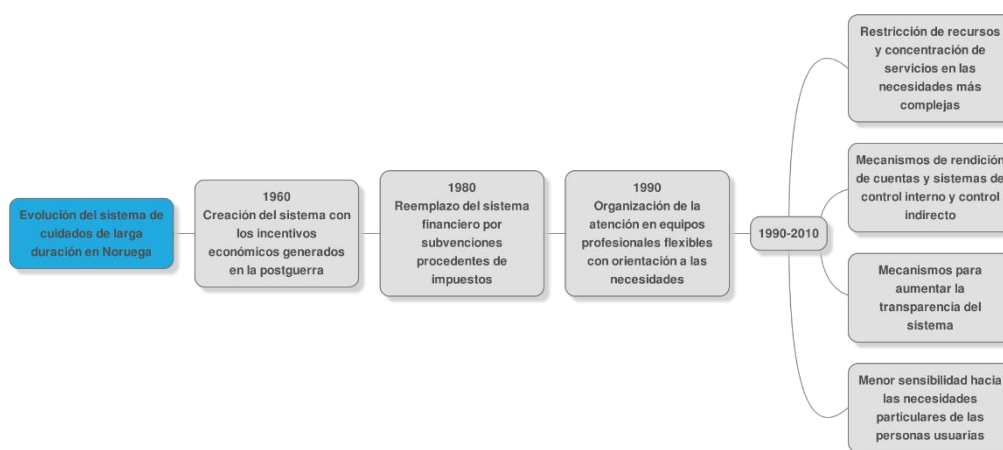
En Noruega, la atención domiciliaria forma parte del modelo de bienestar universal en el que todos los servicios son ofertados y pueden ser utilizados por todos los grupos de población. Los servicios domiciliarios se prestan en el marco de una autonomía local integrada con el nivel central. El sistema público de atención en domicilio fue desarrollado en la década de 1960 a través de los servicios de asistencia domiciliaria y de cuidados de enfermería. Sin embargo, a mediados de la década de 1980, el sistema financiero fue reemplazado por uno basado en subvenciones procedentes de los impuestos. En consecuencia, los incentivos para la expansión de este sector de servicios se estancaron (Vabø, 2012).

A mediados de la década de 1980 y principios de 1990, la atención domiciliaria se organizaba en equipos profesionales autónomos y flexibles, en donde el cuidado se caracterizaba especialmente por su racionalidad centrada en las necesidades específicas

y cambiantes de las personas usuarias. Esta lógica se mantuvo en la década de 1990, de forma que los se evaluaban las necesidades y se establecía cómo se podía apoyar a la persona mayor para que pudiese mantenerse en su casa. Las alternativas asistenciales se discutían con la persona y su familia, de forma que la atención recibida estuviese adaptada a cada individuo, promoviera el autocuidado y desarrollara las habilidades individuales para afrontar la vida diaria (Vabø, 2012).

Actualmente, la severa restricción de recursos ha llevado al sistema a concentrarse en la protección de las personas con mayores y más complejas necesidades. El debate se centra en la distribución equitativa de los escasos recursos disponibles, por lo que han sido necesarios requisitos de rendición de cuentas impuestos a las organizaciones que prestan los cuidados. Entre estos requisitos destacaba el derecho de cada persona a tener una evaluación individual de sus necesidades, a recibir las decisiones asistenciales por escrito y a apelar, si lo consideraba necesario (Vabø, 2012) (Imagen 8).

**Imagen 8. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Noruega**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Vabø, 2012.*

Se han puesto en marcha sistemas de control interno y de control indirecto a través del seguimiento de un cuadro de mando y la obligatoriedad de presentación de información

financiera y organizativa por parte de los proveedores de servicios. Estos indicadores son públicos, y aunque han aumentado la transparencia del sistema, también han incrementado su complejidad (Vabe, 2012).

### **1.5.2 Coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sanitario**



En el segundo modelo están los países mediterráneos, como Italia y Francia. A medio camino entre este modelo y el de la integración, están los servicios socio-sanitarios en el Reino Unido e Irlanda. Este modelo se fundamenta en que dos sistemas claramente diferenciados logran establecer de forma más o menos estable estrechos lazos organizativos. Distintos grados de coordinación o integración de sistemas y servicios se pueden ver en la experiencia acumulada por los países que han adoptado este tipo de modelo. (Pinzón et al., 2016).

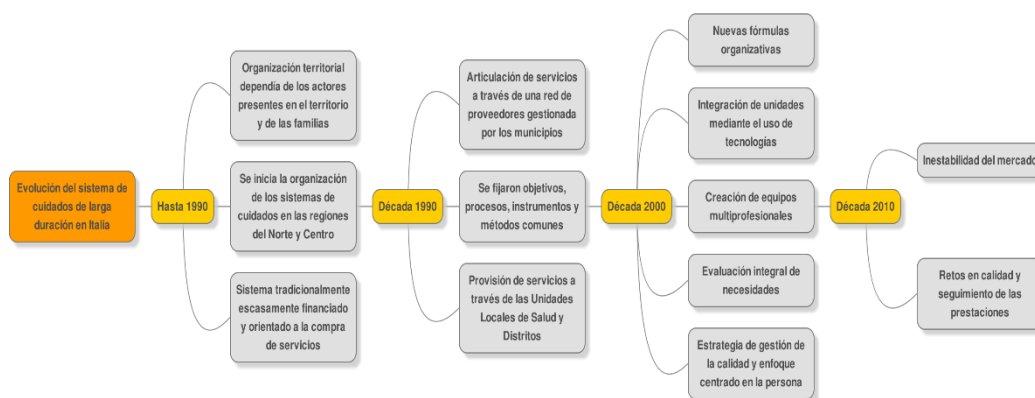
#### **1.5.2.1 Italia**

El sistema público italiano de atención domiciliaria ha sido tradicionalmente escasamente financiado y orientado al pago de servicios, basándose casi en su totalidad en el cuidado informal proporcionado por la familia y, más recientemente, por trabajadoras migrantes. En los últimos años, el gasto público en servicios domiciliarios ha aumentado, y en contra de lo esperado, la mayor parte de los recursos adicionales se han destinado igualmente al pago de servicios más que a los servicios en especie (Gori, 2012).

En la década de los 90 la provisión de servicios domiciliarios se articuló a través de una red de proveedores que involucraban a los diferentes servicios locales, fijando objetivos, procesos, instrumentos y métodos de evaluación claros y comunes. Las regiones empezaron a representar el nivel institucional dedicado a definir los objetivos

estratégicos para la red local integrada y a responsabilizarse de la gestión económica y financiera. Las Unidades Locales de Salud y de sus Distritos se hicieron responsables de la prestación de servicios y de la planificación de la atención individual. Los municipios se hicieron a su vez responsables de la coordinación de toda la red (Nesti & Piva, 2003) (Imagen 9).

**Imagen 9. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Italia**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Nesti & Piva., 2003; Gori, 2012.*

En la década del 2000, los servicios combinaban nuevas fórmulas organizativas con nuevas formas de enfoque de trabajo y una clara orientación al usuario, tales como: integración de las diferentes unidades organizativas mediante el uso de nuevas tecnologías para el intercambio rápido de datos; creación de equipos multiprofesionales para la evaluación integral de necesidades; adopción de una estrategia de gestión de la calidad y de un enfoque centrado en la persona (Nesti et al., 2003).

Aunque el sistema empieza a encontrar un equilibrio entre los intereses de los distintos actores implicados, afronta grandes retos respecto a la fragmentación, la calidad de la atención, el seguimiento de las prestaciones y la inestabilidad que el mercado genera para proveedores y personas cuidadoras (Nolte et al., 2015; Gori, 2012).

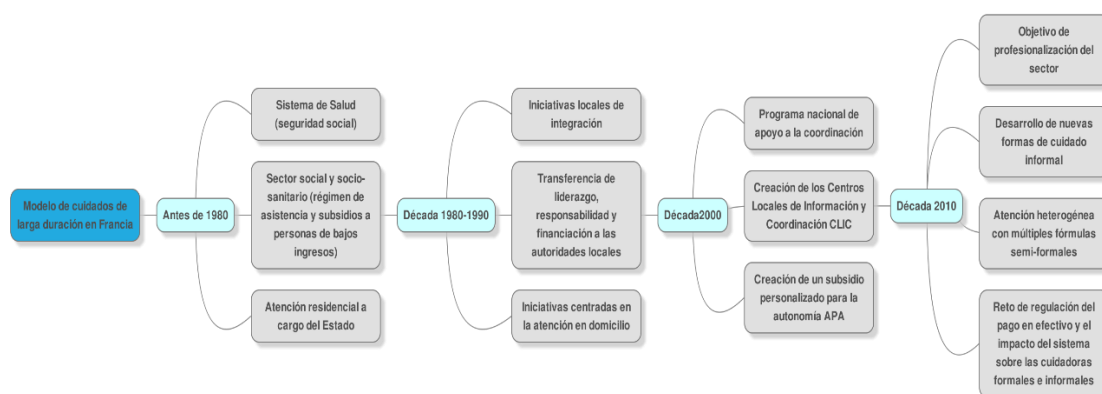


### 1.5.2.2 Francia

Desde 1962, la política francesa sobre el envejecimiento se fijó como objetivo la integración de la asistencia sanitaria y social a nivel local. Sin embargo, esta ambición política no llegó a obtener resultados debido a las diferentes formas preexistentes y las normas de financiación que no siguieron la misma lógica. Había una gran brecha entre el sector de la salud (sistema de seguridad social) y el sector social o socio-sanitario, con un régimen de asistencia y subsidios a los beneficiarios de bajos ingresos (Frossard, Genin, Guisset y Villez, 2002) (Imagen 10).

Después de 1982, la reforma de descentralización transfirió el liderazgo y la responsabilidad del Estado a las autoridades locales, haciéndolas responsables de la financiación de los servicios residenciales y los servicios comunitarios para la población de más bajos ingresos (Frossard et al., 2002).

**Imagen 10. Evolución del sistema de cuidados de larga duración en Francia**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Frossard et al., 2002; Le Bihan, 2012*

Durante esas décadas se desarrollaron diversas iniciativas para mejorar el trabajo conjunto de la atención a las personas mayores en la comunidad, dirigidas a fomentar la permanencia en el hogar y facilitar la adecuación de los servicios a los usuarios más ancianos. Después de 2000, se financiaron mil Centros Locales de Información y

Coordinación (CLIC) para orientar el trabajo conjunto de información, evaluación, seguimiento y ejecución de equipos médico-sociales. Además, se crearon los subsidios personalizados de autonomía (APA), dedicados a mejorar la situación de las personas mayores con necesidades de atención. A pesar de los intentos de coordinación, los dos sistemas, CLIC y APA siguen funcionando como dos sistemas separados. La razón principal es probablemente el hecho de que APA se encuentra bajo la responsabilidad de las Administraciones locales y los CLIC son administrados por el Estado (Frossard et al., 2002).

Actualmente, la estrategia francesa de atención en el domicilio plantea dos objetivos que parecen contradictorios. Por una parte, profesionalizar el sector de los cuidados y por otra permitir el desarrollo de nuevas formas de cuidado informal, que no pueden ser consideradas como un empleo formal. El sistema francés ha invertido grandes esfuerzos en formalizar la provisión de servicios domiciliarios para que éstos sean reconocidos como un trabajo. Sin embargo, el reconocimiento de la actividad laboral no ha significado necesariamente la profesionalización del cuidado (Le Bihan, 2012).

Por otra parte, aunque el sistema ha incorporado una gran diversidad de recursos que hacen que la atención profesional sea muy heterogénea y con múltiples fórmulas semi-formales de atención en las que existe la posibilidad de emplear a un familiar a la vez que se cuenta con el cuidado informal (Le Bihan, 2012), también ha estructurado redes de profesionales a través de las cuales articular de forma más eficiente el cuidado de las personas mayores. Ejemplo de ello es COPA (*“Coordinatio of Professional Care for the Elderly”*) puesta en marcha en 2006 (Nolte et al., 2015) e inspirada en el programa PRISMA de Canadá (Hérbert et al., 2006). El sistema también afronta actualmente el reto de la regulación del pago en efectivo y el análisis de su impacto sobre el cuidado formal e informal (Le Bihan, 2012).

### **1.5.2.3 Reino Unido**

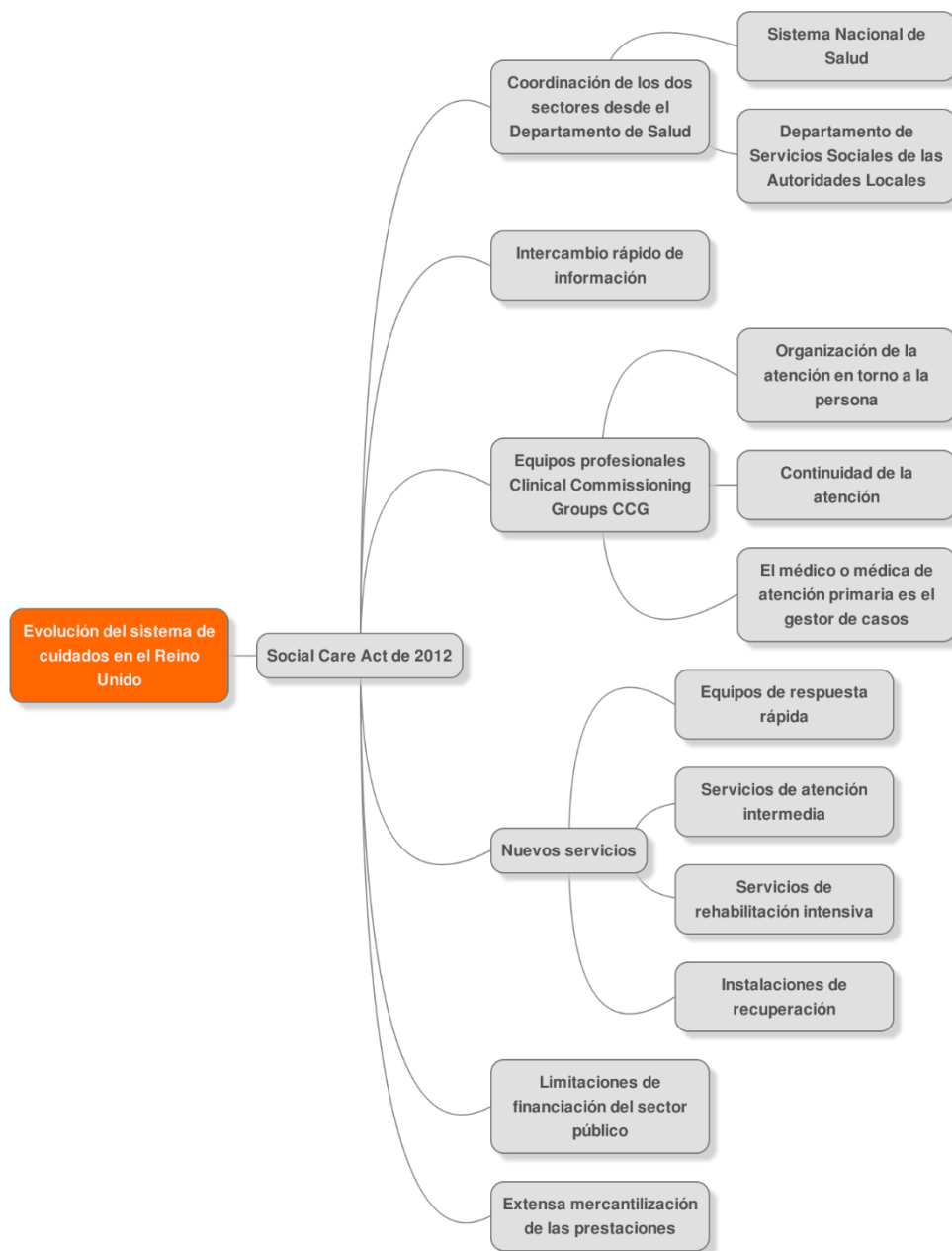
En el Reino Unido el Gobierno desempeña un papel clave en la financiación y provisión de cuidados de larga duración a las personas mayores. La responsabilidad de la planificación de servicios sociales y sanitarios así como de la financiación, se encuentra en dos organizaciones: el Sistema Nacional de Salud (National Health Service – NHS) y los Departamentos de Servicios Sociales de las Autoridades Locales, ambos efectivamente dirigidos por el Departamento de Salud (Alaszewski, Baldock, Billings, Coxon y Twigg, 2003).

Antes de la entrada en vigor de la Ley de Salud y Servicios Sociales (Department of Health, 2012), y como resultado directo de la división entre los proveedores de servicios, era frecuente encontrar personas atendidas por ambas organizaciones, sin conocer cuál era la responsabilidad de cada una de ellas. Cada paquete de atención se proporcionaba en forma fragmentada, con el agravante de una escasa información a la persona usuaria de los servicios. En este contexto persistían las barreras verticales que dificultaban la integración, tanto como las divisiones estructurales, las limitaciones organizativas y las modalidades de financiación separadas. También se podían observar barreras horizontales claras entre las diferentes profesiones y organizaciones proveedoras de cuidados (Alaszewski et al., 2003).

La Ley propuso a los equipos sanitarios de atención primaria (*Clinical Commissioning Groups - CCG*) como los más indicados para promover la integración, argumentando su conocimiento de las necesidades de la persona, y su capacidad de diseñar nuevos servicios en torno a estas necesidades. Esta decisión se fundamentó en los resultados preliminares de 16 experiencias piloto de atención integrada que se pusieron en funcionamiento desde 2009, y cuyos resultados sugerían que los médicos asumían la

responsabilidad de la atención no solo en su propio ámbito competencial, sino que orientaban a la persona usuaria en su recorrido a través del sistema (Imagen 11).

**Imagen 11. Características del sistema de cuidados de larga duración en el Reino Unido**



Fuente: Elaboración propia a partir de Alaszewski et al., 2003; Department of Health, 2012; Glendinning, 2012.

La Ley propuso también fomentar el trabajo conjunto entre los proveedores de servicios de salud y sociales, para mejorar la salud y el bienestar de las personas en su área, formulando como instrumento los convenios de colaboración y los presupuestos conjuntos (Department of Health, 2012)

El sistema ha demostrado su buen funcionamiento cuando los servicios se organizan en torno a las necesidades de la persona usuaria, siempre que los equipos profesionales reconocen su interdependencia y comprenden que la acción de una parte del sistema tiene efecto sobre las otras partes. Para que los servicios realmente den respuesta a las necesidades, deben garantizar la continuidad de la atención, asegurando que los proveedores compartan una misma visión, los mismos objetivos, el diseño y ejecución de los servicios, los recursos y los riesgos (Department of Health, 2012).

En 2013 se puso en marcha una iniciativa para la integración de los cuidados (*“National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013”*), a través de la cual se están pilotando aproximaciones integradas e innovadoras a los cuidados de larga duración (Nolte et al., 2015).

En cuanto a la coordinación de los servicios, la gestión de casos se utiliza como un servicio convencional. El gestor de casos tiene un papel de guardián y se sitúa cerca del médico de atención primaria. Su papel es garantizar el acompañamiento a la persona usuaria en su recorrido por el sistema, en vertical primaria-especializada y en horizontal, salud-servicios sociales (Davis, 2015). Para asegurar la interrelación entre asistencia hospitalaria y extra-hospitalaria el sistema cuenta con “equipos de respuesta rápida”, servicios de asistencia intermedia que evitan ingresos hospitalarios y/o peticiones de plaza en servicios residenciales, servicios de rehabilitación intensiva, instalaciones de recuperación (asistencia de corta duración en una residencia asistida u otro alojamiento

que facilite la transición) y con intercambio rápido de información (Department of Health, 2012).

En la última década el sistema inglés de cuidados domiciliarios se ha caracterizado por las limitaciones de financiación en el sector público y la extensa mercantilización de los servicios. El sector ha generado una oferta mixta, pública y privada cuyos servicios adquieren las autoridades locales. En este sistema se pone un mayor énfasis en la elección individual y en la personalización de la atención. Los servicios financiados con fondos públicos son cada vez más residuales, mientras que la oferta y la financiación privada son cada vez mayores (Glendinning, 2012).

### **1.5.3 Aseguramiento regulado mediante incentivos**



En tercer lugar, se pueden considerar los sistemas de aseguramiento regulados mediante incentivos y fuertemente especializados, más comunes en los países centroeuropeos. Ejemplo de este modelo son Alemania y Austria, donde existe una separación profunda entre el cuidado sanitario y los cuidados de larga duración tanto como entre la atención ambulatoria y hospitalaria. Este modelo se caracteriza porque introduce una competencia directa entre los proveedores de cuidados a largo plazo para atraer clientes, transfiere la responsabilidad de asegurar la prestación al proveedor y traslada la elección de los servicios a la persona usuaria (Pinzón et al., 2016-b).

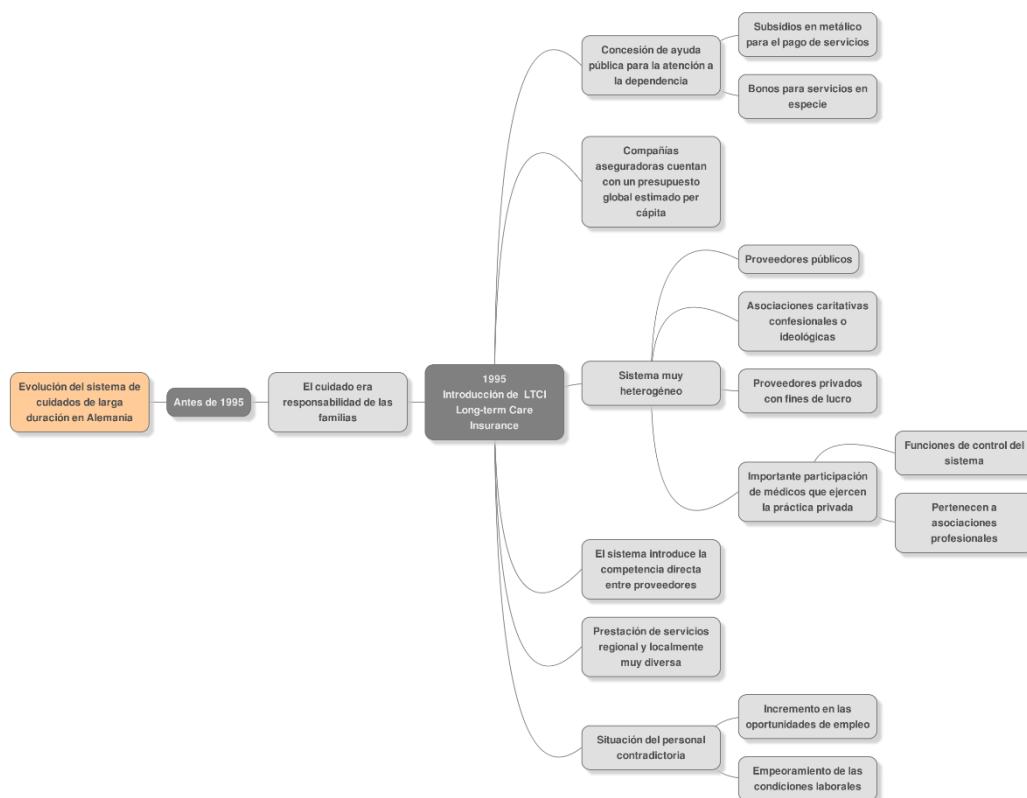
#### **1.5.3.1 Alemania**

Antes de la introducción de la ley de aseguramiento para los cuidados de larga duración, *Long-term care insurance-LTCI*, la responsabilidad de los cuidados a las personas mayores descansaba principalmente en las familias, basándose en el principio de subsidiaridad (Theobald, 2012).

La ley LTCI introdujo una política orientada a la concesión de la ayuda pública para la atención a las situaciones de dependencia, dentro de un marco de contención de costes. Esta ley definió la interacción de la familia con los equipos profesionales que prestan servicios y el papel del Estado y de las asociaciones, las reglas del mercado respecto a la oferta de servicios, la financiación y la regulación del sistema (Theobald, 2012).

El sistema de aseguramiento básicamente da a la persona la posibilidad de elegir entre subsidios en metálico o bonos para servicios en especie. Las compañías aseguradoras cuentan con un presupuesto global estimado per cápita en función del nivel de necesidades y servicios a prestar, pero generalmente ofrecen una cobertura parcial para cada caso y tipo de servicio(Theobald, 2012) (Imagen 12).

**Imagen 12. Características del sistema de cuidados de larga duración en Alemania**



Fuente: Elaboración propia a partir de Theobald, 2012; Roth & Reichert, 2003

El sistema es muy heterogéneo. Cuenta con proveedores públicos y privados, con o sin ánimo de lucro. Las asociaciones caritativas, la mayoría de los cuales son confesionales o de naturaleza ideológica, tienen una presencia relativamente fuerte entre los proveedores de asistencia social y servicios de salud, incluida la atención hospitalaria, aunque el número de proveedores privados comerciales en la atención ambulatoria también han ido en aumento. Otra característica es la importante participación de médicos que ejercen la práctica privada en la asistencia sanitaria extra-hospitalaria. Estos profesionales pertenecen a asociaciones de médicos, que son a la vez responsables de importantes funciones de control del sistema, autorizados por el Estado. El objetivo principal del sistema es la reducción de costes (Roth & Reichert, 2003).

La prestación de servicios es regional y localmente muy diferente, resultado de la descentralización de la responsabilidad del Gobierno en el nivel regional y local. La demanda y la provisión de servicios de atención comunitaria en las regiones rurales es generalmente algo menor que en las zonas urbanas, donde se encuentra una mejor cobertura. La situación del personal muestra dos facetas contradictorias. Por una parte existe un importante incremento en las oportunidades de empleo y el establecimiento de una atención profesionalizada, mientras que por otro se observa un empeoramiento de las condiciones laborales de este personal. Es un sistema que requiere un proceso permanente de seguimiento y evaluación de la calidad de las prestaciones y que busca la integralidad de la atención a partir de una mezcla de servicios públicos y privados, combinados con los cuidados informales. En las últimas dos décadas el sistema se ha preocupado por la calidad de la atención y ha desarrollado una serie de medidas de control interno y externo (Theobald, 2012; Roth et al., 2003).



La implementación de un sistema más efectivo y eficiente de cuidados de larga duración en Alemania requiere cambios profundos en la organización, financiación y sistema de incentivos en los dos sectores, sanitario y social (Nolte et al., 2015).

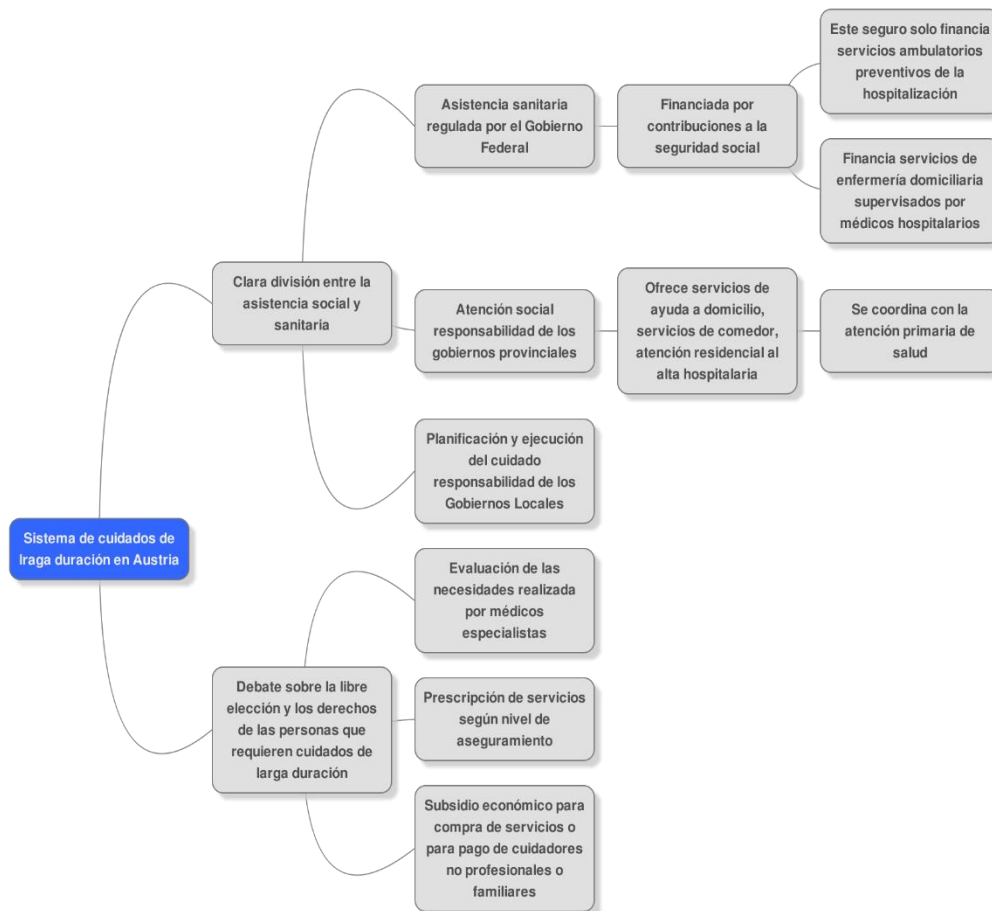
### **1.5.3.2 Austria**

En Austria existe un consenso general acerca de que el cuidado en la comunidad es preferible a la atención institucional. Por ello, se han desarrollado servicios de apoyo a los cuidadores informales o familiares, asegurando que el cuidado en el hogar sea más adecuado y menos costoso que el cuidado institucional (Grilz-Wolf, Strümpel, Leichsenring y Komp, 2003). En la última década, desde el sistema sanitario austriaco se han impulsado diversas iniciativas de coordinación entre los dos sectores para la atención a las personas mayores con enfermedades crónicas, especialmente dirigidas al cuidado al alta hospitalaria y al cuidado enfermero en casa (Nolte et al., 2015)

La asistencia sanitaria ha sido regulada principalmente por el gobierno federal, con excepción del sistema hospitalario, mientras que atención social ha sido responsabilidad de los nueve gobiernos provinciales. Algunas provincias han instaurado los llamados “distritos de salud y sociales”, que se ha quedado en la mera designación. (Grilz-Wolf et al., 2003).

La evaluación de necesidades de cuidados la realizan médicos especialistas y la prescripción de servicios se fundamenta en el derecho de acceso al subsidio de cuidados de larga duración, dependiente del nivel de aseguramiento de cada persona. Una vez verificado el derecho a la prestación, la persona ejerce su derecho a la libre elección, decidiendo si utiliza el subsidio para la adquisición de servicios o para pagar a cuidadores no profesionales o a familiares (Grilz-Wolf et al., 2003) (Imagen 13).

**Imagen 13. Características del sistema de cuidados de larga duración en Austria**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Grilz-Wolf et al., 2003*

Es un sistema complejo, en el que intervienen una gran variedad de agentes con funciones poco delimitadas en algunos casos. Así es como los Gobiernos federales y provinciales son responsables de la financiación, provisión, control, inspección, y planificación de servicios; de forma similar, los Gobiernos locales son responsables de la planificación y la ejecución, aunque en el nivel local; las agencias de seguros sociales son responsables del financiamiento y de la gestión de servicios; y, las organizaciones no lucrativas y los cuidadores familiares informales son responsables del cuidado (Grilz-Wolf et al., 2003).

La atención médica es financiada por las contribuciones de la seguridad social en salud, por los impuestos y por los pacientes mediante copagos. La atención social se financia a través de una variedad de medidas concretas en el marco de programas de asistencia social, muchas de ellas diferentes de provincia a provincia. El cuidado de la salud ha sido bien regulado, mientras que muchas áreas de atención social aún no están sujetas a la legislación específica. El Seguro de Salud solo financia servicios ambulatorios prescritos por los médicos como preventivos de la asistencia hospitalaria (Grilz-Wolf et al., 2003).

Entre las distintas experiencias de provisión de servicios para las personas mayores se pueden considerar los servicios extra-hospitalarios, en los que proveedores de atención social, en general organizaciones privadas sin fines de lucro, ofrecen ayuda a domicilio, comidas y servicios residenciales al alta hospitalaria para personas que tienen una disminución temporal de sus capacidades funcionales. Estos proveedores de servicios sociales existen en todas las provincias y se coordinan con el profesional de atención primaria de salud. Otro servicio de características similares es el de cuidados domiciliarios prestado por personal de enfermería en colaboración con los proveedores de cuidados, o de equipos de enfermería supervisados por médicos del hospital (Grilz-Wolf et al., 2003).

## **1.6 ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA**

En el contexto europeo, España se sitúa más cerca del modelo adoptado en los países mediterráneos, con dos sistemas diferenciados, el social y el sanitario, y con distintos niveles de desarrollo de los mecanismos de coordinación en las diferentes Comunidades Autónomas (IMSERSO, 2011-b).

Un estudio reciente realizado por el Observatorio de Modelos Integrados en Salud refería cómo en España, tras un período largo de intentos de coordinación infructuosos, en la última década se han desarrollado experiencias de integración, la mayoría impulsadas desde la Administración pública y dirigidas a las personas mayores en situación de dependencia (Herrera, 2015).

El modelo tradicional de cuidados en España se ha apoyado fundamentalmente en el cuidado informal y ha respondido a las preferencias de las personas mayores de permanecer en sus hogares y ser cuidados por un familiar próximo (Oliva, Zunzunegui, García-Gómez y Herrera, 2011; Casado, 2006) (Imagen 14).

El denominado “cuidado informal” se caracterizaba por ser prestado por personas de la red social de la persona en situación de dependencia de las que se solía pensar que lo hacían de forma voluntaria, ya que no mediaba una relación laboral ni remuneración alguna. Este tipo de cuidado se concretaba en apoyo material o instrumental, en el que se incluía el cuidado a la salud y la provisión de medicamentos, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional (Rogeró, 2009).

Imagen 14. Características del modelo de cuidados de larga duración en España



Fuente: Elaboración propia a partir de Herrera, 2015; Criel et al., 2014; MSSSI, 2011; Casado, 2006; BOE, 2006; Rodríguez, 2005.

En la década de los 90 se inició la investigación sobre las características y consecuencias del cuidado a las personas mayores. Los primeros estudios publicados demostraron que la familia en general, y las mujeres en particular, eran las principales suministradoras de cuidados, y que la labor de cuidar generaba sobrecarga y estrés en las cuidadoras, quienes carecían de estrategias para su afrontamiento (Criel et al., 2014; Casado, 2006; Rodríguez, 2005).

Simultáneamente se intensificó la investigación sobre intervenciones con las familias cuidadoras, logrando un importante cúmulo de conocimientos sobre el apoyo informal

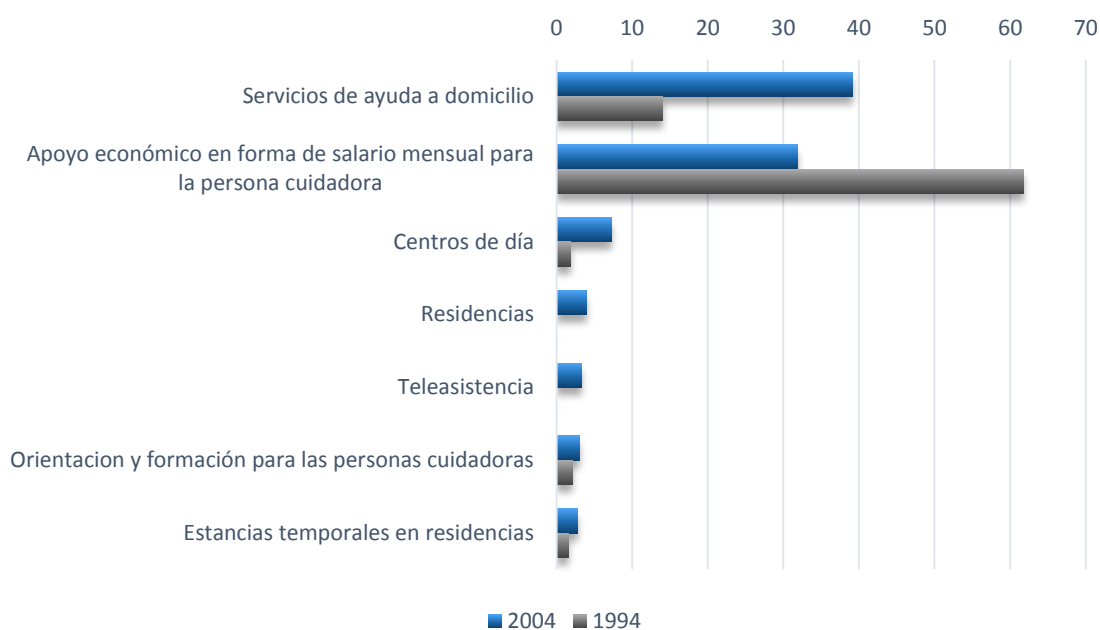
en España. La primera encuesta de ámbito nacional dirigida a las familias cuidadoras se aplicó en 1994. La segunda encuesta, aplicada en 2004, incorporó también a las personas cuidadoras empleadas en los hogares, identificando una nueva realidad emergente en ese momento que se configuró como una alternativa de apoyo a las familias cuyo poder adquisitivo les permitía delegar buena parte del cuidado en servicios retribuidos. Se trataba de un nuevo perfil de cuidadora: las mujeres inmigrantes (Rodríguez, 2005).

La encuesta de 1994 reveló que el 83% de las personas cuidadoras eran mujeres, con una edad media de 53 años, de las que el 61,5% no recibía ningún tipo de ayuda para el cuidado. La encuesta de 2004 mostró un perfil similar de cuidadora, 82,8% mujeres y 54 años de edad media, con una diferencia respecto al apoyo, ya que el 66% manifestó tener algún tipo de ayuda por parte de otros miembros de su familia (Rodríguez, 2005).

Las encuestas de 1994 y 2004 permitieron identificar la demanda de medidas de apoyo que las personas cuidadoras pedían a las Administraciones Públicas, entre las que se priorizaron los servicios de ayuda a domicilio, el apoyo económico a las personas cuidadoras, los centros de día, las residencias, la teleasistencia, la orientación y formación a las cuidadoras y las estancias temporales en residencias (Rodríguez, 2005) (Imagen 15).

La encuesta de 2004 permitió también tipificar a las personas cuidadoras, agrupándolas en grupos internamente homogéneos y heterogéneos entre sí. Se identificaron cuatro grupos diferentes, denominados: 1) cuidadoras agobiadas; 2) cuidadoras de apoyo satisfactorio; 3) cuidadoras temporeras sin apego; y, 4) cuidadoras por compañerismo tradicional (Rodríguez, 2005) (Imagen 16).

**Imagen 15. Importancia de las medidas de apoyo a las personas cuidadoras**



Fuente: Rodríguez, P. (2005) *El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. Rev Esp Geriatr Gerontol, 40(Supl 3), 5-15.*

**Imagen 16. Tipología y características de las personas cuidadoras**



Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez, P. (2005) *El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. Rev Esp Geriatr Gerontol, 40(Supl 3), 5-15.*

En 2005 las crecientes demandas de una población española altamente envejecida y la previsible escasez de cuidadoras familiares, mostraron la dificultad que enfrentaba el sistema de protección social español de continuar manteniendo la confianza en la familia, en la solidaridad intergeneracional y en la estructura de género como proveedora principal de los cuidados (Rodríguez, 2005). Los desafíos de la atención a la dependencia se abordaron entonces a través del reconocimiento del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y a la atención a la dependencia reconocido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre y gestionado a través del SAAD (Oliva et al., 2011; Martínez, Díaz, Alonso & Calvo, 2006; Boletín Oficial del Estado, 2006).

La situación de dependencia reconocida mediante esta Ley hizo referencia a la *necesidad de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria y para la autonomía personal* y estableció que podía estar asociada a la edad, la enfermedad o la discapacidad. El procedimiento que fijó la Ley para el reconocimiento y la atención a las situaciones de dependencia establecía la presentación de la solicitud, la valoración sanitaria y social, el reconocimiento propiamente dicho, la elaboración del Programa Individual de Atención (PIA) y la prescripción de los recursos de apoyo (Boletín Oficial del Estado, 2006) (Imagen 17).

**Imagen 17. Procedimiento para el reconocimiento y la atención a la dependencia**



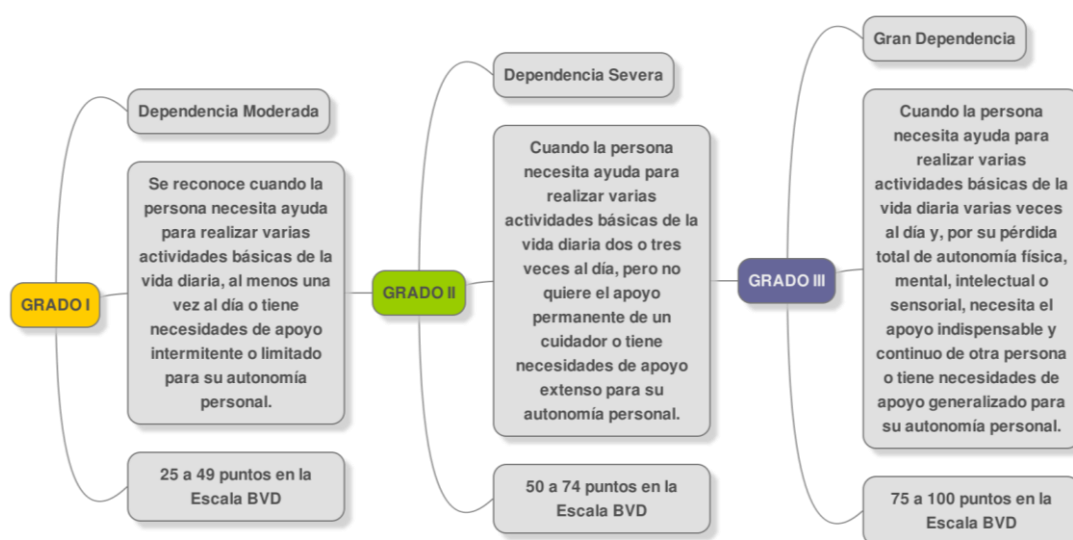
*Fuente: Elaboración propia a partir de Boletín Oficial del Estado. (2006) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156*



La valoración de la situación de dependencia se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona por parte de un profesional cualificado y con la formación adecuada en la aplicación de un instrumento de valoración denominado Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) establecido en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (Boletín Oficial del Estado, 2011). El baremo se aplica en el entorno habitual de la persona, valorando las ABVD (Anexo 1).

Finalizada la valoración y mediante Resolución Administrativa, se procede al reconocimiento de la situación de dependencia, conforme a los distintos grados que contempla la Ley (Boletín Oficial del Estado, 2012; Boletín Oficial del Estado, 2006; Martínez et al., 2006; Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre) (Imagen 18).

**Imagen 18. Grados de dependencia reconocidos**

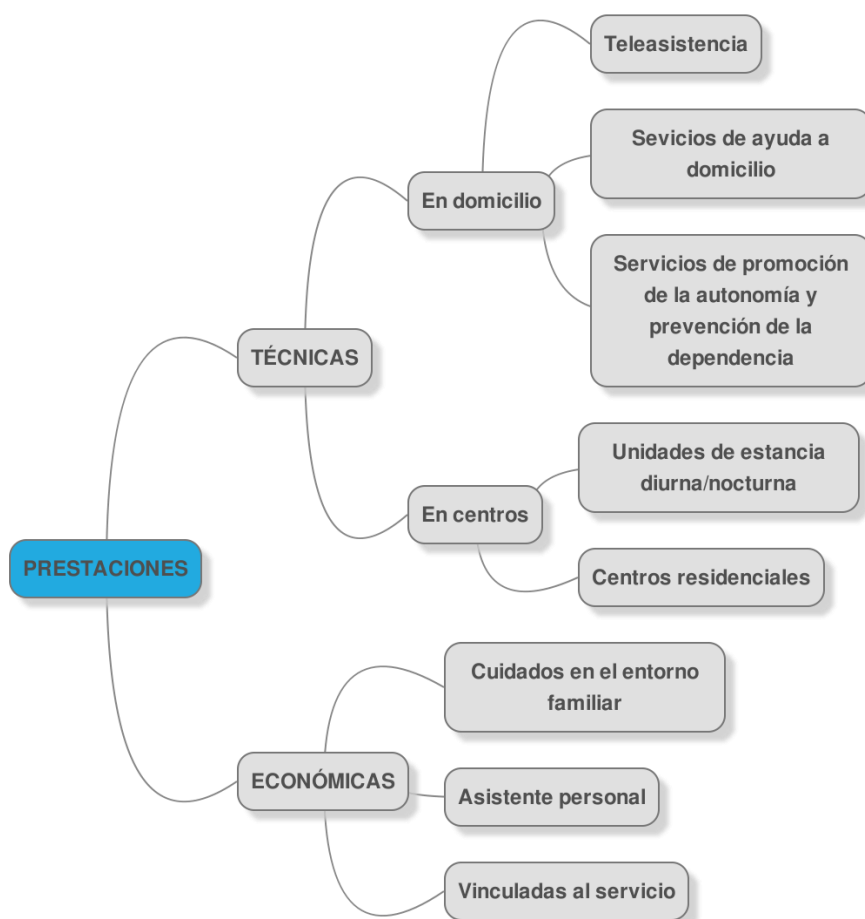


*Fuente: Elaboración propia a partir de Boletín Oficial del Estado. (2006) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156*

Para las personas con situación de dependencia reconocida, profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios elaboran la propuesta de PIA (Boletín Oficial del Estado, 2007). El PIA determina las modalidades de intervención más adecuadas a las

necesidades de la persona en situación de dependencia teniendo en cuenta el informe social en el que se detalla la situación social, familiar y del entorno de la persona. Durante la elaboración del PIA se da participación a la familia de la persona interesada o a entidades tutelares que le representen, mediante el denominado trámite de consulta. El PIA puede establecer un único recurso o una combinación de éstos, ateniéndose a las compatibilidades establecidas en la propia Ley (Imagen 19).

**Imagen 19. Prestaciones consideradas en el Programa Individual de Atención**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Boletín Oficial del Estado. (2006) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156*

## **1.7 ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA**

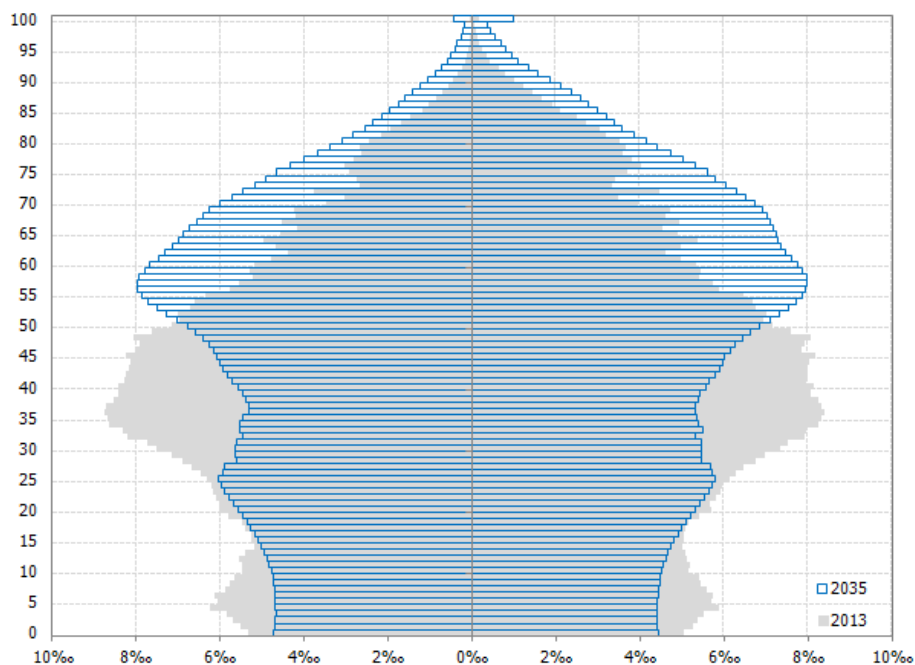
### **1.7.1 Características demográficas**

Andalucía es una de las Comunidades Autónomas con mayor número de personas mayores en situación de dependencia que reciben prestaciones a través del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (IMSERSO 2015; IMSERSO, 2016). En esta región el envejecimiento y la feminización de la población han sido notables en los últimos 50 años. Con una población de 8.399.043 personas en 2015, el 16,2% tienen 65 años o más, y de ellas, el 28,6% son octogenarias y el 56,8% son mujeres. Entre las personas mayores, las mujeres mayores de 80 años representan uno de los grupos de población con niveles más altos de dependencia (Gispert, Clot, Rivero, Freitas, Ruiz, Ruiz et al., 2008).

Según las proyecciones demográficas, en 2035 la proporción de personas de 65 años o más llegará al 26% y la de mayores de 80 años al 7,4% del total de la población, frente al 4,3% actual. La relación entre población potencialmente activa y jubilados pasará del 4,3 por cada persona de 65 años o más en 2013 a 2,4 en 2035 (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2016) (Imagen 20).

El incremento de la población de 65 años y más que se proyecta para Andalucía continúa una tendencia ya observada desde la segunda mitad del siglo XX y principios del siglo XXI. En el período transcurrido entre 1961 y 2014 este grupo de población se ha triplicado prácticamente en número, pasando de 425.474 personas (Valle, 2005) a 1.251.367 (IECA, 2015). La soledad es otra de las características de esta población si se tiene en cuenta que el 32% son personas viudas, que cerca del 10% son solteras o están separadas o divorciadas (IMSERSO, 2011-a) y que cerca de un 25% viven en municipios de menos de 10.000 habitantes (INE, 2013).

**Imagen 20. Pirámides de población según el escenario medio. Años 2013 y 2035**



*Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Proyección de la población de Andalucía, provincias y ámbitos subregionales 2013-2070. Nota informativa, julio 2015*

### **1.7.2 Condiciones clínicas**

La prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad y la mortalidad por estas causas disminuye cada año. Según la Encuesta Andaluza de Salud (2007), un 45,6% de la población andaluza refirió al menos una enfermedad crónica; un 38,8% de las personas de 55 a 64 años refirió al menos dos enfermedades crónicas, proporción que aumenta al 68,6% en el grupo de 75 años y más.

Con respecto al sexo, tener al menos una o dos enfermedades crónicas es significativamente más prevalente en mujeres (51% con al menos una enfermedad crónica, 26% con dos y 13,9% con tres o más) que en hombres (40%, 17,5% y 8,4% respectivamente). Un 27,7% de la población en Andalucía tiene diagnóstico de hipertensión arterial, un 40,3% de dislipemia, un 10,5% diabetes. El cáncer es la primera

causa de mortalidad prematura, causando el 41% de las muertes en menores de 75 años. La cardiopatía isquémica origina la tercera parte de las defunciones por el conjunto de enfermedades cardiovasculares y la enfermedad cerebrovascular el 30%. Aunque el número de defunciones por diabetes mellitas se ha incrementado en los últimos 40 años, las tasas brutas de mortalidad por esta causa no han experimentado grandes cambios (Ollero, Sanz & Padilla, 2012). Un 69% de las personas de 75 años y más tienen al menos dos enfermedades crónicas (Ollero et al., 2012) y representan el 47% de las altas hospitalarias (SAS, 2013).

En el ámbito hospitalario, los diagnósticos más frecuentes para las personas de 65 años y más son la insuficiencia cardiaca, los procesos de fractura de cadera, el ictus, el edema agudo de pulmón, la neumonía y pleuritis y el EPOC. En Atención Primaria la frecuentación de medicina de familia en el domicilio ha crecido un 59% en los últimos años y la enfermería, un 39%, debido fundamentalmente al envejecimiento de la población a la inmovilización de pacientes y a la complejidad de las personas con pluripatología (SAS, 2013).

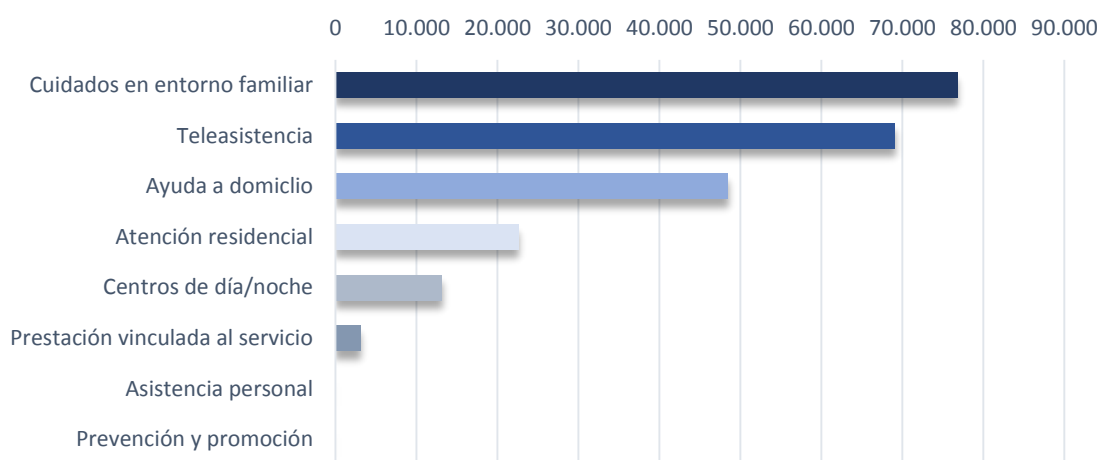
### **1.7.3 Dependencia**

El 54% de las personas con discapacidad son personas de 65 años o más (INE, 2008).

Desde la puesta en marcha del SAAD en 2007 y hasta el 31 de diciembre de 2012, se habían registrado en Andalucía 407.378 solicitudes de valoración de la dependencia (4,8% de la población total). Un 65% de las solicitantes eran mujeres y un 77% personas de 65 años y más (IMSERSO, 2012).

Según datos publicados por el IMSERSO, a 31 de diciembre de 2015, 179.239 personas estaban recibiendo alguna prestación o combinación de prestaciones en Andalucía. El número de prestaciones concedidas a través del sistema era de 233.321. (Imagen 21).

**Imagen 21. Número de prestaciones por tipología**



*Fuente: IMSERSO. Personas beneficiarias y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Situación a 31 de diciembre de 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.*

Los datos expuestos anteriormente indican que la preferencia de las personas mayores antes de la entrada en vigor de la Ley 39/2006 era permanecer en su domicilio y ser cuidados por un familiar, generalmente una mujer. ¿Continúan siendo éstas las preferencias de las personas mayores? Si es así, ¿cuáles son los factores que predicen la institucionalización? Por otra parte, procedimiento de atención a la dependencia incluye un trámite de consulta a la persona y a su familia respecto al Programa Individual de Atención. ¿Cuál es el efecto de las preferencias sobre el recurso asistencial efectivamente prescrito? En cuanto a la mortalidad, estudios previos parecen indicar que puede ser influenciada por el lugar en el que se vive, que existen indicadores de riesgo de muerte que pueden ser ponderados y que esta información podría ser útil a la hora de orientar el sistema de atención. ¿Es el recurso asistencial un factor de riesgo para la mortalidad de las personas mayores en situación de dependencia en Andalucía? ¿Existen otros factores de riesgo de mortalidad? ¿Se comportan estos factores de forma diferente en hombres y en mujeres? Estas son las preguntas de investigación que se propone resolver el estudio que se describe a continuación.

## **2 OBJETIVOS**





## **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Valorar los beneficios de los cuidados de larga duración prestados a las personas mayores en el entorno residencial frente al entorno domiciliario desde la perspectiva de sus preferencias y de la calidad asistencial de los recursos de apoyo al cuidado disponibles y describir los avances del sistema en la profesionalización de los cuidados y en la protección del principio de autonomía en la elección del recurso asistencial.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Objetivo 1. Describir las características de la población de 65 años y más con reconocimiento de dependencia y Programa Individual de Atención, registradas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.
- Objetivo 2. Determinar las preferencias de las personas de 65 años y más en situación de dependencia y su efecto sobre la elección del recurso asistencial como medida de la protección del principio ético de autonomía personal.
- Objetivo 3. Determinar los factores de riesgo de institucionalización de las personas de 65 años y más en situación de dependencia.
- Objetivo 4. Describir la mortalidad de personas de 65 años y más en situación de dependencia según el recurso asistencial prescrito como medida de la calidad asistencial.
- Objetivo 5. Identificar los factores asociados a la mortalidad en personas de 65 años y más en situación de dependencia.
- Objetivo 6. Analizar el efecto que el recurso asistencial tiene sobre la supervivencia de la población objeto de estudio.



## **3 SUJETOS Y MÉTODOS**



### 3.1 DISEÑO

**Diseño.** Para los objetivos 1, 2, 3 y 4 se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Para los objetivos 5 y 6, un estudio observacional, analítico, de cohorte histórica y de base poblacional.

**Ámbito geográfico.** El estudio fue realizado en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

**Población.** Personas de 65 años y más, con reconocimiento de dependencia y PIA, registradas en el SAAD.

**Período de estudio:** El estudio incluye la población registrada en el SAAD desde su puesta en marcha el 23 de abril de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2012.

**Criterios de exclusión.** Se excluyeron las personas que cambiaron de entorno asistencial durante el periodo de estudio (de residencial a domiciliario o viceversa) y las que recibieron prestaciones económicas distintas de las destinadas al cuidado en el entorno familiar.

### 3.2 VARIABLES

#### 3.2.1 Variables dependientes

- Para el objetivo 2 que tenía como propósito identificar el efecto de las preferencias sobre la elección del recurso asistencial, la variable dependiente fue el **Recurso Asistencial Prescrito**, en las categorías: *cuidado familiar, ayuda a domicilio, centro de día y residencia*.
- Para el objetivo 3 que tenía como propósito determinar los factores predictores de la institucionalización, la variable dependiente fue el **Servicio de Atención Residencial**, en las categorías: *sí/no*

- Para los objetivos 5 y 6 que tenían como propósito identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad, el evento fue la *Mortalidad por cualquier causa* a 31 de diciembre de 2012 y la variable dependiente fue el **Estado Vital** (tras el periodo de seguimiento), en las categorías: *vivo, muerto o censurado*.

Para la determinación de la variable dependiente se tuvieron en cuenta las variables: *Fecha de baja del expediente en el sistema y Causa de la baja del expediente*, en las categorías: *No causa baja, Fallecimiento, Traslado, Sin grado, Desistimiento, Renuncia, Sanción y Otros*, en función de si la resolución inactiva o no al expediente.

### 3.2.2 Variables independientes

- **Edad** a la entrada en el estudio.
- **Sexo**.
- **Nivel de dependencia** en las actividades básicas de la vida diaria medido de acuerdo al Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), diseñada de acuerdo a las recomendaciones del Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (Rodríguez, Cobo, Duque, Fernández, García, Herrero et al., 2005) y aprobado por el Decreto 168/2007, de 12 de junio (Boletín Oficial del Estado, 2007) (Anexo 1).
- **Prestación asociada al Programa Individual de Atención** en las categorías: *Servicio de Ayuda a Domicilio, Unidad de Estancia Diurna, Prestación económica para cuidados en el entorno y Servicio de Atención Residencial*
- **Características de la red de apoyo** medida de acuerdo a las escalas establecidas por el por el Decreto 168/2007, de 12 de junio (Boletín Oficial del estado, 2007): *Atención a la persona en situación de dependencia (Buena, Regular, Mala); Consistencia de la red de apoyo (Alta, Media, Baja), Fragilidad de la red de apoyo (Baja, Media, Alta), Riesgo de claudicación de la red de apoyo (Bajo, medio, Alto)* (Anexo 2).

- **Preferencias:** *la persona beneficiaria desea vivir en un domicilio particular (si/no); la persona beneficiaria desea vivir en un domicilio particular recibiendo la atención de la unidad de convivencia (si/no); la persona beneficiaria desea vivir en un domicilio particular recibiendo la atención de cuidadores profesionales (si/no); la persona beneficiaria desea vivir en un domicilio particular acudiendo a una unidad de estancia diurna (si/no); la persona beneficiaria desea vivir en un centro de atención residencial (si/no).*
- **Condiciones clínicas:** diagnósticos registrados en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud en los tres meses anteriores a la solicitud de reconocimiento de la dependencia, codificados en CIE-9 y agrupados por las siguientes categorías: Enfermedad de Alzheimer, Demencia, Enfermedad cardiaca, Enfermedad cerebrovascular, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Fractura de cadera y Neoplasias malignas. Los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades correspondientes a cada una de las condiciones clínicas se pueden ver en el Anexo 3.

### **3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN**

La principal fuente utilizada para la extracción de los datos fue el **Sistema de Información del SAAD (SISAAD)**. Es en este sistema donde se realiza la valoración de la situación de dependencia con la aplicación del baremo correspondiente y en el que se detalla la puntuación obtenida para cada actividad o grupo de tareas.

Para completar los datos con información sobre el entorno social de la persona en situación de dependencia la fuente de información fue **Netgefys**, sistema de información en el que se elabora el Programa Individual de Atención (PIA) en Andalucía.

La información relativa a las condiciones clínicas en los tres meses previos a la fecha de solicitud de la valoración para la entrada en el SAAD se obtuvo de la **Historia Clínica**

**Electrónica de Atención Primaria (DIRAYA).** La fecha de muerte se obtuvo del **Registro de Mortalidad de Andalucía** y se cruzaron los datos con los del **Registro Nacional de Defunciones.**

### **3.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables separado por hombres y mujeres, siguiendo las recomendaciones de García Calvente et al. (2010), para observar la distribución de todas las variables y analizar las brechas que pudieran estar relacionadas con el género. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizaron los estadísticos básicos (media y desviación típica). Para variables categóricas se utilizó la distribución de frecuencias relativas con los intervalos de confianza al 95%.

Se elaboraron series temporales para conocer las tendencias que siguieron las preferencias y los avances del sistema hacia la profesionalización.

El efecto de las preferencias sobre la elección del recurso asistencial y los factores predictores de la institucionalización se estimaron mediante O.R. con intervalos de confianza al 97,5%. Se estimó el Valor Predictivo Positivo de cada preferencia frente al recurso asistencial correspondiente.

Se calcularon las tasas específicas de mortalidad para cada y sexo y recurso asistencial, por grupos de edad, preferencias, características de la red de apoyo y condiciones clínicas. Se estudió la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier y se diseñaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para calcular la supervivencia ajustada por edad, nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria, preferencias, características de la red de apoyo y condiciones clínicas para cada sexo. Los análisis estadísticos se realizaron con el software libre R (R Core Team, 2012).



## **4 RESULTADOS**



#### 4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La cohorte estaba constituida por 206.150 personas. Se excluyeron 6.111 personas por haber cambiado de entorno asistencial durante el período de estudio, de residencia a domicilio o viceversa. Ninguna de las personas mayores registradas durante el período de estudio recibía Prestaciones Económicas para Asistente Personal ni Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio. Esta última prestación se concede solo en los casos en los que en el ámbito territorial donde vive la persona no se dispone de recursos asistenciales públicos o concertados por la Administración Pública, y por tanto, se asigna una prestación económica que permite la compra de servicios privados residenciales o de apoyo al cuidado en domicilio.

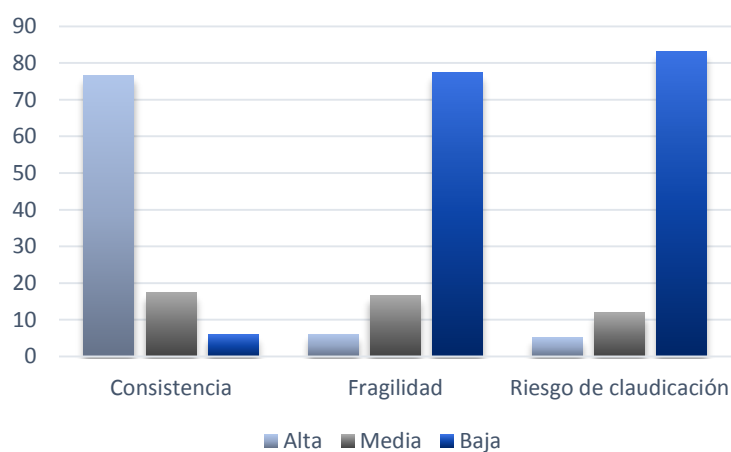
Se analizaron los datos de 200.039 personas, 70,8% mujeres, con una media de edad de 80,3 años ( $\sigma=7,05$ ) y un nivel de dependencia medio de 73,9 puntos en la Escala BVD ( $\sigma= 14,2$ ). El 87% de esta población manifestó su deseo de vivir en el domicilio. El 86,8% de la población recibía alguna prestación de cuidados en domicilio, ya fuera una prestación económica para cuidado en el entorno familiar, los servicios de ayuda a domicilio o acudir a una unidad de estancia diurna (Tabla 1).

La atención recibida por parte de sus familiares próximos antes de la entrada en el Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia fue valorada por las personas mayores como “buena” para el 91,8% de la población. La consistencia de la red de apoyo se consideró “alta” para el 76,8% de la población; la fragilidad de la red se consideró “baja” para el 77,3%; y, el riesgo de claudicación se valoró como “bajo” para el 83,1% (Imagen 22).

**Tabla 1. Características de la población de estudio**

	N	%	p
Sexo			
Mujer	141.586	70,8	< 0,001
Hombre	58.453	29,2	
Grupo de edad (años)			< 0,001
65-69	14.067	7	
70-74	27.573	13,8	
75-79	48.033	24	
80-84	54.811	27,4	
85-89	38.000	19	
90+	17.555	8,8	
¿Desea vivir en domicilio?			
[Si]	135.092	87%	< 0,001
[No]	20.283	13%	
Recibe cuidados en:			
Domicilio	173.580	86,8%	< 0,001
Residencia	26.459	13,2%	

**Imagen 22. Características de la red de apoyo**



El análisis de las condiciones clínicas se realizó para las 78.363 personas que tenían registradas los diagnósticos en la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria (DIRAYA), en los tres meses previos a la solicitud de reconocimiento de la dependencia (39,2% del total de la población estudiada). Entre los diagnósticos más prevalentes se encontraron la demencia (5,3% de la población con registros en la Historia Clínica

Electrónica), enfermedad cerebrovascular (4,4%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (4,3%), Alzheimer (3%) y Cáncer (0,6%) (Tabla 2).

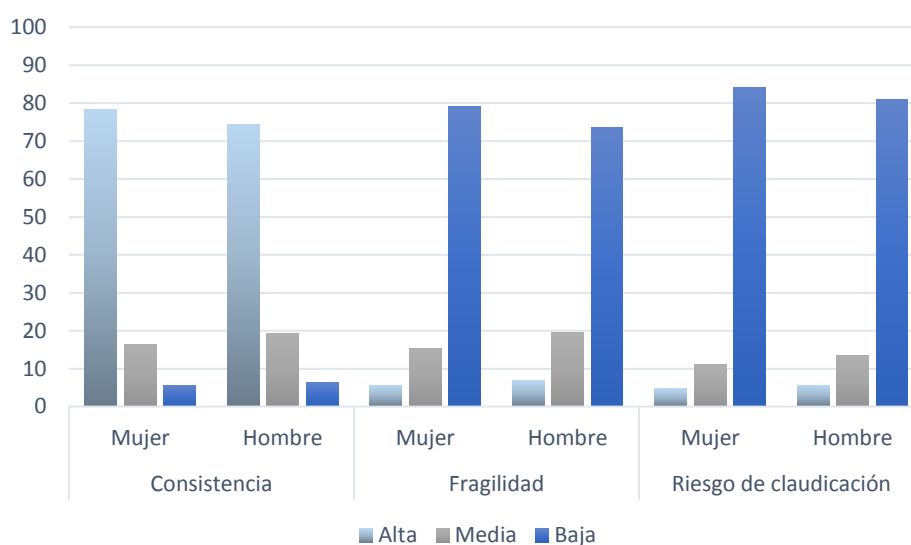
**Tabla 2. Diagnósticos registrados en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria**

	N	%	p
Tiene datos clínicos registrados			
[Si]	78.383	39,2	< 0,001
[No]	121.676	60,8	
Alzheimer			
[Si]	2.392	3	< 0,001
[No]	76.205	97	
Demencia			
[Si]	4.119	5,3	< 0,001
[No]	74.244	94,7	
Enfermedad cerebrovascular			
[Si]	3.475	4,4	< 0,001
[No]	74.888	95,6	
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica			
[Si]	3.327	4,3	< 0,001
[No]	75.036	95,7	
Fractura de cadera			
[Si]	420	0,5	< 0,001
[No]	77.943	99,5	
Neoplasias malignas			
[Si]	465	0,6	< 0,001
[No]	77.898	99,4	

Las principales diferencias entre sexos se encontraron en:

- El grupo de 80 años y más (57,7% en las mujeres frente al 49,6% en hombres).
- La valoración de la atención recibida antes de entrar en el sistema (91,5% de las mujeres la consideraron buena frente al 92,3% de los hombres).
- La consistencia de la red de apoyo (alta para el 77,9% de las mujeres y 74,3% de los hombres).
- La fragilidad de la red de apoyo (baja para el 79% de las mujeres y el 73,7% de los hombres).
- El riesgo de claudicación (bajo para el 84,1% de las mujeres y el 80,9% de los hombres) (Imagen 23).

**Imagen 23. Características de la red de apoyo por sexo**



La proporción de mujeres fue similar en los distintos recursos de apoyo al cuidado en domicilio, en torno al 70%, aunque ligeramente inferior en la atención residencial ( $p < 0,001$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3. Distribución de la población por sexo para cada tipo de recurso de apoyo al cuidado**

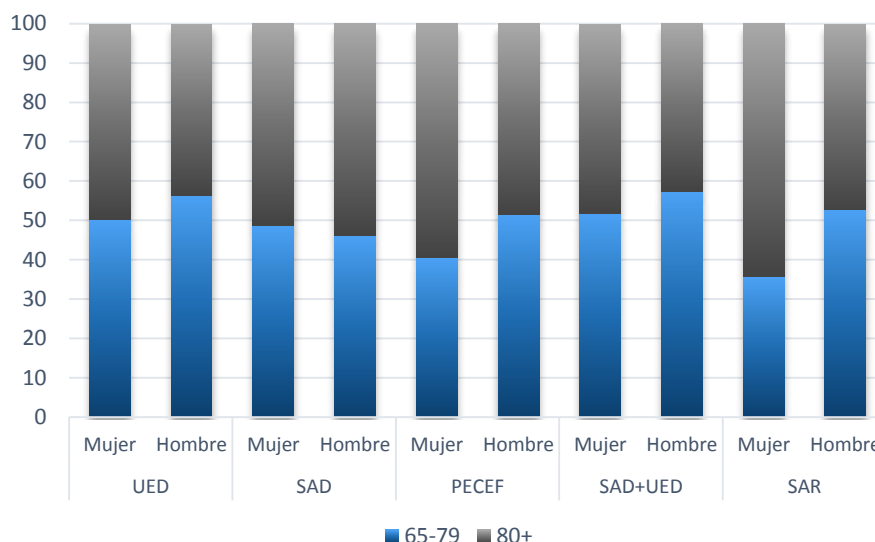
SEXO	RECURSOS DE APOYO AL CUIDADO EN DOMICILIO								RECURSOS RESIDENCIALES	
	UED		SAD		PECEF		SAD+UED		SAR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hombre	1.048	28,1	15.583	29,0	32.595	28,9	1.102	29,8	8.286	31,1
Mujer	2.677	71,9	38.219	71,0	80.080	71,1	2.601	70,2	18.337	68,9

*UED: Unidad de Estancia Diurna; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio; PECEF: Prestación económica para el Cuidado en el Entorno Familiar; SAD+UED: Servicio de Ayuda a Domicilio complementado con Unidad de Estancia Diurna; SAR: Servicio de Atención Residencial*

La distribución por grupos de edad y sexo en cada tipo de recurso asistencial mostró una población femenina más envejecida entre las atendidas en los centros residenciales que en cualquiera de los recursos domiciliarios. Un 64,3% de las mujeres atendidas en residencias tenían 80 años o más, mientras que en las unidades de estancia diurna esta población alcanzó sólo el 49,5%. Entre los hombres, la mayor proporción de 80 años y

más se encontró entre quienes reciben una combinación de servicios de ayuda a domicilio y unidad de estancia diurna (Imagen 24).

**Imagen 24. Distribución de la población por edad y sexo para cada tipo de recurso asistencial (%)**



*UED: Unidad de Estancia Diurna; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio; PECEF: Prestación Económica para el Cuidado en el Entorno Familiar; SAD+UED: Servicio de Ayuda a Domicilio complementado con Unidad de Estancia Diurna; SAR: Servicio de Atención Residencial*

Respecto a los niveles de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, la puntuación media en mujeres fue de 73,8 puntos en la escala BVD La puntuación media en hombres fue de 74,3 puntos. Por recurso asistencial, las menores puntuaciones se encontraron en las personas que recibían servicios de ayuda a domicilio (68,97 en mujeres y 71,9 en hombres).

Los niveles más altos de dependencia se encontraron entre quienes recibían una combinación de servicios de ayuda a domicilio además de atención en unidades de estancia diurna (80,6 en mujeres y 82,1 en hombres) (Tabla 4).

**Tabla 4. Nivel de dependencia por sexo y recurso asistencial**

SEXO	DOMICILIO								RESIDENCIA	
	UED		SAD		PECEF		SAD+UED		SAR	
	Media	$\sigma$	Media	$\sigma$	Media	$\sigma$	Media	$\sigma$	Media	$\sigma$
Mujer	70,43	14,8	68,97	13,7	75,00	14,0	80,55	9,4	78,98	13,6
Hombre	72,60	14,9	71,90	14,3	75,00	13,9	82,10	9,1	75,40	14,4

*UED: Unidad de Estancia Diurna; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio; PECEF: Prestación Económica para el Cuidado en el Entorno Familiar; SAD+UED: Servicio de Ayuda a Domicilio complementado con Unidad de Estancia Diurna; SAR: Servicio de Atención Residencial*

En cuanto a las condiciones clínicas, en las mujeres se encontraron prevalencias más altas en enfermedad cerebrovascular, Alzheimer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En hombres, las mismas patologías pero en prevalencias más altas (Tabla 5).

**Tabla 5. Prevalencia de enfermedad por sexo**

	MUJER		HOMBRE	
	N	%	N	%
Alzheimer	1.675	3,13	704	2,84
Demencia	2.843	5,31	0	0,00
Enfermedad cerebrovascular	1.875	3,50	1.603	6,46
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	848	1,58	2.478	9,99
Fractura de cadera	337	0,63	85	0,34
Neoplasias malignas	181	0,34	284	1,14

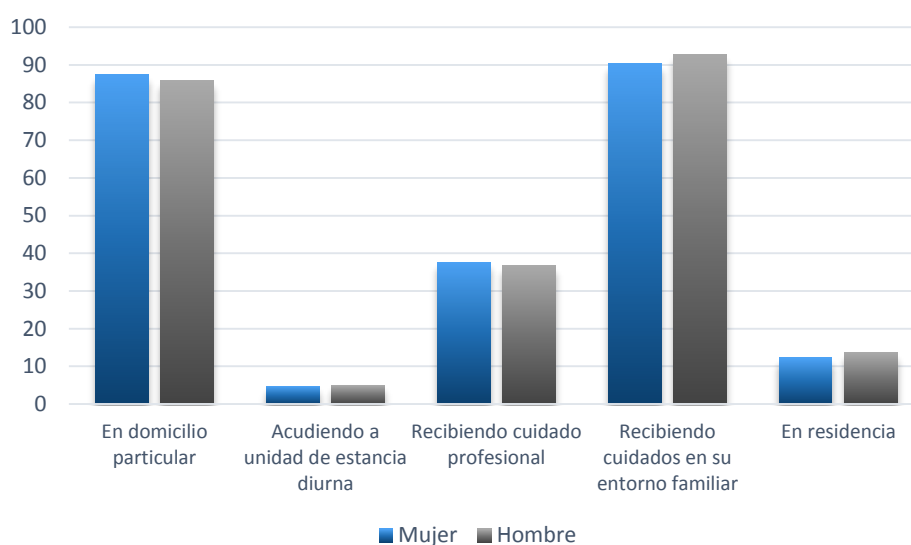
## 4.2 PREFERENCIAS Y RECURSOS ASISTENCIALES PRESCRITOS

### 4.2.1 Las preferencias sobre el recurso asistencial

En cuanto a las preferencias sobre los recursos de apoyo al cuidado, durante el trámite de consulta a la persona interesada, el 87,3% de las mujeres y el 85,9% de los hombres manifestaron su deseo de vivir en su domicilio particular. El 12,2% de las mujeres y el 13,6% de los hombres manifestaron su preferencia por la atención residencial. La opción de cuidados en una unidad de estancia diurna fue seleccionada por un 4,8% de las mujeres y un 5% de los hombres (Imagen 25).



**Imagen 25. Preferencias acerca del recurso asistencial por sexo**

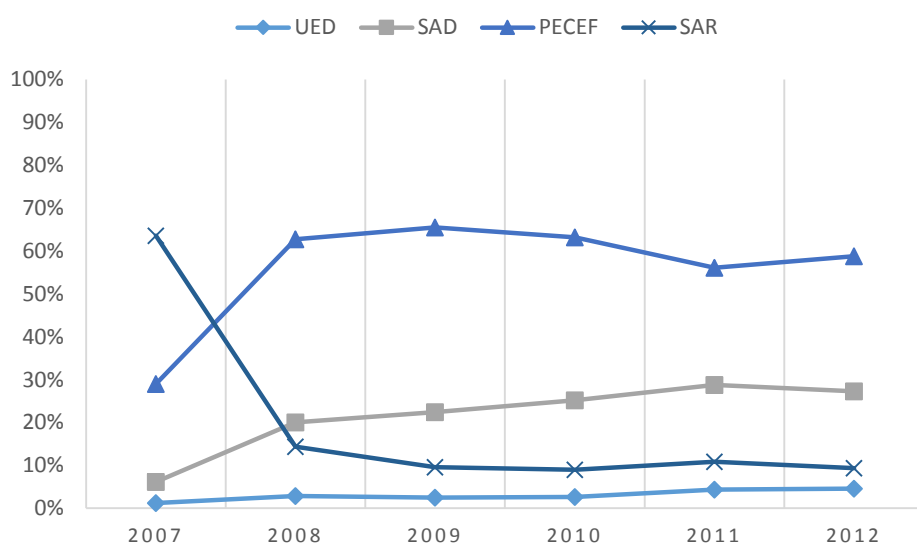


Al 99,3% de las mujeres y al 99,1% de los hombres que deseaban permanecer en el domicilio se les asignó alguna de las prestaciones que les permitieron permanecer en su domicilio ( $p < 0,001$ ). Al 69,1% de las mujeres y al 68,2% de los hombres que preferían ser cuidados por un familiar, se les asignó una prestación económica para el cuidado en el entorno familiar ( $p < 0,001$ ). Al 82,1% de las mujeres y 80,9% de los hombres que preferían el cuidado profesional en el domicilio, se les prescribieron los servicios de ayuda a domicilio ( $p < 0,001$ ). Al 66,2% de las mujeres y al 63,9% de los hombres que manifestaron su deseo de acudir a centro de día se les prescribió la atención en una unidad de estancia diurna ( $p < 0,001$ ). Al 72,6% de las mujeres y al 77,6% de los hombres que deseaban vivir en una residencia se les asignó la atención residencial ( $p < 0,001$ ).

En cuanto a la evolución de las preferencias sobre los recursos asistenciales a lo largo del periodo de estudio, el año 2007 presenta un comportamiento excepcional, con un 63,2% de la población que prefiere vivir en un centro residencial. Desde el año 2008 al 2012 las personas manifestaron una clara preferencia por la atención en domicilio (del 85,6% en 2008 al 90,6% en 2012) frente al entorno residencial (del 14,4% en 2008 al 9,4% en

2012). En los recursos de asistencia a domicilio, la preferencia por los cuidados familiares se mantiene como la opción preferencial en todo el período, aunque con un ligero descenso hacia el final del período (del 62,7% en 2008 al 58,8% en 2012). La preferencia por el centro de día pasa del 2,9% al 4,5%. Los cuidados profesionales que se prestan a través de los servicios de ayuda a domicilio son los de mayor evolución, pasando de un 20% en 2008, al 27,3% en 2012 (Imagen 26).

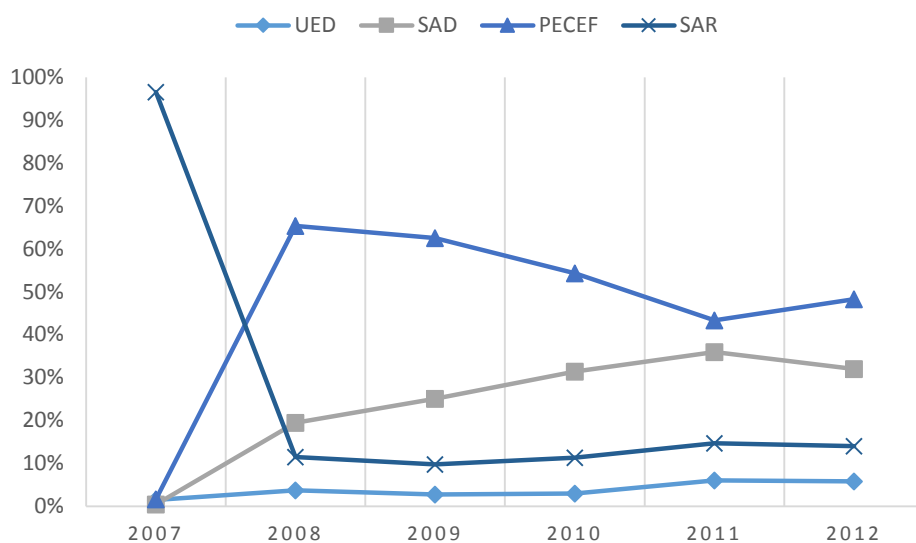
**Imagen 26. Evolución de las preferencias en el período 2007-2012**



*UED: Unidad de Estancia Diurna; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio; PECEF: Prestación Económica para el Cuidado en el Entorno Familiar; SAR: Servicio de Atención Residencial*

En cuanto a los recursos efectivamente asignados, en 2007 al 96,6% de las personas se les prescribió la atención residencial. Esta proporción disminuye drásticamente en 2008 (11,4%) y alcanza el 14% al final del período. Los servicios de ayuda a domicilio se incrementan notablemente, pasando del 0,4% en 2007 al 32% en 2012. La unidad de estancia diurna (como recurso exclusivo o como complemento de la ayuda a domicilio), pasa del 1,4% al 5,8% al final del período (Imagen 27).

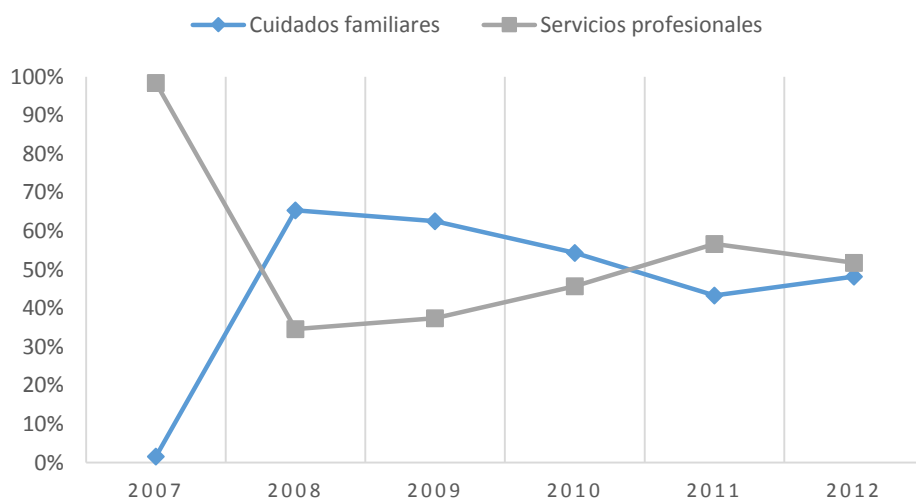
**Imagen 27. Evolución de los recursos asignados en el período 2007-2012**



*UED: Unidad de Estancia Diurna; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio; PECEF: Prestación Económica para el Cuidado en el Entorno Familiar; SAD+UED: Servicio de Ayuda a Domicilio complementado con Unidad de Estancia Diurna; SAR: Servicio de Atención Residencial*

Los cuidados profesionales entre los que se incluyen los servicios de ayuda a domicilio, las unidades de estancia diurnas y la atención residencial pasaron del 34,6% en 2008 al 51,8%, en comparación con los cuidados en el entorno familiar (Imagen 28).

**Imagen 28. Evolución de los cuidados profesionales vs. los cuidados familiares. Período 2007-2012**



#### 4.2.2 La preferencia como factor predictor del recurso asistencial

Para la valoración de la protección del principio de autonomía en la elección del recurso asistencial se construyeron modelos de regresión logística para cada preferencia y tipo de recurso asignado. En cada uno de los modelos se utilizó uno de los recursos asistenciales y la preferencia correspondiente:

- En el Modelo 1, la variable dependiente es la prescripción en el Programa Individual de Atención de la *Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (si/no)* e incluye entre las variables predictoras la preferencia expresada como: “*La persona desea vivir en un domicilio particular recibiendo atención de su unidad de convivencia*”.
- En el Modelo 2, la variable dependiente es la prescripción de *Servicios de Ayuda a Domicilio* y se incluye entre las variables predictoras la preferencia expresada como “*La persona desea vivir en un domicilio particular recibiendo atención de cuidadores profesionales*”.
- En el Modelo 3, la variable dependiente es la prescripción de la *Unidad de Estancia Diurna* y se incluye entre las variables predictoras la preferencia expresada como “*La persona desea vivir en un domicilio particular acudiendo a un centro de día*”.
- En el Modelo 4, la variable dependiente es la prescripción de la *Atención Residencial* y se incluye en el modelo la preferencia expresada como “*La persona desea vivir en un centro residencial*”.

Los resultados muestran que la preferencia por el cuidado familiar incrementó la elección de la prestación económica para cuidado en el entorno familiar hasta 4,7 veces más que para quienes no manifestaron esta preferencia. La preferencia por los cuidados profesionales en casa incrementó 44,1 veces la probabilidad de elección de los servicios de ayuda a domicilio. La preferencia por acudir a un centro de día, incrementó 281,7 veces la probabilidad de elección de las unidades de estancia diurna. La preferencia por la atención residencial incrementó 151,3 veces la probabilidad de elección del centro residencial (Tabla 6).

**Tabla 6. Factores predictores de la prescripción del recurso asistencial**

	Modelo 1 Cuidado familiar		Modelo 2 Ayuda a domicilio		Modelo 3 Centro de día		Modelo 4 Residencia	
	O.R. (I.C. 97,5%)	Sig.	O.R. (I.C. 97,5%)	P	O.R. (I.C. 97,5%)	P	O.R. (I.C. 97,5%)	P
Sexo								
Hombre	1		1		1		1	
Mujer	0,99 (0,97-1,03)		0,99 (0,94-1,03)		1,08 (0,97-1,21)		0,94 (0,85-1,04)	
Edad	1,004 (1,002-1,006)	***	1,003 (0,999-1,01)		0,98 (0,97-0,99)	***	1,007 (1,000-1,014)	*
Nivel de dependencia	1,009 (1,007-1,01)	***	0,976 (0,974-0,978)	***	1,022 (1,020-1,026)	***	1,014 (1,010-1,017)	***
Preferencia por el recurso asistencial específico								
NO	1		1		1		1	
SI	4,7 (4,33-5,11)	***	44,1 (42,1-46,2)	***	281,7 (254,1-312,9)	***	151,4 (136,2-168,3)	***
Valoración de la atención								
Buena	1		1		1		1	
Regular	0,17 (0,14-0,19)	***	2,74 (2,40-3,15)	***	0,76 (0,58-0,998)		1,61 (1,39-1,87)	***
Mala	0,44 (0,32-0,59)	***	1,22 (0,89-1,68)		0,83 (0,38-1,76)		3,34 (2,50-4,47)	***
Consistencia de la red								
Alta	1		1		1		1	
Media	0,26 (0,24-0,27)	***	2,38 (2,22-2,55)	***	1,12 (0,96-1,31)		1,35 (1,18-1,54)	***
Baja	0,29 (0,26-0,33)	***	2,65 (2,30-3,05)	***	0,69 (0,50-0,96)	*	1,37 (1,13-1,66)	**
Fragilidad de la red								
Baja	1		1		1		1	
Media	0,21 (0,20-0,22)	***	2,58 (2,39-2,79)	***	1,01 (0,92-1,31)		1,39 (1,20-1,61)	***
Alta	0,32 (0,29-0,36)	***	1,99 (1,71-2,31)	***	0,96 (0,68-1,34)		1,20 (0,97-1,48)	
Riesgo de claudicación								
Bajo	1		1		1		1	
Medio	0,66 (0,62-0,70)	***	1,14 (1,04-1,24)	**	1,00 (0,83-1,20)		1,32 (1,15-1,53)	***
Alto	0,76 (0,67-0,87)	***	0,9 (0,77-1,07)		1,02 (0,72-1,45)		1,31 (1,09-1,58)	**

**OR** Odds Ratio. **IC:** Intervalo de confianza. **Sig.:** Significación. **Códigos significación:** \*\*\*<0.001 \*\*<0.01 \*<0.05

El nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria se identificó también como un factor predictor del recurso asistencial, en distinto sentido y magnitud para cada recurso. Así, por cada punto de dependencia en la Escala BVD:

- 0,9% más de probabilidad de elegir el cuidado familiar.
- 0,3% menos de probabilidad de elegir los servicios de ayuda a domicilio.
- 1,02% más de probabilidad de elegir una unidad de estancia diurna.
- 1,01% más de probabilidad de elegir un centro residencial.

Las características de la red de apoyo también mostraron asociación con la elección del recurso asistencial. Así, las personas para las que se consideró que la consistencia de la

red de apoyo era media tenían más probabilidades de elegir los servicios de ayuda a domicilio (2,38 veces más) o los centros residenciales (35% más), que las personas con una consistencia alta de la red.

En cuanto al Valor Predictivo Positivo, para las unidades de estancia diurna se encontró que en el 84,2% de los casos la preferencia predice la asignación de este recurso (Tabla 7).

**Tabla 7. Valor predictivo positivo para las unidades de estancia diurna**

		Elige		VPP (%)	p
		Prefiere			
		UED [Si]	UED [No]		
Unidad de estancia diurna	[Si]	3.916	2.058	84,2	<0,001
	[No]	737	113.643		

*UED: unidad de estancia diurna*

Para los servicios de ayuda a domicilio, la preferencia por el cuidado profesional en casa predice un 89,2% de los casos (Tabla 8).

**Tabla 8. Valor predictivo positivo para los servicios de ayuda a domicilio**

		Elige		VPP (%)	p
		Prefiere			
		SAD [Si]	SAD [No]		
Servicios profesionales	[Si]	38.292	8.562	89,2	<0,001
	[No]	4.613	73.457		

*SAD: servicio de ayuda a domicilio*

El cuidado familiar fue asignado al 97,4% de los casos en los que se manifestó esta preferencia (Tabla 9).

**Tabla 9. Valor predictivo positivo para los cuidados en el entorno familiar**

		Elige		VPP (%)	p
		PECEF [Si]	[No]		
Cuidado en el entorno familiar	Prefiere	[Si]	[No]	97,4	<0,001
		[Si]	81.865		
	[No]	2.501	9.173		

*PEEF: cuidado en el entorno familiar*

Para la atención residencial, el valor predictivo positivo se situó en el 92,3% (Tabla 10).

**Tabla 10. Valor predictivo positivo para los servicios residenciales**

		Elige		VPP (%)	p
		SAR [Si]	[No]		
Atención residencial	Prefiere	[Si]	[No]	92,3	<0,001
		[Si]	14.682		
	[No]	1.227	134.980		

*SAR: servicio de atención residencial.*

### 4.3 FACTORES PREDICTORES DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Para el análisis de los factores predictores de la institucionalización se agruparon en una única categoría las prestaciones que permiten a las personas mantenerse en sus propios hogares (servicios de ayuda a domicilio, unidades de estancia diurna y cuidados en el entorno familiar) y se compararon la atención residencial.

#### 4.3.1 Características de la población según entorno asistencial

En el grupo de hombres la media de edad fue más alta en el entorno domiciliario, con 79,4 años frente a 78,9 años en los centros residenciales ( $p < 0,001$ ). La consistencia de la

red fue valorada como alta para una alta proporción de personas que recibían cuidados en domicilio (76,2%) en comparación con las que estaban siendo atendidas en residencias (28,5%). En coherencia con esta variable, la fragilidad de la red y el riesgo de claudicación se consideraron altas para más de una tercera parte de los hombres institucionalizados, mientras que en domicilio se consideraron altas para menos de un 6%. En residencias se encontró una mayor prevalencia de demencia en residencias (6,3%) que en domicilios (5%). Las demás patologías tenían una prevalencia más alta en domicilios: Enfermedad cerebrovascular (6,7% vs. 5,2%), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (10,3% vs. 8%) y Neoplasias malignas (1,2% vs. 0,7%).

En las mujeres, la edad media era más alta que en los hombres, y más alta en residencias (81,7 años) que en domicilios (80,5 años) ( $p < 0,001$ ). En el mismo sentido que en el grupo de hombres, la consistencia de la red se consideró alta para una proporción mayor de mujeres en domicilio (79,7%) que en residencias (33,4%). La fragilidad de la red se consideró alta para el 29,4% de las mujeres que eran atendidas en residencias frente al 4% de las que eran atendidas en domicilio. La prevalencia de patologías fue más alta en residencias que en domicilio, para demencia (8,9% y 4,7% respectivamente) y Alzheimer (4,4% y 2,9%) y más baja para Enfermedad cerebrovascular (3,2% y 3,5%) y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1,4% y 1,6%) (Anexo 4).

El análisis bivariante mostró que la edad se comportaba como un factor predictor de institucionalización en mujeres (15,3% entre las mujeres de 85 años y más frente al 9,5% de las de 65 a 69 años). Así mismo, el deseo de vivir en una residencia (72,7% de mujeres que manifestaron su deseo de vivir en residencia fueron institucionalizadas), o de no desear vivir en el domicilio (71,6% de las que no preferían vivir en su domicilio también fueron institucionalizadas). Una consistencia baja de la red de apoyo, una fragilidad alta y un riesgo de claudicación alto son también factores de riesgo de institucionalización en



las mujeres. Respecto a las condiciones clínicas, se identificaron como factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer, las demencias y la fractura de cadera (Anexo 5).

En el grupo de hombres, la edad se comportó también como un factor de riesgo de institucionalización, al igual que las preferencias por vivir en una residencia (77,6% de los hombres que manifestaron su deseo de vivir en una residencia fueron institucionalizados) o no desear vivir en el domicilio (76,6%). La consistencia baja de la red de apoyo, la fragilidad alta y el alto riesgo de claudicación también se identificaron como factores de riesgo de institucionalización en este grupo de población, además de la demencia, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y las neoplasias malignas (Anexo 6).

#### **4.3.2 Factores predictores de institucionalización por sexo**

El modelo de regresión logística mostró que, ajustadas todas las variables, los factores predictores de la institucionalización en mujeres fueron el nivel de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria (1% por cada punto de dependencia); desear vivir en residencia (5,9 veces más que quienes no deseaban vivir en residencia); una consistencia media de la red de apoyo (28% más de riesgo frente a quienes tenían una consistencia baja); una fragilidad media de la red de apoyo (40% más que quienes tenían una fragilidad alta); y, tener un diagnóstico de demencia (24% más riesgo que quienes no lo tienen). Como factores protectores se identificaron desear vivir en domicilio, un bajo riesgo de claudicación de la red de apoyo y la enfermedad cerebrovascular (Tabla 11).

**Tabla 11. Factores predictores de institucionalización en mujeres. Regresión logística**

	Estimador	exp (Estimador)	Intervalo de confianza (97,5%)	
Nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria (escala BVD)	0.014	1.01	(1.011 , 1.017)	<0,001
Edad (años)				
70-74	-0.06	0.94	(0.75 , 1.17)	
75-79	0.03	1.03	(0.84 , 1.26)	
80-84	-0.08	0.92	(0.75 , 1.13)	
85-89	-0.04	0.96	(0.78 , 1.18)	
90 o más	-0.14	0.87	(0.70 , 1.08)	
Preferencias				
Desea vivir en domicilio [SI]	-3.58	0.03	(0.02 , 0.04)	<0,001
Desea vivir en residencia [SI]	1.77	5.90	(4.13 , 8.54)	<0,001
Consistencia de la red				
[Media]	0.24	1.28	(1.01 , 1.60)	<0,05
[Baja]	0.24	1.27	(0.90 , 1.77)	
Fragilidad de la red				
[Baja]	-0.29	0.74	(0.51 , 1.09)	
[Media]	0.33	1.40	(1.01 , 1.93)	<0,05
Riesgo de claudicación de la red				
[Baja]	-0.83	0.43	(0.31 , 0.61)	<0,001
[Media]	-0.24	0.79	(0.58 , 1.07)	
Condiciones clínicas				
Alzheimer [SI]	0.13	1.14	(0.95 , 1.37)	
Enfermedad cerebrovascular [SI]	-0.33	0.72	(0.58 , 0.88)	<0.01
Demencia [SI]	0.21	1.24	(1.07 , 1.41)	<0.01
EPOC [SI]	0.18	1.19	(0.85 , 1.65)	
Fractura de cadera [SI]	0.06	1.06	(0.66 , 1.68)	
Neoplasia maligna [SI]	0.48	1.62	(0.85 , 2.98)	

*EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*

En el grupo de hombres, los factores predictores de la institucionalización identificados fueron desear vivir en una residencia (6,7 veces más) y una consistencia baja o media de la red de apoyo (60% y 82% respectivamente frente a los que tenían una consistencia alta). Se mostraron como factores protectores desear vivir en el domicilio y un bajo o medio riesgo de claudicación de la red de apoyo (Tabla 12).

**Tabla 12. Factores predictores de institucionalización en hombres. Regresión logística**

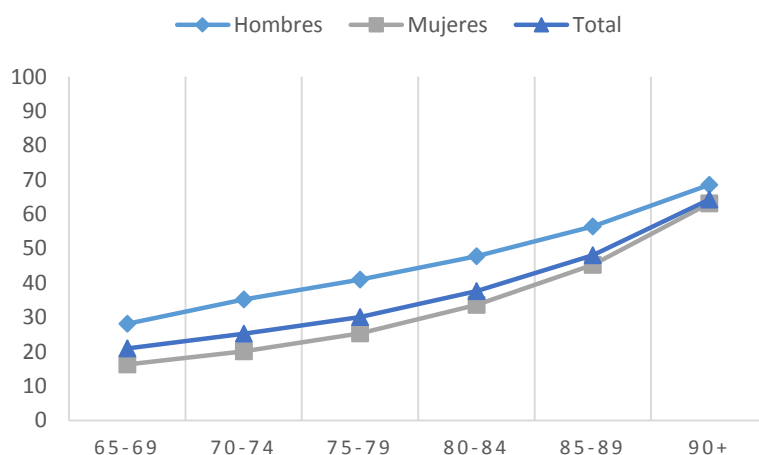
	Estimador	exp (Estimador)	Intervalo de confianza (97,5%)	Sig.
Nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria (escala BVD)	-0.00	0.996	(0.991 , 1.00)	
Edad (años)				
70-74	0.06	0.11	(0.83 , 1.35)	
75-79	-0.02	0.98	(0.77 , 1.23)	
80-84	-0.19	0.83	(0.66 , 1.05)	
85-89	-0.10	0.91	(0.71 , 1.16)	
90 o más	-0.23	0.79	(0.59 , 1.06)	
Preferencias				
Desea vivir en domicilio [SI]	-3.52	0.03	(0.02 , 0.05)	<0,001
Desea vivir en residencia [SI]	1.91	6.73	(3.96 , 11.8)	<0,001
Consistencia de la red				
[Media]	0.47	1.60	(1.03 , 2.49)	<0,05
[Baja]	0.60	1.82	(1.32 , 2.51)	<0,001
Fragilidad de la red				
[Baja]	-0.20	0.82	(0.49 , 1.37)	
[Media]	0.18	1.20	(0.78 , 1.84)	
Riesgo de claudicación de la red				
[Baja]	-1.21	0.30	(0.20 , 0.45)	<0,001
[Media]	-0.88	0.42	(0.28 , 0.61)	<0,001
Condiciones clínicas				
Alzheimer [SI]	0,13	1.14	(0.87 , 1.46)	
Enfermedad cerebrovascular [SI]	-0.19	0.83	(0.65 , 1.05)	
Demencia [SI]	0.19	1.20	(0.95 , 1.51)	
EPOC [SI]	-0.16	0.85	(0.69 , 1.05)	
Fractura de cadera [SI]	-0.82	0.44	(0.14 , 1.29)	
Neoplasia maligna [SI]	-0.20	0.82	(0.40 , 1.62)	

*EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*

#### 4.4 MORTALIDAD POR SEXO Y RECURSO ASISTENCIAL

Durante el período de estudio fallecieron 74.533 personas (37,3% de la población). Entre las personas fallecidas, el 64,7% eran mujeres. Sin embargo, proporcionalmente, en el grupo de hombres falleció el 45%, mientras que en el grupo de mujeres falleció el 34% ( $p < 0,001$ ) (Imagen 29).

**Imagen 29. Mortalidad por grupos de edad y sexos.**



#### 4.4.1 Mortalidad según entorno asistencial

La mortalidad fue consistentemente más alta en residencias que en los domicilios, tanto en mujeres como en hombres, para todos los grupos de edad, preferencias, características de la red de apoyo y condiciones clínicas analizadas (Tabla 13).

**Tabla 13. Mortalidad por entorno asistencial. Variables individuales y sociales**

			Domicilio		Residencia		P
			N	%	N	%	
<b>Población</b>	Fallecidos/as [SI]	[NO]	61.337	35.3	13.196	49.9	< 0,001
		[NO]	112.243	64.7	13.263	50.1	
<b>Sexo</b>	Mujer	Fallecida [SI]	39.341	31.9	8.869	48.7	< 0,001
		[NO]	84.015	68.1	9.361	51.3	
	Hombre	Fallecido [SI]	21.996	43.8	4.327	52.6	< 0,001
		[NO]	28.228	56.2	3.902	47.4	
<b>Grupo de edad (años)</b>	65-69	Fallecidos/as [SI]	2.443	19.7	515	31.3	< 0,001
		[NO]	9.981	80.3	1.128	68.7	
	70-74	Fallecidos/as [SI]	5.716	23.5	1.235	38.3	< 0,001
		[NO]	18.629	76.5	1.993	61.7	
	75-79	Fallecidos/as [SI]	11.858	28.2	2.585	43.2	< 0,001
		[NO]	30.193	71.8	3.397	56.8	
	80-84	Fallecidos/as [SI]	16.816	35.5	3.782	51.2	< 0,001
		[NO]	30.609	64.5	3.604	48.8	
	85-89	Fallecidos/as [SI]	15.029	46.5	3.264	57.8	< 0,001
		[NO]	17.320	53.5	2.387	42.2	
	90+	Fallecidos/as [SI]	9.475	63.2	1.815	70.7	< 0,001
		[NO]	5.511	36.8	754	29.3	

			Domicilio		Residencia		p
			N	%	N	%	
<b>Desea vivir en domicilio</b>							
		Fallecidos/as [SI]	39.180	29.2	435	42.9	< 0,001
		[NO]	94.899	70.8	578	57.1	
<b>Valoración de la atención</b>	Buena	Fallecidos/as [SI]	43.663	31.5	2.265	43.2	< 0,001
		[NO]	94.936	68.5	2.975	56.8	
	Regular	Fallecidos/as [SI]	2.078	23.7	897	40.6	< 0,001
		[NO]	6.678	76.3	1.315	59.4	
	Mala	Fallecidos/as [SI]	333	30.3	343	39.7	< 0,001
		[NO]	766	69.7	521	60.3	
<b>Consistencia de la red de apoyo</b>	Alta	Fallecidos/as [SI]	30.745	33.4	671	44.3	< 0,001
		[NO]	61.327	66.6	845	55.7	
	Media	Fallecidos/as [SI]	6.008	31.2	890	46.5	< 0,001
		[NO]	13.272	68.8	1-022	53.5	
	Baja	Fallecidos/as [SI]	1.807	31.1	597	44.7	< 0,001
		[NO]	3.999	68.9	740	55.3	
<b>Fragilidad de la red de apoyo</b>	Baja	Fallecidos/as [SI]	30.950	33.3	639	45.8	< 0,001
		[NO]	61.910	66.7	757	54.2	
	Media	Fallecidos/as [SI]	5.724	31.2	876	45.4	< 0,001
		[NO]	12.616	68.8	1.053	54.6	
	Alta	Fallecidos/as [SI]	1.886	31.7	643	44.7	< 0,001
		[NO]	4.072	68.3	797	55.3	
<b>Riesgo de claudicación</b>	Bajo	Fallecidos/as [SI]	33.025	33.1	727	44.4	< 0,001
		[NO]	66.649	66.9	911	55.6	
	Medio	Fallecidos/as [SI]	4.105	31.9	701	45.6	< 0,001
		[NO]	8.780	68.1	837	54.4	
	Alto	Fallecidos/as [SI]	1.430	31.1	730	45.9	< 0,001
		[NO]	3.169	68.9	859	54.1	
<b>Condiciones clínicas</b>							
Demencia [SI]	Fallecidos/as [SI]	1.582	49.0	514	57.6	<0,001	
	[NO]	1.644	51.0	379	42.4		
[NO]	Fallecidos/as [SI]	23.387	36.5	5.146	50.5	<0,001	
	[NO]	40.663	63.5	5.048	49.5		
Enfermedad cerebrovascular [SI]	Fallecidos/as [SI]	1.249	41.0	234	54.7	<0,001	
	[NO]	1.798	59.0	194	45.3		
[NO]	Fallecidos/as [SI]	23.720	36.9	5.426	50.9	<0,001	
	[NO]	40.509	63.1	5.233	49.1		
EPOC [SI]	Fallecidos/as [SI]	1.366	46.6	224	56.4	<0,001	
	[NO]	1.564	53.4	173	43.6		
[NO]	Fallecidos/as [SI]	23.603	36.7	5.436	50.9	<0,001	
	[NO]	40.743	63.3	5.254	49.1		

		Domicilio		Residencia		P
		N	%	N	%	
Fractura de cadera [SI]	Fallecidos/as [SI]	154	43.9	36	52.2	<0,001
	[NO]	197	56.1	33	47.8	
[NO]	Fallecidos/as [SI]	24.815	37.1	5.624	51.0	<0,001
	[NO]	42.110	62.9	5.394	49.0	
Neoplasias malignas [SI]	Fallecidos/as [SI]	186	44.7	30	61.2	0.028
	[NO]	230	55.3	19	38.8	
[NO]	Fallecidos/as [SI]	24.783	37.1	5.630	51.0	<0,001
	[NO]	42.077	62.9	5.408	49.0	

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

#### 4.4.2 Mortalidad por sexo y recurso asistencial

La distribución de la mortalidad por sexo y recurso asistencial mostró, tanto en hombres como en mujeres, una mayor proporción de población fallecida en el recurso residencial que en cualquiera de las otras alternativas de cuidado domiciliario (Tabla 14).

**Tabla 14. Distribución de las personas fallecidas por sexo y recurso asistencial**

	UED		SAD		PECEF		SAD+UED		SAR		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>MUJER</b>											
Fallecida [SI]	754	28,3	9.345	24,5	28.484	35,6	743	28,6	8.869	48,7	<0,001
[NO]	1.913	71,7	28.771	75,5	51.447	64,4	1.851	71,4	9.361	51,3	
<b>HOMBRE</b>											
Fallecido [SI]	404	38,8	6413	41,3	14685	45,2	484	44,0	4327	52,6	<0,001
[NO]	636	61,2	9128	58,7	17838	54,8	616	56,0	3902	47,4	

UED: Unidad de Estancia Diurna; SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio; PECEF: Prestación Económica para el Cuidado en el Entorno Familiar; SAD+UED: Servicio de Ayuda a Domicilio complementado con Unidad de Estancia Diurna; SAR: Servicio de Atención Residencial

Las tasas específicas de mortalidad en mujeres fueron consistentemente más altas en el entorno residencial, para todos los grupos de edad, incrementándose siempre conforme aumenta la edad. Respecto a las preferencias, se observó una mayor mortalidad entre quienes no deseaban vivir en su domicilio y estaban recibiendo cuidados en su entorno familiar. Para todos los factores clínicos analizados, la mortalidad fue mayor en

residencias, excepto para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre quienes recibían servicios de ayuda a domicilio más unidad de estancia diurna (Anexo 7).

Las tasas específicas de mortalidad en hombres fueron también consistentemente fue más altas en residencias que en cualquiera otra de las alternativas de cuidado en el domicilio, para todos los grupos de edad, preferencias y factores clínicos, excepto para enfermedad cerebrovascular que es mayor en hombres que reciben cuidados en las unidades de estancia diurnas y para fractura de cadera en el grupo de hombres que reciben cuidados en el entorno familiar (Anexo 8).

#### **4.4.3 Supervivencia por sexo, edad y entorno asistencial**

Las curvas de Kaplan-Meier mostraron una mayor supervivencia para las mujeres respecto a los hombres y para los grupos de menor edad. Ajustados los modelos por los niveles de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y grupos de edad para cada sexo, la mejor supervivencia se encontró en la unidad de estancia diurna (UED), seguida del servicio de ayuda a domicilio (SAD), los cuidados en el entorno familiar (PECEF), el servicio de ayuda a domicilio más unidad de estancia diurna (SAD+UED) y, finalmente, en servicio residencial (SAR) (Anexo 9).

#### **4.5 FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD POR SEXO**

Ser mujer se comportó como un factor protector frente a la mortalidad. Mientras que la preferencia por vivir en un centro residencial al igual que ser atendido en un centro residencial se comportaron como factores de riesgo. La mortalidad fue mayor en residencias que en cualquiera de las alternativas de cuidado domiciliario (Anexo 10).

En mujeres se identificaron como factores de riesgo de mortalidad la baja consistencia de la red de apoyo y el alto riesgo de claudicación. Entre las condiciones clínicas, se comportaron como factores de riesgo de mortalidad la enfermedad de Alzheimer, las

demencias, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la fractura de cadera.

En hombres se encontraron como factores de riesgo de mortalidad la baja consistencia de la red de apoyo, así como la alta fragilidad y el alto riesgo de claudicación. En cuanto a las condiciones clínicas, se comportaron como factores de riesgo la enfermedad de Alzheimer, las demencias y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## **4.6 EFECTO DEL ENTORNO Y EL RECURSO ASISTENCIAL SOBRE LA MORTALIDAD**

### **4.6.1 Efecto del entorno asistencial**

Para valorar el efecto del entorno asistencial sobre la mortalidad se diseñaron dos modelos de Cox. En el primero se introdujeron las variables individuales y sociales disponibles para las 200.039 personas incluidas en el estudio. En el segundo modelo se introdujeron además, las condiciones clínicas para las 78.363 personas que tenían registrados los diagnósticos en la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria.

Ajustado por sexo, edad, nivel de dependencia, preferencias y características de la red de apoyo, el primer modelo de Cox mostró un 40% menos riesgo de morir para las mujeres frente a los hombres y un incremento del riesgo de muerte asociado a la edad (5% más de riesgo por cada año), al nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria (1,4% por cada punto de dependencia en la escala BVD) y a la valoración regular o mala de la atención recibida en el domicilio (8% y 13% respectivamente). Ajustadas estas variables, se encontró que el entorno residencial incrementaba el riesgo de morir un 52% frente a la atención en domicilio (Tabla 15).

En un segundo modelo, se introdujeron las variables clínicas disponibles. En este modelo se mantiene el sexo como factor protector (52% menos riesgo que los hombres), la edad (5% por cada año) y el nivel de dependencia (1,3% por cada punto de dependencia).



Desaparece la calidad de la atención recibida y se identifican la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (29%) y las neoplasias malignas (45%) como factores de riesgo. En este modelo, el entorno residencial se comporta también como un factor de riesgo de mortalidad, frente al entorno domiciliario (55%) (Tabla 16).

**Tabla 15. Modelo de riesgos proporcionales de Cox. Población total**

		HR	I.C. 95%	p
Sexo	Hombre	1		
	Mujer	0.60	0.59 , 0.61	***
Edad	Años	1.052	1.051 , 1.054	***
	Puntuación BVD	1.014	1.014 , 1.015	***
Nivel de dependencia				
Desea vivir en domicilio	[NO]	1		
	[SI]	1.00	0.94 , 1.06	
Red de apoyo Valoración de la atención recibida	Buena	1		
	Regular	1.08	1.02 , 1.15	**
	Mala	1.14	1.01 , 1.29	*
Consistencia de la red de apoyo	Alta	1		
	Media	0.96	0.93 , 1.00	
	Baja	0.93	0.87 , 1.00	
Fragilidad de la red de apoyo	Baja	1		
	Media	0.98	0.94 , 1.01	
	Alta	1.02	0.95 , 1.10	
Riesgo de claudicación de la red de apoyo	Bajo	1		
	Medio	1.00	0.95 , 1.04	
	Alto	0.94	0.88 , 1.01	
Entorno asistencial	Domicilio	1		
	Residencia	1.52	1.42 , 1.63	***

**Población total:** 200.039 personas. **HR:** Hazard Ratio.  
**Sig.:** Significación. **Códigos significación:** \*\*\* <0.001 \*\* <0.01 \* <0.05

**Tabla 16. Modelo de riesgos proporcionales de Cox. Población con datos clínicos**

		<b>HR</b>	<b>I.C. 95%</b>	<b>Sig.</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	1		
	Mujer	0.62	0.60 , 0.64	***
<b>Edad</b>	Años	1.051	1.048 , 1.053	***
<b>Nivel de dependencia</b>	Puntuación BVD	1.013	1.012 , 1.015	***
<b>Desea vivir en domicilio</b>	[NO]	1		
	[SI]	1.01	0.92 , 1.11	
<b>Red de apoyo</b> Valoración de la atención recibida	Buena	1		
	Regular	1.06	0.97 , 1.17	
	Mala	1.16	0.95 , 1.43	
Consistencia de la red de apoyo	Alta	1		
	Media	0.96	0.91 , 1.02	
	Baja	0.93	0.83 , 1.03	
Fragilidad de la red de apoyo	Baja	1		
	Media	0.95	0.89 , 1.01	
	Alta	0.96	0.86 , 1.07	
Riesgo de claudicación de la red de apoyo	Bajo	1		
	Medio	0.96	0.90 , 1.03	
	Alto	0.99	0.88 , 1.11	
<b>Condiciones clínicas</b>				
Enfermedad cerebrovascular	[NO]	1		
	[SI]	0.95	0.88 , 1.03	
Demencia	[NO]	1		
	[SI]	0.99	0.92 , 1.06	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	[NO]	1		
	[SI]	1.29	1.21 , 1.38	***
Neoplasias malignas	[NO]	1		
	[SI]	1.45	1.23 , 1.72	***
<b>Entorno asistencial</b>				
	Domicilio	1		
	Residencial	1.55	1.40 , 1.72	***

**Población con datos clínicos:** 78.363 personas **HR:** Hazard Ratio.  
**Sig.:** Significación. **Códigos significación:** \*\*\* <0.001 \*\* <0.01 \* <0.05

Ajustados los modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada sexo, se encontraron los siguientes factores de riesgo de morir (Tabla 17).

**Tabla 17. Modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada sexo. Efecto del entorno asistencial**

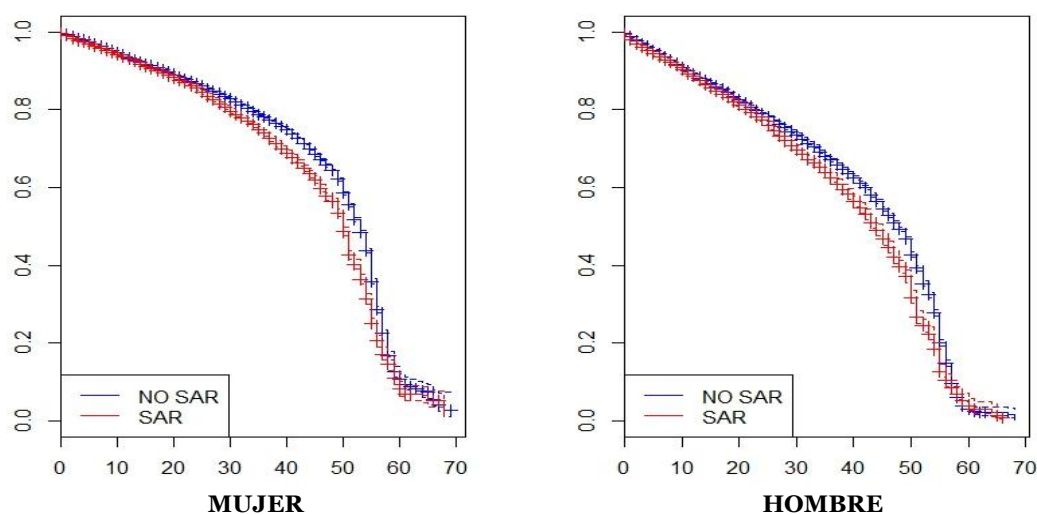
		MUJER		HOMBRE	
		HR (IC95%)	Sig.	HR (IC95%)	
Nivel de dependencia Escala BVD		1,015 (1,014-1,017)	***	1,010 (1,008-1,012)	***
Edad (años)		1,055 (1,052-1,059)	***	1,043 (1,040-1,047)	***
Prefiere vivir	En su propio domicilio [No]	1		1	
	[Si]	0,92 (0,68-1,25)		0,81(0,58-1,16)	
	En un centro residencial [No]	1		1	
	[Si]	0,97 (0,71-1,33)		0,72 (0,50-1,05)	
Características de la red de apoyo	Valoración de la atención [Buena]	1		1	
	[Regular]	1,06 (0,93-1,25)		1,06 (0,92-1,22)	
	[Mala]	1,29 (1,00-1,67)	*	0,96 (0,67-1,38)	
	Consistencia de la red [Alta]	1		1	
	[Media]	0,94 (0,87-1,01)		1,00 (0,92-1,09)	
	[Baja]	0,93 (0,80-1,07)		0,93 (0,80-1,08)	
	Fragilidad de la red [Baja]	1		1	
	[Media]	0,94 (0,86-1,03)		0,95 (0,86-1,04)	
	[Alta]	0,97(0,84-1,13)		0,94 (0,80-1,10)	
	Riesgo de claudicación [Baja]	1		1	
	[Medio]	0,96 (0,87-1,06)		0,98 (0,89-1,08)	
	[Alto]	0,95 (0,81-1,12)		1,04 (0,88-1,22)	
Condiciones clínicas	Enfermedad de Alzheimer [No]	1		1	
	[Si]	0,87 (0,80-0,95)		1,14 (1,02-1,27)	
	Demencia [No]	1		1	
	[Si]	0,98 (0,89-1,08)		1,01 (0,90-1,13)	
	Enfermedad cerebrovascular [No]	1		1	
	[Si]	1,02 (0,91-1,15)		0,90 (0,81-0,99)	*
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [No]	1		1	
	[Si]	1,42 (1,22-1,65)	***	1,25 (1,16-1,35)	***
	Fractura de cadera [No]	1		1	
	[Si]	0,93 (0,73-1,20)		1,05 (0,70-1,57)	
Neoplasias malignas [No]	1		1		
[Si]	1,73 (1,28-2,32)	***	1,35 (1,11-1,66)	**	
Entorno	Cuidados en el domicilio	1		1	
	Centro residencial	1.47 (1.28 , 1.68)	***	1.70 (1.44, 2,02)	***

HR: Hazard Ratio. **Sig.:** Significación. **Códigos significación:** \*\*\* <0.001 \*\* <0.01 \* <0.05

- Edad: 5,5% más de riesgo por cada año de edad en mujeres y 4,3% en hombres
- Nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria: 1,5% más riesgo por cada punto en la Escala BVD en mujeres y 1% en hombres
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 42% más en mujeres y 25% más en hombres.
- Neoplasias malignas: 73% en mujeres y 35% en hombres

Ajustadas todas las variables, el entorno residencial se comportó como un factor de riesgo de morir en ambos sexos: 47% más riesgo para las mujeres que las que viven en su domicilio y 70% en hombres (Imagen 30).

**Imagen 30. Modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada sexo. Efecto del entorno asistencial**



*Modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por edad, nivel de dependencia y condiciones clínicas*  
**SAR:** servicio de atención residencial. **NO SAR:** agrupa los recursos asistenciales domiciliarios: unidad de estancia diurna, servicio de ayuda a domicilio y cuidado en el entorno familiar.

#### 4.6.2 Efecto del recurso de apoyo al cuidado

A continuación se ajustaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada sexo teniendo en cuenta el recurso asistencial prescrito: unidad de estancia diurna, servicio de ayuda a domicilio, cuidado en el entorno familiar o centro residencial (Tabla 18).

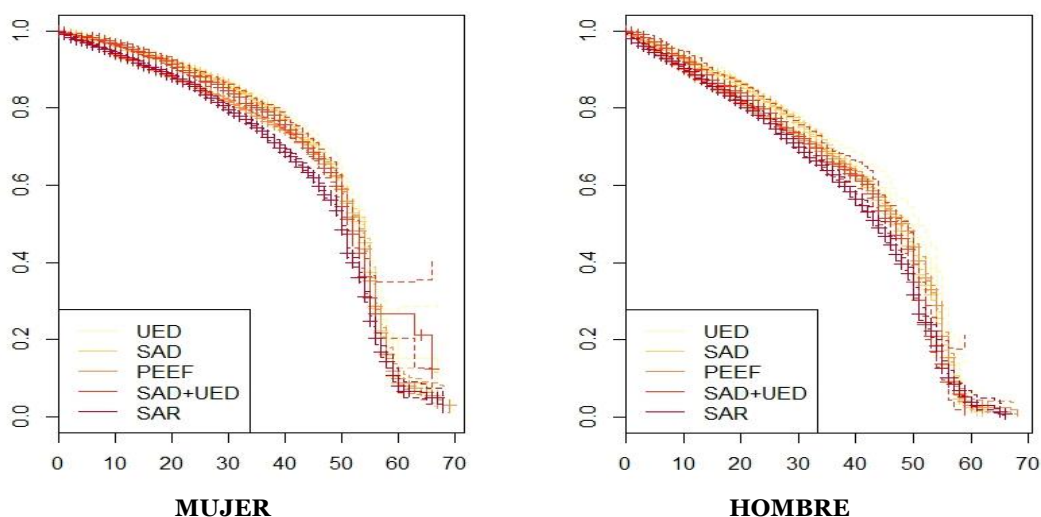
**Tabla 18. Modelos de riesgos proporcionales de Cox para cada sexo. Efecto del recurso asistencial**

		MUJER		HOMBRE	
		HR (IC95%)	Sig.	HR (IC95%)	
Nivel de dependencia Escala BVD		1,016 (1,014-1,017)	***	1,010 (1,008-1,012)	***
Edad (años)		1,06 (1,05-1,06)	***	1,044 (1,040-1,047)	***
Prefiere vivir	En su propio domicilio [No]	1		1	
	[Si]	0,91 (0,67-1,23)		0,82 (0,58-1,17)	
	En un centro residencial [No]	1		1	
	[Si]	0,97 (0,71-1,33)		0,72 (0,50-1,05)	
Características de la red de apoyo	Valoración de la atención [Buena]	1		1	
	[Regular]	1,07 (0,94-1,21)		1,06 (0,92-1,22)	
	[Mala]	1,29 (1,00-1,67)	*	0,96 (0,67-1,38)	
	Consistencia de la red [Alta]	1		1	
	[Media]	0,94 (0,87-1,02)		1,00 (0,92-1,09)	
	[Baja]	0,93 (0,80-1,08)		0,93 (0,80-1,08)	
	Fragilidad de la red [Baja]	1		1	
	[Media]	0,95 (0,87-1,04)		0,94 (0,86-1,04)	
	[Alta]	0,98 (0,84-1,14)		0,94 (0,80-1,10)	
	Riesgo de claudicación [Baja]	1		1	
	[Medio]	0,96 (0,87-1,06)		0,98 (0,88-1,08)	
	[Alto]	0,95 (0,81-1,12)		1,04 (0,88-1,22)	
Condiciones clínicas	Enfermedad de Alzheimer [No]	1		1	
	[Si]	0,87 (0,80-0,95)		1,13 (1,01-1,25)	
	Demencia [No]	1		1	
	[Si]	0,99 (0,90-1,09)		1,01 (0,90-1,12)	
	Enfermedad cerebrovascular [No]	1		1	
	[Si]	1,02 (0,91-1,15)		0,90 (0,81-1,00)	
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [No]	1		1	
	[Si]	1,42 (1,22-1,65)	***	1,25 (1,16-1,35)	***
	Fractura de cadera [No]	1		1	
	[Si]	0,93 (0,73-1,20)		1,05 (0,70-1,57)	
Neoplasias malignas [No]	1		1		
	[Si]	1,72 (1,28-2,32)	***	1,36 (1,10-1,66)	**
Recurso asistencial	Unidad de estancia diurna UED	1		1	
	Servicio de ayuda a domicilio SAD	1,11 (0,92-1,33)		0,99 (0,80-1,23)	
	Cuidado en entorno familiar PEEF	1,14 (0,95-1,37)		0,98 (0,80-1,22)	
	Ayuda a domicilio + centro de día SAD+UED	1,00 (0,78-1,30)		1,08 (0,81-1,44)	
	Atención residencial SAR	1,63 (1,31-2,03)	***	1,69 (1,30-2,20)	***

HR: Hazard Ratio. Sig.: Significación. Códigos significación: \*\*\* <0.001 \*\* <0.01 \* <0.05

Se mantuvieron los mismos factores de riesgo identificados en el modelo anterior, tanto para hombres como para mujeres. No se encontraron diferencias para ninguno de los dos sexos entre los servicios de ayuda a domicilio y el cuidado en el entorno familiar respecto a las unidades de estancia diurna. El efecto del centro residencial se situó en un 63% más de riesgo para las mujeres y 69% más de riesgo para los hombres institucionalizados respecto a los que acuden al as unidades de estancia diurnas (Imagen 31).

**Imagen 31. Modelos de riesgos proporcionales de Cox por sexo. Efecto del recurso asistencial**



*Modelo de riesgos proporcionales de Cox ajustados por edad, nivel de dependencia, características de la red de apoyo y condiciones clínicas. **UED**: unidad de estancia diurna. **SAD**: servicio de ayuda a domicilio. **PEEF**: cuidado en el entorno familiar. **SAD+UED**: servicio de ayuda a domicilio más unidad de estancia diurna. **SAR**: servicio de atención residencial*

## **5 DISCUSIÓN**





## **5.1 FORTALEZAS**

La mayor fortaleza de este estudio está en que es de base poblacional y a gran escala, de forma que se han podido determinar las preferencias de las personas usuarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía e identificar factores predictores de la elección del recurso asistencial, de la institucionalización y de la mortalidad en cada uno de los recursos de apoyo al cuidado.

El estudio representa además un primer análisis sobre el efecto que las preferencias tienen en la elección del recurso asistencial, aportando información valiosa para la discusión sobre la protección del derecho bioético a la autonomía personal, entendida ésta como la capacidad de la persona de influir en las decisiones que se toman respecto a su proceso de atención.

También presenta un primer análisis del efecto que el entorno asistencial (residencial o domiciliario) tiene sobre la mortalidad de las personas mayores en situación de dependencia en el contexto específico de Andalucía. Este indicador de calidad asistencial puede aportar información útil para la toma de decisiones sobre el balance que debería haber entre la atención residencial y la domiciliaria en el conjunto del Sistema.

Otra de las fortalezas del estudio está en sus fuentes de información, todas ellas registros oficiales de la situación social y sanitaria de las personas atendidas. Los datos analizados se han obtenido de la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria (DIRAYA), de los sistemas de información del SAAD (SISAAD y Netgefys), del Registro de Mortalidad de Andalucía y del Registro Nacional de Defunciones.

Por otra parte, el estudio ha incluido las principales variables sociodemográficas, de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y condiciones clínicas que han

sido identificadas en estudios anteriores como factores predictores de la institucionalización y de la mortalidad.

Finalmente, ya que los entornos y recursos asistenciales son los previstos por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia creado por la Ley 39/2006, y este Sistema es de aplicación en el ámbito nacional, los resultados pueden orientar estudios similares o complementarios en otras Comunidades Autónomas en España, que cuentan con sistemas similares para la provisión de cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia.

## **5.2 LIMITACIONES**

En la interpretación de los resultados es importante tener en cuenta que 7.113 personas de la cohorte estudiada carecen de valoración del nivel de dependencia. Se trata principalmente de personas que tenían reconocido el complemento de la necesidad del concurso de otra persona, determinado según el baremo del anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de grado de discapacidad, y que en la puntuación específica otorgada por el citado baremo hubieran obtenido 45 o más puntos. Como esta excepción estaba considerada en la Ley 39/2006, se asignaron directamente al Grado de Dependencia correspondiente sin pasar por la valoración BVD. Estos casos fueron eliminados del análisis siempre que se incluyó la variable “nivel de dependencia”.

Por otra parte, los datos clínicos solo estaban disponibles para los individuos que tenían registros en la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria en los tres meses anteriores a la solicitud de entrada en el SAAD (78.363 personas, 39,56% de la cohorte estudiada). La falta de datos clínicos para la totalidad de la población se debió fundamentalmente a la falta de integración de los sistemas de información sanitaria y

social, por lo que fue necesario consultar de forma independiente los registros del Sistema para a Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) y de Atención Primaria de Salud (DIRAYA). Aunque parte del proceso de reconocimiento de la dependencia implica la elaboración de un informe de salud, los diagnósticos de las condiciones clínicas no se registran de acuerdo al Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), sino que se utilizan los Diagnósticos Enfermeros de la Taxonomía NANDA. Además, durante el período de estudio (2007-2012), este informe se adjuntaba al expediente de solicitud de reconocimiento de la dependencia en formato electrónico (pdf), pero no registraba la información en el propio sistema de información.

Es también posible que las personas mayores que vivían en los municipios más pequeños y de ámbito rural, tuvieran su historia clínica en Atención Primaria pero no en formato electrónico, si se tiene en cuenta que la implantación de DIRAYA se completó en 2010, aunque su implantación se inició en 2003. DIRAYA se implantó primero en los centros grandes, ubicados en zonas urbanas, y se extendió progresivamente a centros con menor población, hasta alcanzar la totalidad de las zonas rurales. En el período 2004-2005 se llegó al 66% de cobertura poblacional y en 2007 se había alcanzado el 90% de cobertura, aunque hicieron falta tres años más para implantar el sistema en 561 pequeños centros que daban cobertura al 10% restante, en muchos de los cuales podían tener residencia personas que forman parte de la cohorte de estudio (Consejería de Salud – Resultados y calidad del SSPA, 2015).

Por otra parte, 12.035 personas (6% de la cohorte estudiada), vivían en un centro residencial a la entrada en el estudio. La información clínica que se recoge en el ámbito residencial tampoco se incorpora sistemáticamente a la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, ya que cada centro residencial tiene su propio sistema de

información. Solo un 43,2% de este grupo de población contaba con registros clínicos en DIRAYA a la entrada en el estudio.

Para controlar los posibles sesgos que estas variables podrían introducir en el análisis se compararon las personas que tenían registros clínicos y las que no, según sexo, grupos de edad, niveles de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y recursos asistenciales, encontrando que no se concentraban en ningún un grupo específico y que se mantenían distribuciones similares en todas las variables. Además, se diseñaron dos modelos de regresión logística y de supervivencia, incluyendo en el segundo modelo las condiciones clínicas. Los resultados obtenidos en ambos modelos fueron consistentes.

Por último, la dificultad de construir la base de datos para el análisis conjunto de las variables sociales y sanitarias refuerza uno de los elementos identificados en la literatura acerca de los cuidados de larga duración: la necesidad de integrar o de hacer interoperables los sistemas de información de los dos sectores, con independencia del tipo de proveedor que realice la prestación del servicio (Pinzón et al., 2016-b). Es la única forma de disponer de los datos individuales y familiares necesarios para la valoración integral de las necesidades, la prescripción de los recursos de apoyo, el seguimiento de las prestaciones y la evaluación de resultados en calidad de vida y salud.

## **5.3 COMPARACIÓN CON ESTUDIOS PREVIOS**

### **5.3.1 Acerca de las preferencias**

Los datos analizados muestran que mujeres y hombres de 65 años y más en situación de dependencia prefieren permanecer en su domicilio y recibir cuidados en su entorno familiar. Teniendo en cuenta que la población incluida en la cohorte analizada fue valorada en niveles de dependencia severa o gran dependencia (en un rango entre 62 y 100 puntos en la Escala BVD), este hallazgo confirma estudios previos de ámbito nacional y europeo, en los que se ha constatado que, aun necesitando cuidados de larga

duración, las personas quieren permanecer en sus propios domicilios el mayor tiempo posible (Genet et al., 2012; Aymerich, Casas, Planes & Gras, 2005).

En términos generales se puede afirmar que, las preferencias por el cuidado en el entorno familiar siguen siendo mayoritarias (Del Pozo & Escribano, 2012) y que su papel en el conjunto del sistema de cuidados resulta esencial (López & Crespo, 2007). Sin embargo, los resultados revelan que la tendencia al incremento en el uso de servicios profesionales observada ya en la década 1994 al 2004 continúa, aunque de forma más acelerada desde la puesta en funcionamiento del SAAD (Rodríguez, 2005). En 1994, sólo el 7% de la población cuidadora informaba recibir ayuda profesional para las tareas del cuidado. En 2004, este porcentaje llegó al 13,6% de la población, en su gran mayoría personas que podían contratar y pagar directamente a una empleada de hogar y personas con menores niveles de renta que acudían a los servicios sociales comunitarios (Rodríguez, 2005). En el período estudiado 2007-2012 los servicios de ayuda a domicilio, la atención en centros de día y el cuidado residencial se incrementaron notablemente, llegando a constituir el 51,8% de las prestaciones en 2012.

Esta evolución puede tener su origen en parte en la efectiva y progresiva disponibilidad de recursos de apoyo ofertados por el sector público, pero también en la escasez de cuidadoras en el entorno familiar derivada de factores tales como la desaparición de las familias extensas que permitían que un mayor número de miembros pudieran asumir las tareas de cuidado, el incremento de familias monoparentales en las que la carga de cuidar recae fundamentalmente sobre la hija o la esposa, el aumento de la esperanza de vida, con el correspondiente aumento de años vividos en situación de dependencia, y la incorporación de la mujer al mercado laboral, entre otros (Aymerich et al., 2005).

### **5.3.2 El principio de autonomía y el sentido de coherencia**

Según los resultados de este estudio, la profesionalización del sistema se relaciona muy estrechamente con las preferencias de las personas por los recursos profesionales de apoyo al cuidado. Así, si las preferencias por los servicios de ayuda a domicilio y las unidades de estancia diurna por ejemplo, pasaron del 7,4% en 2007 al 31,8% en 2012, y estas preferencias fueron determinantes en la elección del recurso asistencial (por su elevado valor predictivo), se podría pensar que han contribuido de forma importante al incremento en la prescripción de los servicios profesionales.

El valor predictivo de las preferencias observado para todos los recursos, incluidos los residenciales, da muestra del nivel de protección que el SAAD ofrece al principio bioético de autonomía personal (García, 2003). La autonomía personal constituye uno de los cuatro principios básicos de la bioética, junto con la beneficencia, la ausencia de maleficencia y la justicia social (Ballester, 2009). En términos generales se puede observar que a las personas mayores con una capacidad funcional y/o cognitiva disminuida se les asocia con frecuencia el deterioro de la autonomía personal y por ello, se minimizan las posibilidades reales para que la persona tome sus propias decisiones. Familiares y profesionales bienintencionados suelen asumir en estos casos un papel sustitutorio de la persona y tomar las decisiones que desde su propio punto de vista pueden parecer más pertinentes.

El principio de la autonomía personal fue el último en incorporarse a la bioética, justamente porque trata de la libertad individual a la que tienen derecho todas las personas, incluso aquellas cuyas capacidades funcionales y /o cognitivas puedan estar disminuidas (Puyol, 2012), como puede ser el caso de las personas mayores en situación de dependencia. La vulneración del principio de autonomía personal que se da en estos casos se configura en el marco de la intervención social, ámbito en el que la discusión de

los conflictos éticos está menos desarrollada que en el de la atención sanitaria (Alonso, López, Asensio & Pinzón, 2016).

En la atención sanitaria, la defensa del principio de autonomía personal ha impulsado la reflexión moral entre profesionales favoreciendo que se respete la libertad de las personas para tomar sus propias decisiones acerca de su proceso asistencial (Puyol, 2012). Este principio ha impregnado de tal forma la práctica asistencial, que se ha convertido en el pilar básico e incuestionable de la bioética (Dawson, 2010). Su preponderancia en este campo se puede explicar por lo que Puyol (2012) denomina *una triple reducción: a) la identificación de la bioética con la ética clínica, b) la identificación de la ética clínica con el principio de autonomía, y c) la identificación de la autonomía con el consentimiento*. Esta visión reduccionista de la aplicación práctica de la bioética debe ser cuestionada, ya que entra en conflicto con otros principios, como la beneficencia o la justicia social, cuya aplicación requiere ciertas formas institucionalizadas de protección de la autonomía. No se puede olvidar que, en ocasiones, el bien individual solo se puede obtener a través de la protección de un bien público o colectivo, que a su vez puede poner en cuestionamiento ciertas formas abstractas de ejercicio de la autonomía individual (Puyol, 2012).

En este sentido, la autonomía personal ha demostrado tener una relación directa con el bienestar, la calidad de vida y la esperanza de vida (Marmot & Burnner, 2005), y una conexión causal con la reducción de la vulnerabilidad (Puyol, 2012). Aunque el desarrollo práctico del principio de autonomía pudiera parecer incoherente con la protección social de la vulnerabilidad, siempre que el principio de autonomía sea considerado no como un derecho individual aislado, sino como un derecho cuyo despliegue práctico requiere de un marco institucional para su desarrollo, esta contradicción desaparecería. Es decir, el principio de autonomía se debe configurar como un derecho de titularidad individual

pero de ejercicio social. De esta forma, no existiría oposición entre la protección de la autonomía individual y la protección social de la vulnerabilidad (Puyol, 2012).

Esta reflexión lleva a pensar que, en los procesos de atención a la dependencia, es fundamental garantizar el principio de autonomía personal para promover el bienestar, la calidad de vida y la esperanza de vida de las personas mayores en situación de dependencia, y que la protección de este principio no pone en riesgo la protección de las personas más vulnerables, sino que por el contrario, la garantiza.

En relación con el principio de autonomía está el SOC, que se comporta también como un factor salutogénico en sí mismo (Virués et al., 2007; Marmot et al., 2005; Antonovsky, 1993). El SOC permite a la persona percibir la experiencia vital del envejecimiento y el deterioro funcional y cognitivo como una situación desfavorable en la que puede actuar de forma constructiva. Para ello necesita comprender la situación, entender su significado y percibir que es capaz de manejarla, que tiene recursos personales y sociales que le permiten afrontarla de forma positiva (Richardson & Ratner, 2005). El SOC ha demostrado su asociación con resultados en salud, con la recuperación de los estados depresivos (Skarsater, Langius, Agren, Haggstrom & Dencker, 2005), con un menor deterioro de la capacidad funcional (Langius & Björvell, 1993) y una menor mortalidad por cualquier causa (Surtees, Wainwright, Luben, Khaw. & Day, 2006).

La protección del principio de autonomía personal puede tener consecuencias salutogénicas en sí misma. Según Sapolsky (1996), los factores estresantes desencadenan una serie de reacciones fisiológicas que pueden deteriorar de forma grave las condiciones clínicas del individuo. Un 90% del manejo del estrés está basado en qué cosas puede cambiar la propia persona y cuáles no, así como sobre qué cosas tiene impacto y sobre cuáles no. En este sentido, la consulta sobre las preferencias durante el proceso de valoración de la situación de dependencia y el trámite de consulta a la persona y a la



familia antes de confirmar el recurso de apoyo al cuidado que le será asignado se convierten momentos clave y determinantes de la protección del principio de autonomía y de refuerzo del SOC, y por tanto, de mejora de la gestión del estrés y de promoción del bienestar, la calidad y la esperanza de vida de la persona mayor en situación de dependencia.

### **5.3.3 Los cuidados profesionales en el domicilio**

Si las preferencias tienen un alto valor predictivo y, por tanto, determinan en gran medida los recursos asignados para la atención a la dependencia, resulta de gran interés analizar en profundidad la tendencia que han seguido estas preferencias, e identificar los motivos que pueden estar limitando su potencial desarrollo como opciones preferentes para este grupo de población.

Entre las múltiples razones que pueden existir en la baja preferencia de servicios profesionales, algunos autores argumentan razones de índole cultural, muy arraigadas en esta generación de personas mayores (Del Pozo et al., 2012; Abellán & Pujol, 2015). Según estos autores, se trata de una generación que ha convivido mayoritariamente en pareja, y que tradicionalmente ha establecido que el cuidado al hombre mayor debe ser proporcionado por su cónyuge, seguida de su hija. Y que en el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda, deben ser las hijas las que fundamentalmente se hagan cargo de los cuidados, seguidas de otros familiares y amigos. Este patrón cultural desplaza la opción de cuidado profesional a las situaciones de sobrecarga de las mujeres cuidadoras o de necesidades de cuidado que superan las capacidades de la red familiar de apoyo (López et al., 2007).

Estudios recientes apuntan un cambio profundo en estos patrones tradicionales de cuidados de larga duración, derivado de los cambios demográficos, sociales, epidemiológicos y culturales a los que está sometida la sociedad europea (Genet et al.,

2012). Este cambio de patrón puede acelerar aún más la necesidad de disponer de cuidados profesionales centrados en el domicilio y articulados en forma de soluciones integradas y coste-efectivas, gestionadas desde los entornos locales, que garanticen el derecho subjetivo de atención a la dependencia, sin poner en cuestión las preferencias y deseos individuales (Timonen et al., 2012; Glendinning, 2012).

### ***5.3.3.1 Las unidades de estancia diurna***

En relación con las unidades de estancia diurna, el estudio muestra un leve incremento en la preferencia y la prescripción de este tipo de servicios. En 2007, las personas que tenían preferencia por este recurso apenas alcanzaban a constituir el 1,2% de la población. Aunque esta proporción se incrementó en el período, tan solo alcanzó el 4,5% en 2012. Según estos resultados, se puede afirmar que las unidades de estancia diurna continúan siendo la opción menos preferida por las personas mayores en situación de dependencia.

Entre las razones de esta baja preferencia se ha identificado que, aunque las personas mayores consideran los centros de día como un recurso valioso de apoyo a la familia, los familiares tienen una percepción negativa sobre este recurso asociada al potencial deterioro que puede causar en la persona mayor la convivencia con personas con demencia y gran dependencia, usuarios frecuentes de los centros de día (Aymerich, 2005). Su baja utilización también se ha relacionado con la escasa disponibilidad de centros de día en los barrios, con la falta de servicios de transporte para las personas usuarias y con la poca flexibilidad en los horarios, frecuentemente en conflicto con los horarios laborales de las cuidadoras familiares (Aymerich, 2005).

Otro argumento en contra de la elección del centro de día es la fórmula de cofinanciación que se utiliza para este recurso asistencial. A diferencia de la ayuda a domicilio en la que la aportación de la persona mayor se corresponde con un porcentaje del coste del

servicio, en el caso de los centros de día, la aportación de la persona usuaria se corresponde con un porcentaje de sus ingresos. Esta diferencia en la aportación de la persona mayor es porcentual y económicamente muy significativa. El precio público de una plaza en un centro de día en 2012 era de 8.271,70 euros anuales, y la persona usuaria aporta en torno al 27% del total (Fernández, Vidal, Fernández, Ruiz, Dizy, Iglesias et al., 2012).

Lo que resulta muy llamativo es que la preferencia actúa como un factor predictor de este recurso asistencial (281,7 veces más de probabilidad de elegir esta alternativa asistencial para quienes manifiestan su preferencia) y que tiene un elevado valor predictivo (84,2%). Pero aun así, tan solo a dos de cada tres personas que eligieron esta alternativa, les fue efectivamente prescrita (65,6%). Estos resultados aparentemente contradictorios, indican que aunque entre los factores analizados que predicen la elección del recurso, la preferencia es el más importante, deben existir otros factores que están condicionando que esta no sea siempre la alternativa de elección cuando la persona ha manifestado que es su opción preferente. Siendo las unidades de estancia diurna recursos que tienen la potencialidad de promover la autonomía funcional y prevenir el avance de la dependencia, sería de gran interés profundizar en las causas de su baja prescripción.

### ***5.3.3.2 Los servicios de ayuda a domicilio***

Los hallazgos de este estudio confirman que la preferencia y prescripción de servicios de ayuda a domicilio están aumentando progresivamente en Andalucía, tendencia también descrita en estudios previos (Rodríguez, 2005). La preferencia por este tipo de servicios pasó del 6,2% en 2007 al 27,3% en 2012. La prescripción, del 0,4% en 2007 al 32% en 2012. La preferencia actúa también como un factor predictor de la elección de este recurso (44,1 veces más de probabilidad de elegir este servicio para quienes manifestaron

su deseo de recibirlo) y su valor predictivo es aún mayor que el de las unidades de estancia diurna (89,2%).

Pero además, entre los servicios formales de apoyo al cuidado en el domicilio, es especialmente interesante promover este tipo de servicios, ya que tiene un gran potencial de impacto social y económico en el ámbito local, como generadores de empleo estable especialmente entre la población femenina (García, 2011). Sin embargo, la prescripción de estos servicios continúa siendo relativamente baja. Son servicios con una larga trayectoria como prestación básica del Plan Concertado (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 1992), desarrollados por los Ayuntamientos y Diputaciones, con una financiación compartida entre el Estado, la Comunidad Autónoma y la Entidad Local. En la década de 1990 las Entidades Locales regularon el sistema de acceso, la intensidad, el contenido e incluso, la aportación que la personas usuaria para la prestación efectiva del servicio. En 2007, la promulgación de la Ley 39/2006 (Boletín Oficial del Estado, 2006) encontró a los servicios de ayuda a domicilio enfrentando problemas de baja intensidad del servicio que podrían prevenir institucionalizaciones evitables, sin un modelo de provisión y financiación claro y, por tanto, muy heterogéneo, una cobertura desigual entre municipios, la falta de adaptación a las necesidades de conciliación de la vida laboral de las personas cuidadoras familiares, una escasa disponibilidad de servicios en las zonas rurales, escasa coordinación con los servicios sanitarios, escasa formación del personal que provee los servicios y la coexistencia en el mismo ámbito territorial de servicios de gestión pública, contratada, concertada y subvencionada, cada una con sus propios estándares y precios (García, 2011).

A pesar de sus potenciales ventajas, el servicio de ayuda a domicilio al igual que las unidades de estancia diurna no ha alcanzado su máximo potencial de desarrollo. Uno de los principales motivos es que compite en desventaja frente a la prestación económica de

cuidados en el entorno familiar. Esta prestación económica resulta más atractiva en general para las familias que tener que pagar por un servicio que está sujeto a copago. Además, en muchos casos la familia utiliza la prestación económica para pagar directamente por los servicios de una empleada de hogar, cuyo coste hora es muy inferior a lo que tendría que pagar por este servicio si lo hiciera a través de las Entidades Locales. Aunque el servicio no sea igual, por los requisitos técnicos, el seguimiento y la supervisión que tienen los servicios a través de las Entidades Locales, las tareas son de nivel muy básico y la familia puede no percibir ninguna diferencia (García, 2011).

Este servicio tiene un gran potencial de desarrollo, si se articula como un servicio integral, se hace compatible con las demás prestaciones económicas y técnicas del catálogo de prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y si se vinculan con los cuidados familiares (García, 2011).

Por otra parte, los servicios de ayuda a domicilio son especialmente útiles para la conformación de servicios integrados para favorecer la permanencia de las personas mayores en sus domicilios. Un estudio realizado en Cataluña en 2005, señalaba la insuficiente divulgación y disponibilidad de este tipo de servicios integrados, en los que los equipos profesionales de los servicios sociales y sanitarios trabajan conjuntamente en la valoración, atención y seguimiento de las personas mayores, coordinando sus actuaciones con la familia (Aymerich et al., 2005). La experiencia internacional muestra también múltiples ejemplos de servicios integrados en el nivel local, en los que los servicios de ayuda a domicilio forman parte de equipos interdisciplinarios específicamente creados para la atención a las personas mayores en sus domicilios (Genet et al., 2012; Frossard et al., 2002; Kröger et al., 2012; Salonen et al., 2003).

De igual forma, una revisión reciente de estudios de coste-efectividad encontró que los servicios de ayuda a domicilio son mayoritariamente coste-efectivos, si bien el número

de evaluaciones revisadas era pequeño y por tanto la base para afirmar su coste-efectividad fue limitada (Saizarbitoria, 2012).

A pesar de sus potencialidades, en el caso de Andalucía los servicios de ayuda a domicilio continúan actuando de forma independiente a los servicios de atención sanitaria, aunque existen experiencias puntuales de coordinación en el nivel comunitario y pilotajes aún no generalizados (Herrera, 2015). Las recomendaciones surgidas de las experiencias de integración sociosanitaria y de coordinación horizontal de los servicios sociales y sanitarios orientan la atención en este sentido (Pinzón et al., 2016-b).

#### **5.3.4 Los cuidados informales**

La creciente elección de los servicios profesionales para el cuidado en el entorno domiciliario representa el esfuerzo de profesionalización de las mujeres cuidadoras que realiza el sistema. No se puede olvidar que entre las personas que cuidan desde los servicios profesionalizados, la mayoría son también mujeres.

A pesar de este incremento, la prestación económica para el cuidado familiar, y por tanto, la elección de una mujer cuidadora no profesional, representa aún la alternativa de cuidado asignada a cerca del 50% de las personas de 65 años y más en situación de dependencia en Andalucía. Las personas que manifiestan el deseo de ser cuidadas por sus familiares tienen 4,7 veces más probabilidades de tener prescrita esta prestación económica frente a las que no lo prefieren. El valor predictivo de la preferencia en este caso es muy alto (97,4%). Esta elección mantiene el modelo tradicional de cuidados en el que, teóricamente, la mayor parte del trabajo de cuidar en el domicilio se desplaza a la familia cuando no se dispone de servicios profesionales.

El término “familia”, cuando se habla del cuidado a las personas mayores, tiene una fuerte carga de sesgo de género, ya que oculta la división sexual del trabajo que se

produce en el ámbito doméstico (Escot, Fernández & Poza, 2013). Según Becker (1987), en décadas pasadas, la especialización de las mujeres en las tareas del hogar se relacionaba fundamentalmente con su menor nivel educativo, su menor implicación en el mercado laboral y los menores ingresos esperados en caso de producirse su vinculación laboral (Domínguez, 2012). Según la tesis de la especialización en el contexto de la familia tradicional, la mujer se dedicaba básicamente al cuidado, y si trabajaba en el mercado laboral, lo hacía principalmente antes de la maternidad; en caso de retornar, lo hacía a tiempo parcial (Giménez, 2012; Escot et al., 2013).

En las últimas décadas, sin embargo, factores relacionados el mayor nivel educativo de las mujeres frente a los hombres, los pequeños progresos en la eliminación de las desigualdades entre hombres y mujeres en el mercado laboral, o la mayor participación de los hombres en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos, están debilitando esta división tradicional del trabajo (Giménez, 2012; Escot et al., 2013). Así mismo, han jugado un papel importante en la asunción de las tareas del cuidado, la propia función de utilidad que tiene cada uno de los miembros de la pareja y sus estilos de vida. Según Hakim (2003), en las sociedades modernas, se pueden identificar al menos tres tipos de mujeres, según sus preferencias respecto al trabajo y la familia: 1) las que están centradas en el trabajo (20%), orientadas al mundo laboral y que dan prioridad a su carrera profesional; 2) las mujeres que se centran en el hogar (20%), orientadas a la vida familiar y al cuidado, que solo trabajan cuando las necesidades económicas se lo exigen; y, 3) las mujeres que se adaptan (60%), sin una inclinación clara hacia ninguno de los dos estilos de vida, y que con frecuencia consiguen combinar los dos ámbitos, el familiar y el laboral en proporciones diversas.

Sin embargo, la realidad de los cuidados a las personas mayores en situación de dependencia muestra que siguen siendo las mujeres las que realmente ejercen el papel

de cuidadoras (Rodríguez, 2005). Por lo tanto, no se puede hablar de familiarización de los cuidados sino de feminización de los mismos. Cuando esta feminización se realiza en el entorno familiar, es cuando se producen los efectos negativos sobre la salud, la calidad de vida, el acceso al empleo y al desarrollo profesional, el deterioro de las relaciones sociales y la disminución de la disponibilidad de tiempo para sí misma, así como las consecuentes repercusiones económicas para las mujeres cuidadoras (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Eguiguren, 2004). Prevenir este efecto perverso que tiene la domiciliación del sistema de atención a la dependencia, implica por tanto avanzar mucho más en la profesionalización del cuidado.

Otro aspecto a considerar es la necesidad de formación de las personas cuidadoras, así como de la respuesta a sus necesidades de apoyo. Las personas que cuidan, especialmente aquellas que se encuentran en el entorno familiar, requieren una atención especial por parte de las Administraciones Públicas. Los servicios de apoyo emocional, económico y de servicios son esenciales para equilibrar el desgaste que ocasiona la labor de cuidar (Aymerich et al., 2005). Estudios realizados en las últimas dos décadas muestran que la exposición a una situación de estrés continuado al que están sometidas las personas cuidadoras, incrementa su riesgo de padecer problemas físicos y emocionales. En ese sentido, se han desarrollado distintas alternativas de intervención, como el apoyo formal mediante servicios comunitarios de respiro, programas psicoeducativos, grupos de ayuda mutua, intervenciones psicoterapéuticas o combinaciones de algunas de ellas (López et al., 2007). A pesar de la amplia experiencia en la utilización de este tipo de intervenciones, aún hoy no existe evidencia robusta acerca de su eficacia. En Andalucía, existen múltiples iniciativas que están en funcionamiento actualmente tales como la Escuela de Pacientes (Consejería de Salud, 2016a) o los Grupos Socioeducativos GRUSE (Consejería de Salud, 2016b), para las que sería necesaria una evaluación de su coste-efectividad de cara a su extensión y



consolidación como estrategias de apoyo al mantenimiento de las personas mayores en sus domicilios.

### **5.3.5 La institucionalización**

En cuanto a los factores predictores de la institucionalización, los resultados señalan que el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria en las mujeres incrementa el riesgo de institucionalización, efecto no observado en el grupo de hombres. Este resultado puede tener relación con que el 83% del total de personas cuidadoras son mujeres, 61,5% de las cuales no recibe ningún apoyo al cuidado (Rodríguez, 2005). Este desigual reparto de tareas de cuidado en función del sexo podría explicar por qué en el caso de los hombres la cuidadora generalmente es su cónyuge, mientras que en el caso de las mujeres, este papel suele ser ejercido por una hija, que puede estar desarrollando alguna actividad laboral retribuida (Rodríguez, 2005). En este caso, la necesidad de compatibilizar las tareas de cuidado con las actividades profesionales puede forzar la búsqueda de apoyo a través de la institucionalización.

Un factor predictor de la institucionalización muy potente en ambos sexos es la preferencia de la persona por la atención residencial. Las personas que manifiestan la preferencia por la atención residencial tienen 151,4 veces más probabilidades de prescripción de esta prestación que las que no lo desean. El valor predictivo en este caso es también muy alto (92,3%). Es posible que sea un factor condicionado por la fragilidad de la red de apoyo o la pérdida del cónyuge, factores de riesgo identificados en estudios previos (Nihtilä et al., 2008). Estos hallazgos hacen pensar en la importancia del seguimiento a las personas mayores en sus domicilios, para una identificación temprana de las situaciones de fragilidad de la red, lo que puede llevar a una intervención preventiva que retrase o elimine el riesgo de institucionalización. Algunas de las alternativas de seguimiento personalizado en el domicilio y de acompañamiento a la

persona cuidadora como la que prestan los servicios de teleasistencia, o la aplicación del enfoque de gestión de casos, pueden ser de gran interés en este objetivo (Morales, 2014).

De igual forma, las patologías que producen un importante deterioro cognitivo como las demencias se han identificado como factores predictores del ingreso en residencia, confirmando los resultados de un estudio realizado en Canadá, en el que se identificó la aparición de comportamientos perturbadores con la decisión de los cuidadores familiares de iniciar el proceso de institucionalización (Belleau, 2007). La literatura publicada respecto a la labor de cuidado se centra fundamentalmente en las personas que cuidan a personas mayores con demencia, basada en la consideración de que son éstos los cuidadores en situación de mayor vulnerabilidad. Sin embargo, los problemas emocionales que desarrollan las personas cuidadoras parecen tener más relación con sus propias habilidades y recursos que con la problemática de la persona a la que cuidan (López et al., 2007). Aun así, el seguimiento periódico y la intervención temprana en los momentos de riesgo de claudicación de la persona cuidadora, podrían ser factores protectores frente a la institucionalización.

Llama la atención que la enfermedad cerebrovascular en el grupo de mujeres aparezca como un factor protector de la institucionalización. La enfermedad cerebrovascular incluye alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular, entre las que se encuentra el ictus. En Andalucía, el ictus se atiende en el marco de dos Planes Integrales, que tienen como objetivo garantizar el abordaje integral de estas condiciones clínicas (Jiménez, Alcázar, Alés, Aranda, Arraez, Carrillo et al., 2011; Vásquez, Álvarez, Álvarez, Candau, de Teresa, Fonseca et al., 2005). Es posible que dicha actuación coordinada, integral y continuada esté permitiendo a las personas que las padecen mantenerse en su entorno familiar, sin aumentar el riesgo de institucionalización. En cualquier caso, para

la correcta interpretación de estos resultados será necesario explorar posibles variables confusoras de la relación entre esta condición clínica y la institucionalización.

Por otra parte, estudios previos han mostrado que hay personas que viven en el hogar que son tan frágiles (Romero, Walsh, Lawlor & Kenny, 2010) que realmente deberían vivir en una residencia, y su permanencia en el hogar disminuye su calidad de vida (Böckerman et al., 2011). Es decir, no en todos los casos el recurso domiciliario es el más adecuado. La fragilidad como concepto multidimensional, requiere una valoración interdisciplinar, con profesionales de atención primaria de salud y profesionales de los servicios sociales (Romero et al., 2010), así como una intervención integrada, en la que es clave la coordinación entre distintos profesionales y dispositivos asistenciales, y un seguimiento continuado para dar respuesta a sus complejas necesidades asistenciales (Nuño, 2014). En cualquier caso, la valoración de la fragilidad en el momento de la elección del recurso asistencial y durante el seguimiento en el proceso de atención es importante, ya que con un cuidado adecuado, tanto la fragilidad como su estado precursor, son potencialmente reversibles (De Lepeleire, Iliffe, Mann & Degryse, 2009).

Una variable en la que no se ha encontrado asociación ha sido la edad. Este hallazgo contradice parte de los resultados de un estudio finlandés que señaló que en la atención en domicilio estaba la población más joven, más sana, más feliz y con mayores ingresos económicos, mientras que en el ámbito residencial se encontraban las personas más mayores, con menores ingresos y mayores problemas de salud (Böckerman et al., 2011).

El factor que sí mostró una asociación importante con la institucionalización fue el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria para el grupo de mujeres, efecto no observado en el grupo de hombres. Este resultado puede tener relación con quien realiza las tareas de cuidado en el entorno familiar. Es decir, si el 83% del total de personas cuidadoras son mujeres y el 61,5% de las cuales no recibe ningún apoyo al

cuidado (Rodríguez, 2005), este desigual reparto de tareas de cuidado en función del sexo podría explicar por qué en el caso de los hombres la cuidadora generalmente es su cónyuge, mientras que en el caso de las mujeres, este papel suele ser ejercido por una hija, que puede estar desarrollando alguna actividad laboral retribuida simultáneamente y/o tener sus propias obligaciones familiares que le impiden dedicar el tiempo suficiente a la labor de cuidar (Rodríguez, 2005). En este caso, la necesidad de compatibilizar las tareas de cuidado con las actividades profesionales puede forzar la búsqueda de apoyo a través de la institucionalización.

La prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía se convierten en una herramienta básica para prevenir la institucionalización. Las intervenciones de fomento del envejecimiento activo y la adopción de una perspectiva de ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el acceso equitativo a la atención sanitaria y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración, son las principales recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace con este objetivo (Fogg y Hopkings, 2000).

Entre las intervenciones propuestas están las de prevención primaria (vacunaciones, prevención del tabaquismo, prevención del riesgo de accidentes, manejo de síndromes geriátricos, etc.); intervenciones de prevención secundaria (atención al deterioro funcional precoz, atención a la persona mayor en riesgo de fragilidad); y, prevención terciaria, dirigida a personas en situación de dependencia y con el objetivo de aminorar sus consecuencias y frenar su progresión. Las intervenciones se pueden agrupar en promoción de la salud, prevención del deterioro funcional y prevención de la iatrogenia (Gómez, Martín, Batzán, Regato, Formiga, Segura et al., 2007).

La OMS propone igualmente la utilización de instrumentos sensibles y específicos para la detección del riesgo de dependencia (Gómez, Martín, Batzán, Regato, Formiga, Segura

et al., 2007). Este tipo de instrumentos podrían ser validados para la población española, e incluidos en los procesos de valoración integral de las personas mayores (Alguacil, Cabrera, Escalera, Espinosa, Gutiérrez, Lacida et al., 2008), ya sea que soliciten o no el reconocimiento de la dependencia.

### **5.3.6 El efecto del entorno asistencial sobre la mortalidad**

Los resultados de este estudio confirman hallazgos de estudios previos acerca de la elevada mortalidad de las personas mayores institucionalizadas (Wegner et al., 2007; Hjaltadóttir et al., 2011). Para todas las variables analizadas, sexo, grupos de edad, preferencias, características de la red de apoyo y condiciones clínicas, la mortalidad en las residencias es mayor que en los domicilios.

Los resultados confirman también que el entorno residencial se comporta como un factor de riesgo de mortalidad de las personas mayores, ajustado el sexo, la edad, el nivel de dependencia, las preferencias, las características de la red de apoyo y las condiciones clínicas individuales. Aunque hallazgos similares han sido ya descritos en estudios previos en países europeos y entornos asistenciales comparables (Shah et al., 2013; McCann et al., 2009; Raines & Wight, 2002), no se había analizado este efecto en poblaciones con tan altos niveles de dependencia como la que se ha incluido en este estudio.

Así, McCann et al., (2009) en Irlanda del Norte encontró un riesgo 2,9 veces mayor de mortalidad en personas que vivían en residencias comparado con quienes vivían en comunidad. En este estudio, se controlaron la edad y el sexo como factores de riesgo, pero se advirtió de la existencia de otros factores que podían condicionar los resultados. Los modelos de riesgos proporcionales de Cox desarrollados en este estudio muestran que el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria es un factor determinante a la hora de determinar el efecto del entorno y el recurso asistencial. De la

misma forma, las condiciones clínicas modulan este efecto, y por esta razón, en este estudio las diferencias no son tan grandes como las identificadas por McCann et al.

Posteriormente, Shah et al. (2013) en Inglaterra y Gales encontró un riesgo de mortalidad cuatro veces mayor en personas institucionalizadas frente a las residentes en la comunidad (Shah et al., 2013). En este estudio se tuvieron en cuenta las condiciones clínicas, además de la frecuentación a los servicios sanitarios y el consumo de medicamentos. Sin embargo, el estudio incluía a todas las personas de 65 años y más que residen en la comunidad, entre las cuales se encuentran personas con total autonomía, tanto como personas en situación de dependencia. El hecho de haber estudiado una cohorte de personas con reconocimiento de dependencia en sus niveles más altos (Grados II y III de acuerdo a la normativa que determina el período de implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España), modula también los riesgos de mortalidad, constituyendo un grupo de población con características más homogéneas. Este hecho puede explicar que el incremento del riesgo de mortalidad que aporta el recurso residencial no sea tan elevado como el que se encontró en el estudio de Shah et al.

Los resultados confirman además que el nivel de dependencia en la realización de las ABVD es un factor predictor de mortalidad (Nakazawa et al., 2012), con independencia de la edad y de las condiciones clínicas individuales (Landi, Liperoti, Russo, Cpolungo, Barrillaro, Pahor, Bernabei & Onder, 2010). En este estudio, el riesgo de morir se incrementa un 1,3% por cada punto de dependencia, ajustadas las demás variables, incluidas las condiciones clínicas analizadas. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en personas mayores en Japón, que confirmó la fuerte asociación que existe entre el grado de dependencia y la mortalidad, ajustando por factores de confusión tan importantes como la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC) y el tipo de

residencia (Nakazawa et al., 2012). Así mismo, un estudio de cohorte realizado con personas ingresadas en residencias en Islandia en 1996-2006, mostró que el estado de salud y el deterioro de la capacidad funcional eran los predictores más potentes de la mortalidad. En dicho estudio el 50% de las personas incluidas en la cohorte falleció antes del tercer año de institucionalización (Hjaltadóttir et al., 2011).

Respecto a las condiciones clínicas, llama la atención la mayor mortalidad en el entorno residencial, si se tiene en cuenta que las residencias cuentan con personal sanitario propio, y se podría esperar un cuidado sanitario más especializado que actuara como factor protector. Sin embargo, los resultados apuntan en otra dirección. En principio, las personas mayores que viven en sus domicilios reciben atención sanitaria a través de los profesionales de Atención Primaria y de acuerdo a las guías de práctica clínica establecidas para cada proceso asistencial que ha determinado el Sistema Sanitario Público de Andalucía (Del Moral, 2009). La práctica sanitaria basada en la evidencia forma parte de los objetivos de gestión en el sistema andaluz, y está incorporada en el ejercicio profesional de forma generalizada. Sin embargo, en las residencias, la atención sanitaria depende de cada uno de los proveedores, públicos o privados. De acuerdo con la normativa establecida en el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, cada proveedor contrata el personal sanitario y aplica sus propios protocolos para la atención de las personas residentes. Esta gestión diferencial de las enfermedades crónicas podría estar influyendo de forma directa sobre la mortalidad. Reflexiones en el mismo sentido apuntan los autores del estudio en el Reino Unido, en el que se analizó la mortalidad en las residencias para personas en situación de dependencia en comparación con las que vivían en comunidad (Shah et al., 2013).

Entre los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) relacionados con las condiciones clínicas analizadas en este estudio están ataque cerebrovascular (Jiménez, Aguilera,

Bordons, García, Herrero, Lapetra et al., 2002), demencia (Cousido, Carnero, Fernández, Gil, Gómez, González et al., 2002), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (León, Casas, Espejo, Jurado, Madueño, Marín et al., 2007), fractura de cadera (Aguilar, Andrés, Blanco, Cruz, Del Río, Echavarría et al., 2014) o la atención a distintos tipos de neoplasias malignas (Ferrándiz, Alcalde, Armario, Correa, De Troya, Galdeano et al., 2014; Expósito, Bayo, Calleja, Díaz, González, Guerrero et al., 2014), entre otros.

Es verdad que los PAI solo contemplan las actuaciones que se desarrollan desde el SSPA y que aún no han sido incorporados los servicios que se prestan desde el ámbito social, como el servicio de ayuda a domicilio o el cuidado en entorno familiar, y que la integración de la parte social para el cuidado integral es una tarea aún pendiente. Sin embargo, las mejoras en la calidad de la atención sanitaria y los resultados en salud que se han derivado de la implantación de los PAI son evidentes (García, Cabrera, Martínez, Morales, Bermejo, Martínez, Egea, 2006; Del Moral, 2009), y pueden tener un efecto protector para la supervivencia de las personas mayores que viven en sus domicilios y requieren este tipo de cuidados.

Otra estrategia de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria se desarrolla a través de los planes integrales, entre los que se encuentran el Plan Andaluz de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas (Alguacil, Álvarez, Barón, Cabrera, Díaz-Borrego, Díaz et al., 2012), el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías (Vázquez, Álvarez, Álvarez, Candau, De Teresa, Fonseca et al., 2005), el Plan Integral de Oncología (Expósito, Escalera, Torró, Domínguez, Amo, Bayo et al., 2007), el Plan Integral de Salud Mental (Valmisa Gómez, Alén, Amo, Del Pino, Díaz, Fernández, Fornieles et al., 2008), el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (Cía, Boceta, Camacho, Cortés, Duarte, Durán et al., 2007) y el Plan Integral de Cuidados de Andalucía (SAS, 2015), entre otros. Estos planes integrales no solo incorporan una práctica basada en la evidencia sino que además



abordan las relaciones con otros sectores para obtener los mejores resultados en salud para la población.

En el entorno residencial, los cuidados son prestados por personal propio de cada residencia, en un marco en el que están reguladas las ratios de personal exigibles por la Administración pública (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 2007), pero escasamente desarrollados criterios homogéneos de práctica clínica, teniendo en cuenta que de los 655 centros residenciales para personas mayores autorizados en 2013 según el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, sólo el 2% pertenece a la Junta de Andalucía. El 98% restante está compuesto por centros privados, concertados o públicos gestionados por las Corporaciones Locales. Este podría ser uno de los elementos diferenciales en la atención sanitaria a las personas mayores que viven en sus domicilios y las que viven en el entorno residencial que podría tener efecto sobre la supervivencia y que debería ser explorado en profundidad.

Los factores clínicos que estudios previos han identificado como factores de riesgo de mortalidad a corto plazo en personas mayores que reciben cuidados están asociados al estado funcional y cognitivo, las neoplasias malignas, la enfermedad cardíaca, la enfermedad obstructiva crónica y la depresión, así como tener una percepción de salud frágil o la hospitalización (Fried et al., 1998; Karppi et al., 1997). En este estudio se encontró que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las neoplasias malignas son factores de riesgo de mortalidad en los dos sexos. Sin embargo, la falta de datos clínicos para el 60% de las personas que forman parte de la cohorte analizada sugiere prudencia en la interpretación de los resultados. Así mismo, para este estudio no se disponía de la información clínica hospitalaria para ninguno de los individuos que conforman la cohorte. Es probable que algunos de los diagnósticos clínicos no estuvieran registrados

en el sistema de información de Atención Primaria, y por tanto no se han tenido en cuenta en el análisis. De la misma forma, los registros clínicos en el entorno residencial tampoco se incorporan a la Historia Clínica Electrónica, ya que cada centro residencial tiene su propio sistema de información. Estos hechos confirman la necesidad de integrar los sistemas de información sanitarios y sociales, con independencia del tipo de proveedor de servicios, público o privado, y poder así disponer de los datos clínicos de cada persona en situación de dependencia para su seguimiento y para la evaluación de resultados en cada uno de los entornos y tipo de recursos.

El domicilio como factor protector de mortalidad también podría estar influenciado por los programas de evaluación geriátrica y cuidado sanitario en casa que se desarrollan desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía, y que, según otros estudios logra una importante reducción de la mortalidad en esta población (Frese et al., 2012). Así, un programa de visitas domiciliarias preventivas realizado en Nordmaling (Suecia) (Shalen, Dalhgren, Hellner, Stenlud & Lindholm, 2006) y un programa de alta hospitalaria planificada en pacientes de edad avanzada realizado en Turín (Italia) (Damiani et al., 2009) han demostrado un efecto protector sobre la mortalidad siempre que éstos se continúen con cuidados domiciliarios a largo plazo. En este sentido, es necesario apostar por los planes de cuidados específicos para la atención de las personas mayores en sus domicilios aprovechando las ventajas que ofrece la telemedicina, la teleasistencia, los programas de seguimiento de pacientes vulnerables al alta hospitalaria y las visitas de seguimiento a pacientes crónicos por personal de enfermería, entre otros (Prados, 2013).

De igual forma, iniciativas como las Aulas de Cuidados que se llevan a cabo desde la Escuela de Pacientes de Atención Primaria de Salud estén contribuyendo también a conseguir que la práctica de los cuidados esté fundamentada en la mejor evidencia

científica, y que estas prácticas sean accesible a las personas cuidadoras (Shalonen et al., 2003).

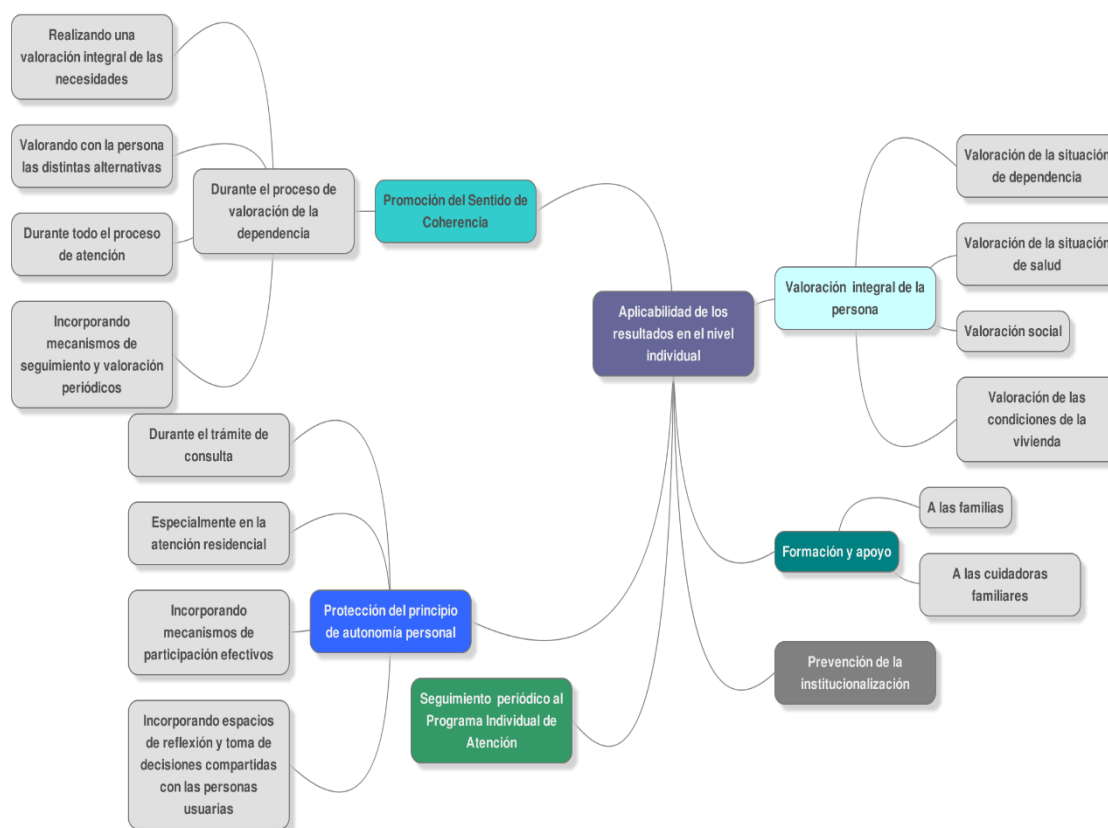
Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la evaluación de la calidad de los servicios en el entorno domiciliario es compleja, ya que es muy difícil obtener el punto de vista de la persona usuaria que depende en gran medida su cuidadora familiar para organizar los servicios que recibe (Tilly, 2007). Además, los elementos estructurales y funcionales necesarios para garantizar la calidad de los cuidados se circunscriben al propio domicilio, en el contexto privado de la unidad de convivencia. Queda aún mucho que avanzar en el desarrollo de los sistemas de seguimiento y evaluación que favorezcan la mejora continua, respetando la privacidad de la unidad de convivencia en la que se desarrolla el cuidado.

## **5.4 APLICABILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS**

### **5.4.1 Nivel individual**

En el nivel individual los resultados sugieren fundamentalmente empoderar a la persona mayor para que sea capaz de desarrollar su proyecto vital, reconociendo su situación de dependencia y utilizando de la forma más efectiva los recursos de apoyo. Para ello, es fundamental garantizar la protección del principio de autonomía persona y promover el SOC durante el proceso de valoración de la situación de dependencia, de elección del recurso asistencial y en el proceso asistencial; realizar un análisis detallado de las condiciones de salud y articular de forma eficiente de recursos de apoyo al cuidado, para favorecer la permanencia del individuo en el domicilio el mayor tiempo posible y retrasar la institucionalización (Imagen 32).

**Imagen 32. Aplicabilidad práctica de los resultados en el nivel individual**



#### **5.4.1.1 Garantía de la autonomía individual y promoción del Sentido de Coherencia**

La protección del principio de autonomía personal y la promoción del SOC suponen dar un papel especialmente relevante a los momentos del proceso de valoración y atención en los que la persona tiene contacto con el SAAD. El trámite de consulta pasaría de ser un trámite administrativo a convertirse en un momento esencial durante el proceso asistencial, en el que el equipo profesional propone alternativas de cuidado sobre la base de una valoración integral de las necesidades, y la persona toma una decisión que es refrendada en el PIA.

Para la elaboración del PIA también es necesario mejorar los sistemas de asesoramiento e información a las personas mayores y a los equipos profesionales. Un instrumento de

gran interés es el mapa de recursos sociales y sanitarios disponibles en el territorio. Este tipo de mapa debe incluir los recursos de apoyo al envejecimiento activo, las actividades sociales promovidas desde cualquier ámbito (ayuntamiento, asociaciones, centros de participación activa, etc.) y los servicios sociales y sanitarios disponibles, entre otros. Sumado a este mapa, es necesario avanzar en la consolidación de una plataforma de información y asesoramiento a la ciudadanía sobre las prestaciones y servicios de atención a las personas mayores. Existen actualmente múltiples canales de comunicación entre la ciudadanía y las organizaciones social y sanitaria a través de las cuales se están desarrollando servicios de asesoramiento e información útil para las personas mayores, tales como la atención telefónica, la teleasistencia o la cita previa, entre otros. Estas dos plataformas, el Servicio Andaluz de Teleasistencia y Salud Responde, favorecen el seguimiento y acompañamiento en el domicilio. En estas dos plataformas se desarrollan servicios de cita previa, consejo sanitario, acompañamiento a personas mayores en el domicilio, respuesta rápida a situaciones de emergencia, cuidados enfermeros al alta hospitalaria, etc.

Una vez iniciado el proceso de atención, periódicamente serán necesarios los encuentros con los equipos profesionales para que la persona puede participar activamente en su proceso, incluso cambiando de prestaciones cuando las circunstancias que sugerían una elección hayan cambiado. Es especialmente importante proteger el principio de autonomía en la atención residencial, ya que las rutinas y procedimientos establecidos para el funcionamiento de la residencia pueden estar vulnerando este principio (horarios, comidas, rutinas, programación de actividades, etc.).

Para garantizar la autonomía y promover el SOC, los equipos profesionales deberán estar formados y los centros requerirán adaptaciones organizativas y cambios en la práctica profesional.

#### *5.4.1.2 Formación y apoyo a las personas cuidadoras*

Para favorecer la permanencia en el domicilio será necesario proporcionar formación a las personas cuidadoras y dar respuesta a sus necesidades de apoyo. Las personas que cuidan, especialmente aquellas que se encuentran en el entorno familiar, requieren una atención especial por parte de las Administraciones Públicas. Los servicios de apoyo emocional, económico y de servicios son esenciales para equilibrar el desgaste que ocasiona la labor de cuidar (Aymerich et al., 2005). Estudios realizados en las últimas dos décadas muestran que la exposición a una situación de estrés continuado al que están sometidas las personas cuidadoras, incrementa su riesgo de padecer problemas físicos y emocionales (Rodríguez, 2005).

En ese sentido, se han desarrollado distintas alternativas de intervención, como el apoyo formal mediante servicios comunitarios de respiro, programas psicoeducativos, grupos de ayuda mutua, intervenciones psicoterapéuticas o combinaciones de algunas de ellas (López et al., 2007). A pesar de la amplia experiencia en la utilización de este tipo de intervenciones, aún hoy no existe evidencia robusta acerca de su eficacia.

La formación el apoyo a las personas cuidadoras y la profesionalización del cuidado tienen un efecto sobre el fomento de la igualdad de género. Cuando las mujeres que cuidan incluyen en su función de utilidad el hecho del trabajo remunerado, por ejemplo, la formación les permite desarrollar competencias para su incorporación en el mercado laboral. Así mismo, la profesionalización del cuidado y los servicios de apoyo a la cuidadora, generan recursos personales, de tiempo y económicos para el disfrute de otros aspectos del desarrollo vital, como el consumo. Participar en el mercado laboral y disponer de tiempo propio otorga a la persona un mayor nivel de independencia personal, estatus social y capacidad de participación en la sociedad (Escot et al., 2013).

#### *5.4.1.3 Prevención de la institucionalización*

En este aspecto la puesta en marcha del Plan de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia en Andalucía es clave (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, 2016). Este plan aborda de forma integral e interdisciplinar la intervención necesaria para que las personas puedan mantener o mejorar sus niveles de autonomía y prevenir fases más avanzadas de dependencia. A través de este plan se integrarán al SAAD todas aquellas personas a las que se ha reconocido una dependencia moderada, pero además se prestarán servicios a las personas ya incluidas en el sistema, con niveles de dependencia más avanzados. Es importante que este plan considere las diferencias entre hombres y mujeres, en el momento del diseño de las intervenciones. Las mujeres tienen más riesgo de ser institucionalizadas cuando su grado de dependencia es mayor, mientras que en los hombres, el grado de dependencia no se comporta como factor de riesgo.

Por otra parte, y en relación a la red de apoyo, es probable que para situaciones en las que la red de apoyo familiar esté en riesgo de claudicación, la residencia sea un recurso temporal adecuado, así como para las situaciones de especial fragilidad de la persona mayor. En cualquier caso, no debería ser un recurso permanente, sino que requiere un seguimiento permanente y la posibilidad de regreso al entorno domiciliario si las circunstancias que aconsejaron la institucionalización cambian. Según demuestra la evidencia, una etapa de especial cuidado se presenta cuando se pierde a la pareja. En este momento serán necesarios servicios específicos de apoyo para evitar el ingreso en residencia, ya que según demuestran estudios previos, el riesgo disminuye conforme pasa el tiempo. Si el sistema consigue apoyar a la familia para mantener a la persona en su entorno habitual, es muy probable que esta situación se prolongue en el tiempo. En caso contrario, la institucionalización es casi inminente y el resultado en mortalidad empeora (Nihtilä et al., 2008).

Aunque en este estudio no se ha analizado la composición de la unidad de convivencia, y por tanto no se ha utilizado la variable de número de miembros, estudios previos muestran que las personas que viven solas pueden estar más conformes con la alternativa residencial que aquellas que viven en un entorno de convivencia más amplio (Toberuela, 2002). La permanencia de la persona en su domicilio puede entonces requerir un servicio de acompañamiento, tal y como se presta desde el Servicio Andaluz de Teleasistencia a más de 200 mil personas mayores en Andalucía (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2012), o el desarrollo de otros servicios como el “*befriending*”, el “*mentoring*”, el “*wayfinder*” o las actividades grupales que buscan específicamente que las personas puedan ampliar sus círculos sociales (Windle, Francis & Coomber, 2014). Este tipo de intervenciones requieren profesionales o personal voluntario entrenado para la aplicación de estas técnicas que han demostrado ser eficaces para el propósito para el que están diseñadas., así como la incorporación de mediciones específicas sobre el nivel de aislamiento (soledad) del individuo en los procesos de valoración integral y el diseño de intervenciones apropiadas para los distintos niveles determinados. Además, son necesarias técnicas de identificación de las personas que pueden estar aisladas dentro de la comunidad, para lo que el “*Community Navigator*” ha demostrado ser un recurso eficaz. En este caso, la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales con el tercer sector, resulta imprescindible.

Sin embargo, otros tipo de servicios de apoyo que sería de gran ayuda a las personas mayores que viven solas como el apoyo para la realización de tareas instrumentales (salir a comprar, realizar trámites bancarios, etc.) pueden no estar fácilmente disponibles para estas personas y/o para las personas cuidadoras, que en muchas ocasiones no pueden dejar a la persona mayor en ningún momento del día. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria para las que se requiere de un mayor nivel de autonomía personal, tales como



usar el teléfono, elaborar la propia comida, realizar tareas domésticas básicas, realizar las compras necesarias para vivir, lavar la ropa, manejar la medicación, moverse dentro de la comunidad, administrar su propio dinero. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida cotidiana, y puede resultar compleja para personas en situación de dependencia severa o de gran dependencia. Existen escalas validadas para su valoración, que deben ser utilizadas de forma complementaria a las de valoración de las ABVD. En este caso, las intervenciones se deben orientar desde las áreas diferentes a las de la ayuda a domicilio propiamente dicha y suelen requerir la intervención de profesionales de la terapia ocupacional o la fisioterapia, entre otros.

De la misma forma, las situaciones de agravamiento de la dependencia pueden aconsejar el recurso residencial en más de una ocasión, al alta hospitalaria, por ejemplo. En estos casos, la habilitación de recursos residenciales de carácter temporal y la coordinación con los servicios de Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales Comunitarios puede asegurar el retorno al domicilio en cuanto la situación se estabilice (Goodwin et al., 2011).

Cuando la red de apoyo es frágil o está en riesgo de claudicación, servicios sociales y sanitarios de apoyo pueden evitar el riesgo de institucionalización. En este caso también es fundamental la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios de ámbito comunitario, así como la articulación de una red de apoyo con otros recursos presentes en el territorio.

Un recurso que puede ayudar al seguimiento son las visitas domiciliarias de los equipos de Atención Primaria y de los Servicios Sociales Comunitarios. Este tipo de intervenciones requiere planificación y un pilotaje con una evaluación de resultados, ya que, según los hallazgos de estudios previos, pueden no tener resultados a largo plazo (Sahlen et al., 2006).

#### *5.4.1.4 Valoración integral de la situación de salud*

Será necesario articular una valoración integral en la que se incluyan, además de las escalas actuales de valoración dispuestas de acuerdo a la normativa desarrollada a partir de la Ley 39/2006, instrumentos de demostrada sensibilidad y especificidad para la detección de factores de riesgo de dependencia, de fragilidad y de aislamiento.

Los instrumentos actualmente utilizados en el SAAD valoran la situación de dependencia a la entrada en el Sistema (Ley 39/2006, de 14 de diciembre), pero no inciden especialmente en la valoración de la fragilidad. En su forma más simple, la fragilidad se define como el estado de mayor vulnerabilidad frente a los resultados adversos. De una forma más compleja, se puede decir que la fragilidad es una condición que resulta de la reducción multisistémica en la capacidad del individuo, en la medida en que un número de sistemas fisiológicos están cerca del umbral de fallo clínico sintomático. En este sentido, la fragilidad puede ser vista como una pérdida de recursos en varios dominios de funcionamiento, lo que conduce a una disminución de la capacidad de reserva para hacer frente a los factores de estrés habituales. Es un concepto multidimensional que considera la interacción compleja de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales.

La fragilidad puede ser reconocida básicamente por la presencia de tres o más elementos fundamentales: agotamiento (falta de energía para hacer las cosas que tenía que hacer), debilidad (baja fuerza de presión medida con un dinamómetro), pérdida de peso (disminución del deseo de comer), baja actividad (en actividades que requieren un bajo o moderado consumo de energía como la jardinería o lavar el coche), y velocidad de la marcha lenta (dificultad para caminar 100 metros) (Romero et al., 2010). Tres o más de estas características denotan fragilidad y uno o dos denotan un estado precursor de la fragilidad. Estos estados están relacionados entre sí, y relacionados con el riesgo de morir. Con un cuidado adecuado, tanto la fragilidad como su estado precursor, son

potencialmente reversibles (De Lepeleire et al., 2009). Los estudios actualmente se centran en la identificación de factores comunes y diferencias entre el envejecimiento exitoso y la fragilidad. Se trata de poner especial énfasis en los aspectos psicosociales más presentes en el modelo de análisis del envejecimiento que en los aspectos médicos y funcionales, más presentes en el modelo de análisis de la fragilidad (Cosco, Armstrong, Stephan & Brayne, 2015).

Teniendo en cuenta estos hallazgos, la valoración de la fragilidad debería estar incluida en los procesos habituales de valoración integral de las personas en situación de dependencia, en el marco de equipos interdisciplinarios y coordinados, ya que la aplicación de este tipo de instrumentos corresponde a profesionales de atención primaria de salud, mientras que la determinación del recurso asistencial corresponde a profesionales de los servicios sociales (Romero et al., 2010). La aplicación de este tipo de escalas requiere una validación previa en la población andaluza, la implementación del registro en la Historia Clínica Electrónica, el entrenamiento de profesionales para el uso del instrumento de valoración y el diseño del proceso de incorporación de la valoración de la fragilidad en el proceso de determinación del Programa Individual de Atención.

En este caso, es muy probable que coordinando la valoración de la situación de dependencia, en la que se incluyen los aspectos de la red de apoyo y las características sociales, económicas y de vivienda de la persona (Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero), con el examen de salud para personas mayores de 65 años (Consejería de Salud, 2015), se pueda tomar una decisión acerca de la necesidad de incorporar o no otras escalas de valoración. La valoración integral debe necesariamente estar disponible para todas las personas que contribuyan en la elaboración del programa individual de atención y su seguimiento, incluida la propia persona y su familia así como los equipos

profesionales de las dos Administraciones Públicas involucradas (autonómica y local) y de los dos sectores (social y sanitario).

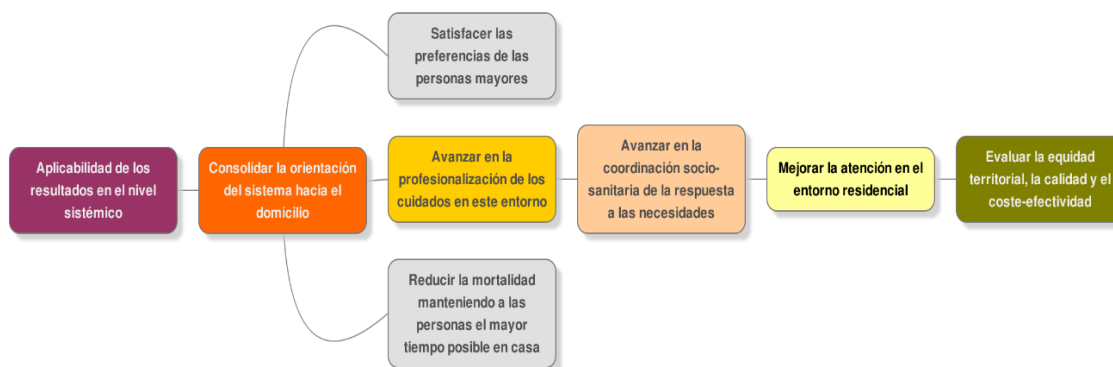
#### 5.4.1.5 *Seguimiento periódico al Programa Individual de Atención*

La integración de los sistemas de información actualmente disponibles en los servicios sociales y sanitarios podría favorecer un efectivo seguimiento a la persona mayor en su domicilio o en la residencia. La valoración a la entrada en el SAAD, momento en el que se determina el PIA y se decide el recurso asistencial (residencial o domiciliario) requiere un seguimiento continuo en el tiempo. Es posible que un recurso adecuado en un momento, no sea el recurso más adecuado en los años siguientes. En este sentido, la disponibilidad de un recurso de solicitud de revaloración de la situación de dependencia, no es suficiente.

#### 5.4.2 Nivel sistémico

En el nivel sistémico el reto está en consolidar la orientación de la atención hacia el domicilio, avanzando en la profesionalización de los cuidados para evitar los efectos perversos que tiene sobre las mujeres el cuidado familiar; garantizar la coordinación de servicios sociales y sanitarios, articulando paquetes de servicios que den respuesta a las necesidades complejas de las personas en situación de dependencia; mejorar la atención en el entorno residencial; y evaluar la equidad territorial, la calidad y el coste-efectividad de las prestaciones (Imagen 33).

Imagen 33. Aplicabilidad de los resultados en el nivel sistémico



#### *5.4.2.1 Avanzar en la profesionalización de los cuidados en el domicilio*

En primer lugar se trataría de potenciar los servicios de ayuda a domicilio. Para ello, según García (2011), se debería promover un servicio integral de responsabilidad pública, que sea capaz de dar respuesta a las diversas necesidades de apoyo, capaz de integrarse con los servicios domiciliarios de Atención Primaria y servicios de cuidados al alta hospitalaria. Un servicio flexible, único e integral, compatible con otras modalidades de cuidado, familiar, unidades de estancia diurna e incluso estancias temporales en centros residenciales.

Estudios previos muestran que las personas que viven solas pueden estar más conformes con la alternativa residencial que aquellas que viven en un entorno de convivencia más amplio (Luppa et al., 2010). La permanencia de la persona en su domicilio puede entonces requerir servicios de acompañamiento como el que se presta a través del Servicio Andaluz de Teleasistencia (2012), pero estableciendo protocolos de intervención diferenciales en función del perfil de necesidad de cada persona. Así mismo, será necesario articular otros servicios desde los mismos recursos que dispone la Administración autonómica o local (centros de participación activa, por ejemplo) para desarrollar el tipo de actividades grupales que facilitan que las personas puedan ampliar sus círculos sociales (Windle et al., 2014).

La participación de las mismas personas mayores en las actividades sociales como personal voluntario puede actuar en doble sentido, favoreciendo la autonomía de la persona mayor y disminuyendo el nivel de aislamiento de las personas con las que desarrolla la actividad programada. En este ámbito se ha detectado la necesidad de identificar activamente a las personas mayores que pueden estar aisladas dentro de la comunidad, para lo que la coordinación entre todos los agentes presentes en el territorio

es fundamental: servicios sociales y sanitarios, sector asociativo y cuidadoras familiares, entre otros. (Windle et al., 2014).

También se ha hablado de la necesidad de estructurar el apoyo a las tareas instrumentales, para lo que sería necesario incorporar una valoración específica e incluir las prestaciones correspondientes en la oferta de servicios a las personas mayores en situación de dependencia (Lawton & Brody, 1969). Este tipo de servicios no está explícitamente considerado actualmente, aunque sí implícitamente prestado por las auxiliares de ayuda a domicilio o por las cuidadoras familiares. Para su articulación será necesario valorar las necesidades de apoyo en este tipo de actividades y explorar las posibilidades de intervención desde los servicios ya organizados, o creando nuevos servicios (Graf, 2013).

Uno de los recursos que ha demostrado su efectividad en la disminución de las necesidades de apoyo y que a su vez favorece la permanencia de la persona mayor en el domicilio, son las ayudas para el acondicionamiento de la vivienda. Este tipo de ayudas no están incluidas en las prestaciones de atención a la dependencia y, según un estudio reciente, la normativa desarrollada al respecto requiere reajustar los criterios y baremos de concesión de este tipo de recursos, que se consideran obsoletos (Aymerich et al., 2005). Por otra parte, aunque estudios previos han demostrado su coste-efectividad. La revisión de estudios realizada por el Gobierno Vasco en colaboración con INGEMA, determinó que las ayudas tecnológicas y las adaptaciones de la vivienda eran coste-efectivas frente a la no intervención. La clave de este tipo de programas reside en su capacidad de prevenir gastos sanitarios y sociales, no porque consigan prevenir las situaciones de dependencia, sino porque promueven el mantenimiento de la autonomía funcional mediante intervenciones ligeras o poco costosas (Sancho, Díaz-Veiga, Leturia, Saizarbitoria y Zalakain, 2011; Saizarbitoria, 2011). Para que el acondicionamiento de la

vivienda y las ayudas arquitectónicas que sean articuladas dentro del Programa Individual de Atención, es posible que sean necesarios acuerdos explícitos con el sector responsable de los temas de vivienda, así como la coordinación de estas ayudas desde el sector de servicios sociales con el sistema de atención a la dependencia.

Reforzar las capacidades para el cuidado y establecer espacios de encuentro para las personas cuidadoras es también una línea de trabajo importante. El fortalecimiento de las Escuelas de Pacientes, las Aulas de Cuidados y los Grupos Socioeducativos, así como cuantas más alternativas de intervención en este sentido puedan darse desde la Administración pública y/o la sociedad en su conjunto.

Un aspecto de especial relevancia es el del estudio de los recursos de apoyo a la mujer que ejerce la labor de cuidado, ya sea desde el ámbito profesional (Servicios de Ayuda a Domicilio) como desde el entorno familiar (Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar). Se trata de buscar fórmulas para no perpetuar el papel de mujer cuidadora en la sociedad actual y futura. Para ello, estimular los servicios de apoyo en el domicilio y las unidades de estancia diurna puede favorecer la libertad de incorporación de la mujer al mercado laboral. Así mismo, el reconocimiento del trabajo de cuidado mediante la aportación a la Seguridad Social por parte de las personas cuidadoras y del propio Sistema, establecería una diferencia importante a la situación actual.

Por otra parte, los resultados de la mortalidad diferencial entre los Servicios de Ayuda a Domicilio y las Unidades de Estancia Diurna respecto a los Cuidados en el Entorno Familiar, aconsejan continuar avanzando en el camino ya iniciado de potenciar al máximo los servicios frente a las prestaciones económicas. En este punto es muy importante estudiar las causas de la baja preferencia y escasa prescripción de las unidades de estancia diurna, y buscar alternativas para mejorar la utilización de este tipo de servicios.

#### *5.4.2.2 Coordinación entre servicios sociales y sanitarios*

Para mejorar el seguimiento de los procesos de atención a las personas en situación de dependencia en primer lugar será necesario lograr la integración de los sistemas de información. La información acerca de las condiciones sociales y de salud de la persona mayor debería estar disponible para que los equipos profesionales pudieran hacer el seguimiento y planificar el mejor recurso asistencial en cualquier momento y para cualquiera de los entornos asistenciales: domicilio o residencia; Atención Primaria y hospitalaria; Servicios Sociales Comunitarios y Servicios Sociales Especializados. Esta integración de sistemas aportaría la información útil para la toma de decisiones respecto al mejor recurso asistencial para cada situación individual. Si a estos sistemas de información se sumara una plataforma de asesoramiento e información que mantuviera la mejor evidencia disponible acerca de los recursos asistenciales, tanto los equipos profesionales como las personas mayores y sus familias dispondrían de información valiosa para tomar sus propias decisiones en cada momento. Según se describe en la experiencia internacional (Pinzón et al., 2016-b), este es un paso necesario para mejorar los sistemas de cuidados de larga duración a las personas mayores, pero no suficiente. Hace falta también la coordinación efectiva de los equipos profesionales, de los servicios sociales y sanitarios, especialmente en el ámbito comunitario.

Otra iniciativa que puede contribuir a mejorar la calidad de los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia son los Programas de Acreditación de Calidad de Servicios Sociales, actualmente disponibles a través de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2015). Estos programas incorporan manuales de estándares de calidad para los servicios residenciales, servicios de día, servicios de información y asesoramiento, servicios sociales comunitarios y servicios de atención ambulatoria. El proceso de acreditación de la calidad incluye una fase de autoevaluación y de puesta en marcha de planes de mejora de la calidad de los aspectos autoevaluados. Estos manuales



incorporan los elementos clave de la calidad asistencial y gracias a ello contribuir a mejorar los servicios tanto del entorno domiciliario como residencial. En sí mismos suponen también un sistema de recogida de información y de buenas prácticas que pueden contribuir a la mejora global del sistema de atención a personas mayores en situación de dependencia.

#### ***5.4.2.3 Mejorar la atención en el entorno residencial***

Respecto a la atención sanitaria, es imprescindible que se garantice la misma calidad de la atención en el entorno residencial que en el domiciliario. Para ello, los Procesos Asistenciales Integrados y los Planes Integrales deben planificar sus actuaciones en los servicios sociales, tanto a nivel comunitario como especializado. El manejo de las enfermedades crónicas en personas mayores debe responder a los mismos parámetros de calidad y seguridad en comunidad y en residencias. En Andalucía, las personas mayores que viven en sus domicilios reciben atención sanitaria a través de los profesionales de Atención Primaria y de acuerdo a las guías de práctica clínica establecidas para cada proceso asistencial. La práctica sanitaria basada en la evidencia forma parte de los objetivos de gestión en el SSPA. Sin embargo, en las residencias, la atención sanitaria depende de cada uno de los proveedores, públicos o privados. De acuerdo con la normativa establecida en el Sistema Público de Servicios Sociales, cada proveedor contrata el personal sanitario y aplica sus propios protocolos para la atención de las personas residentes. Esta gestión diferencial de las enfermedades crónicas puede estar influyendo de forma directa sobre la mortalidad, según destacan los autores del estudio en el Reino Unido (Shah et al., 2013).

Otros factores relacionados con el modelo de atención residencial como el respeto a la autonomía personal (capacidad de decidir sobre las actividades básicas de la vida diaria como elegir la hora para levantarse de la cama, el menú de la comida o las actividades de

ocio) o la promoción de la autonomía, basada en un modelo de recuperación y no de sustitución o ligada al uso de sujeciones físicas (Galán, Trinidad, Ramos, Gómez, Alastruey, Onrubia, López et al., 2008) tampoco se han tenido en cuenta en este estudio y podrían ser factores clave a la hora de interpretar los resultados.

Un elemento de análisis más es el papel de la familia en el entorno residencial. Las relaciones familiares son una fuente de apoyo para las personas mayores. La familia está presente cuando la persona mayor permanece en el domicilio, pero cuando la red de apoyo es frágil, el riesgo de institucionalización aumenta. Aunque el cuidado familiar no cesa con la institucionalización, cambian las circunstancias y el tipo de cuidado, ya que mientras que el equipo profesional puede prestar apoyo en las actividades de la vida diaria y los aspectos afectivos y emocionales, el apoyo afectivo de la familia no puede ser sustituido de ninguna forma (Leturia, Inza, Hernández, 2007). Así, el ingreso en la residencia se convierte en un punto más en la cadena de cuidados en la que se debe mantener la relación familiar, siempre que se disponga de ella.

El papel de la familia se centra especialmente en el mantenimiento del vínculo afectivo, de la identidad personal y la continuidad pasado-futuro. La familia también aporta un apoyo emocional al interesarse durante el proceso de adaptación al entorno residencial, un apoyo informacional a través de las visitas y contactos periódicos, y un apoyo instrumental que le preste la ayuda material necesaria. Este aspecto no ha sido explorado en este estudio, pero puede ser otro de los elementos clave a tener en cuenta a la hora de explicar las diferencias en la mortalidad existentes entre los dos ámbitos asistenciales, el residencial y el domiciliario. La propia planificación, desarrollo y seguimiento del proceso asistencial requiere la participación activa de la familia, sin embargo, en la atención a la dependencia, después del trámite de consulta a la familia sobre las preferencias acerca del recurso asistencial, no parece estar estandarizada la participación

de la familia en el proceso asistencial, por lo que ésta dependerá de cada uno de los proveedores de servicios residenciales, con la consecuente heterogeneidad.

Así mismo, se deberían tener en cuenta las actividades sociales, posiblemente más disponibles en el entorno comunitario, ya que como demostró un estudio longitudinal en personas mayores residentes en Jyväskylä (Finlandia), las actividades culturales colectivas y la actividad social productiva (por ejemplo, el voluntariado) se comportan como factores protectores de mortalidad en la vejez (Pynnönen et al., 2012).

El punto clave está en proporcionar servicios ajustados a las necesidades de cada persona, que favorezcan su calidad de vida y respeten su derecho a la libre determinación y la vida autónoma, con independencia de su sexo, edad, capacidad funcional y condiciones clínicas. La valoración por tanto debe ser integral considerando los aspectos sociales y sanitarios, y la decisión acerca del mejor recurso asistencial debe tomarse con la persona y su familia.

#### ***5.4.2.4 Evaluar la equidad territorial, la calidad y el coste-efectividad***

En este caso, es posible que los servicios de inspección puedan ser de gran apoyo al seguimiento de la calidad de la atención, con instrumentos similares a los utilizados en los sistemas de protección social en países como Suecia (*Jämförelseprojektet o Proyecto de Comparación*) y el Reino Unido (*Adult Social Care Outcomes Framework*) (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, 2011).

En este sentido, en el marco del Plan General de Inspección de Servicios Sociales del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, se puso en marcha en 2011 un sistema de seguimiento y evaluación de las prestaciones y servicios incluidos en el SAAD, a través de entrevistas a las personas beneficiarias de los servicios de ayuda a domicilio y cuidados en el entorno familiar. Este sistema se recoge información acerca de la

prestación del servicio, la calidad asistencial, la calidad percibida, correspondencia del estado de la persona con el grado de dependencia reconocido, cumplimiento y adecuación de la utilización y prestación del servicio, y correspondencia del servicio recibido con el indicado en el PIA. Las personas encuestadoras son profesionales de los Servicios de Valoración de la Dependencia, habilitadas como Inspectoras (Inspección General de Servicios Sociales, 2011).

El Plan General de Inspección también incluye un protocolo de actuación en el que se realizan entrevistas personalizadas a personas usuarias de los servicios residenciales y servicios de día y de noche para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de drogodependencia. En estas entrevistas se indaga acerca de la satisfacción global con el servicio, con las instalaciones, la percepción de hacinamiento, las medidas de contención, la satisfacción con la comida, la higiene y el aseo personal, el trato del personal, el respeto al derecho de intimidad y a la reclamación, percepción de calidad de vida y autonomía (Inspección General de Servicios Sociales, 2012). El seguimiento y la evaluación de las prestaciones del SAAD apoyado en los servicios de inspección pueden proporcionar una información útil para la mejora continua de la calidad.

Así mismo, serán necesarios estudios de coste-efectividad de las prestaciones para que el sistema genere evidencias que orienten la toma de decisiones, tanto en el nivel individual como en el sistémico. La información así recogida sería complementaria a la que ya aporta la mortalidad como indicador de la calidad asistencial, y permitiría ir introduciendo instrumentos de medición de la calidad de vida como los AVAC (años de vida ajustados por calidad) y los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad), avanzando en la evaluación de riesgos y beneficios asociados a las distintas alternativas de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

## **5.5 FUTURAS INVESTIGACIONES**

En primer lugar parece necesario profundizar en la comprensión de los mecanismos que garantizan el principio de autonomía y promueven el SOC, no solo durante el proceso de valoración y asignación del recurso asistencial, sino además, durante todo el proceso de atención en los distintos recursos disponibles, y valorar su efecto sobre el bienestar, la calidad de vida y la esperanza de vida de las personas mayores en situación de dependencia.

Así mismo, será necesario desarrollar y validar algún tipo de escala o índice que permita medir de forma directa la satisfacción del principio de autonomía, no solo a la entrada en el SAAD, sino también durante el seguimiento de las prestaciones.

Por otra parte, será necesario estudiar los factores de riesgo de mortalidad en los centros residenciales que no han sido explorados en este estudio, tales como la posible pérdida de la autodeterminación, el papel de la familia en el centro o el modelo asistencial, entre otros. Sería interesante conocer el efecto que tiene sobre la autodeterminación el que la programación de las actividades en la residencia responda a las necesidades de cada una de las personas residentes, en lugar de adaptar el plan de atención individual a la disponibilidad de actividades en el centro. Así mismo, el que el plan individual de atención sea pactado con la persona y la familia, e incluir un seguimiento periódico, en el que la persona y la familia tengan siempre el papel protagonista.

También es de interés explorar otros aspectos relacionados con la organización de los servicios en las residencias, y analizar si esta organización está centrada en las personas o en los equipos profesionales. La organización centrada en las personas usuarias se caracteriza por horarios flexibles de comidas, descanso y actividades, así como de proporcionar alternativas durante la comida (más de un menú diariamente), promover

la participación de las personas usuarias del servicio residencial en actividades como la compra, la preparación de alimentos, la organización de actividades culturales, etc.

Una alternativa a valorar dentro de los servicios residenciales es la de las viviendas asistidas, opción desarrollada en algunos países europeos en los que se ha optado por eliminar las grandes residencias. La idoneidad de las viviendas asistidas se relaciona con la corrección que hacen de los efectos perversos que tienen los dos modelos opuestos, tanto la institucionalización como el cuidado en el entorno familiar. Las viviendas asistidas pueden aproximarse al modelo óptimo de la asistencia domiciliar profesionalizada. Esta alternativa no se ha desarrollado en Andalucía, y no se han explorado las causas posiblemente relacionadas con que el proveedor principal de este tipo de servicios es el sector privado lucrativo y con los elevados costes relacionados con los requerimientos de personal y de equipamiento necesarios para la atención a personas mayores con situaciones de dependencia avanzada o gran dependencia. Es una alternativa asistencial que podría ser valorada, aunque estudios previos no han encontrado un efecto diferencial respecto al centro residencial (Pruchno et al., 2000).

Por otra parte, y según los resultados de un estudio a nivel nacional en Finlandia, controlando por el estado de salud, el nivel funcional, las variables demográficas y el nivel de ingresos, existen diferencias sistemáticas en la percepción de la calidad de vida, dependiendo de si un individuo está institucionalizado o no, siendo ésta más alta entre los individuos que viven en residencias. Los autores de este estudio explican este hallazgo porque hay personas que viven en el hogar que son tan frágiles que realmente deberían vivir en una residencia, pero debido a las listas de espera actualmente existentes, siguen viviendo en casa con una disminución de la calidad de vida como consecuencia (Böckerman et al., 2012). Este hallazgo conduce a pensar en dos cuestiones. En primer lugar, las encuestas de satisfacción en los modelos institucionalizados han de ser

revisados por su bajo nivel de confiabilidad. En segundo lugar, si los resultados se mantiene, sería necesaria la valoración de la fragilidad del individuo en el momento de la elección del recurso asistencial, y la determinación de este recurso asistencial en los casos en que se considere el más adecuado.

En cuanto al papel de la familia, corresponde también al centro residencial establecer los canales para una participación efectiva de la familia en el proceso asistencial. Esta participación puede requerir una gran flexibilidad por parte del centro residencial, para poder dar respuesta a las necesidades de la persona y de su familia. De cualquier forma, es necesario diseñar, pilotar y evaluar experiencias relacionadas con este tipo de intervenciones, antes de generalizar su utilización.

Finalmente, parece que sería de gran interés potenciar la investigación relacionada con los factores comunes y diferenciales entre el envejecimiento exitoso y la fragilidad (Cosco et al., 2015). Esta línea de investigación podría favorecer el desarrollo de intervenciones de promoción del envejecimiento activo y saludable en los diversos recursos previstos para el cuidado de las personas mayores en el marco del SAAD.





## **6 CONCLUSIONES**



Los hallazgos de este estudio muestran el beneficio de los cuidados en casa para las personas mayores en situación de dependencia frente a los cuidados que reciben en los centros residenciales, tanto en términos de preferencias como de reducción de la mortalidad.

Así mismo, indican que en el SAAD se ha incrementado la prescripción de servicios profesionales frente a las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, contribuyendo a la reducción de la asimetría de género en las labores de cuidado, gracias a los avances en la profesionalización del sistema.

### **Sobre la población estudiada**

Las personas mayores con reconocimiento de dependencia y PIA, registradas en el SAAD en el período 2007-2012, son mayoritariamente mujeres, con más de 80 años y en situación de gran dependencia (más de 73 puntos en la escala BVD).

La mayoría de las personas incluidas en el estudio consideraron estar bien atendidas en sus domicilios antes de entrar en el SAAD, y contar con una red de apoyo consistente, de baja fragilidad y bajo riesgo de claudicación.

Entre las condiciones clínicas más prevalentes encontradas en esta población estaban la demencia, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad de Alzheimer y el cáncer.

### **Sobre las preferencias**

La mayor parte de los hombres y de las mujeres incluidas en el estudio manifestaron el deseo de vivir en su domicilio particular. La preferencia manifiesta por cada uno de los recursos asistenciales específicos se comportó como un importante factor predictor del recurso asignado. Este resultado muestra la protección del principio de autonomía

personal que hace el SAAD, al respetar las preferencias de las personas acerca del recurso de apoyo al cuidado.

### **Sobre los factores predictores de la institucionalización**

El nivel de dependencia en las ABVD, desear vivir en residencia, una consistencia y una fragilidad medias de la red de apoyo y tener un diagnóstico de demencia son factores predictores de la institucionalización en las mujeres. En el grupo de hombres, los factores predictores de la institucionalización identificados fueron desear vivir en una residencia y una consistencia baja o media de la red de apoyo.

### **Sobre la mortalidad**

La mortalidad fue consistentemente más alta en residencias que en los domicilios, tanto en mujeres como en hombres, para todos los grupos de edad, preferencias, características de la red de apoyo y condiciones clínicas analizadas.

### **Sobre los factores de riesgo de mortalidad**

Según los resultados del estudio, los principales factores de riesgo de mortalidad identificados fueron: ser hombre, el nivel de dependencia en las ABVD, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer, tanto en hombres como en mujeres.

### **Sobre el efecto del entorno asistencial en la mortalidad**

El entorno residencial incrementa el riesgo de morir un 52% frente a la atención en domicilio.

# **BIBLIOGRAFÍA**



- Abellán, A. & Pujol, R. (2015) *Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red nº 10.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015) *Programas de certificación de la calidad en servicios sociales*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.acsa.junta-andalucia.es/es/certificacion/sevicios-sociales/index.html>.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (2012). *Perfil de las personas usuarias del Servicio Andaluz de Teleasistencia*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Aguilar, F., Andrés, J.A., Blanco, C.J., Cruz, E., Del Río, S., Echavarría, C. et al. (2014) *Fractura de cadera. Proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.
- Alaszewski ,A., Baldock, J., Billings, J., Coxon, K. & Twigg, J. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in the United Kingdom (PROCARE)*. Canterbury: University of Kent. Centre for Health Services Studies.
- Alguacil, M.D., Cabrera, J.M., Escalera, C. Espinosa, J.M., Gutiérrez, M., Lacida, M. et al. (2008) *Examen de salud para mayores de 65 años*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Alguacil, M.D., Álvarez, M., Barón, B., Cabrera, A., Díaz-Borrego, J., Díaz, A. et al. (2012) *Plan Andaluz de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas*. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

- Andersen, R.M. (1968) *Behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Series N° 25*. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Antonovsky, A. (1993) *The structure and properties of the sense of coherence scale*. *Social Science and Medicine*, 6, 725-733.
- Antonovsky A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. *Health Promot Int*, 11, 11–18
- Aymerich, M., Casas, F., Planes, M. & Gras, M.E. (2005) *El cuidado de los ancianos en el entorno familiar. Valoración de diversos recursos de apoyo mediante grupos de discusión*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 40(Supl 3), 16-23.
- Ballesteros, A. (2009) *Dilemas éticos en trabajo social. El modelo de la ley social*. *Portularia*, 9(2), 123-131.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, M., Tousignant, P., Contandriouopoulos, A.P. & Dellaire, L. (2006) *A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial*. *J Gerontol*, 61, 367-373.
- Belleau, H. (2007) *L'hébergement institutionnel d'un parnt âgé ayant des pertes cognitives*. *Can J Aging*, 26(4), 329-342.
- Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Goberman-Hill, R., Horwood, J. & Ebrahim, S. (2008) *Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet*, 371, 725-735.



- Bird, S.R., Kurowski, W., Dickman, G.K. & Kronborg, I. (2007) *Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand*. Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc, 31(3), 451-461.
- Böckerman, P., Johansson, E. & Saarni, S. (2011) *Institutionalisation and quality of life for elderly people in Finland*. Brussels: ENEPRI Research Report nº 92. European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Böckerman, P., Johansson, E. & Saarni, S. (2012) *Institutionalisation and subjective wellbeing for old age individuals: is life really miserable in care homes?* Ageing Soc, 32, 7, 1176-1192.
- Boletín Oficial del Estado. (2000) *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, por el que se regula el Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad*. Boletín Oficial del Estado, 26 de enero de 2000, núm. 22, pp. 3317-3410
- Boletín Oficial del Estado. (2006) *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156
- Boletín Oficial del Estado. (2007) *Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 21 de abril de 2007, núm. 96, pp. 17646- 17685.
- Boletín Oficial del Estado. (2010) *Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la*

- situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 12 de marzo de 2010, núm. 62, pp. 24967-24973.
- Boletín Oficial del Estado. (2011) *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (sustituye al anterior Baremo, publicado por Real Decreto 504/2007, de 20 de abril)*. Boletín Oficial del Estado, 18 de febrero de 2011, núm. 42, pp. 18567-18691.
  - Boletín Oficial del Estado. (2012) *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*. Boletín Oficial del Estado, 14 de julio de 2012, núm. 168, pp. 50428-50518.
  - Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (2007) *Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración*. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 18 de junio de 2007, núm. 119, pp. 38-42.
  - Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. (2007) *Orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía, modificada por la Orden de 22 de septiembre de 2008, que a su vez modifica la Orden de 15 de noviembre de 2007 por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio*. May 11, 2007. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 14 de noviembre de 2007, núm. 224, pp. 18-33.

- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (1992). *Decreto 11/1992, de 28 de enero, por el que se establece la naturaleza y prestaciones de los servicios sociales comunitarios*. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 25 de febrero de 1992, núm. 17, pp. 1018-1020.
- Cameron, I.D., Chen, J.S., March, L.M., Simpson, J.M., Cumming, R.G., Seibel, M.J. & Sambrook, P.N. (2010) *Hip fracture causes excess mortality owing to cardiovascular and infectious disease in institutionalized older people: a prospective 5-year study*. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res*, 25(4), 866-872.
- Carrillo, E., Cervera, M., Gil, V. & Rueda, Y. (2010) *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Barcelona: Antares Consulting.
- Casado, D. (2006) *La atención a la dependencia en España*. *Gac Sanit* 20, 135-142.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - CELADE (2007) *La mortalidad en América Latina: una trayectoria auspiciosa pero heterogénea*. Observatorio Demográfico N° 4. Chile: Programa Regional sobre Población y Desarrollo CEPAL/UNFPA.
- Chan, T.C., Shea, Y.F., Luk, K.H., Chan H.W. & Chu L.W. (2012) *Development and validation of a prognostic index for 2-year mortality in Chinese older residents living in nursing homes*. *Geriatr Gerontol Int*, 12, 555-562.
- Cía, R., Boceta, J., Camacho, T., Cortés, M., Duarte, M., Durán, E. et al. (2012) *Plan andaluz de cuidados paliativos 2008-2012*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Lipson, S. & Werner, P. (1999) *Predictors of mortality in nursing home residents*. J Clin Epidemiol, 52(4), 273-280.
- Colmorten, E., Clausen, T. & Bengtsson, S. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Denmark (PROCARE)*. Copenhagen: The Danish National Institute for Social Research.
- Consejería de Salud (2016 a) *Escuela de Pacientes*. Sevilla, Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx>
- Consejería de Salud (2016 b) *Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud*. Sevilla, Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.easp.es/gruse/>
- Cosco, T.D., Armstrong J.J. Stephan, B.C.M. & Brayne C. (2015) *Successful Aging and Frailty: Mutually Exclusive Paradigms or Two Ends of a Shared Continuum?* Canadian Geriatrics Journal, 18,1, 35-36.
- Cousido, S., Carnero, C., Fernández, R., Gil, E., Gómez, M.J., González, V.L. et al. (2002) *Demencia. Proceso asistencial integrado*. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Criel, B., Vanlerberghe, V., De Koker, B., Decraene, B., Engels, E. & Waltens, R. (2014) *Informal home care for elderly in Belgium: a study on the features and challenges of informal care at local level*. Community Ment Health J, 50, 848-853.
- Damiani, G., Federico, B., Venditti, A., Sicuro, L., Rinaldi, S., Cirio, F. et al. (2009) *Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates?* BMC Health Serv Res, 9, 22.

- Davis, D. & Brayne, C. (2015) *Ageing, health, and social care: reframing the discussion*. The Lancet, 385.
- De Almeida, J., Van Durme, T., Macq,, J. & Declercq, A. (2012) *Interventions to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in the home care setting*. BMC Public Health, 12(1), 1-6.
- Dawson, A. (2010) *The future of bioethics: three dogmas and a cup of hemlock*. Bioethics, 24(5).
- De Lepeleire, J., Iliffe, S., Mann, E. & Degryse, J.M. (2009) *Frailty: an emerging concept for general practice*. Br J Gen Pract, 59(562), e177-182.
- Del Moral M.C. (2009) *Procesos asistenciales integrados: una herramienta para la mejora continua de la asistencia sanitaria*. Semergen, 35(6), 255-256.
- Del Pozo, R. & Escribano, F. (2012) *Impacto económico del cuidado informal tras la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Rev Esp Salud Pública, 86, 381-392.
- Domínguez, M. (2012) *La división del trabajo doméstico en las parejas españolas. Un análisis del uso del tiempo*. Rev Int Sociol, 70(1), 153-179.
- Escot, L., Fernández, J.A. & Poza, C. (2013) *La división del trabajo entre los miembros de la pareja: evolución, ideas y fundamentos teóricos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- European Commission (2011) *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels.

- Expósito, J., Bayo, E., Calleja, M.A., Díaz, J.E., González, M.A., Guerrero, M.R., López, F. et al. (2014) *Cáncer de pulmón. Proceso asistencial integrado*. 2ª edición. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.
- Expósito, J., Escalera, C., Torró, C., Domínguez, C., Amo, M., Bayo, E. et al. (2007) *II Plan integral de oncología de Andalucía 2007-2012*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Fernández, J.N., Vidal, M.J., Fernández, J., Ruiz, O., Dizym D., Iglesias, J. et al. (2014) *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2012*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Ferrándiz L., Alcalde M., Armario J.C., Correa R., De Troya M., Galdeano R. et al. (2014) *Cáncer de piel. Proceso asistencial integrado*. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.
- Frese T., Deutsch T., Keyser M. & Sandholzer H. (2012) *In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality--a randomized controlled trial*. Arch Gerontol Geriatr, 55(3), 639-644.
- Fried T.R., Pollack D.M. & Tinetti M.E. (1998) *Factors associated with six-month mortality in recipients of community-based long-term care*. J Am Geriatr Soc, 46(2), 193-197.
- Frossard M., Genin N., Guisset M.J. & Villez A. (2002) *Providing integrated health an social care for older persons in France - an old idea with a great future*. Paris: Unir les Associations pour Développer les Solitarités - UNIOPSS.

- Galán C.M., Trinidad D., Ramos P., Gómez J.P., Alastruey J.G., Onrubia A., López E. & Hernández H.(2008) *Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 43(4), 208-213.
- Gandarillas A., Domínguez M.F., Zorrilla B., Galán I., Duque I. & Segura J. (2011) *Deaths in collective dwellings and inequalities in small-area mortality: an ecological study in the Madrid region (Spain)*. J Epidemiol Com Health, 65, 310-314.
- García M.A., Cabrera M.J., Martínez J., Morales .J.L, Bermejo M.J., Martínez A. & Egea J.A. (2006) *Procesos asistenciales integrados: modelo de evaluación y algunos resultados*. Rev Calidad Asistencial, 21(2), 87-100.
- García, J. (2003) *Bioética y personas mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- García, G. (2011) *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada*. Zerbitzuan, 49, 55-70.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I. & Equiguren, A.P. (2004) *El Sistema informal de cuidados en clave de desigualdad*. Gac Sanit, 18(Supl 1), 132-139.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. & Saltman, R. (2012) *Home care across Europe. Current structure and future challenges*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Giménez, P. (2012) *El mito del varón sustentador. Orígenes y consecuencias de la división sexual del trabajo*. Revista Interdisciplinar de ciencias de la Comunicación y Humanidades, 8, 185-187.

- Gispert, R., Clot, G., Rivero, A., Freitas, A., Ruiz, M., Ruiz, C. et al. (2008) *El perfil de la dependencia en España: un análisis de la Encuesta de Discapacidades de 1999*. Rev Esp Salud Pública, 82, 653-665.
- Glendinning, C. (2012) *Home care in England: markets in the context of underfunding*. Health Soc Care Comm, 20(3), 292-299.
- Goodwin, J.S., Howrey, B., Zhang, D.D. & Kuo, Y.F. (2011) *Risk of continued institutionalization after hospitalization in older adults*. J Gerontol Biol Sci Med Sci, 66(12), 1321-1327.
- Graf, C. (2013) *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale*. New York: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University.
- Grilz-Wolf, M., Strümpel, Ch., Leichsenring, K. & Komp, K. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Austria (PROCARE)*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Hjaltadóttir, I., Rahm Hallberg, I., Kristensson Ekwall, A. & Nyberg, P. (2011) *Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study*. BMC Health Serv Res, 11, 86.
- Ham, C., Dixon, A. & Brooke, B. (2012) *Transforming the delivery of health and social care. The case for fundamental change*. London: The King's Fund.
- Hérbert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., Tourigny, A. & The PRISMA Group. (2003) *PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada*. Int J Integr Care, 3, e08.



- Hérbert, R., Tourigny, A., Tousignant, M., Demers, L., Dubuc, N., Morin, D. et al. (2006) *PRISMA : developing integrated services delivery for functional autonomy*. En: Barer M. Evidence in action, active on evidence. A casebook of health services and policy research knowledge translation stories (43-46) Ottawa: Canadian Institute of Health Research.
- Herrera, E. (2015) *Experiencias de atención integrada en España 2014*. Sevilla: Fundación New Health - Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS).
- IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011-a) *Indicadores demográficos, de salud, sociales, económicos y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011-b) *Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2012) *Personas beneficiarias y prestaciones. Situación a 31 de diciembre de 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2013) *Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Información estadística del SAAD. Situación a 31 de diciembre de 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2015) *Evaluación anual del ejercicio 2014 de los resultados de la aplicación de la Ley para la Autonomía y*

*Atención a la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

- IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2016) *Personas beneficiarias y prestaciones. Situación a 31 de diciembre de 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.
- Inspección de Servicios Sociales. (2011) *Plan General de Inspección 2009-2012. Servicio de Ayuda a Domicilio y Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Inspección de Servicios Sociales. (2012) *Plan General de Inspección 2009-2012. Memoria anual de ejecución año 2011*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- IECA - Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2015) *Indicadores de protección y bienestar social de Andalucía*. Sevilla: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía.
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (2008) *Encuesta de discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de dependencia*. Sevilla: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía.
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (2013) *Estimaciones de la población actual de España*. Sevilla: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía.

- INE - Instituto Nacional de Estadística. (2015) *Estimaciones de la población actual de España*. Sevilla: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo. Junta de Andalucía.
- Jacobs, J.M., Cohen A., Ein-Mor, E., Maaravi, J.M. & Stessman, J. (2011) *Frailty, cognitive impairment and mortality among the oldest old*. *J Nutr Health Aging*, 15(8), 678-682.
- Jiménez M.D., Aguilera J.M., Bordons A., García L., Herrero A., Lapetra J., López J.M., Maestre J., Marchante C. & Murillo F. (2002) *Ataque cerebrovascular. Proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Jiménez M.D., Alcázar P.P., Alés E., Aranda F., Arraez M.A., Carrillo E. et al. (2011) *Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Kalache A. (2008) *Ageing in a Foreign Land: an international study of ageing, migration and belonging*. New York: New York Medicine Academy.
- Karppi P. & Tilvis R. (1997) *Outcome of aged patients in Finnish supervised home care*. *Scand J Soc Med*, 25(1), 4-7.
- Kitamura K., Nakamura K., Nishiwaki T., Ueno K. & Hasegawa M. (2010) *Low body mass index and low serum albumin are predictive factors for short-term mortality in elderly Japanese requiring home care*. *Tohoku J Exp Med*, 221(1), 29-34.
- Kröger, T. & Leinonen, A. (2012) *Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland*. *Health Soc Care Comm*, 20(3), 319-327.

- Landi, F., Liperoti, R., Russo, A., Cpoluongo, E., Barillaro, Ch., Pahor, M., Bernabei, R. & Onder, G. (2010) *Disability, more than multimorbidity, was predictive of mortality among older persons aged 80 years and older*. *J Clin Epidemiol*, 63, 752-759
- Langius, A. & Björvell, H. (1993) *Coping ability and functional status in a Swedish population sample*. *Scan J Caring Sci*, 7, 3-10.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Leichsenring K. (2004) *Developing integrated health and social care services for older persons in Europe*. *Int J Integr Care*, 4, e10.
- Leichsenring K. (2005) *Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea*. *Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias IMSERSO*, 5, 5-27.
- León A., Casas F., Espejo P., Jurado B., Madueño A., Marín F., Mesa P., Oliván E., Peñas L., Ruiz H., Sanz Amores R. & Solís M. (2007) *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Proceso asistencial integrado*. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Leturia, F.J., Inza, B. & Hernández, C. (2007) *El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios*, *Zerbitzuan*, 41, 129-143.
- Lin S.J., Hwang S.J., Liu C.Y. & Lin H.R. (2012) *The relationship between nutritional status and physical function, admission frequency, length of hospital*

- stay, and mortality in old people living in long-term care facilities. J Nurs Res, 20, 110-121.*
- López J. & Crespo M. (2007) *Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. Psicothema, 19(1), 72-80.*
  - Martínez B., Díaz M.D., Alonso J.M. & Calvo F. (2006) *Evolución del envejecimiento poblacional y respuesta socio-sanitaria. Rev Mult Gerontol, 16, 26-31.*
  - Marmot, M. & Brunner, E. (2005) *Cohort Profile: The Whitehall II study. Int J Epidemiol, 34, 251-256.*
  - Mateo, M.A., Martínez, M.A. & Domenech, Y. (2015) *Social Services in Times of Economic and Social Crisis: The case of Spain. Rev Cercet Interv So, 50, 96-110.*
  - McCann, M., O'Reilly, D. & Cardwell, C. (2009) *A Census-based longitudinal study of variations in survival amongst residents of nursing and residential homes in Northern Ireland. Age Ageing, 38(6), 711-717.*
  - Mitnitski, A., Song, X., Skoog, I., Broe, G.A., Cox, J.L., Grunfeld, E. & Rockwood, K. (2005) *Relative fitness and frailty of elderly men and women in developed countries and their relationship with mortality. J Am Geriatr Soc, 53(12), 2184-2189.*
  - Murphy, M. & Martikainen, P. (2011) *Use of care services in relation to proximity to death among older people: evidence from Finland. Eurohealth, 17(2-3), 18-21.*

- Nakazawa, A., Nakamura, K., Kitamura, K. & Yoshizawa, Y. (2012) *Association between activities of daily living and mortality among institutionalized elderly adults in Japan*. J Epidemiol, 22, 501-507.
- Nesti, G. & Piva, P. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Italy (PROCARE)*. Roma: Emme&erre S.P.A - Padova. Studio Come SRL.
- Nihtilä, E. & Martikainen, P. (2008) *Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics*. Scand J Public Health, 36, 35-43.
- Nolte, E. & Knai C. (2015) *Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Oliva J., Zunzunegui M.V., García P. & Herrera E. (2011) *Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor*. Gac Sanit, 25(Supl.2), 1-4.
- Ollero, M., Sanz, R. & Padilla, C. (2012) *Plan andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Parra, P., Curbelo, J.J., Gullón, A., Ruiz-Giménez, N., Suarez, C. & Del Arco, C. (2011) *Mortalidad precoz en un hospital terciario: análisis de la calidad asistencial*. Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg, 23(6), 430-436.
- Pinzón-Pulido, S., Garrido-Peña, F., Reyes-Alcázar, V., Lima-Rodríguez, J.S., Raposo-Triano, M.F., Martínez-Domene, M. & Alonso-Trujillo, F. (2016-a) *Factores*

*predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. Enferm Clin, 26(1), 23-30.*

- Pinzón-Pulido, S., Alonso-Trujillo, F., Torró-García-Morato, C., Raposo-Triano, M.F. & Morilla-Herrera, J.C. (2016-b) *Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. Enferm Clin, 26(1), 3-6.*
- Prados, J.A. (2013) *Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. Aten Primaria, 45(3), 129-132.*
- Pruchno, R.A. & Rose, M.S. (2000) *The effect of long-term care environments on health outcomes. Gerontologist, 40, 422-428.*
- Puyol, A. (2012) *Hay bioética más allá de la autonomía. Cuadernos de Bioética y Derecho, 25, 45-58.*
- Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Heikkinen, R.L., Rantanen, T. & Lyyra, T.M. (2012) *Does social activity decrease risk for institutionalization and mortality in older people? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 67(6), 765-774.*
- R Core Team (2012). R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. Disponible en: <http://www.R-project.org/>.
- Raines, J.E. & Wight, J. (2002) *The mortality experience of people admitted to nursing homes. J Public Health Med, 24(3), 184-189.*

- Richardson, C.G. & Ratner, P.A. (2005) *Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health*. J Epidemiol Community Health, 59, 979-84.
- Rodríguez, A., Cobo, P., Duque, J.M., Fernández, J.N, García, J.M., Herrero, A. et al. (2005) *Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España.
- Rodríguez P. (2005) *El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 40(Supl 3), 5-15.
- Rodríguez, R., Zunzunegui, M.V., Bergman, H. & Béland, F. (1998) *Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA*. Atención Primaria, 21(6), 405-412.
- Rogero, J. (2009) *Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia*. Rev Esp Salud Pública, 83, 393-405.
- Romero, R., Walsh, C.D., Lawlor, B.A. & Kenny, R.A. (2010) *A Frailty Instrument for primary care: findings from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. Geriatrics, 10, 57.
- Roses, M. (2005) *Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas*. Pan Am J Public Health, 17, 5-6.
- Rostgaard, T. (2012) *Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation*. Health Soc Care Comm, 20(3), 247-254.



- Rostgaard, T., Timonen, V. & Glendinning, C. (2012) Reforming home care in ageing societies. *Health Soc Care Comm*, 20(3), 225–227.
- Roth, G. & Reichert, M. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Germany. (PROCARE)*. Dortmund: Institute of Gerontology. University of Dortmund.
- Sahlen, K.G., Dahlgren, L., Hellner, B.M., Stenlund, H. & Lindholm, L.(2006) *Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results*. *BMC Pub Health*, 6, 220.
- Salonen, P. & Haverinen, R. (2003) *Providing integrated health and social care for older persons in Finland (PROCARE)*. Helsinki: University of Tampere. Tampere School of Public Health. National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Sapolsky, M. (1996) *Stress and the Brain: Good News and Bad News*. California: Stanford University.
- SAS - Servicio Andaluz de Salud (2013) *Resultados y calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- SAS - Servicio Andaluz de Salud (2015 a) *Plan Integral de Cuidados de Andalucía* Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Shah, S.M., Carey, I.M., Harris, T., De Wilde, S. & Cook, D.G. (2013) *Mortality in older care home residents in England and Wales*. *Age Ageing*, 42(2), 209-215.
- Skarsater, I., Langius, A., Agren, H., Haggstrom, L. & Dencker, K. (2005) *Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with*

*major depression: a one-year prospective study.* Int J Ment Health Nurs, 14, 258-264.

- Steering Group of the EIP-AHA - European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. (2011) *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.* Brussels: European Commission.
- Surtees, P.G., Wainwright, N.W.J., Luben, R., Khaw, K. & Day, N.E. (2006) *Mastery, sense of coherence, and mortality: evidence of independent associations from the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study.* Health Psychol, 25, 102-110.
- Szebehely, M. & Trydegard, G.B. (2012) *Home care for older people in Sweden: a universal model in transition.* Health Soc Care Comm, 20(3), 300-309.
- Tarricone, R. & Tsouros, A. (2008) *Home care in Europe. The solid facts.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Department of Health. (2012) *The Mandate. A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board: April 2013 to March 2015.* London: Department of Health.
- Tilly, J. (2007) *Integrating health and social care services for older persons: evidence from nine European countries.* Int J Integr Care, 7, e07.
- Timonen, V., Doyle, M. & O' Dwyer, C. (2012) *Expanded, but not regulated: ambiguity in home-care policy in Ireland.* Health Soc Care Comm, 20(3), 310-318.
- Tsai, A.C., Lai, M.C. & Chang, T.L. (2012) *Mid-arm and calf circumferences (MAC and CC) are better than body mass index (BMI) in predicting health status and*

- mortality risk in institutionalized elderly Taiwanese. Arch Gerontol Geriatr, 54, 443-447.*
- Vabo, M. (2012) *Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities. Health Soc Care Comm. 2012; 20(3): 283-291.*
  - Valle, C. (2005) *El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. Barcelona: Centre d'Estudis demogràfics.*
  - Valmisa, E., Alén, M., Amo, M, Del Pino, R., Díaz, D., Fernández, G. et al. (2008) *II Plan integral de salud mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*
  - Van Hout, H.P., Jansen, A.P., Van Marwijk, H.W., Pronk, M., Frijters, D.F. & Nijpels, G. (2010) *Prevention of adverse health trajectories in a vulnerable elderly population through nurse home visits: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 65(7), 734-742.*
  - Vázquez, R., Álvarez, J.M., Álvarez, A.M., Candau, A., De Teresa, E., Fonseca, F.J. et al. (2005) *Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*
  - Vedel, I., Monette, M., Béland, F., Monette, J. & Bergman, H. (2011) *Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada Int J Integr Care, 11, e004.*
  - Virués, J., Martínez, P., del Barrio, J.L., Lozano, L.M. & el Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. (2007) *Validación transcultural*

*de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. Med Clin (Barc), 128(13), 486-492.*

- Weatherly, H., Mason, A., Goddard, M. & Wrigth, K. (2010) *Financial integration across health and social care: evidence review*. Stockholm: Scottish Government Social Research.
- Wenger, N.S., Solomon, D.H., Amin, A., Besdine, R.K., Blazer, D.G., Cohen, H. et al. (2007) *Application of assessing care of vulnerable elders-3 quality indicators to patients with advanced dementia and poor prognosis*. J Am Geriatr Soc, 55(Suppl 2), 457-463.
- Windle, K., Francis, J. & Coomber, C. (2014) *Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes*. Research Briefing nº 39. London: Social Care Institute for Excellence.

# **ANEXOS**



## **Anexo 1. Escalas utilizadas en la valoración de la dependencia.**

Las escalas de valoración de la dependencia están reguladas por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

### **BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (BVD)**

En la valoración de la dependencia se consideran las siguientes actividades de autocuidado, movilidad y tareas domésticas que se conceptualizan, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS 2001), tal como se detallan a continuación; así como la actividad de tomar decisiones en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

#### **1. COMER Y BEBER**

Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos. Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, beber a través de una ayuda instrumental.

Puntuación máxima: 17,8

#### **2. REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/DEFECACIÓN**

Indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después de orinar/defecar, y limpiarse después de orinar/defecar.

Puntuación máxima: 14,8

#### **3. LAVARSE**

Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla.

Puntuación máxima: 8,8

#### **4. OTROS CUIDADOS CORPORALES**

Cuidado de partes del cuerpo que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.

Puntuación máxima: 2,9

#### **5. VESTIRSE**

Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, (...), zapatos, botas, sandalias y zapatillas.

Puntuación máxima: 11,9

6. MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, tal como buscar asistencia médica; seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud; y evitar riesgos.

Puntuación máxima: 2,9

7. TRANSFERENCIAS CORPORALES

Agrupar las actividades siguientes.

Sentarse: Adoptar y abandonar la posición de sentado, y cambiar la posición del cuerpo de estar sentado a cualquier otra como levantarse o tumbarse.

Tumbarse: Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de la horizontal a cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse.

Ponerse de pie: Adoptar y abandonar la posición de estar de pie o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse.

Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado: Moverse, estando sentado, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, como moverse desde una silla a una cama.

Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado: Moverse estando tumbado de un lugar a otro en el mismo o diferente nivel, como pasar de una cama a otra.

Puntuación máxima: 7,4

8. DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR

Andar y/o moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones.

Puntuación máxima: 12,3

9. DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR

Caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.

Puntuación máxima: 13,2

10. TAREAS DOMÉSTICAS

Agrupar las actividades siguientes.

Preparar comidas: Idear, organizar, cocinar y servir comidas frías y calientes para uno mismo.

Hacer la compra: Conseguir a cambio de dinero bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como la selección de alimentos, bebidas, productos de limpieza, artículos para la casa o ropa; comparar la calidad y precio de los productos necesarios, negociar y pagar por los bienes o servicios seleccionados y transportar los bienes.

Limpiar y cuidar de la vivienda: Incluye actividades como ordenar y quitar el polvo, barrer, fregar y pasar la fregona/trapeador a los suelos, limpiar ventanas y paredes, limpiar cuartos de baño e inodoros/excusados, limpiar muebles; así como lavar los platos, sartenes, cazuelas y los utensilios de cocina, y limpiar las mesas y suelos alrededor del área donde se come y cocina.

Lavar y cuidar la ropa: Lavar la ropa (a mano o a máquina), secarla (al aire o a máquina), plancharla, y guardarla en el armario o similar.

Puntuación máxima: 8,0

La puntuación final se obtiene de la suma de los pesos de las tareas en que la persona valorada no tiene desempeño ponderada por el coeficiente del grado de apoyo en cada tarea y el peso de la actividad correspondiente. Se considera que la persona mayor es dependiente a partir de 25 puntos.



## **Anexo 2. Escalas para la valoración de la red de apoyo**

Las escalas de valoración de la red de apoyo están reguladas por el Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.

### **ATENCIÓN A LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

#### **Indicadores**

Se le prestan adecuadamente los cuidados básicos (aspecto aseado, ropa en buen estado).

Se le permite hablar / dar su opinión.

La persona está habitualmente acompañada.

En su presencia no se habla de las situaciones que origina.

Se le ejercita y moviliza habitualmente.

#### **Valoración**

La atención a la persona en situación de dependencia es: Buena/Regular/Mala.

### **CONSISTENCIA DE LA RED DE APOYO**

#### **Indicadores**

La persona cuidadora principal tiene un buen estado general.

La persona cuidadora principal dispone de conocimientos suficientes para la prestación de cuidados.

La unidad de convivencia dispone de tiempo para atender a la persona en situación de dependencia.

La unidad de convivencia dispone de apoyos complementarios no profesionales.

La unidad de convivencia dispone de períodos de descanso.

#### **Valoración**

El apoyo de la unidad de convivencia tiene una consistencia: Alta /Media /Baja.

### **FRAGILIDAD DE LA RED DE APOYO**

#### **Indicadores**

La persona cuidadora principal es predependiente o tiene dependencia acusada.

La persona cuidadora principal presenta signos de agotamiento físico / emocional.

La unidad de convivencia plantea dificultades en la comprensión del proceso de dependencia.

La unidad de convivencia dispone de escasos conocimientos para la prestación de cuidados.

Existe concurrencia de enfermedad / discapacidad con necesidad de apoyos en otros miembros de la unidad de convivencia.

La unidad de convivencia presenta dificultades de conexión social / aislamiento.

La unidad de convivencia carece de compromiso estable.

#### **Valoración**

El apoyo de la unidad de convivencia tiene una fragilidad: Alta /Media /Baja.

### **RIESGO DE CLAUDICACIÓN DE LA RED DE APOYO**

#### **Indicadores**

En la unidad de convivencia existe riesgo de claudicación por impacto del cuidado.

En la unidad de convivencia existe riesgo de claudicación por dificultad en la relación con la persona en situación de dependencia.

En la unidad de convivencia existe riesgo de claudicación por problemas de competencia.

#### **Valoración**

El apoyo de la unidad de convivencia tiene un riesgo de claudicación: Alto /Medio /Bajo.

### Anexo 3. Códigos CIE-9 agrupados en condiciones clínicas determinadas

- **Enfermedad de Alzheimer** (Código CIE-9: 331.0): si/no
- **Demencia** (Códigos CIE-9: 290, 290.0, 290.1, 290.10, 290.11, 290.12, 290.13, 290.2, 290.20, 290.21, 290.3, 290.4, 290.40, 290.41, 290.42, 290.43, 290.8): si/no
- **Enfermedad cerebrovascular** (Códigos CIE-9: 431, 432, 433, 433.1, 433.10, 433.11, 433.81, 434.0, 434.00, 434.01, 434.1, 434.9, 434.11, 434.90, 434.91, 435, 435.3, 435.8, 435.9, 436, 437, 437.0, 437.1, 437.8, 437.9, 438, 438.0, 438.11, 438.12, 438.20, 438.21, 438.22, 438.30, 438.41, 438.81, 438.82): si/no
- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** (Códigos CIE-9: 491.21, 496): si/no
- **Fractura de cadera** (Códigos CIE-9: 820, 820.0, 820.02, 820.2, 820.03, 820.3, 820.8, 820.20, 820.30, 820.31, 820.32): si/no
- **Neoplasias malignas** (Códigos CIE-9: 150.9, 151.9, 153, 153.3, 153.4, 153.6, 153.9, 154, 154.0, 154.1, 157.0, 157.9, 161.9, 162.9, 172, 173.9, 174, 174.4, 174.8, 174.9, 176.5, 179, 180.9, 185, 188, 188.9, 189, 189.0, 193, 195.3, 199.1, 200, 201.00, 203.00, 203.01, 230.0, 230.2, 230.3, 230.4, 230.6, 230.7, 230.8, 230.9, 231, 231.0, 231.2, 231.8, 231.9, 232, 232.2, 232.4, 232.8, 232.9, 233, 233.0, 233.1, 233.2, 233.3, 233.4, 233.5, 233.6, 233.7, 233.9, 234.8, 234.9): si/no

**Anexo 4. Características de la población por sexo y entorno asistencial (Residencial vs. Domiciliario)**

	MUJER			HOMBRE		
	DOMICILIO	RESIDENCIA	p	DOMICILIO	RESIDENCIA	P
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Entorno asistencial	123.356 (87,1%)	19.230 (12,9%)	<0,001	50.224 (85,9%)	8.286 (14,1%)	<0,001
Edad (años)						
65-69	7.645 (6,2%)	800 (4,4%)		48.779 (51,8%)	843 (10,2%)	
70-74	16.449 (13,3%)	1.808 (9,9%)		7.896 (8,4%)	1.420 (17,3%)	
75-79	29.611 (24%)	3.907 (21,4%)	<0,001	12.440 (13,2%)	2.075 (25,2%)	<0,001
80-84	34.160 (27,7%)	5.311 (29,1%)		13.265 (14,1%)	2.075 (25,2%)	
85-89	23.892 (19,4%)	4.316 (23,7%)		8.457 (9%)	1.335 (16,2%)	
90+	11.599 (9,4%)	2.088 (11,5%)		3.387 (3,6%)	481 (5,8%)	
Consistencia de la red de apoyo						
Alta	63.434 (79,7%)	1.076 (33,4%)	<0,001	28.638 (76,2%)	440 (28,5%)	<0,001
Media	12.341 (15,5%)	1.283 (39,8%)		6.939 (18,5%)	629 (40,8%)	
Baja	3.793 (4,8%)	863 (26,8%)		2.013 (5,4%)	474 (30,7%)	
Fragilidad de la red de apoyo						
Alta	3.781 (4,8%)	948 (29,4%)	<0,001	2.177 (5,8%)	492 (31,9%)	<0,001
Media	11.365 (14,3%)	1.280 (39,7%)		6.975 (18,6%)	649 (42,1%)	
Baja	64.422 (81%)	994 (30,9%)		28.438 (75,7%)	402 (26,1%)	
Riesgo de claudicación de la red						
Alta	2.956 (3,7%)	1.019 (31,6%)	<0,001	1.643 (4,4%)	570 (36,9%)	<0,001
Media	8.085 (10,2%)	1.065 (33,1%)		4.800 (12,8%)	473 (30,7%)	
Baja	68.527 (86,1%)	1.138 (35,3%)		31.147 (82,9%)	500 (32,4%)	
Condiciones clínicas						
Alzheimer [SI]	1.343 (2,9%)	333 (4,4%)	0,00	600 (2,8%)	104 (2,8%)	0,94
Demencia [SI]	2.175 (4,7%)	664 (8,9%)	0,00	1.051 (5%)	229 (6,3%)	0,00
Enfermedad cerebrovascular [SI]	1.632 (3,5%)	239 (3,2%)	0,14	1.415 (6,7%)	189 (5,2%)	0,00
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [SI]	740 (1,6%)	108 (1,4%)	0,31	2.190 (10,3%)	289 (8%)	0,00
Fractura de cadera [SI]	275 (0,6%)	60 (0,8%)	0,03	76 (0,4%)	9 (0,2%)	0,29
Neoplasias malignas [SI]	156 (0,3%)	25 (0,3%)	0,96	260 (1,2%)	24 (0,7%)	0,00

## Anexo 5. Factores de riesgo de institucionalización. Mujeres

	DOMICILIO		RESIDENCIA		<i>p</i>
	N	%	N	%	
Edad					<0.001
65-69	7.645	90,5	800	9,5	
70-74	16.449	90,1	1.808	9,9	
75-79	29.611	88,3	3.907	11,7	
80-84	34.160	86,5	5.311	13,5	
85-89	23.892	84,7	4.316	15,3	
90+	11.599	84,7	2.088	15,3	
Prefiere vivir:					
En domicilio particular [SI]	95.244	99,3	680	0,7	<0.001
[NO]	3.930	28,4	9.919	71,6	
Acudiendo a unidad de estancia diurna [SI]	4.099	97,2	120	2,8	<0.001
[NO]	80.694	99,4	472	0,6	
Recibiendo cuidado profesional [SI]	33.257	99,1	314	0,9	<0.001
[NO]	54.821	99,4	307	0,6	
Recibiendo cuidados en su entorno familiar [SI]	83.159	99,4	471	0,6	<0.001
[NO]	8.770	98,3	149	1,7	
En residencia [SI]	3.695	27,3	9.828	72,7	<0.001
[NO]	95.912	99,1	834	0,9	
Consistencia de la red					<0.001
Alta	63.434	98,3	1.076	1,7	
Media	12.341	90,6	1.283	9,4	
Baja	3.793	81,5	863	18,5	
Fragilidad de la red					<0.001
Alta	3.781	80,0	948	20,0	
Media	11.365	89,9	1.280	10,1	
Baja	64.422	98,5	994	1,5	
Riesgo de claudicación					<0.001
Alta	2.956	74,4	1.019	25,6	
Media	8.085	88,4	1.065	11,6	
Baja	68.527	98,4	1.138	1,6	
Factores clínicos					
Alzheimer [SI]	1.343	80,1	333	19,9	<0.001
[NO]	44.860	86,2	7.156	13,8	
Demencia [SI]	2.175	76,6	664	23,4	<0.001
[NO]	43.917	86,6	6.797	13,4	
Enfermedad cerebrovascular [SI]	1.632	87,2	239	12,8	0.141
[NO]	44.460	86,0	7.222	14,0	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [SI]	740	87,3	108	12,7	0.311
[NO]	45.352	86,0	7.353	14,0	
Fractura de cadera [SI]	275	82,1	60	17,9	0.035
[NO]	45.817	86,1	7.401	13,9	
Neoplasias malignas [SI]	156	86,2	25	13,8	0.963
[NO]	45.936	86,1	7.436	13,9	

**Anexo 6. Factores de riesgo de institucionalización. Hombres**

HOMBRE	DOMICILIO		RESIDENCIA		p
	N	%	N	%	
Edad					<0.001
65-69	4.779	85,0	843	15,0	
70-74	7.896	84,8	1.420	15,2	
75-79	12.440	85,7	2.075	14,3	
80-84	13.265	86,5	2.075	13,5	
85-89	8.457	86,4	1.335	13,6	
90+	3.387	87,6	481	12,4	
Prefiere vivir:					
En domicilio particular [SI]	38.835	99,1	333	0,9	<0.001
[NO]	1.506	23,4	4.928	76,6	
Acudiendo a unidad de estancia diurna [SI]	1.695	96,6	60	3,4	<0.001
[NO]	33.024	99,3	230	0,7	
Recibiendo cuidado profesional [SI]	13.143	98,8	159	1,2	<0.001
[NO]	22.830	99,4	138	0,6	
Recibiendo cuidados en su entorno familiar [SI]	35.173	99,3	234	0,7	<0.001
[NO]	2.680	97,2	77	2,8	
En residencia [SI]	1.405	22,4	4.881	77,6	<0.001
[NO]	39.127	99,0	393	1,0	
Consistencia de la red					<0.001
Alta	28.638	98,5	440	1,5	
Media	6.939	91,7	629	8,3	
Baja	2.013	80,9	474	19,1	
Fragilidad de la red					<0.001
Alta	2.177	81,6	492	18,4	
Media	6.975	91,5	649	8,5	
Baja	28.438	98,6	402	1,4	
Riesgo de claudicación					<0.001
Alta	1.643	74,2	570	25,8	
Media	4.800	91,0	473	9,0	
Baja	31.147	98,4	500	1,6	
Factores clínicos					
Alzheimer [SI]	600	85,2	104	14,8	0.936
[NO]	20.652	85,3	3.549	14,7	
Demencia [SI]	1.051	82,1	229	17,9	0.001
[NO]	20.133	85,6	3.397	14,4	
Enfermedad cerebrovascular [SI]	1.414	88,2	189	11,8	0.001
[NO]	19.769	85,2	3.437	14,8	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [SI]	2.190	88,3	289	11,7	0.000
[NO]	18.994	85,1	3.337	14,9	
Fractura de cadera [SI]	76	89,4	9	10,6	0.293
[NO]	21.108	85,4	3.617	14,6	
Neoplasias malignas [SI]	260	91,5	24	8,5	0.003
[NO]	20.924	85,3	3.602	14,7	

**Anexo 7. Tasas específicas de mortalidad por tipo de recurso asistencial. Mujeres**

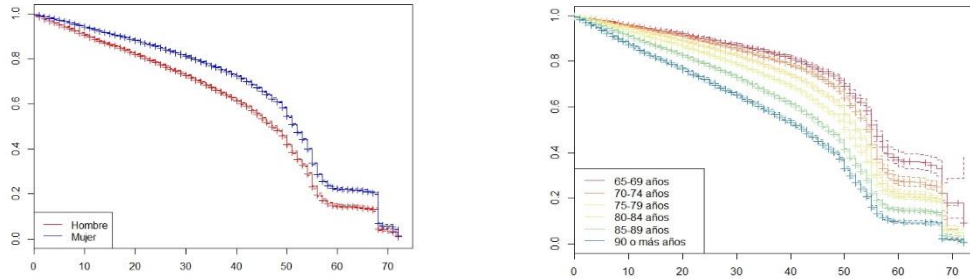
	UED		SAD		PECEF		SAD+UED		SAR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad										
65-69	36	22,0	327	13,0	751	15,6	28	20,3	234	29,2
70-74	79	19,9	883	15,2	1976	20,1	78	18,6	653	36,1
75-79	172	21,9	1871	18,2	4661	26,3	204	25,9	1579	40,4
80-84	233	29,3	2547	24,2	7689	34,9	231	30,0	2555	48,1
85-89	170	41,4	2215	35,4	7847	46,6	150	40,2	2385	55,3
90+	64	55,7	1502	54,9	5560	64,4	52	48,6	1463	70,1
Prefiere vivir:										
En domicilio particular										
[SI]	362	21,0	6.368	20,2	17.236	28,6	406	24,5	274	40,3
[NO]	121	36,0	550	35,5	686	40,7	116	32,3	3.984	40,2
Acudiendo a unidad de estancia diurna [SI]	281	19,8	144	22,8	185	27,4	322	23,4	43	35,8
[NO]	67	25,6	5.337	19,8	14.991	28,2	77	31,0	196	41,5
Recibiendo cuidado profesional [SI]	133	20,5	5.447	19,8	1.193	30,8	276	23,4	117	37,3
[NO]	189	21,4	696	21,5	14.054	27,9	106	27,5	135	44,0
Recibiendo cuidados en su entorno familiar [SI]	304	21,8	4.918	21,7	16.627	28,8	336	24,6	192	40,8
[NO]	37	17,7	1.017	15,7	423	22,3	47	24,0	60	40,3
En residencia [SI]	108	34,7	535	35,6	600	39,0	107	31,3	3.923	40,0
[NO]	385	21,8	6.432	20,3	17.442	28,7	422	24,9	338	40,5
Consistencia de la red										
Alta	317	26,9	2.797	2,2	15.712	31,2	321	28,2	435	40,4
Media	85	23,6	1.884	23,2	1.161	34,5	126	24,8	549	42,8
Baja	20	33,3	678	23,5	239	32,9	42	36,8	363	42,1
Fragilidad de la red										
Alta	25	26,9	651	23,8	274	33,3	49	39,2	390	41,1
Media	94	28,4	1.891	23,8	865	33,2	127	26,5	527	41,2
Baja	303	25,8	2.817	25,6	15.973	31,3	313	27,6	430	43,3
Riesgo de claudicación										
Alta	26	29,9	506	23,7	210	34,0	37	33,0	426	41,8
Media	68	28,1	1.337	24,2	625	32,1	110	30,1	448	42,1
Baja	328	25,8	3.516	25,1	16.277	31,3	342	27,1	473	41,6
Factores clínicos										
Alzheimer [SI]	35	35,7	90	28,8	358	42,9	30	30,9	170	51,1
[NO]	230	27,7	3.490	25,5	10.912	36,9	208	28,1	3.559	49,7
Demencia [SI]	29	28,7	184	37,9	763	51,8	26	23,0	362	54,5
[NO]	234	28,6	3.388	25,1	10.485	36,3	212	29,4	3.360	49,4
Enfermedad cerebrovascular [SI]	7	20,6	136	30,9	484	43,4	12	27,3	129	54,0
[NO]	256	28,9	3.236	25,4	10.764	36,8	226	28,6	3.593	49,8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [SI]	4	28,6	63	27,6	217	44,4	6	75,0	66	61,1
[NO]	259	28,6	3.509	25,5	11.031	36,9	232	28,1	3.656	49,7
Fractura de cadera [SI]	0	0,0	22	33,3	87	43,3	2	40,0	31	51,7
[NO]	263	28,7	3.550	25,5	11.161	37,0	236	28,5	3.691	49,9
Neoplasias malignas [SI]	0	0,0	14	36,8	47	43,1	1	12,5	13	52,0
[NO]	263	28,6	3.558	25,5	11.201	37,0	237	28,7	3.709	49,9

**Anexo 8. Tasas específicas de mortalidad por tipo de recurso asistencial. Hombres**

	UED		SAD		PECEF		SAD+UED		SAR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad										
65-69	34	26,6	280	29,4	958	26,7	28	24,8	281	33,3
70-74	58	32,6	687	32,0	1873	34,9	80	40,2	582	41,0
75-79	105	37,4	1482	36,5	3216	41,4	140	43,9	1006	48,5
80-84	103	41,0	1993	42,4	3865	48,3	146	48,5	1227	59,1
85-89	82	53,9	1378	50,2	3117	57,4	67	49,3	879	65,8
90+	22	44,0	593	63,4	1656	69,9	23	71,9	352	73,2
Prefiere vivir:										
En domicilio particular										
[SI]	217	32,2	4.533	36,4	9.775	39,1	261	37,1	161	28,3
[NO]	49	44,1	307	49,7	365	55,8	58	47,2	2.259	45,8
Acudiendo a unidad de estancia diurna										
[SI]	167	30,8	86	34,1	128	39,9	206	35,6	23	38,3
[NO]	48	40,7	3.841	36,0	8.583	38,8	49	45,0	116	50,4
Recibiendo cuidado profesional										
[SI]	75	30,7	495	36,2	716	43,7	171	33,9	69	43,4
[NO]	124	33,6	3.889	36,1	8.046	38,5	78	47,9	75	54,3
Recibiendo cuidados en su entorno familiar										
[SI]	189	32,7	3.694	37,5	9.468	39,2	216	36,1	119	50,9
[NO]	20	30,8	600	31,1	215	35,4	38	48,7	32	41,6
En residencia										
[SI]	49	45,5	288	48,8	325	54,6	52	47,3	2.235	54,2
[NO]	223	32,5	4.589	36,5	9.869	39,3	272	37,3	194	49,4
Consistencia de la red										
Alta	186	35,0	2.126	41,2	9.089	40,4	208	41,0	236	53,6
Media	73	38,8	1.815	38,3	756	43,8	105	37,0	341	54,2
Baja	17	38,6	622	41,0	160	41,0	27	42,9	234	49,4
Fragilidad de la red										
Alta	16	32,0	628	40,3	210	42,7	33	42,9	253	51,4
Media	81	39,1	1.870	38,3	682	43,0	110	36,4	349	53,8
Baja	161	35,4	2.065	41,4	9.113	40,5	197	41,5	209	52,0
Riesgo de claudicación										
Alta	20	37,0	445	38,6	156	42,7	30	41,7	304	53,3
Media	46	34,6	1.348	40,7	497	43,1	72	35,5	253	53,5
Baja	192	36,6	2.770	39,8	9.352	40,5	238	41,1	254	50,8
Factores clínicos										
Alzheimer										
[SI]	22	47,8	67	45,3	201	56,6	25	49,0	70	67,3
[NO]	153	40,4	2.649	42,2	6.394	46,9	157	42,2	1.876	52,9
Demencia										
[SI]	19	44,2	177	56,4	359	56,8	25	40,3	152	66,4
[NO]	156	41,6	2.532	41,6	6.216	46,7	157	43,5	1.786	52,6
Enfermedad cerebrovascular										
[SI]	16	59,3	173	43,4	408	42,9	13	34,2	105	55,6
[NO]	159	40,7	2.536	42,3	6.167	47,5	169	43,9	1.833	53,3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica										
[SI]	17	51,5	304	46,7	743	50,4	12	38,7	158	54,7
[NO]	158	41,0	2.405	41,8	5.832	46,8	170	43,4	1.780	53,3
Fractura de cadera										
[SI]	3	60,0	11	45,8	29	63,0	0	0,0	5	55,6
[NO]	172	41,6	6.298	42,3	6.546	47,1	182	43,1	1.933	53,4
Neoplasias malignas										
[SI]	3	50,0	38	48,1	79	46,5	4	80,0	17	70,8
[NO]	172	41,7	2.671	42,3	6.496	47,2	178	42,6	1.921	53,3

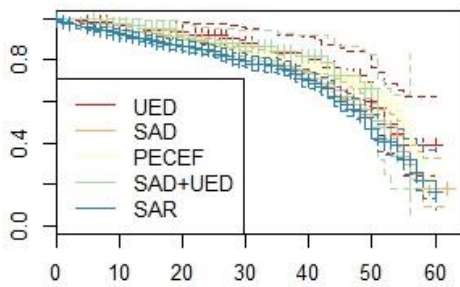
**Anexo 9. Curvas de Kaplan-Mieier y modelos de riesgos proporcionales de Cox**

**Curvas de Kaplan-Mieier por sexo y grupos de edad**

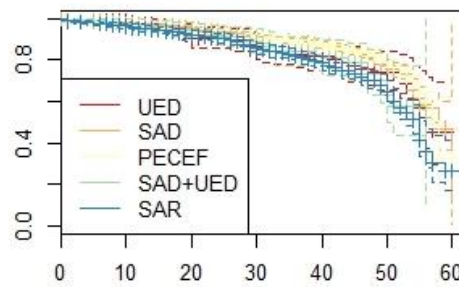


**Modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por nivel de dependencia para cada sexo y grupo de edad**

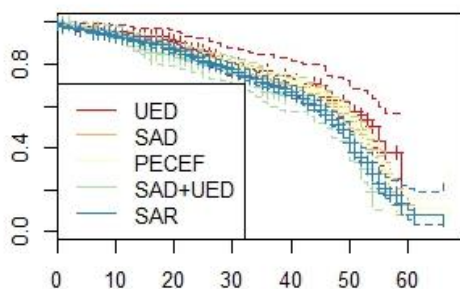
**Hombres 65-69 años**



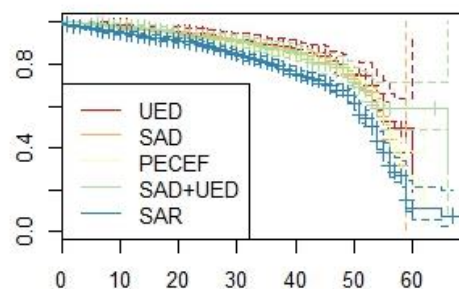
**Mujeres 65-69 años**



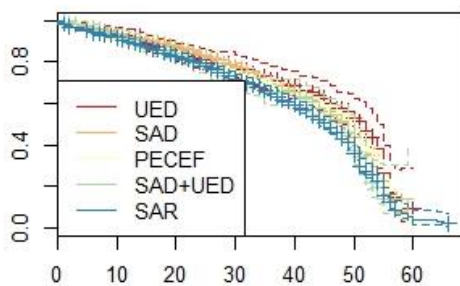
**Hombres 70-74 años**



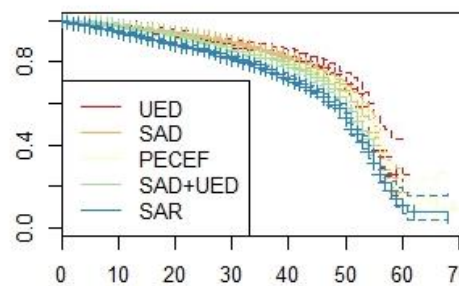
**Mujeres 70-74 años**



**Hombres 75-79 años**

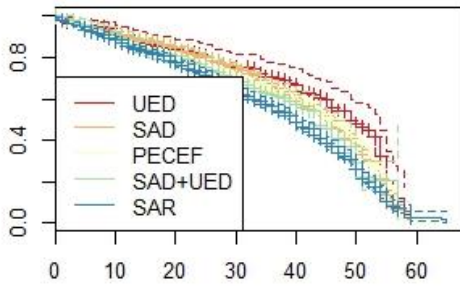


**Mujeres 75-79 años**

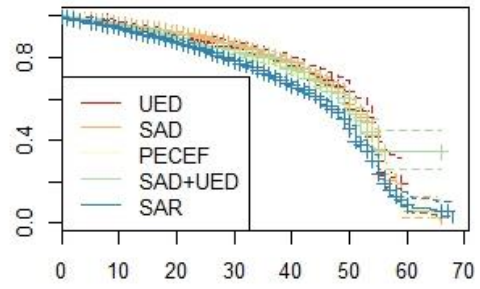




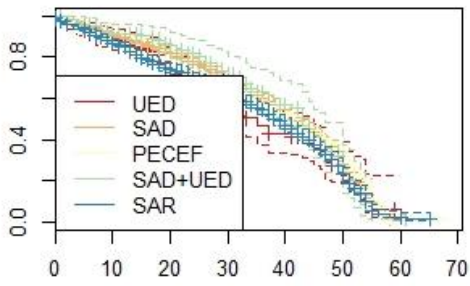
**Hombres 80-84 años**



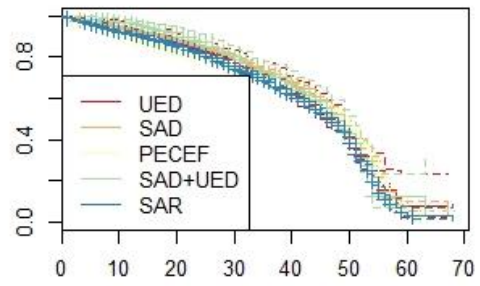
**Mujeres 80-84 años**



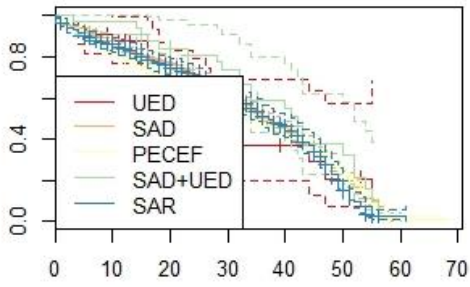
**Hombres 85-89 años**



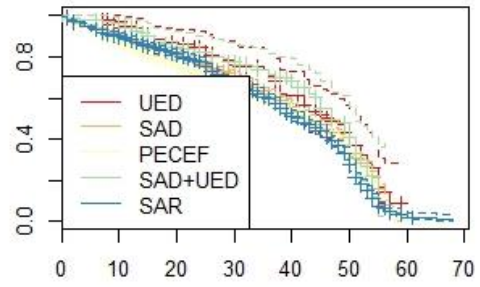
**Mujeres 85-89 años**



**Hombres 90 y más años**



**Mujeres 90 y más años**



**Anexo 10. Factores de riesgo de mortalidad por sexo**

	MUJER			HOMBRE		
	N	%	p	N	%	P
Sexo	48.210	34.0		26.323	45.0	0.000
Edad			0.000			0.000
65-69	1.377	16.3		1.581	28.1	
70-74	3.670	20.1		3.281	35.2	
75-79	8.489	25.3		5.954	41.0	
80-84	13.262	33.6		7.336	47.8	
85-89	12.770	45.3		5.523	56.4	
90+	8.642	63.1		2.648	68.5	
Prefiere vivir:						
En domicilio particular [SI]	24.659	25.7	0.000	14.956	38,2	0.000
[NO]	5.458	39.4		3.038	47.2	
En residencia [SI]	5.274	39.1	0.000	2.950	46.9	0.000
[NO]	25.032	25.9		15.156	38.4	
Consistencia de la red						
Alta	19.586	30.4	0.000	11.830	40.7	0.000
Media/Baja	5.150	28.2		4.152	41.3	
Fragilidad de la red						
Alta	1.389	29.4	0.000	1.140	42.7	0.000
Media/Baja	23.347	29.9		14.842	40.7	
Riesgo de claudicación						
Alta	1.205	30.3	0.000	955	43.2	0.000
Media/Baja	23.531	29.9		15.027	40.7	
Factores clínicos						
Alzheimer [SI]	683	40.8	0.000	385	54.7	0.000
[NO]	18.403	35.4		11.233	46.4	
Demencia [SI]	1.364	48.0	0.000	732	57.2	0.000
[NO]	17.682	34.9		10.851	46.1	
Enfermedad cerebrovascular [SI]	768	41.0	0.000	715	44.6	0.080
[NO]	18.278	35.4		10.868	46.8	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [SI]	356	42.0	0.000	1.234	49.8	0.001
[NO]	18.690	35.5		10.349	46.3	
Fractura de cadera [SI]	142	42.4	0.001	48	56.5	0.070
[NO]	18.904	35.5		11.535	46.7	
Neoplasias malignas [SI]	75	41.4	0.098	141	50.4	0.314
[NO]	18.971	35.5		11.442	53.3	
Recurso asistencial			0.000			0.000
Unidad de estancia diurna	757	28.3		404	38.8	
Servicio de ayuda a domicilio	9.368	24.5		6.413	41.3	
Cuidado en entorno familiar	28.532	35.6		14.685	45.2	
Servicio de ayuda a domicilio + unidad de estancia diurna	743	28.6		484	44.0	
Atención residencial	8.893	48.6		4.327	52.6	