

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS EN ESPAÑA.
UN ESTUDIO DESCRIPTIVO
DE SU ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO**

TESIS DOCTORAL
M^a MERCEDES HORNILLOS CALVO
DIRECTORES DE TESIS
Prof. JM RIBERA CASADO y Dr. JI GONZALEZ MONTALVO

1995



Departamento de Medicina

*Facultad de Medicina
Universidad Complutense*

28040 Madrid

Prof. Dr. Carlos Perezagua Clamagirand, Director del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Informa: que una vez examinado el Trabajo Presentado por Dña. M^ª MERCEDES HORNILLOS CALVO, titulado: "HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS EN ESPAÑA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SU ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO", dirigido por el Profesor Dr. D. José M. Ribera Casado y co-dirigido por el Dr. D. Juan González Montalvo, el Consejo del Departamento, con fecha 14 de diciembre de 1994, da su conformidad para que dicho trabajo sea leído y defendido en público con vistas a su aprobación como Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Madrid a veintitrés de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro

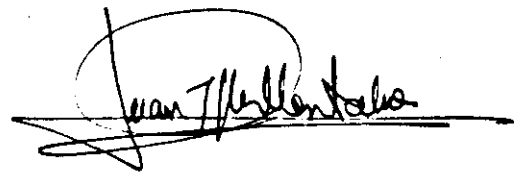


D. José Manuel Ribera Casado, Profesor Titular del Departamento de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Jefe del Servicio de Geriatria del Hospital Universitario de San Carlos y D. Juan Ignacio González Montalvo, Especialista en Geriatria, Doctor en Medicina y Cirugia, Médico Adjunto del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid,

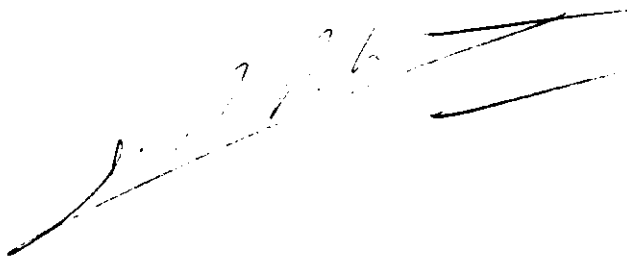
INFORMAN:

Que la Doctoranda D^a M^a Mercedes Hornillos Calvo ha realizado bajo su dirección el proyecto de Tesis Doctoral titulado "HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS EN ESPAÑA. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SU ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO". Revisado el presente trabajo, consideran que cumple todos los requisitos en fondo y forma para ser defendida como proyecto de Tesis Doctoral.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, en cumplimiento de la disposición vigente, extienden el presente informe en Madrid a ocho de noviembre de 1994.



Juan Ignacio González Montalvo



AGRADECIMIENTOS

Durante los dos años en que he desarrollado este trabajo varias personas e instituciones han colaborado conmigo. Soy consciente que sin su ayuda hubiera sido imposible la conclusión del proyecto, por lo que estoy en deuda con ellos y quiero en este momento, hacerles llegar mi agradecimiento.

Los directores de tesis Don José Manuel Ribera Casado y Don Juan Ignacio González Montalvo han sabido en todo momento mantener en mi la ilusión por el proyecto y con sus ideas y amables correcciones me han abierto las puertas del conocimiento.

Los Dres. Don Alberto Salgado Alba y Don Isidoro Ruipérez Cantera apoyaron amablemente la idea del proyecto. La colaboración del Dr. Juan José Baztán Cortés fué fundamental, no sólo en la elaboración del cuestionario y la revisión bibliográfica, sino también en el nacimiento y primeras fases de la idea, surgida a lo largo de conversaciones entre él, el Dr J.I. González Montalvo y la autora, cuando aún dudábamos de si un proyecto como éste sería posible.

Los doctores Carlos Cano y Gonzalo Bravo amablemente recopilaron durante su estancia en el Reino Unido parte de la bibliografía necesaria para adquirir los conocimientos sobre el tema.

Las doctoras M^a Paz Jiménez Jiménez y Concepción Jiménez Rojas y el resto de los médicos del Servicio de Geriatria del Hospital de Guadalajara hacen que a diario el trabajo sea más grato y productivo y juntos continuemos aprendiendo día a día.

A la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología por la ayuda económica concedida en 1992 para la realización del proyecto.

D^a Maruja Fontanals hizo posible que este estudio fuera más completo, ya que envió la información necesaria para contactar con los hospitales de día del Servei Catalá de la Salut. Y a todos los responsables de los centros quiero agradecer su colaboración desinteresada mediante la contestación al cuestionario: Dr. Gil Gregorio, Dr. Muñoz Cebrián, Srta. López Polonio, Dr. Carbonell Collar, Dr. Cucullo López, Dr. Joaquín González, Dr. Benítez del Rosario, Dra. Corujo Rodríguez, Dr. Sanz Segovia, Dr. Bohórquez Rodríguez, Dr. González Guerrero, Dr. Jaramillo Gómez, Dra. Illán Moyano, Dr. Conill Ollé, Sra. Alventosa, Dr. Vidiella Martorell, Sra. Sucarrast Font, Sra. Martínez Ferrando, Dra. Rovira Oliva, Dr. Roca Casas, Dra. Soldevila, Sra. Galarza Martínez, Sra. Saladié Margalef, Dra. Arasa García, Dra. Coma Esquizel, Dra. Ripoll Sanz, Sr. Cordoní, Dr. Cervera Alemany, Sra. Moreno, Sra. Oliver Mora.

A MIS PADRES

A JUANJO Y A AINHOA

I. INTRODUCCION	
A. Consecuencias del envejecimiento de la población.	6
B. Definición de geriatría	7
C. Historia de la geriatría	8
D. Paciente Geriátrico / Anciano Enfermo	11
E. Características del enfermar del anciano	14
F. Valoración Geriátrica	17
G. Equipo Geriátrico	21
H. Niveles Asistenciales para el paciente geriátrico	22
I. Hospital de Día Geriátrico	38
1. Historia	39
2. Desarrollo de los hospitales de día geriátricos	40
3. Objetivos y funciones	41
4. Características del paciente	44
5. Estructura	48
6. Personal	50
7. Funcionamiento	51
8. Efectividad y costes	54
9. Marcadores de actividad	57
J. Centros de Día	61
K. Estudios previos sobre hospitales de día geriátricos	64
L. Hospitales de Día Geriátricos en España	68

II. OBJETIVOS

A. Objetivo General	71
B. Objetivos Específicos	71
1. Estructura	
2. Personal	
3. Pacientes	
4. Funcionamiento	
5. Correlación	
6. Comparación de los hospitales de día	

III. MATERIAL Y METODOS

A. Material	74
1. Modo de envío de los cuestionarios	74
2. Centros donde se envió el cuestionario	75
3. Características del cuestionario: Variables a estudio	78
B. Método	89
2. Base de datos	89
3. Método estadístico	89

IV. RESULTADOS

A. Recopilación de cuestionarios	92
B. Descripción de los hospitales de día	95
1. Personal que rellena el cuestionario	95
2. Ubicación.....	95
3. N° de camas hospitalarias	95
4. Tiempo de funcionamiento	98
5. Transporte.....	98
6. Tamaño.....	101
7. Estructura.....	101
8. Horario.....	105
9. N° de plazas	105
10. Funcionamiento.....	108
11. Personal.....	112
12. Características de los pacientes	119
13. Información y colaboración familiar	133
14. Centros de día	133
C. Asociación de variables	136
1. Parámetros de actividad	136
2. Parámetros de actividad y dotación de personal	138
3. Parámetros de actividad y procedencia de los pacientes	138
4. Dotación de personal y motivos de asistencia	141
5. Parámetros de actividad y motivos de asistencia	141
6. Asistencia media total	141
D. Diferencias encontradas entre los dos grupos de hospitales de día geriátricos	145

V. DISCUSION	
A. Hospital de día geriátrico "tipo" en España	163
B. Comparación de los hospitales de día españoles con los referidos en la literatura internacional	168
C. Correlación entre las variables estudiadas	183
D. Diferencias entre los dos grupos de hospitales de día.....	187
E. Guía para un correcto funcionamiento de los hospitales de día geriátricos	195
VI. CONCLUSIONES.....	201
VII. ANEXOS	204
VIII. BIBLIOGRAFIA	211

I. INTRODUCCION

A. CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION

El progresivo envejecimiento de las poblaciones motivado por el descenso de la natalidad, la disminución de la mortalidad infantil y juvenil, el control de las enfermedades infecciosas, etc, es un fenómeno sin precedentes en la historia de la humanidad⁽¹⁻³⁾. Esta circunstancia, que origina un aumento tanto del número como de la proporción de los ancianos, plantea considerables problemas sociales, políticos y económicos en los países desarrollados, pues no sólo ha aumentado el porcentaje de personas mayores, sino también la edad hasta la que viven (expectativa de vida), con el incremento subsiguiente de los muy viejos (envejecimiento del envejecimiento) y de los incapacitados⁽⁴⁾

En España en 1993 el índice de envejecimiento (porcentaje de personas mayores de 65 años con respecto a la población total) era de 14,2% para los mayores de 65 años y de 5,7% para los mayores de 75 años. Para el año 2020 se espera que esta cifra alcance el 18,5% y el 8,05% respectivamente. Además la expectativa de vida a los 65 años (promedio de años que restan de vida a esa edad) en 1990 era de 15,04 años para los varones y de 18,42 para las mujeres⁽⁵⁾.

A medida que se ha prolongado la expectativa de vida, si bien ha ido aumentando el número de años de vida independiente, el aumento parece ser mayor en los años de dependencia e

incapacidad^(6,7), con lo que los resultados de prolongación de la vida en las poblaciones se traducen en aumentos de sufrimiento personal, social y de los costes asistenciales. Actualmente, cerca del 85% de los mayores de 65 años tienen una o más enfermedades crónicas a las que se atribuye el 75-80% de todas las muertes e incluso, una mayor proporción de los casos de incapacidad^(8,9). Según el Ministerio de Asuntos Sociales el 22% de los ancianos españoles sufren algún tipo de incapacidad⁽¹⁰⁾. Ante estos hechos, se ve que el incremento de la población anciana incapaz de valerse por sí misma, es uno de los problemas más acuciantes que conlleva el envejecimiento de las poblaciones^(11,6). Sobre este problema se centran los esfuerzos de los profesionales relacionados con la geriatría.

Para introducir este trabajo, se revisan las características propias de la geriatría, de la valoración geriátrica y de los niveles asistenciales de los servicios de geriatría, y dentro de este marco se mostrarán los conocimientos actuales sobre uno de estos niveles asistenciales: los hospitales de día geriátricos, que son el objetivo de este estudio.

B. DEFINICION DE GERIATRIA

La geriatría es la rama de la medicina dedicada al anciano que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, de su recuperación funcional y de su reinserción en la sociedad⁽¹²⁾. La gerontología, en cambio, se

define como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social, como ciencia pura, básica o académica⁽¹³⁾. La geriatría atiende los aspectos clínicos, preventivos y sociales de la enfermedad en el viejo y su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía, a la cual los ancianos son especialmente susceptibles. Con este fin, se desarrolla un sistema asistencial integral y continuado que permite la atención al paciente en los distintos momentos de la enfermedad y procura su independencia funcional. Además, la asistencia geriátrica moviliza todos los recursos sociales y sanitarios para mantener en la comunidad el mayor número de ancianos mientras sea posible con una calidad de vida digna⁽¹⁴⁾.

Otros objetivos de la geriatría son la docencia y formación continuada tanto de sus propios especialistas como de otros profesionales sanitarios, especialmente aquéllos que están ubicados en la comunidad⁽¹⁴⁾.

C. HISTORIA DE LA GERIATRIA

La especialidad de la geriatría tal y como se la conoce hoy se inició en los años treinta en las salas de crónicos de los hospitales británicos. La doctora Marjorie Warren, pionera en esta especialidad, logró mediante una valoración integral (clínica, funcional y social) y con un equipo de trabajo interdisciplinario, dar el alta hospitalaria a pacientes que previamente habían sido etiquetados de "incurables"⁽¹⁵⁾. Las salas

de geriatría comenzaron a hacerse habituales en los hospitales generales británicos con el objetivo de mejorar el estudio y tratamiento de los ancianos que precisaban ingreso y de evitar los ingresos inapropiados en unidades de crónicos⁽¹⁶⁾.

En 1948 el Servicio Nacional de Salud Británico reconoce la geriatría como especialidad⁽¹²⁾. Los servicios de geriatría consiguieron reducir las estancias medias de los ancianos hospitalizados y elevar el porcentaje de éstos que eran dados de alta a su domicilio⁽¹⁷⁾. Desde entonces en dicho país el número de especialistas ha ido aumentando hasta alcanzar los 633 en 1990⁽¹⁸⁾, adscritos a unos 200 servicios hospitalarios. El Departamento de Salud Inglés estableció en 1972 la conveniencia de proveer 10 camas de geriatría (25% para corta, 25% para media, y 50% para larga estancia) por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años. El Departamento homólogo Escocés eleva esa cifra a 15 camas por cada 1.000 ancianos⁽¹⁹⁾. Así, la geriatría está presente en la mayoría de las áreas sanitarias de todo el Reino Unido⁽¹⁹⁾ y supone un estilo de asistencia al anciano que es un modelo para el mundo desarrollado⁽¹¹⁾.

La primera cátedra de geriatría aparece en Glasgow en 1965, fué ocupada por Sir Fergurson Anderson y desde entonces se imparte la geriatría a nivel de pre y postgrado de la licenciatura de medicina⁽¹²⁾. Actualmente existe la asignatura de geriatría en 24 facultades inglesas, 22 italianas y 18 francesas. El número de facultades europeas con dicha asignatura es de 117⁽²⁰⁾.

En 1974 la OMS edita un Informe Técnico reconociendo la necesidad de un sistema de servicios de geriatría integrados en los servicios sanitarios generales⁽²¹⁾. Hecho este reafirmado por la ONU 10 años más tarde⁽²²⁾.

En Estados Unidos el Institute of Medicine Committee, el American Board of Internal Medicine y la American Geriatrics Society recomendaban en 1979 el establecimiento de la geriatría como especialidad con un programa específico⁽²³⁾. En 1985 existían en dicho país 114 unidades de valoración geriátrica, de las que el 47% se habían abierto desde 1983⁽²⁴⁾. Igualmente se ha invocado la necesidad tanto de profesores e investigadores universitarios de geriatría y gerontología⁽²⁵⁾, como de geriatras clínicos para afrontar los problemas sanitarios y sociales que plantea una sociedad envejecida⁽²⁶⁻²⁸⁾. En las últimas décadas en el mundo occidental, Australia y Japón han ido apareciendo servicios de geriatría hospitalarios tanto en relación con departamentos universitarios de geriatría, como con sistemas de asistencia de larga estancia y con servicios sanitarios y sociales⁽²⁹⁾.

En España el desarrollo de la geriatría se inició de forma temprana. En 1947 se crea un servicio de geriatría en Barcelona dirigido por el Dr. Panella Casas y una Cátedra de geriatría en Valencia dirigida por el Profesor Beltrán Báguena⁽³⁰⁾. A pesar de este inicio, no ha habido continuidad en la creación de servicios hospitalarios de geriatría, ni se ha desarrollado la geriatría a nivel universitario. En el momento actual, en virtud de la

reforma de los programas de pregrado, empieza a contemplarse en algunas universidades la geriatría, como asignatura optativa de facultad. En 1978 se reconoce como oficial la especialidad médica de geriatría en España. A partir de ese momento aumenta el número de especialistas, aunque este aumento no ha sido parejo a la provisión de plazas de geriatras en la sanidad pública. El número de servicios de geriatría crece de forma muy lenta en hospitales generales, hospitales monográficos y hospitales de apoyo⁽³¹⁾.

D. PACIENTE GERIATRICO / ANCIANO ENFERMO

Como se sabe, la enfermedad, la incapacidad y la mortalidad aumenta con la edad, aunque existe una gran variabilidad interindividual⁽²⁾. Hoy en día un gran número de personas llegan a la séptima u octava década de la vida en perfecto estado de salud⁽³²⁾. Ciertamente es que la edad cronológica y la biológica no coinciden y algunos individuos son ya ancianos a los 60 años, mientras que otros pueden ser relativamente jóvenes a los 80 años⁽³³⁾.

Cada vez con más frecuencia se distingue un grupo de "viejos-jóvenes" (los menores de 75 u 80 años) y otro de "viejos-viejos" (mayores de esa edad), ya que las características de enfermedad, fragilidad y dependencia, y en consecuencia las necesidades asistenciales de ambos grupos de edad, son diferentes y mucho mayores en el segundo grupo⁽³⁴⁾.

Ya que la variabilidad de la población anciana es grande, a continuación se diferencian varios tipos de pacientes. El "paciente geriátrico" se define como el mayor de 65 años (aunque cada vez se propone más el límite de 75 años), que padece una o, generalmente, varias enfermedades, con tendencia a la incapacidad, y/o deterioro mental y con problemática social^(17,35). El "anciano enfermo" a diferencia del anterior concepto se caracteriza por ser el paciente generalmente mayor de 65 años (límite socialmente establecido) que ha contraído una enfermedad y que carece de otros problemas que compliquen su evolución⁽¹¹⁾.

Entre los que viven en la comunidad se encuentra la gran mayoría que no plantea problemas complejos de índole médica o asistencial, y una minoría (tabla 1), denominados "ancianos de alto riesgo", o "viejos frágiles" quienes por sus condiciones médicas, asistenciales o sociales se encuentran en situación de equilibrio inestable, con grandes probabilidades de ingresar en una institución de por vida, si sus problemas no son manejados adecuadamente^(21,36-40).

TABLA 1: CONCEPTO DE "ANCIANO DE ALTO RIESGO" EN LA COMUNIDAD
SEGUN VARIOS AUTORES

	Salgado et al (36)	OMS (21)	Muir Gray et al (40)	Williamson (37,38)
CAUSAS MEDICAS				
Patología crónica e invalidante	*	*	*	*
Hospitalización reciente	*		*	*
Deterioro mental			*	
Medicaciones múltiples				*
FACTORES ASISTENCIALES				
Edad avanzada (> 80 años)	*	*		*
Inmovilizados en el domicilio	*			
Residentes en instituciones		*		
FACTORES SOCIALES				
Vivir solo	*	*	*	*
Sexo femenino		*		
Pobreza		*	*	
Viudez reciente			*	*
Cambio de domicilio reciente				*

(Modificada de Gonzalez Montalvo J. I.) (39)

En un estudio reciente se ha objetivado que los pacientes ingresados en servicios médicos y quirúrgicos que cumplen los criterios de "fragilidad" tienen mayor riesgo de estancia hospitalaria prolongada, mayor mortalidad y mayor tasa de institucionalización. Además, estos criterios son mejores predictores de mortalidad y uso de larga estancia, que la edad o los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (DRGs- Diagnosis-Related Groups)⁽⁴¹⁾.

Los que más se benefician de los conocimientos de los geriatras y del sistema asistencial de la geriatría son los "pacientes geriátricos". Sin embargo gran parte de los pacientes mayores que ocupan las salas de las diferentes especialidades de los hospitales generales son los que hemos denominado "ancianos enfermos"^(38,42). Se considera actualmente que aquellos ancianos que se encuentran demasiado sanos, es decir que no cumplen los criterios de pacientes geriátricos, se benefician poco de la asistencia por un servicio de geriatría⁽⁴³⁾.

E. CARACTERISTICAS DEL ENFERMAR DEL ANCIANO

Los cambios físicos, sociales y de conducta dependientes de la edad avanzada⁽⁴⁴⁾, se combinan con el efecto de múltiples enfermedades agudas y crónicas con diferente presentación y respuesta al tratamiento que en el enfermo joven⁽⁴⁵⁾. Todo ello conlleva una menor reserva funcional en el anciano y una mayor fragilidad por lo que exige del médico un entrenamiento especial

para mejorar la asistencia a este sector de población⁽²⁶⁾. Estudios recientes muestran que los pacientes ancianos apropiados para una intervención geriátrica oscilan entre el 5 y el 37.5% de los ancianos hospitalizados^(17,44,46-48). Los pacientes de edad avanzada aunque no cumplan los criterios de paciente geriátrico participan de una serie de características que los hacen más vulnerables que los adultos más jóvenes. Estas características se resumen en la Tabla 2 ⁽⁴⁹⁾.

Con la edad aumenta el número de síntomas, de enfermedades y el consumo de medicamentos⁽⁵⁰⁾ y por esto la atención al anciano por el personal sanitario puede ser más laboriosa; sin embargo esto no implica un mal uso del sistema sanitario por parte del anciano. Por ejemplo, parece ser que en los servicios de urgencia hospitalarios las consultas de los mayores de 55 años son justificadas en un mayor tanto por ciento que las de los más jóvenes y que los mayores de 65 años acuden la mayoría de las veces por indicación facultativa a diferencia de los pacientes de menor edad⁽⁵¹⁾. Además, los viejos en urgencias padecen más patología objetivable, requieren más ingresos, y en ellos son más eficaces la mayoría de las pruebas complementarias cuando se les compara con los más jóvenes^(52,53), sin que los motivos de índole estrictamente social difieran significativamente entre ambos grupos de edad⁽⁵⁴⁾. El pronóstico de los ancianos aunque sean dados de alta del servicio de urgencias, es peor que el de los jóvenes, precisando de un número mayor de controles posteriores⁽⁵⁵⁾. Por todo ello parece que los viejos como grupo usan los servicios de

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMAR DE LOS ANCIANOS

Los cambios fisiológicos del envejecimiento provocan:

- Diferente presentación clínica de las enfermedades
- Mayor lentitud de recuperación
- Mayor necesidad de rehabilitación
- Cambios en la farmacocinética y farmacodinamia
- Falta de adaptación a los requerimientos del entorno

La presentación urgente de la enfermedad puede ser:

- Episodio agudo de "novo"
- Exacerbación de una enfermedad crónica
- Presentación aguda de un trastorno crónico (caídas...)
- Trastorno agudo que se presenta como una enfermedad crónica (confusión...)

Frecuente existencia de pluripatología y polifarmacia

Mayor prevalencia de determinados síndromes:

- Confusión
- Depresión
- Caídas
- Trastornos de la marcha
- Incontinencia
- Inmovilismo
- Alteraciones de la visión y audición
- Malnutrición

(Modificada de Andrews y Brocklehurst, 1987) (49)

urgencia de forma más justificada que otros grupos de edad.

La actitud de rechazo del personal sanitario ya reseñada por la Dra. Warren en los años cuarenta⁽⁵⁶⁾, generalmente obedece al deterioro de la imagen de la vejez en la sociedad actual^(11,23) y a una escasez de conocimientos sobre el manejo del paciente de edad avanzada⁽⁵⁷⁾.

F. VALORACION GERIATRICA

DEFINICION, OBJETIVOS Y BENEFICIOS

La valoración geriátrica o diagnóstico cuádruple dinámico, ha sido llamada "la nueva tecnología de la geriatría"⁽²⁴⁾ y se ha definido por Rubenstein como el proceso diagnóstico multidimensional (usualmente interdisciplinario) orientado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, funcionales, psíquicos y sociales del anciano, con el objeto de trazar un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo⁽⁵⁸⁻⁶¹⁾.

Los objetivos primordiales de la valoración son: 1/ definir la situación funcional previa, 2/ describir la situación funcional actual, 3/ mejorar la precisión diagnóstica, 4/monitorizar los cambios clínicos del paciente a lo largo del tiempo, 5/ seleccionar las intervenciones para restaurar o preservar la salud, 6/ recomendar el entorno de asistencia adecuado y 7/ predecir el pronóstico^(36,62-65).

La valoración integral del paciente de edad avanzada incluye varias áreas que se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. Áreas cuyo funcionamiento afecta directa o indirectamente a la situación de las demás y, en definitiva, al bienestar del anciano. Estas áreas son: la salud o enfermedad orgánica, la situación funcional, la situación mental, el soporte social y la situación económica^(36,53).

Las patologías que más frecuentemente conllevan incapacidad son: 1/ la patología cardio-pulmonar, 2/ los accidentes cerebrovasculares, 3/ la patología osteoarticular, 4/ la demencia, 5/ la enfermedades auditivas y visuales, etc^(66,67). No necesariamente una incapacidad funcional viene condicionada por un mayor número de enfermedades⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

La incapacidad funcional se ha relacionado con un aumento significativo tanto de la estancia media hospitalaria, la mortalidad a los 6 meses, al año y a los 5 años, como de la probabilidad de tener que ingresar en una residencia de ancianos en ese período de tiempo⁽⁷¹⁻⁷³⁾. El Deterioro "mental" también precisa una valoración específica. Se ha relacionado con un aumento de la mortalidad a los 6 meses y a los 4 años^(71,72,74) y con un incremento de la necesidad de cuidados y de riesgo de institucionalización^(74,75). Por esto la valoración mental del paciente es de suma importancia en geriatría para efectuar juicios pronósticos y tomar medidas tendentes a su mantenimiento como persona independiente en la comunidad⁽⁷⁶⁾.

La historia "social" es un componente crítico de la valoración. Hay que conocer el ambiente socioeconómico y la capacidad del paciente para valerse en dicho ambiente para poder determinar el impacto que tendría una determinada enfermedad en su salud global y la necesidad posterior de servicios sociosanitarios⁽⁶⁰⁾.

Cada vez se conocen con más claridad los beneficios que la valoración geriátrica ofrece al paciente anciano y al sistema sanitario^(58,64,77-80) (Tabla 3). Derivándose de ello un enfoque correcto de los problemas del paciente, una elección terapéutica adecuada y una planificación de los cuidados a largo plazo⁽⁸¹⁾.

¿DONDE REALIZAR LA VALORACION GERIATRICA?

Las salas de agudos de los hospitales por sus características de trabajo en equipo, acceso a los diferentes medios diagnósticos y terapéuticos parecen los lugares ideales para realizarla^(76,82). En los EE.UU. el 80% de las unidades que llevan a cabo esta función se encuentran en hospitales según datos de 1987⁽²⁴⁾. También puede realizarse la valoración en la consulta externa^(83,84), hospital de día⁽³⁰⁾ y en el propio domicilio del paciente⁽⁸⁵⁾. En estudios que analizaron el efecto de la valoración geriátrica sobre la mortalidad de los pacientes, no se encontraron diferencias en los pacientes valorados en consulta externa, mientras que la mortalidad a los 6 meses se redujo en las unidades geriátricas hospitalarias, en los pacientes atendidos por equipos consultores y en programas domiciliarios⁽⁸⁶⁾.

TABLA 3: BENEFICIOS DE LA VALORACION GERIATRICA

Mayor precisión diagnóstica
Mejoría del estado funcional
Mejoría del estado afectivo y cognitivo
Menor uso de la medicación
Mayor supervivencia
Menos ingresos en hospitales y residencias
Mayor uso de servicios sociales y domiciliarios
Reducción de los costes sanitarios

(Modificado de Rubenstein L.Z.). (58)

Existen proyectos de investigación en EE.UU. dirigidos a comprobar si la eficacia de la valoración en estudios previos puede extrapolarse a diferentes centros, saber cuáles son los componentes de la valoración que dan mejores resultados, conocer la conveniencia o no de los cuidados continuados geriátricos, buscar criterios de selección de los pacientes más susceptibles de asistencia geriátrica y determinar dónde resultan más eficaces las unidades geriátricas⁽⁸⁷⁾.

G. EL EQUIPO GERIATRICO

El equipo de cuidados geriátricos sanitarios se define como un grupo de profesionales, con diversa titulación que trabajan juntos para unir su experiencia en beneficio del paciente. El equipo geriátrico generalmente se identifica como un equipo "interdisciplinario"⁽⁸⁸⁾. El equipo interdisciplinario está formado por una serie de profesionales diferentes que trabajan "interdependientemente" en el mismo lugar e interactúan formal e informalmente. Ellos pueden hacer las valoraciones por separado pero la información se intercambia de manera sistemática. Trabajan en conjunto consiguiendo objetivos claros y concretos a través de una planificación y haciendo efectivo el cuidado del paciente⁽⁸⁹⁾.

El médico, enfermera y asistente social forman el núcleo o corazón del equipo⁽³⁵⁾, y a menudo se necesita la colaboración de psiquiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, podólogo

estomatólogo y dietista⁽²⁴⁾. El líder o coordinador del equipo generalmente es el médico por precedentes históricos y médico-legales en lo referente a la atención al paciente⁽⁸⁸⁾, aunque puede ser cualquier otro miembro del equipo, como una enfermera o asistente social, sobre todo en unidades de cuidados continuados⁽⁹⁰⁾.

El equipo interdisciplinario se reúne con periodicidad que varía de semanal a mensual según el tipo de unidad de que se trate (agudos, hospital de día, de larga estancia, etc). Los aspectos que se abordan en el equipo son la valoración, el desarrollo de estrategias terapéuticas y asistenciales y el plan de cuidados, de alta y de seguimiento^(30,91).

H. NIVELES ASISTENCIALES PARA EL PACIENTE GERIATRICO

Los servicios de geriatría ofrecen a los ancianos, una serie de cuidados:

1- Cuidado Integral. Se valoran de forma conjunta las áreas de la valoración geriátrica (situación médica, funcional, mental y social)⁽¹⁴⁾.

2- Cuidado Progresivo. Desde su ingreso en el hospital, el anciano es atendido en los diferentes niveles asistenciales del servicio de geriatría. El paciente que ingresa en la unidad de agudos, antes de ser dado de alta, si lo precisa, puede pasar a

la unidad de media estancia o rehabilitación, hospital de día, consulta externa, etc.^(30,34,46).

3- Cuidado Coordinado. En la atención hospitalaria, existe gran relación con otros servicios (psiquiatría, traumatología-ortopedia, rehabilitación, etc) atendiendo a los pacientes de forma conjunta. Y en la comunidad, se coordina con los equipos de atención primaria para valoración y seguimiento de los pacientes más complejos⁽⁹²⁾.

4- Cuidado Continuado. Se define como la provisión de servicios diagnósticos, preventivos, terapéuticos y de soporte, para pacientes con enfermedad crónica grave o incapacidad que provoca deterioro funcional sustancial⁽⁹³⁾. Cuando el paciente es dado de alta del hospital sigue siendo vigilado por el servicio de geriatría a través del hospital de día, la consulta externa, o la asistencia a domicilio⁽³⁰⁾.

Existen varios modelos de asistencia geriátrica desarrollados en diferentes países y no hay acuerdo sobre cual es el más eficaz. Es lógico pensar que no puede haber patrones rígidos para el desarrollo de los servicios geriátricos a causa de diferencias socio-culturales, económicas, aprovechamiento de recursos, etc. Esto hace que cada país deba desarrollar un sistema de atención adaptado a sus propias necesidades y basado en sus propios recursos⁽⁹⁴⁾.

En el Reino Unido existen básicamente tres modelos de servicios geriátricos hospitalarios como ha destacado Williamson⁽¹⁶⁾:

1.-los servicios de geriatría que atienden todos los pacientes mayores de una determinada edad, generalmente 75 años, que ingresan en el hospital por causas médicas.

2.-Los servicios integrados en las salas de medicina interna, en los que los geriatras atienden a los ancianos que cumplen una serie de características que les confieren más fragilidad, y

3.-los servicios con un sistema de referencia selectivo en los que ingresan únicamente aquellos ancianos que cumplen ciertos criterios de pacientes geriátricos y son atendidos por el mismo equipo en las diferentes fases que dure su enfermedad.

En EE.UU. la medicina geriátrica no forma una especialidad específica en los hospitales, pero la gerontología y la geriatría sí son conocidas como disciplinas académicas entre las especialidades médicas relevantes⁽⁹⁴⁾. La Administración de Veteranos⁽⁹⁵⁾ ha desarrollado varios programas geriátricos innovadores, que incluyen: 1/ unidades de valoración geriátrica especializada que atienden a pacientes ingresados y que han demostrado buenos resultados⁽⁴⁴⁾, 2/centros clínicos, docentes y de investigación y 3/programas de cuidados domiciliarios de base

hospitalaria.

Las unidades geriátricas tienen unos objetivos que son obtener una mejoría funcional del paciente, aumento de los diagnósticos y tratamientos, conseguir una ubicación mas apropiada al alta del enfermo, reducir el uso de servicios institucionales y en general mejorar la calidad de cuidados al paciente anciano⁽⁹⁴⁾. Independientemente del tipo de modelo, la asistencia geriátrica de calidad debe cumplir una serie de condiciones que incluyen el abordaje bio-psico-social y por "problemas" de la patología del viejo, el cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado, el trabajo en equipo, el correcto uso de los niveles asistenciales y la coordinación con la asistencia extrahospitalaria⁽³⁰⁾ Los servicios de geriatría según Evans⁽⁹⁶⁾ deben de proporcionar de un modo u otro al paciente ingresado tres tipos de cuidados: cuidados en Unidad de Agudos (acute assessment), Rehabilitación y cuidados de Larga Estancia. Además es esencial que estos tres sean llevados y se coordinen por el mismo personal y que existan asociados Hospital de Día, Consulta Externa y programa de Visitas Domiciliarias para que formen un servicio integral dirigido a una población anciana geográficamente definida en un área de salud. Esta estructura puede asegurar una efectividad clínica y una base para un correcto rendimiento económico⁽⁹⁵⁾ (Tabla 4).

En el Reino Unido existen varias formas de organización del propio servicio de geriatría, según estén agrupadas las camas de

agudos, rehabilitación y larga estancia^(97,49) (Tabla 5).

UNIDAD DE AGUDOS

En la unidad geriátrica de agudos ingresan pacientes geriátricos que o bien padecen una enfermedad aguda o crónica reagudizada o bien son candidatos a una valoración geriátrica exhaustiva y se benefician del manejo clínico en dichas salas⁽⁷⁶⁾. Estas unidades tienen adaptaciones en su estructura y mobiliario y en ellas el trabajo se realiza en el marco de un equipo interdisciplinario. La mayoría de los casos son ingresados por ser urgencias médicas y menos casos para estudios diagnósticos⁽⁹⁷⁾. La procedencia de estos pacientes puede ser desde urgencias, directamente de su médico de familia, del hospital de día, de la consulta externa ó como resultado de una visita domiciliaria⁽⁹⁸⁾.

La patología que motiva el ingreso es la habitual por su frecuencia en estos pacientes: insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrovasculares, patología pulmonar crónica, diabetes, etc⁽³¹⁾. El paciente es valorado al ingreso por el equipo, y revisado semanalmente en las sesiones interdisciplinarias. La estancia media varía entre dos y tres semanas^(98,92). El 70% de los pacientes ingresados volverá a su domicilio, el 20% fallece, y el 10% necesitarán cuidados continuados⁽⁹⁸⁾.

Cuando los ancianos hospitalizados son atendidos por especialistas en geriatría se obtienen estancias medias menores,

TABLA 4: CUIDADOS QUE DEBE PROPORCIONAR UN SERVICIO DE GERIATRIA

CUIDADOS DE AGUDOS

REHABILITACION

CUIDADOS DE LARGA ESTANCIA

HOSPITALES DE DIA

CONSULTA EXTERNA

VISITAS DOMICILIARIAS

(Modificado de Evans) (96)

TABLA 5: ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN EL REINO UNIDO

AGUDOS	REHABILITACION	LARGA ESTANCIA	38%
AGUDOS	REHABILITACION	LARGA ESTANCIA	24%
AGUDOS	REHABILITACION	LARGA ESTANCIA	21%
AGUDOS	REHABILITACION	LARGA ESTANCIA	8%

(Cada recuadro engloba el tipo de cuidados que se pueden dar en una misma sala de geriatría en el Reino Unido) (49)

menor número de reingresos, que en las salas de medicina interna, sin diferencias en la mortalidad^(78,99), y estas diferencias son más acusadas en los mayores de 75 años⁽¹⁰⁰⁾. También se ha visto que en las unidades geriátricas de agudos se obtiene una mejoría funcional de los pacientes, se reduce la mortalidad, los ingresos en residencias y se rebajan los costes de institucionalización^(64,78). Por esto se insiste en la importancia de la correcta selección de los pacientes candidatos a ingresar en la unidad de agudos para el mejor aprovechamiento de sus posibilidades^(42-44,47,48) (Tabla 6).

Es frecuente el seguimiento de pacientes de estas unidades de agudos en el hospital de día del servicio para control de pluripatología, ajuste de medicaciones (anticoagulante, antidiabética, antiálgica), completar tratamientos de recuperación funcional, etc. Esto permite reducir las estancias hospitalarias de los pacientes geriátricos y asegurar un control postalta. Por contra, el disponer de unidad de agudos permite admitir en el hospital de día a pacientes más complejos y más críticamente enfermos^(101,102).

TABLA 6: PACIENTES SUBSIDIARIOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA HOSPITALARIA
Criterios clínicos de selección

-
1. Edad > 80 años
 2. Accidente cerebrovascular reciente o residual
 3. Fractura reciente en cualquier localización
 4. Ingreso desde una residencia de ancianos
 5. Reingreso en un periodo de tiempo inferior a tres meses
 6. Inmovilismo
 7. Dificultad en cualquiera de las actividades básicas de la vida diaria
 8. Malnutrición
 9. Incontinencia de esfínteres
 10. Confusión / demencia
 11. Encamamiento prolongado
 12. Caídas en los últimos 3 meses
 13. Depresión
 14. Problema social o familiar
-

Modificado de Reuben et al (47)

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA Y REHABILITACION

En nuestro país se le ha llamado Unidad de Media Estancia mientras que en el mundo anglosajón lleva el nombre de la que es su verdadera función, la rehabilitación. Se ha definido la unidad de media estancia como el nivel asistencial médico hospitalario para pacientes fuera de la fase aguda de su enfermedad que precisan cuidados clínicos y rehabilitadores para recuperar total o parcialmente su independencia⁽⁶³⁾. En estas unidades el énfasis está puesto en la recuperación funcional de los pacientes, sin dejar de lado el control de los problemas clínicos, mentales y sociales^(78,103). El principal objetivo es devolver a la comunidad el mayor número de ancianos con la mayor autonomía posible y prevenir, de esta forma la institucionalización^(104,105).

Un 5-10% de los mayores de 60 años que ingresan en un hospital de agudos necesitan una rehabilitación especializada más prolongada⁽⁹⁶⁾. En el Reino Unido la mayoría están separados de los enfermos agudos ya que la atención de enfermería y el ambiente difiere del existente en las salas de agudos⁽⁹⁶⁾.

Según Brocklehurst lo apropiado es que la unidad de rehabilitación esté ligada con el hospital de día, ya que los programas de tratamiento pueden hacerse unidos a los de los pacientes que acuden al hospital de día⁽⁹²⁾.

La patología que suelen presentar los pacientes que ingresan en estas unidades son secuelas de accidentes cerebrovasculares, fracturas de cadera operadas, o pérdida de la independencia tras una enfermedad aguda o traumatismo⁽⁹⁷⁾.

Las estancias medias según los estudios oscilan entre 25 días y 8 semanas^(46,56,104-108). De cara a obtener buenos resultados es fundamental aplicar unos criterios de ingreso rigurosos⁽¹⁰⁹⁾ que incluyan la información clínica (patología con posibilidades de control y recuperación funcional) y la de rehabilitación (buen pronóstico y alto grado de colaboración del paciente) y la social (buen apoyo al alta)⁽³¹⁾.

El hospital de día permite completar el tratamiento rehabilitador iniciado en la unidad de media estancia, para que el paciente alcance la mayor recuperación funcional posible sin tener que estar ingresado las 24 horas⁽⁹²⁾. Por otra los pacientes candidatos a ser ingresados en la unidad de media estancia pueden ser valorados previamente en el hospital de día⁽¹¹⁰⁾.

UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

Somers ha definido los cuidados de larga estancia como una provisión de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de soporte para pacientes con una enfermedad crónica severa o incapacidad que acarrea deterioro funcional substancial⁽⁹³⁾.

La mayoría de los pacientes que tienen un grado de dependencia muy alto pueden ser tratados en sus casas cuando tienen el apoyo suficiente, pero una minoría requieren un apoyo institucional ⁽⁹⁷⁾. Estos no son pacientes moribundos, necesitan cuidados de enfermería constantes debido a su incapacidad, asistencia que sólo se puede dar en el hospital ⁽⁹²⁾. No se debiera trasladar ningún paciente a una institución de larga estancia hasta que no se han agotado todas las posibilidades de rehabilitación y de alta al domicilio ^(91,92). En el Reino Unido incluso ahora que en ese país la larga estancia se está trasladando en gran medida a las "Nursing Homes" privadas ⁽¹¹¹⁾ los geriatras británicos siguen haciendo una valoración completa médica, funcional y social previa a su ingreso en estas instituciones, para evitar que haya pacientes mal ubicados ^(16,112). Estas valoraciones de los pacientes candidatos a ingresar en centros de larga estancia se realizan, por el equipo geriátrico en el hospital de día, ya que parece ser el nivel asistencial idóneo para evaluar a estos pacientes de manera integral y ambulatoriamente ^(92,97).

En EE. UU. por el contrario la institucionalización a largo plazo se realiza en las "Nursing Homes". En estas instituciones existen dos tipos de residentes ⁽¹¹³⁾. Los de "estancias cortas" que incluyen: 1/ pacientes que se recuperan de problemas médicos y funcionales después de una enfermedad aguda, los cuales tienen una expectativa razonable de alta (fracturas de cadera, ictus, neumonía, insuficiencia cardíaca descompensada con encamamiento

prolongado, etc), y 2/ pacientes con enfermedad en estadio final o terminales y que se espera fallezcan en días o semanas (cáncer, lesión cerebral severa, enfermedad pulmonar crónica o insuficiencia cardíaca). Por otra parte, existen los pacientes de "estancias largas" con incapacidades crónicas incluyendo: deterioro de la función cognitiva (demencia), deterioro de la función física (ictus, artrosis, esclerosis múltiple) o ambas y que suelen tener una estancia entre 6 meses y dos años. Es importante vigilar la calidad de vida de estos pacientes para que sea lo más parecida posible a la del propio hogar, previniendo la inmovilidad, la monotonía y la desinserción social, a la que estos enfermos están especialmente predispuestos^(114,115).

En España los cuidados de larga estancia se ofrece en Residencias Asistidas y en hospitales de larga estancia⁽¹¹¹⁾.

CUIDADOS DOMICILIARIOS

Los cuidados domiciliarios generalmente se ven como la opción de base comunitaria para proporcionar cuidados a largo plazo para los ancianos⁽¹¹⁶⁾. El anciano desea vivir en su entorno familiar de forma independiente⁽¹¹⁷⁾, y cuando se hacen dependientes, si están bien atendidos en su hogar manifiestan mayor satisfacción que los ingresados en residencias^(118,119).

Los cuidados domiciliarios se basan en varios principios⁽¹¹⁶⁾: debe existir una tradición cultural en el domicilio y en la

familia, debe ayudar al individuo y su familia u otros cuidadores informales a llevar la enfermedad y la incapacidad, debe unir a servicios sociales y sanitarios, debe promover el uso de los servicios apropiados, debe animar a la continuidad del cuidado y debe garantizar el acceso universal a este servicio sin tener en cuenta el coste, la edad, el tipo o duración de la incapacidad.

La "Asistencia Geriátrica Domiciliaria" es un nivel asistencial con base en el servicio de geriatría hospitalario que tiene como función el colaborar con la atención primaria en el manejo de los pacientes cuya complejidad desborde las posibilidades de ésta⁽³⁶⁾. Se trata generalmente de ancianos de alto riesgo^(21,36,38), que no pueden desplazarse a la consulta, que constituyen una carga para los cuidadores y que, de no prestarles una atención o al menos una supervisión especializada, son candidatos a ingresar en una institución de por vida^(37,118).

El correcto manejo de determinados enfermos en la comunidad disminuye los costes de su atención, reduce el número de reingresos y la estancia media hospitalaria^(118,121-122). Se ha calculado que el 20-30% de los pacientes que necesitan cuidados institucionales de larga estancia podrían residir en la comunidad si existieran servicios que lo facilitarían^(123,124). El medio domiciliario se ha revelado como un lugar útil para estudiar los problemas de salud y llevar a cabo la valoración de los pacientes⁽¹²⁵⁾. Ello se ha venido realizando de forma tradicional en la geriatría anglosajona, en que el geriatra especialista

valora en el propio hogar del enfermo su patología e incluso si es candidato a ingreso hospitalario⁽¹²⁶⁾ y se ha objetivado que una valoración en el domicilio puede detectar un mayor número de problemas y proporcionar un mayor número de recomendaciones terapéuticas⁽⁸⁴⁾.

Las visitas domiciliarias preventivas realizadas de forma programada a una población de pacientes mayores de 74 años hacen que disminuya de forma significativa el riesgo de hospitalización⁽¹²⁷⁾ y de mortalidad⁽¹²⁸⁾ en esa población. La asistencia domiciliar se ha considerado como la mejor alternativa a la institucionalización permanente, a juicio de los propios ancianos en lista de espera para ingresar en una residencia⁽¹²⁹⁾.

El hospital de día ofrece la posibilidad de que pacientes que reciben una asistencia domiciliar, puedan en un momento dado y de manera puntual acudir al hospital de día para realizarse alguna prueba diagnóstica o terapéutica que en el domicilio resulte imposible o dificultosa. Por otra parte pacientes que son dados de alta del hospital de día con pluripatología e incapacidad funcional grave pueden ser posteriormente derivados para una asistencia geriátrica domiciliar⁽³⁰⁾.

CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA HOSPITALARIA

La consulta externa o dispensario geriátrico es el lugar donde se presta asistencia médica y social ambulatoria a los ancianos que son enviados por el médico de familia, y otras especialidades hospitalarias, haciendo especial énfasis en los casos nuevos^(14,97). Los pacientes acuden para valoración diagnóstica y terapéutica de su patología, pero que no requieren una valoración exhaustiva funcional, mental y social por parte del equipo multidisciplinario, en cuyo caso son mejor atendidos en el hospital de día⁽⁹⁸⁾.

Las consultas externas del servicio de geriatría se han revelado como muy eficaces. Se ve un alto índice de pluripatología (prevalencia de demencia del 46 %, hipertensión arterial 31%, depresión 30%, artrosis 19%), e investigando los factores predictivos de institucionalización (caídas, demencia, dificultades en las actividades de la vida diaria, sobrecarga de los cuidadores y falta de servicios de soporte) se consigue que más del 90% de los pacientes pueda permanecer en su hogar mediante los servicios de apoyo necesarios y el tratamiento multidisciplinario⁽¹³⁰⁾.

Algunos de los pacientes que son valorados inicialmente en la consulta externa, posteriormente son derivados al hospital de día porque pueden beneficiarse de los tratamientos que allí se ofrecen tanto médicos como rehabilitadores. En otras ocasiones

pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría pueden necesitar de la realización de una analítica o una cura de manera puntual, que se suele realizar el hospital de día, ya que ambos niveles asistenciales se encuentran muy próximos en la mayoría de los centros⁽³⁰⁾.

I. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Con el presente trabajo se quiere conseguir un conocimiento en mayor profundidad de los hospitales de día geriátricos que funcionan actualmente en nuestro país, y que no han sido evaluados de forma conjunta por ningún estudio hasta la fecha. Por ello este apartado será, obligadamente, de mayor extensión.

El hospital de día geriátrico es un nivel asistencial integrado en el servicio de geriatría, que actúa de escalón intermedio entre el hospital y la comunidad^(21,119,131). El hospital de día geriátrico es una forma de cuidado (relativamente nueva) que se estableció con el propósito de dar atención multidisciplinaria para ancianos de la comunidad que puedan beneficiarse de ello⁽¹⁴²⁾.

En el hospital de día geriátrico los pacientes pueden conseguir una serie de tratamientos más complejos que si acuden a una consulta externa, poniendo el énfasis en la recuperación funcional para conseguir que el paciente sea lo más independiente posible, sin dejar de lado el seguimiento de los problemas médicos, de enfermería y sociales⁽¹³²⁾.

A continuación se hace una puesta al día de lo que se conoce sobre los hospitales de día geriátricos, basado fundamentalmente en trabajos británicos, que es donde más se han investigado este nivel asistencial.

1. HISTORIA

La idea de los "cuidados de día" nació en Rusia a principios de los años 30, con el objeto de atender las necesidades de los pacientes neuropsiquiátricos. Posteriormente, esta idea se traslada al Reino Unido donde Bierer estableció en Londres el primer hospital de día "Psiquiátrico" en 1946⁽¹³³⁾. El primer hospital de día "Geriatrico" construido a propósito se realizó en Oxford en 1958, aunque ya previamente se hacían cuidados diurnos en ése y otros departamentos de geriatría⁽⁹⁸⁾. Desde entonces el número de hospitales de día geriátricos ha ido incrementándose hasta 480 en 1988⁽¹⁰¹⁾.

A partir de 1970 este escalón asistencial se extiende a otros países (EEUU, Canadá, Nueva Zelanda, Alemania, etc). En España el primer hospital de día geriátrico se abre en 1973 en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, desarrollándose su implantación en el país muy lentamente, generalmente de forma paralela a los Servicios de Geriatría^(134,135).

Recientemente el modelo asistencial del hospital de día ha sido ampliado a otras especialidades con el objetivo de ahorrar estancias, disminuir ingresos y reingresos hospitalarios sin deterioro en la calidad de asistencia, realizar tratamientos de pacientes oncológicos, o para diagnóstico y tratamiento ambulatorio de determinadas enfermedades⁽¹³⁶⁻¹³⁸⁾.

2. DESARROLLO DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS

El hospital de día geriátrico apareció como una alternativa para evitar la tendencia de los ancianos enfermos a reingresar en las salas hospitalarias o en los departamentos de terapia ocupacional tras ser dados de alta⁽¹³⁸⁾.

El motivo por el que se desarrollaron y fueron tan populares los hospitales de día geriátricos en el Reino Unido, según Brocklehurst se basa en primer lugar en el intento de separar la función diagnóstica y terapéutica del aspecto de hotel durante las noches y el fin de semana cuando no se realizan tratamientos ni pruebas diagnósticas. Este es un cambio muy importante para muchos pacientes y también desde el punto de vista económico. Además, debido al horario diurno que mantienen los hospitales de día geriátricos, se hicieron lugares de trabajo preferidos para el personal de enfermería. Y en último lugar el poder supervisar pacientes crónicos cuya separación completa del hospital podría dar lugar a su deterioro y el consiguiente reingreso, también fue muy importante⁽⁹²⁾. Desde su desarrollo inicial los hospitales de día han ido proporcionando una serie de cuidados diversos que varían desde el estudio diagnóstico intensivo de patologías y el tratamiento a corto plazo, como alternativa al ingreso hospitalario, hasta en el extremo contrario, ser usados como soporte para mantener en la comunidad a ancianos crónicamente incapacitados. Dependiendo del tipo de atención proporcionada, variaba el número de plazas y la cantidad de personal

necesario⁽¹⁴⁰⁾.

3. OBJETIVOS Y FUNCIONES

Los objetivos del hospital de día fueron definidos claramente por Brockehurst y Tucker en 1980 como "rehabilitación, mantenimiento de la capacidad funcional, valoración integral geriátrica, cuidados médicos, cuidados de enfermería y motivos sociales"⁽¹⁴¹⁾. En los últimos años se está haciendo especial énfasis en separar los cuidados puramente sociales de los cuidados sanitarios, trasladando los primeros a los llamados "centros de día", centrándose los hospitales de día geriátricos en los aspectos de valoración, rehabilitación, tratamiento médico y de enfermería⁽¹⁴²⁻¹⁴⁵⁾.

De todas las funciones del hospital de día (Tabla 7) la que supone el principal motivo de asistencia es la rehabilitación (40-53% de los pacientes), seguido de la valoración (20-60%) y los cuidados médicos y de enfermería (8-24%) y con menos frecuencia los cuidados sociales (5-13%). Predominando estos últimos en los hospitales de día dirigidos por médicos generales^(141,146-150).

La REHABILITACION se realiza mediante fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes con pérdida en su autonomía para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La terapia en el hospital de día se prolonga durante varias horas al

TABLA 7: MOTIVOS DE ASISTENCIA DE LOS PACIENTES AL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO SEGUN VARIOS ESTUDIOS

	MacFarlane 1979 (146)	Bhattacharyya 1980 (147)	Brocklehurst 1980 (141)	Ramaiah 1984 (148)	Payney 1986 (149)
REHABILITACION			53%	40%	46%
FISIOTERAPIA	63%	33%			
TERAPIA OCUPACIONAL	77%	11%			
MANTENIMIENTO			11%		
VALORACION	60%	21%	20%	35%	24%
T. MEDICO Y ENFERMERIA		24%	8%		15%
SOCIAL	13%	11%	5%	13%	5%
OTROS				12%	

día y a un ritmo más lento que la media hora diaria que se realiza habitualmente en un servicio de rehabilitación convencional y que puede ser poco aprovechada por el anciano. La rehabilitación debe verse como un tratamiento que termina cuando se alcanza la máxima independencia posible⁽¹³¹⁾. Además, en el hospital de día también pueden hacer rehabilitación los pacientes que están en ese momento ingresados en el servicio de geriatría, adaptándose estos últimos (de forma beneficiosa) a las actividades de los pacientes que acuden ambulatoriamente al hospital de día⁽⁹²⁾. Esto ocurre en dos tercios de los hospitales de día del Reino Unido⁽¹⁴²⁾.

El **MANTENIMIENTO** de la capacidad funcional se dirige a pacientes que tienen riesgo de perder la autonomía que previamente habían recuperado si no tienen motivación o si están sobreprotegidos por la familia tras el alta. Con una asistencia poco frecuente (p. ej. un día por semana) puede evitarse la recaída y el posible reingreso⁽¹³⁹⁾.

La **VALORACION** integral geriátrica puede realizarse en el hospital de día de forma muy idónea, ya que la observación de los síntomas y capacidades como trastornos de la marcha, caídas, control de esfínteres, situación mental, etc pueden llevarse a cabo en él, colaborando todo el equipo interdisciplinario⁽¹³¹⁾.

CUIDADOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA. El hospital de día es un lugar adecuado y seguro para monitorizar la respuesta a

tratamientos como antiparkinsonianos, anticoagulantes, antidiabéticos, etc.^(102,141). Además de realizar procedimientos médicos y de enfermería como transfusiones, sangrías, punciones de médula ósea, punciones lumbares, paracentesis, controles metabólicos y educación sanitaria de diabéticos, evaluación y entrenamiento de incontinencias, de estreñimiento, educación para cuidadores de pacientes dementes, cura de úlceras, etc^(28,151).

CUIDADOS SOCIALES. Los ancianos también son remitidos a los hospitales de día en un intento de relevar al cuidador principal para así asegurar que el paciente se mantenga en el domicilio el mayor tiempo posible⁽¹³⁹⁾. Si bien, la provisión de cuidados sociales no es una función primordial de los hospitales de día (tarea que puede llevarse a cabo en los "centros de día")^(148,152,153), sí se puede ofrecer este servicio en zonas donde no existen los citados centros de día, o los pacientes no pueden acudir porque carecen del transporte adecuado a su incapacidad, o porque precisan de atención de enfermería frecuentemente⁽¹³⁹⁾. Tampoco debe menospreciarse el factor social, ya que tiene una influencia importante en la salud de los ancianos y es una de las causas de reingresos hospitalarios evitables⁽¹⁵⁴⁻¹⁵⁶⁾.

4. CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

Pathy en 1969⁽¹⁵⁷⁾ definió cuatro tipos de pacientes ancianos que se benefician de asistir a un hospital de día:

1/ Aquéllos que necesitan cuidados hospitalarios, pero no

las 24 horas del día, especialmente si están incapacitados funcionalmente,

2/ los que requieren investigaciones detalladas,

3/ los que requieren supervisión médica o de enfermería especializada temporalmente, y

4/ pacientes con problemas de adaptación a la comunidad tras su alta hospitalaria.

PROCEDENCIA. La mayoría de los pacientes (28-70%) acuden tras ser dados de alta de las salas de geriatría (Tabla 8). También pueden ser referidos directamente desde la consulta externa de geriatría (16-41%), tras una valoración domiciliaria (9-31%), directamente de atención primaria (3-26%) y, con frecuencia de otros servicios hospitalarios (9-22%) (132,141,146,148,150,157).

La EDAD mínima de los pacientes habitualmente son los 65 años, habiendo hospitales de día geriátricos que admiten pacientes más jóvenes. No existe límite superior de edad pero el grupo que más se beneficia es el de 75-84 años⁽¹⁵⁸⁾.

Los DIAGNOSTICOS más frecuentes que tienen los pacientes que acuden al hospital de día son los accidentes cerebro-vasculares y la patología osteoarticular (fracturas, artrosis...) (Tabla 9). También son comunes los diagnósticos de parkinsonismos, cardiopatías, diabetes, caídas, incontinencia, demencia y otros trastornos afectivos; lo más característico es que son pacientes

**TABLA 8: PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES SEGUN VARIOS ESTUDIOS
DE HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS**

	Pathy 1969 (157)	MacFarlane 1979 (146)	Brocklehurst 1980 (141)	Hildick-Smith 1981 (150)	Ramaiah 1984 (148)	Donaldson 1987 (132)
HOSPITAL	65%	66%	57%	87%	82%	54- 95%
GERIATRIA			28%	28%		30 -70%
OTROS SERVICIOS			9%	19%		3 - 22%
CONSULTA EXTERNA	24%	23%	20%	40%	16%	2 - 22%
COMUNIDAD	35%	34%	43%	13%	16%	4 - 45%
VALORAC. DOMICILIO	22%	31%	35%	9%	15%	3 - 25%
MEDICO DE FAMILIA	12%	3%	3%		3%	1 - 20%
OTROS	1%		5%	4%		

TABLA 9: PATOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO SEGUN VARIOS ESTUDIOS

	MacFarlane 1979 (146)	Hildick-Smith 1980 (158)	Bhattacharyya 1980 (147)	Brocklehurst 1980 (141)	Morales 1984 (159)	Donaldson 1987 (132)
ACV	33%	31%	19%	37%	18%	43%
OSTEOARTICULAR	18%	29%	16%	23%	33%	19%
NEUROLOGICA	18%	10%	3%	9%	32%	12%
CARDIOVASCULAR	15%	17%	14%	11%	31%	14%
RESPIRATORIA	3%	7%	1%	3%	14%	
PSIQUIATRICA		15%	6%	3%	13%	
OTRAS	13%	15%	41%	24%	50%	34%

incapacitados^(149,158-161). La posibilidad de reunir en el mismo hospital de día pacientes con demencia con los que no la tienen es un tema controvertido^(139,142,158). La asistencia de los primeros parece ser beneficiosa para mejorar la colaboración de sus cuidadores⁽¹⁶²⁾. Por otra parte, los pacientes dementes que acuden a los hospitales de día psicogerítricos lo hacen con el objetivo primordial de descargar al cuidador para mantenerlo en la comunidad el mayor tiempo posible^(163,164). Una alternativa aceptable en los lugares donde no existen hospitales de día psicogerítricos, es que los pacientes dementes sean atendidos en salas físicamente separadas de los no dementes, si el tamaño del hospital de día lo permite⁽¹⁶⁵⁾.

5. ESTRUCTURA DEL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

La LOCALIZACION más recomendable para que sea una unidad activa, es que esté situado en el mismo hospital que la unidad geriátrica de agudos^(76,159). En el Reino Unido un tercio de los hospitales de día se encuentran en hospitales generales y otro tercio en hospitales geriátricos⁽¹⁴²⁾.

La DIVISION DEL ESPACIO debe hacerse en tres partes, una para terapia, otra para comedor y otra para sala de estar⁽¹⁴²⁾. El área de terapia es recomendable que posea una área específica para terapia ocupacional con cocina, baño y otros instrumentos para actividades de la vida diaria, y otra zona con aparatos destinados a tratamientos de fisioterapia⁽¹⁶⁶⁾. Se recomienda que

haya varios retretes (uno por cada cinco pacientes), accesibles, adaptados y lo suficientemente amplios para que se pueda entrar y maniobrar con una silla de ruedas, un andador, etc⁽¹⁴²⁾.

El **NUMERO DE PLAZAS** es importante. El Departamento de Salud Británico recomienda de 1 a 2 plazas por cada 1000 mayores de 65 años y 4'5 por cada 1000 mayores de 75 años⁽¹¹⁹⁾. Se ha visto que con una asistencia de dos veces por semana durante tres meses se corresponden 2 plazas por cada 1000 ancianos^(158,167,168). Si existen suficientes centros de día y hospitales de día psicogeríatricos se puede dar un buen servicio con 1'5 plazas por cada mil ancianos⁽¹⁴⁴⁾. Y si el hospital de día se centra en la rehabilitación, pueden ser suficientes 0'5 plazas por 1000 mayores de 65 años^(152,169).

Así pues el número de plazas se ve influenciado por el número de días de asistencia por cada paciente, el número de pacientes que acudan para terapia, y de la existencia de centros de día y hospitales de psicogeriatría en el mismo sector⁽¹¹⁰⁾. Martin y Millard comprobaron cómo con pequeñas unidades (menores de 20 plazas), se consigue una actividad terapéutica mayor que en los hospitales de día geriátricos más grandes^(170,171). En el Reino Unido la tendencia en los últimos años es intentar reducir el número de plazas al menos de 50 a 30 pacientes diarios^(142,145).

El **TRANSPORTE**, dada la incapacidad funcional de los pacientes debe estar adaptado. Lo más recomendable son los

minibuses (preferiblemente equipados con elevador para silla de ruedas) y asistidos por dos personas⁽¹⁴²⁾. El recorrido para recoger a los pacientes puede durar entre sesenta y noventa minutos, por lo que algunos enfermos pueden pasar una hora en el vehículo⁽¹³¹⁾. Son pocos, (alrededor del 8%) los pacientes que pueden venir en transporte privado, como el coche de un familiar⁽¹⁵⁹⁾. La distancia dificulta el traslado y esto se ha observado porque pacientes que viven a más de 20 Km no son remitidos por sus médicos al hospital de día^(150,158).

Se ha visto que el transporte eleva los costes de los hospitales de día británicos, oscilando entre una tercera y una cuarta parte de los gastos totales^(141,172). Sin embargo, en los estudios recientes españoles se ha comprobado que el transporte suponen entre el 7 y el 20% de los costes totales del hospital de día⁽¹⁷³⁻¹⁷⁵⁾. Además, si el hospital de día dispone de vehículo propio es más eficaz y económico que depender de compañías de transporte externas al hospital de día⁽¹⁴²⁾.

6. PERSONAL

El personal que trabaja en el hospital de día debe formar un equipo interdisciplinario que no debería diferir del equipo que atiende a los pacientes ingresados en el servicio de geriatría^(76,131). Los integrantes del equipo deben ser médico, personal de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, asistente social, personal administrativo, y opcionalmente otros

como logoterapeuta, podólogo, dietista, dentista, etc.

Se recomienda un médico geriatra, un médico general, o residente que trabaje a jornada completa supervisado por un geriatra a tiempo parcial. Debe existir una enfermera bien entrenada y una auxiliar de enfermería por cada 10-12 plazas, un trabajador social por cada 50 plazas⁽¹⁴¹⁾, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y auxiliares de terapia 1'25 de cada especialidad por cada 15 plazas y un logoterapeuta por cada 30 plazas⁽¹⁷⁶⁾. Sin embargo son pocos los hospitales de día con cuentan con este personal ya que la mayoría tienen un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional a jornada completa y dos a cinco plazas de enfermería⁽¹⁴²⁾ (Tabla 10).

7. FUNCIONAMIENTO

El horario de asistencia al hospital de día comienza entre las 9 y 10,30 horas de la mañana, se ofrece la comida del mediodía y termina entre las 3'30 y 5 de la tarde^(142,144). La frecuencia de asistencia según los estudios de coste-eficacia es de dos días semanales⁽¹⁷⁷⁾. La asistencia de cinco días semanales puede ser excesivamente fatigosa para el anciano y resulta igual o más caro que el tener al paciente ingresado^(139,146,178).

El paciente es inicialmente valorado por el médico, haciéndose una detección inicial de los problemas que presenta. Posteriormente es valorado por el resto de equipo, la terapeuta

**TABLA 10: DOTACION DE PERSONAL RECOMENDABLE PARA EL HOSPITAL
DE DIA GERIATRICO**

MEDICO por cada hospital de día
un geriatra
un médico general o un residente supervisados por un geriatra

ENFERMERIA por 10-12 plazas
una enfermera y una auxiliar de clínica

TERAPEUTAS por cada 30 plazas
2`5 terapeutas ocupacionales
2`5 fisioterapeutas
2`5 auxiliares de terapia

Un LOGOTERAPEUTA por cada 30 plazas

Un TRABAJADOR SOCIAL por cada 50 plazas

Recopilado de varios autores. (141, 176, 216)

ocupacional evalúa al paciente en el área de actividades de la vida diaria e instrumentales, el fisioterapeuta valora los problemas de movilidad, la enfermera detecta los problemas de enfermería y el asistente social evalúa el área socioeconómica y del entorno. Mediante este abordaje integral se establece un plan de diagnóstico y tratamiento, iniciándose así la asistencia del paciente al hospital de día. De forma periódica (cada 2-3 semanas) se evalúan los progresos de cada paciente con una reunión interdisciplinaria en la que se hace un plan de cuidados para el siguiente período de asistencia y en la que se programa el alta⁽¹³⁹⁾. La recuperación funcional debe terminar cuando se alcanza la máxima autonomía posible⁽¹³¹⁾, o cuando el paciente tiene la independencia suficiente para manejarse en su domicilio, lo que suele conseguirse en un período de tres meses⁽¹⁴²⁾.

Durante el período de asistencia al hospital de día el enfermo debe ser seguido por su equipo de atención primaria, quien estará al corriente de los progresos alcanzados y de los cambios de tratamientos realizados en el hospital de día. Así mismo el médico de familia mantiene la responsabilidad de atender al paciente siempre que lo solicite fuera de las horas de asistencia al hospital de día⁽¹³⁹⁾. Lo ideal es que exista una enfermera que actúe de enlace con el equipo de atención primaria y con la familia para comunicar la evolución y el alta del paciente y garantizar que ésta sea un éxito^(142,150). Por su parte, la familia debe de estar en contacto con el hospital de día para ser adiestrada en el manejo del paciente, aspecto éste muy

importante y con gran frecuencia olvidado^(141,179).

8. EFECTIVIDAD Y COSTES

En los últimos tiempos el hospital de día ha sido un escalón asistencial a estudio en varios países^(180,181). Los puntos de mayor interés que se han analizado son la "efectividad" que analiza los resultados de la actividad desarrollada, los "costes" de la atención generada en el hospital de día y la comparación del coste-efectividad de los hospitales de día frente a otras alternativas asistenciales como hospitalización, fisioterapia domiciliaria, etc⁽¹⁸²⁾. Existen dos estudios que comparan la fisioterapia domiciliaria con la asistencia al hospital de día en pacientes con ictus. En el primero de ellos⁽¹⁸³⁾ los pacientes que hacían la fisioterapia domiciliaria mejoraban más que los que iban al hospital de día, mientras que en el segundo los que acudían al hospital de día tenían menor tasa de institucionalización y mortalidad, aunque los costes eran mayores que los que hacían la fisioterapia domiciliaria⁽¹⁸⁴⁻¹⁸⁶⁾.

En cuanto a la EFECTIVIDAD existen varios estudios que aprecian una mejoría funcional de los pacientes que acuden al hospital de día⁽¹⁸⁷⁻¹⁹⁰⁾ (Tabla 11). Así, tras el cierre de algunos hospitales de día (generalmente por huelgas de ambulancias) se objetivó un deterioro en la situación funcional de los pacientes que dejaron de acudir^(147,191) e incluso un aumento de la tasa de mortalidad respecto a períodos de tiempo similares⁽¹⁹¹⁾. Los

TABLA 11: BENEFICIOS DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS

-
- 1.- Disminución de la institucionalización
 - 2.- Disminución de la mortalidad
 - 3.- Mejoría de la situación funcional
 - 4.- Mejoría de la situación emocional y de la satisfacción vital
 - 5.- Menor uso hospitalario(disminución de la estancia media)
 - 6.- Menor uso de los servicios sociales comunitarios
-

Datos de varios autores: 172, 184,187-191,194-196.

ancianos atendidos en el hospital de día presentaban una mejora de la situación emocional a corto plazo^(158,195) y a largo plazo⁽¹⁹³⁾, prefieren la asistencia al hospital de día a la institucionalización⁽¹⁹⁴⁾ y manifiestan un sentimiento subjetivo de mejoría⁽¹⁹⁵⁾ y de satisfacción^(173,194,196).

El sistema sanitario también se beneficia en cierto modo de la existencia de los hospitales de día, ya que se reduce la estancia media de los ancianos ingresados en los hospitales, favoreciendo el alta temprana sin perjuicio de su recuperación funcional^(196,197). Igualmente disminuyen los ingresos en residencias⁽¹⁹⁶⁾ y el uso de otros servicios sociales comunitarios⁽¹⁷²⁾.

Los **COSTES** que genera el hospital de día también se han estudiado⁽¹⁹⁸⁾. Parece que lo que más ha encarecido los costes por paciente, en el Reino Unido ha sido el transporte y la necesidad de cuidados domiciliarios complementarios (ayuda a domicilio, cuidadores, comidas a domicilio, etc) y esto es más marcado en los pacientes que viven solos y están muy incapacitados por lo que requieren más de dos asistencias por semana al hospital de día para rehabilitación. En estos casos los beneficios económicos de la atención en el hospital de día respecto al ingreso hospitalario parecen menores⁽¹⁰¹⁾. Es de destacar que en España, el precio del transporte no resulta tan costoso como en el Reino Unido, parece ser que no supera el 15% según un estudio reciente⁽¹⁷⁴⁾.

Se ha podido comprobar que la rentabilidad de los hospitales de día respecto a la atención en régimen de ingreso hospitalario se consigue a expensas de un alto índice de ocupación del hospital de día⁽¹⁹⁹⁾.

En EE.UU. se han realizado estudios sobre costes de los cuidados diurnos y se ha visto que no son rentables económicamente como alternativa a los cuidados residenciales⁽²⁰⁰⁾. Por contra, aquéllos que ofrecen tratamiento principalmente rehabilitador sí resultan rentables⁽¹⁹⁷⁾.

En España, Mercadal y cols analizaron los costes de su hospital de día concluyendo que eran entre 52-67% inferior a los costes de la estancia hospitalaria en otros niveles asistenciales⁽¹⁷⁵⁾. Posteriormente López Polonio y González Montalvo estudiaron el coste por paciente (tratamiento completo) que resulto ser de 200.000 pesetas⁽¹⁷⁴⁾, mientras que el coste por asistencia puede variar entre 7.000 y 12.000^(173,174).

9. MARCADORES DE ACTIVIDAD

Para medir la actividad del hospital de día se han estudiado varios indicadores, algunos de los cuales tras ser utilizados, se han visto que no eran suficientemente válidos. A continuación se exponen los indicadores más nombrados.

El "número de pacientes que acuden diariamente" se vió que

daba lugar a grandes hospitales de día con pacientes relativamente estáticos⁽¹⁴²⁾.

El "índice de ocupación" tampoco es un buen índice de la actividad que se realiza en el hospital de día, ya que puede ser alto, pero a expensas de muchos pacientes que acuden para tratamientos poco activos⁽¹⁷⁰⁾. La ocupación puede ser baja en hospitales de día con bajas estancias y alta renovación de pacientes donde se realizan tratamientos muy activos⁽¹³²⁾. Se considera buena una ocupación del 85%⁽²⁰¹⁾

El "número total de asistencias por año" depende del tamaño de hospital de día, de la disponibilidad del transporte que lleva a los pacientes, de las vacaciones del personal, etc⁽¹¹⁰⁾.

El "número total de pacientes nuevos al año" es un mejor índice de actividad que el anterior, pero el período de estancia de los nuevos puede estar más en función del tamaño del hospital de día que de su actividad, ya que en los hospitales de día grandes se tiene tendencia a reducir la frecuencia con la que asisten los pacientes y así prolongar su estancia⁽¹⁷¹⁾.

Por ello Martin Y Millard idearon el "índice de pacientes nuevos" (IPN) que tenía en cuenta el nº de pacientes nuevos, el tamaño de la unidad, el nº de días trabajados y un factor constante (igual a 10) que lo llaman Factor de Rehabilitación y que se explica por el nº de días de estancia óptimos para los

nuevos pacientes que acuden para rehabilitación.

$$\text{IPN} = \frac{\text{Pacientes nuevos} \times 10}{\text{Número de plazas} \times \text{Días trabajados}}$$

Este IPN varía entre "0 y 1". Un IPN cercano a "0" indica una actividad pobre y si se acerca a "1" indica una gran actividad de ese hospital de día⁽¹⁷⁰⁾. Posteriormente este índice fue modificado teniendo en cuenta el índice de ocupación del hospital de día y denominado "índice de pacientes nuevos corregido" (IPNC), El cual se obtiene modificando el n° de pacientes nuevos al año por el factor de rehabilitación, dividido el producto entre el n° total de atenciones al año. Los resultados del IPNC son y se interpretan igual que el IPN⁽¹⁴²⁾.

$$\text{IPNC} = \frac{\text{Pacientes nuevos} \times 10}{\text{Asistencias Totales}}$$

La "asistencia media total" (media del número total de asistencias por paciente), es el índice más usado para medir la actividad del hospital de día^(142,110). Un índice alto (mayor de 20) indica una asistencia por motivo social muy elevada y un índice bajo (8-10 asistencia por paciente) indica una función rehabilitadora a corto plazo importante. Este índice se ha reducido en los hospitales de día geriátricos del Reino Unido en

los últimos años de 40 a 20 asistencias totales por paciente^(142,145).

Para conocer la eficacia del hospital de día, lo mejor es objetivar la mejoría del paciente desde el punto de vista clínico y funcional, y en algunos casos comprobar que esta mejoría, disminuye la carga de los cuidadores^(132,202).

Según Evans la "rotación o renovación" (turn over), es el porcentaje de las asistencias de los pacientes nuevos. Cuando se calcula a diario el turn over debe ser mayor de 15 para poder decir que el hospital de día tiene una actividad alta⁽¹⁴⁰⁾. La rotación de pacientes también se puede calcular, cuando se analizan períodos de tiempo amplios, como cociente de las altas respecto de todos los pacientes incluidos⁽²⁰³⁾ o como el cociente entre el número de pacientes nuevos y el número de plazas de ese hospital de día⁽¹³²⁾.

Número de Pacientes Nuevos (mes, semestre o año)

Número de Plazas Día

Con un "alto número de visitas semanales por paciente" se indica un papel terapéutico intensivo. El bajo número de reingresos y una alta proporción de pacientes dados de alta a su domicilio indican un correcto funcionamiento del hospital de día geriátrico, ya que el paciente ha alcanzado un nivel de

independencia aceptable⁽¹¹⁰⁾.

Para la correcta valoración del funcionamiento del hospital de día geriátrico, deben valorarse en conjunto todos los parámetros mencionados en la tabla 12 ^(148,201).

J. CENTROS DE DIA

En el Reino Unido los centros de día se han ido desarrollando 2 ó 3 años después de crearse un hospital de día geriátrico en una determinada área sanitaria, con el objetivo de cubrir la necesidad de atención de aquellos pacientes que ya no necesitan el aspecto terapéutico del hospital de día geriátrico y sí ciertas atenciones de índole social⁽¹⁴⁰⁾.

Hay que hacer una distinción clara entre el concepto de hospital de día (englobado dentro del servicio de geriatría hospitalario, dotado de médico, enfermera, terapeutas y asistente social) que debe concentrarse en la terapéutica sanitaria, y el Centro de Día (dependiente del departamento de servicios sociales) organizado por cuidadores sociales y voluntarios donde se cubren las necesidades sociales, custodiales y de soporte⁽¹⁰¹⁾.

Los centros de día proporcionan cuidados diurnos de índole cultural y social (compañía, ocio, descarga de los cuidadores, terapia recreativa), aunque puede poseer también medios de

TABLA 12: PARAMETROS DE ACTIVIDAD DEL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

-
- 1.- Mejoría del paciente en el aspecto clínico, funcional y social
 - 2.- Disminución de la carga del cuidador
 - 3.- Asistencia total por paciente menor a 20
 - 4.- Asistencia semanal menor de 2
 - 5.- Alto índice de ocupación
 - 6.- Renovación de pacientes elevada
 - 7.- Alto porcentaje de pacientes admitidos para rehabilitación y tratamiento médico
 - 8.- Bajo porcentaje de pacientes admitidos por causa social
 - 9.- Número de reingresos bajo
 10. Alto porcentaje de pacientes dados de alta a su domicilio
 11. Tasa de reingresos baja
-

Modificado de Donaldson C. (132)

terapia ocupacional y fisioterapia para mantenimiento de la capacidad funcional, así como enfermería y control médico con una actuación preventiva fundamentalmente^(101,204). Los objetivos son ayudar al anciano a mantener y mejorar su situación física y afectiva, facilitar los contactos sociales entre los ancianos y proporcionar apoyo a sus cuidadores⁽²⁰⁵⁾. Para muchos ancianos la salida al centro de día puede ser el único momento de la semana que sale de su casa⁽¹³¹⁾.

Existe una pequeña confusión en cuanto a la terminología, ya que a los centros de día en nuestro país se llaman "unidades de estancia diurna". Y a los hogares y clubs de la tercera edad se les llama "centros de día". Es importante diferenciar, dentro de los centros sociales diurnos para los ancianos la función de las "unidades de estancia diurna" de la de los clubs y hogares para la tercera edad. Las unidades de estancia diurna se caracterizan por atender a pacientes incapacitados por lo que habitualmente están dotados de transporte adaptado, mientras que los otros están dirigidos a ancianos válidos, con una orientación cultural y recreativa fundamentalmente⁽²⁰⁶⁾.

Las "unidades de estancia diurna" están en proyecto de desarrollo como plan piloto, parece que inicialmente se ubicarán en "residencias de la tercera edad"⁽²⁰⁷⁾.

El coste de los centros de día es menor que el de los hospitales de día⁽²⁰⁸⁾, y su existencia rentabiliza más la

actividad de los hospitales de día⁽¹⁴⁷⁾. Por ello es muy conveniente su funcionamiento y la cooperación estrecha entre el hospitales de día y los centros de día del mismo sector asistencial para asegurar la fluida transferencia de pacientes⁽¹⁴⁰⁾.

K. ESTUDIOS DESCRIPTIVOS SOBRE HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS

Brocklehurst y Tucker hicieron un amplio estudio recogiendo información de los hospitales de día geriátricos que funcionaban en el Reino Unido en 1977 y 1978 ⁽¹⁴¹⁾. El objetivo era conocer cómo era el "perfil" del típico hospital de día geriátrico que funcionaba en su país, determinar qué era lo necesario para una buena práctica e identificar problemas que pudieran tener solución. Para obtener todos los datos realizaron el estudio en tres fases, que se detallan a continuación.

1ª Fase. Se envió un cuestionario a todos los geriatras del Reino Unido, preguntando datos generales sobre los hospitales de día:

- ubicación
- si fueron ó no construidos a propósito
- tipo de transporte que utilizaban los pacientes
- media de asistencias por semana
- personal laboral

Se obtuvo información de 217 hospitales de día geriátricos, y se pudo, con estos datos, reconstruir el hospital de día "tipo"

del Reino Unido.

2ª Fase. Un segundo cuestionario fue enviado a 104 hospitales de día en todo el país, solicitando información acerca de una semana representativa de noviembre de 1977. Los datos que se recogieron fueron:

- número de pacientes nuevos
- procedencia y motivo de asistencia
- número de altas
- motivo de las altas
- número y tipo de personal laboral
- horas que se gastan en determinadas actividades
- Tipo de técnicas realizadas.

Con estos datos se intentó conocer la "vida" de los hospitales de día geriátricos.

3ª Fase. Para conocer la "filosofía general" de los hospitales de día, se visitaron 30 de estas unidades, primero por un geriatra y luego por un sociólogo. Se obtuvo información acerca de:

- métodos de funcionamiento
- diseño
- costes
- punto de vista de los pacientes, familiares, personal y conductores de ambulancia.

Los resultados de estos estudios son, hoy en día, la mayor fuente de información existente sobre este tema a nivel internacional y son referencia obligada en todos los trabajos que tratan sobre hospitales de día.

En Estados Unidos, Conrad en 1993 publica un estudio realizado mediante un cuestionario, sobre los centros que proporcionan cuidados diurnos para adultos en dicho país. Se recogió información de 774 centros y se intentó realizar una clasificación de ellos, ya que en los últimos años el desarrollo de estas unidades ha sido muy amplio y existe un cierto grado de confusión, puesto que se ha solapado el modelo social y sanitario en dichos centros⁽²⁰⁹⁾.

Para hacer la clasificación se tuvieron en cuenta los programas de actividades, la estructura, los diagnósticos y el tipo de paciente. Se identificaron seis clases de centros de cuidados diurnos:

1- Cuidados de familiares de enfermos de Alzheimer. Este tipo de centro suponen el 11% de todos los estudiados. Se caracterizaba por ofrecer terapias recreativas a pacientes con enfermedad de Alzheimer y apoyo a sus familiares a través de programas educativos.

2- Rehabilitación. En estos centros existe una gran actividad rehabilitadora y también una importante actividad

clínica, de valoración y de terapia ocupacional. Atienden a pacientes fundamentalmente convalecientes, con dependencia en actividades de la vida diaria y problemas de deambulacion. Estos tipos de centros son el 10%.

3- Clinico / Social de alta intensidad. Aquí ofrecen una gran actividad clínica, de valoración y de rehabilitación. Atienden a pacientes bastante incapacitados. Estos son el 8'5% de los centros.

4- Clinico / Social de moderada intensidad. Estos centros atienden a pacientes incapacitados y ofrecen un número de ayudas sociales importantes (aseo, lavandería, etc) y estos son el 28% de los centros estudiados.

5- Con propósito general. Es el tipo de centro más frecuente (39%). Atienden a pacientes con moderada incapacidad y tienen poca actividad clínica y social.

6- Baja actividad. Este el grupo menos frecuente (3'5%). Atiende a pacientes ancianos poco incapacitados y tienen una alta actividad social.

Intentando encontrar similitudes entre estos grupos de cuidados de día y los ofrecidos por el modelo británico, se puede decir que el grupo 1 se parece a los hospitales de día psicogeriatricos, que los grupos 2 y 3 se parecen a los

hospitales de día geriátricos, los grupos 4 y 5 a los centros de día y el grupo 6 a los clubs de ancianos.

L. LOS HOSPITALES DE DIA EN ESPAÑA

En los últimos años ha habido un cierto desarrollo de los hospitales de día en nuestro país. Se han puesto en marcha un número "no despreciable" de estas unidades, tanto en Servicios de geriatría dependientes del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), como en Unidades Funcionales Interdisciplinarias dependientes del Servei Catalá de la Salut y en concreto del programa "Vida als Anys".

La comisión de planificación sanitaria dependiente del INSALUD, ha ideado una forma de organización de la asistencia geriátrica, en la que el primer nivel asistencial a desarrollar en cada área sanitaria es el hospital de día geriátrico⁽²¹⁰⁾. Es por ello que resulta de enorme interés en el momento actual, conocer cómo son los hospitales de día geriátricos que están funcionando hasta este momento en España.

Sin embargo, no existe hasta ahora ningún estudio exhaustivo que recoja las características de estos hospitales de día geriátricos españoles. Parece pues oportuno hacer una aproximación descriptiva similar a la realizada por Brocklehurst y Tucker en el Reino Unido en los años 70.

Por otro lado cabría pensar que puedan existir diferencias entre los hospitales de día españoles, ya que éstos se podrían englobar en dos grupos, los que están ubicados en servicios de geriatría y los que están funcionando en el Servei Catalá de la Salut, que no dependen de servicios de geriatría y por tanto, sus características generales y su modo de funcionamiento van a ser distintos. Esta es una hipótesis de trabajo que se intenta desarrollar en el presente estudio.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general de este trabajo es estudiar las características de los hospitales de día geriátricos que están funcionando en España durante los años 1992-93.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. ESTRUCTURA. Describir la estructura de estos hospitales de día: tamaño, áreas de terapia de que disponen, despachos, consultas, comedores, etc.

2. PERSONAL. Determinar la dotación de personal analizando el tipo y número de profesionales que trabajan en estos centros.

3. PACIENTES. Describir las características de los pacientes que acuden a los hospitales de día geriátricos. Se estudia la fuente de pacientes, el tipo de patología que presentan, el motivo de asistencia, la colaboración de sus familias, etc.

4. FUNCIONAMIENTO. Medición de los parámetros de actividad de cada uno de los hospitales de día geriátricos estudiados, para conocer su modo de funcionamiento.

5. CORRELACION. Determinar cuáles son las características de los hospitales de día geriátricos que mejor se correlacionan con los parámetros de actividad.

6. COMPARACION DE LOS HOSPITALES DE DIA. Analizar las diferencias que puedan existir entre los hospitales de día geriátricos integrados en el modelo de asistencia geriátrica tradicional (basados en la existencia de un servicio de geriatría) y los integrados en el modelo catalán de asistencia sanitaria. Se quiere comprobar la hipótesis de que los hospitales de día para las personas mayores funcionan más adecuadamente cuando están integrados en servicios de geriatría.

III. MATERIAL Y METODO

A. MATERIAL.

Para la ejecución de este estudio, se elaboró un cuestionario que fue enviado a 37 centros sanitarios donde se conocía la existencia o proyecto de hospitales geriátricos de día. La lista de dichos centros se presenta en las tablas 13 y 14.

1. MODO DE ENVIO DE LOS CUESTIONARIOS

El cuestionario que sirvió para la obtención de los datos (Anexo I) fué enviado por correo certificado, dirigido al responsable del servicio o del hospital de día, junto con una carta de presentación y una hoja de instrucciones para rellenarlo (Anexo II). Se envió también un sobre franqueado para remitir el cuestionario una vez cumplimentado. Se realizaron dos envíos de cartas en marzo del 92 y en mayo del 93.

Dos meses después del primer envío, a los centros de los que no se había obtenido respuesta alguna, se les envió de nuevo una carta recordatoria, el mismo cuestionario, la hoja de instrucciones y un nuevo sobre franqueado para la contestación.

Se esperaron otros dos meses para recibir las respuestas a esta segunda carta. A los centros que todavía no habían contestado se les telefoneó para saber si habían recibido las dos cartas anteriores y si éste era el caso, conocer su intención de

contestar o no a la encuesta.

Tras recibir los cuestionarios cumplimentados de cada hospital de día, se preguntaron de nuevo por carta algunos datos en los casos de cumplimentación incompleta del cuestionario, al objeto de recoger la mayor información posible.

2. CENTROS DONDE SE ENVIO EL CUESTIONARIO

La información sobre los centros que contaban con servicios de geriatría en España se obtuvo de varios miembros de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. A todos ellos (tabla 13) se envió el cuestionario, siendo éste respondido por los centros que tenían hospital de día de geriatría y éste funcionaba durante los años 1992-93, momento en que se realizó el estudio.

La relación de hospitales de día que funcionaban en Cataluña en el año 1993 se obtuvo de la dirección de programa "Vida als Anys" dependiente del Servicio Catalán de Salud. A todos los centros catalanes que contaban con hospitales de día (tabla 14) se envió el mismo cuestionario que a los servicios de geriatría.

TABLA 13. GRUPO I: HOSPITALES CON SERVICIO DE GERIATRIA EN ESPAÑA
EN EL MOMENTO DE REALIZACION DE LA ENCUESTA (AÑOS 1992-93)

1. HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA	MADRID
2. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS	MADRID
3. HOSPITAL UNIVERSITARIO	GETAFE
4. HOSPITAL GENERAL Y DOCENTE	GUADALAJARA
5. HOSPITAL VIRGEN DEL VALLE	TOLEDO
6. HOSPITAL SAN JORGE	ZARAGOZA
7. HOSPITAL VIRGEN DE LA MONTAÑA	CACERES
8. HOSPITAL MEIXOEIRO	VIGO
9. HOSPITAL POLICLINICO SAN AGUSTIN	SEGOVIA
10. HOSPITAL DE LA CARIDAD	AVILES
11. HOSPITAL MONTE NARANCO	OVIEDO
12. HOSPITAL GENERAL	GRANOLLERS
13. HOSPITAL CLINICO VIRGEN DE LA MACARENA	SEVILLA
14. HOSPITAL INSULAR	LANZAROTE
15. HOSPITAL PROVINCIAL	SORIA
16. HOSPITAL DE CANTOBLANCO	MADRID
17. HOSPITAL DE LA RIOJA	LOGROÑO
18. HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA	LA CORUÑA
19. HOSPITAL VIRGEN DE LA CANDELARIA	TENERIFE

TABLA 14. GRUPO II: CENTROS CON HOSPITAL DE DIA GERIATRICO EN CATALUÑA
EN EL MOMENTO DE LA REALIZACION DE LA ENCUESTA (AÑOS 1992-93)

1. HOSPITAL SANTA CREU	VIC
2. HOSPITAL SANT JAUME	MANLLEU
3. HOSPITAL PIUS HOSPITAL	VALLS
4. CENTRO GERIATRICO MUNICIPAL	BARCELONA
5. HOSPITAL CRUZ ROJA	LERIDA
6. HOSPITAL DE PUIGCERDA	PUIGCERDA
7. CONSORCIO HOSPITALARIO DEL PARC TAULI	SABADELL
8. HOSPITAL FUNDACION SANT LLATZER	TARRASA
9. CLINICA DEL CARMEN	VILAFRANCA
10. HOSPITAL SANT JAUME	OLOT
11. HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA	TARRAGONA
12. CLINICA BARCELONETA	BARCELONA
13. HOSPITAL SANTA CREU (JESUS)	TORTOSA
14. HOSPITAL SANT ANDREU	MANRESA
15. HOSPITAL MUNICIPAL	BADALONA
16. CLINICA SANT JOSEP	IGUALADA
17. CLINICA DE LA MERCED	BARCELONA
18. RESIDENCIA CABANELLES	MATARO

3. CARACTERISTICAS DEL CUESTIONARIO: VARIABLES A ESTUDIO

El cuestionario estructurado fue elaborado a propósito para este trabajo, y fue cumplimentado por el responsable de cada hospital de día. Constaba de cinco apartados (Anexo I):

1. Estructura
2. Funcionamiento
3. Personal
4. Pacientes
5. Comentarios y observaciones

A continuación se describen las variables que se recogieron en cada uno de los apartados y que han sido objeto de análisis estadístico.

a. ESTRUCTURA

.- Fecha de apertura: para analizar este dato se contabilizó el tiempo en "meses" que llevaba funcionando cada hospital de día hasta el momento de la contestación al cuestionario.

.- Ubicación: tipo de centro donde se encuentra el hospital de día geriátrico. Las posibilidades en que se clasificó esta variable fueron hospital general, hospital monográfico de geriatría, otro tipo de hospital, residencia u otra localización.

.- Número de camas del centro donde está ubicado el hospital de día

.- Número de habitantes mayores de 64 años que viven en el área sanitaria donde se encuentra el hospital de día.

.- Tamaño: metros cuadrados aproximados que tiene el hospital de día geriátrico

.- Metros cuadrados por paciente: este dato se calcula teniendo en cuenta el tamaño del hospital de día y el número máximo de pacientes que pueden acudir un día, como se expresa en la siguiente división.

Metros cuadrados del hospital de día

Número de plazas

.- Transporte propio: si el vehículo utilizado para transportar a los pacientes al hospital de día es propiedad o no del centro donde está ubicado el hospital de día.

.- Tipo de transporte: se clasificó en microbús, ambulancia, taxi u otro medio de transporte utilizado por los pacientes para acudir al hospital de día.

.- Duración del recorrido: se determinaba el tiempo

aproximado en "minutos" que dura el recorrido total del microbús.

.- Radio de asistencia al hospital de día: distancia máxima en kilómetros desde donde los pacientes pueden acudir al hospital de día geriátrico.

.- Area de hospitalización de un día: se trató de conocer si existía en cada hospital de día alguna habitación destinada a pacientes que precisaran estar encamados durante unas horas. Y el número de camas con que se contaba en dicha habitación.

.- Area de terapia ocupacional: se preguntó si existía o no un área específica para terapia ocupacional, y si contaba con cocina, baño u otros accesorios específicos para llevar a cabo los tratamientos propios de esta disciplina.

.- Sala de curas: en este apartado se preguntó si se disponía o no de un lugar habilitado para tratamientos de enfermería.

.- Area de fisioterapia: se pidió información sobre si se contaba con un lugar y con los aparatos específicos para realizar fisioterapia dentro del hospital de día.

.- Sala de estar-recreo: Para conocer si los pacientes contaban con un área para actividades de ocio y recreativas.

.- Comedor: Si existía un área específica destinada a comedor.

.- Despachos: Se interrogó sobre quiénes de los profesionales que trabajaban en el hospital de día contaban con despacho propio en dicho lugar.

.- Horario: Se preguntó por el horario de apertura y cierre del hospital de día y se contabilizaron las horas de funcionamiento al día.

b. FUNCIONAMIENTO

Los datos que se recogieron en este apartado correspondían al período de una semana cercana a la fecha de respuesta del cuestionario.

.- Número de plazas: se refiere al número máximo de pacientes que pueden acudir en un día al hospital de día geriátrico.

.- Plazas por población mayor de 64 años: se calculó esta cifra con la población que cubre ese centro sanitario y el número de plazas:

Nº de habitantes mayores de 64 años

Número de plazas

.- Asistencia media a la semana: es la media de días a la semana que acuden los pacientes. Este dato se obtuvo del cociente resultante de la siguiente división:

$$\frac{\text{Asistencias totales semanales}}{\text{Nº de pacientes por semana}}$$

.- Pacientes "nuevos": se preguntaba el número aproximado de pacientes nuevos que había cada mes o cada semana. Se analizó la media de nuevos por semana.

.- Asistencia media por paciente: se pedía el número aproximado de asistencias en total, que acudía como media cada paciente en un tratamiento completo. Se ofrecían tres categorías posibles para contestar: menos de 20, entre 20 y 40 y más de 40 asistencias

.- Ocupación: Se calculó el porcentaje de ocupación de esa semana utilizando la cifra de número de plazas y el número de asistencias totales en esa semana:

$$\frac{\text{Asistencias totales semana} \times 100}{\text{Nº plazas al día} \times 5 \text{ días}}$$

.- Indice de pacientes nuevos corregido (IPNC): para

calcular este índice se necesitan el número de pacientes nuevos a la semana, el número de asistencias totales a la semana y el factor de rehabilitación. Este factor de rehabilitación es 10, Martin y Millard describieron este factor como el número ideal de días de rehabilitación que eran suficientes para que los pacientes de hospital de día mejoraran y pudieran ser dados de alta⁽¹⁷⁰⁾. El IPNC se calcula con la siguiente división:

$$\begin{array}{r} \text{Pacientes nuevos semanales} \quad \times \quad 10 \\ \hline \text{Asistencias totales a la semana} \end{array}$$

.- Nuevos por plaza: es un índice que mide también la rotación de pacientes. Se calculó teniendo en cuenta el número de pacientes nuevos al mes y el número de plazas de cada hospital de día:

$$\begin{array}{r} \text{Número de nuevos al mes} \\ \hline \text{Número de plazas al día} \end{array}$$

c. PERSONAL

.- Tipo de médico: se solicitó información sobre la titulación y categoría de ese médico, si era residente, geriatra, internista, diplomado en geriatría, etc.

.- Número de jornadas que el o los médicos invertían en el hospital de día. Se midió en número de jornadas a tiempo completo.

.- Índice de enfermería: este índice mide la dotación de personal de enfermería por paciente que tiene ese hospital de día. Se calcula teniendo en cuenta el número jornadas completas de enfermeras y auxiliares y el número de plazas:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Jornadas del personal de enfermería}}{\text{N}^\circ \text{ de plazas}}$$

.- Índice de terapeuta ocupacional: mide el personal de terapia ocupacional que existe por paciente. Se calcula con el número de jornadas completas de terapeuta ocupacional por plaza de hospital de día:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Jornadas de terapeuta ocupacional}}{\text{N}^\circ \text{ de plazas}}$$

.- Índice de fisioterapeuta: al igual que los dos anteriores mide, en este caso, el personal de fisioterapia por paciente. Se calcula teniendo en cuenta el número de jornadas completas de fisioterapeuta y el número de plazas:

Nº de Jornadas de fisioterapeuta

Nº de plazas

Posteriormente estos índices se trasforman en fracciones para que sean más gráficos a la hora de exponerlos en las tablas. La fracción se expresa en los siguientes términos:

1 / Nº de pacientes

En donde 1 se refiere a un profesional por determinado número de pacientes.

.- Jornadas de conductor y/o celador: se contabilizó el número de jornadas completas de estos profesionales.

.- Jornadas de trabajador social: se determinó el número de jornadas completas de trabajador social.

.- Jornadas de auxiliar administrativo: Se refiere al número de jornadas completas de este personal.

d. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES

Se pidió que se recogieran los datos referentes a todos los pacientes que acudían en una semana.

.- Edad media, edad mínima, número de hombres y mujeres que acudían durante ese período de tiempo.

.- Motivos de asistencia de cada paciente en el momento de la recogida de los datos. Se pidió el número de pacientes que venían por cada motivo, y posteriormente se calcularon los porcentajes que correspondían a cada motivo en cada hospital de día. Se aceptaron varios motivos de asistencia por cada paciente, como es frecuente en la literatura sobre hospitales de día(146). Los diferentes motivos por los que un paciente puede acudir al hospital de día fueron claramente definidos por Brocklehurst y Tucker⁽¹⁴¹⁾ y se enumeran a continuación:

-Rehabilitación:

Terapia ocupacional

Fisioterapia

-Mantenimiento

-Valoración

-Descarga de cuidadores

-Tratamiento médico

-Tratamiento de enfermería

-Otros

.- Patología principal que motiva la asistencia del paciente al hospital de día. Sólo se tuvo en cuenta un diagnóstico por paciente, para poder determinar cual era la patología más frecuente de los pacientes que acuden al hospital de día. Los

diagnósticos que se proponían fueron los siguientes:

- Accidente cerebrovascular
- Patología osteoarticular
- Patología neurológica:
 - Parkinson
 - Otras
- Patología cardiológica
- Patología respiratoria
- Incontinencia
- Demencia
- Trastornos afectivos
- Otros

.- Porcentaje de pacientes con demencia. Dada la importancia de que el hospital de día atienda a pacientes con demencia o no, se analizó la presencia de este diagnóstico además de las dos patologías principales.

.- Procedencia de pacientes: se analizó si la procedencia principal de los pacientes era del hospital o de la comunidad. Y también se estudiaron todas las posibles procedencias dentro de cada grupo. Las posibles procedencias fueron:

- 1- Hospital
 - Geriatría
 - Traumatología
 - Medicina interna

-Cirugía general

-Otros

2- Comunidad:

-Equipo de atención primaria

-Valoraciones geriátricas domiciliarias

-Servicios sociales

-Familia

-Otros

B. METODO.

1. BASE DE DATOS

Los datos se procesaron en una Base de Datos Bioestadística R-Sigma⁽²¹⁰⁾. A las anteriores variables se añadió otra variable cualitativa estableciendo dos grupos según el hospital de día perteneciera al grupo de los servicios de geriatría (grupo I) o al grupo de los centros sanitarios catalanes (grupo II).

2. METODO ESTADISTICO

Se utilizaron los siguientes métodos estadísticos⁽²¹¹⁻²¹³⁾:

- la "t" de Student para las comparaciones de las medias de las variables cuantitativas y de distribución normal,

- el Test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la bondad de ajuste a una distribución normal de las variables numéricas,

- la prueba de Wilcoxon para la comparación de medias de las variables cuantitativas que no seguían una distribución normal,

- la prueba de la "chi²" para la comparación de proporciones en las variables cualitativas.

- el coeficiente de correlación de Pearson para medir la asociación entre variables cuantitativas,

- el análisis de la varianza para 1 factor para analizar cómo varían las diferentes variables cuantitativas que siguen una distribución normal, en función de la variable cualitativa "asistencia media de los hospitales de día" y la prueba de Kruskal Wallis para la misma comparación en las variables cuantitativas que no siguen una distribución normal.

IV. RESULTADOS

A. RECOPIACION DE CUESTIONARIOS

Las primeras cartas se enviaron en marzo de 1992 y la recepción de la última carta fué en el mes de noviembre de 1993. De los 19 servicios de geriatría que fueron objeto de estudio, contaban con hospital de día, 11 (58%) de ellos. Se obtuvieron los cuestionarios cumplimentados de todos los casos.

En el segundo grupo de hospitales de día, los dependientes del Servicio Catalán de Salud (grupo II), se obtuvo contestación de 16 de los 18 centros. De los dos casos en que no se obtuvo el cuestionario cumplimentado, en uno de ellos se debió a pérdida de la respuesta en el correo, y en el otro caso, a negativa a colaborar con el estudio.

El número de respuestas recibidas tras la primera carta fue menor que tras la segunda carta de recuerdo (Tabla 15). A la primera carta respondieron 10 hospitales (4 del grupo I y 6 del grupo II y a la segunda carta respondieron 17 hospitales (7 del grupo I y 10 del grupo II)

En definitiva se consiguieron los datos de 27 hospitales de día, 11 estaban ubicados en los hospitales con servicio de Geriatría y constituyen en Grupo I del estudio. Los 16 restantes eran dependientes del Servicio Catalán de Salud y forman el Grupo II del estudio (Tabla 16). Para ordenar los hospitales de día se tuvo en cuenta la fecha de apertura de cada uno de ellos.

TABLA 15. RECEPCION DE LAS RESPUESTAS A LOS CUESTIONARIOS

RESPUESTA	A LA 1ª CARTA	A LA 2ª CARTA	TOTAL
GRUPO I	4 (36%)	7 (64%)	11
GRUPO II	6 (37%)	10 (63%)	16
TOTAL	10	17	27

TABLA 16: HOSPITALES DE DÍA GERIÁTRICOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

HOSPITALES DE DÍA	CIUDAD
<hr/>	
GRUPO I	
1- HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA	MADRID
2- HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS	MADRID
3- HOSPITAL VIRGEN DEL VALLE	TOLEDO
4- HOSPITAL SAN JORGE	ZARAGOZA
5- HOSPITAL MONTE NARANCO	OVIEDO
6- HOSPITAL INSULAR	LANZAROTE
7- HOSPITAL DE CANTOBLANCO	MADRID
8- HOSPITAL GENERAL Y DOCENTE	GUADALAJARA
9- HOSPITAL UNIVERSITARIO	GETAFE
10- HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MONTAÑA	CACERES
11- HOSPITAL POLICLINICO SAN AGUSTIN	SEGOVIA
<hr/>	
GRUPO II	
12- HOSPITAL SANTA CREU	VIC
13- HOSPITAL SANT JAUME	MANLLEU
14- HOSPITAL PIUS HOSPITAL	VALLS
15- CENTRO GERIÁTRICO MUNICIPAL	BARCELONA
16- HOSPITAL CRUZ ROJA	LERIDA
17- HOSPITAL DE PUIGCERDA	PUIGCERDA
18- CONSORCIO HOSPITALARIO DEL PARC TAULI	SABADELL
19- HOSPITAL FUNDACION SANT LLATZER	TARRASA
20- CLINICA DEL CARMEN	VILAFRANCA
21- HOSPITAL SANT JAUME	OLOT
22- HOSPITAL CRUZ ROJA	TARRAGONA
23- CLINICA BARCELONETA	BARCELONA
24- HOSPITAL SANTA CREU (JESUS)	TORTOSA
25- HOSPITAL SANT ANDREU	MANRESA
26- HOSPITAL MUNICIPAL	BADALONA
27- CLINICA SANT JOSEP	IGUALADA
<hr/>	

B. DESCRIPCION DE LOS HOSPITALES DE DIA

1. PERSONAL QUE RELLENA EL CUESTIONARIO

Los cuestionarios fueron rellenos en la mayoría de los casos (en 18 hospitales) por el médico que trabaja en el hospital de día geriátrico, en 6 casos lo hacía la enfermera, en 1 caso lo hacían ambos, en otro caso lo hacían médico y terapeuta ocupacional y en un caso, quien rellenaba el cuestionario era una profesora de Educación General Básica (Tabla 17).

2. UBICACION (Tabla 18).

La ubicación de los hospitales de día es la siguiente: en hospitales generales 4 (15%), en hospitales geriátricos 5 (18'5%), en hospitales de apoyo 5 (18'5%), 1 (4%) en residencia y en centros sociosanitarios 12 (44%).

3. NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS (Tabla 18).

Los centros donde están ubicados los hospitales de día, varían en cuanto al número de camas. Sólo uno tiene más de 400 camas, que es el Hospital Universitario de San Carlos de Madrid que tiene 1500. Nueve centros tienen 100 o menos camas, y la mayoría tienen entre 100 y 400 camas.

TABLA 17: OCUPACIÓN DE QUIEN RELLENA LA ENCUESTA

HOSPITALES DE DIA

GRUPO I

1- HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA (MADRID)	Médico y Terapeuta Ocupacional
2- HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CARLOS (MADRID)	Médico
3- HOSPITAL VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	Médico
4- HOSPITAL SAN JORGE (ZARAGOZA)	Médico
5- HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO)	Médico
6- HOSPITAL INSULAR (LANZAROTE)	Médico
7- HOSPITAL CANTOBLANCO (MADRID)	Médico
8- HOSPITAL GENERAL (GUADALAJARA)	Médico
9- HOSPITAL UNIVERSITARIO (GETAFE)	Médico
10- H NUESTRA SRA DE LA MONTAÑA (CACERES)	Médico
11- H POLICLINICO SAN AGUSTIN(SEGOVIA)	Médico

GRUPO II

12- HOSPITAL SANTA CREU (VIC)	Médico
13- HOSPITAL SANT JAUME (MANLLEU)	Médico
14- HOSPITAL PIUS HOSPITAL (VALLS)	Médico
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	Médico
16- HOSPITAL CRUZ ROJA (LERIDA)	Profesora de EGB
17- HOSPITAL DE PUIGCERDA	Directora de enfermería
18- HOSPITAL DEL PARC TAULI (SABADELL)	Enfermera
19- H FUNDACION SANT LLATZER (TARRASA)	Enfermera
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	Director de enfermería
21- HOSPITAL SANT JAUME (OLOT)	Médico
22- HOSPITAL CRUZ ROJA (TARRAGONA)	Médico
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	Médico
24- HOSPITAL SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	Médico
25- HOSPITAL SANT ANDREU (MANRESA)	Enfermera
26- HOSPITAL MUNICIPAL (BADALONA)	Médico y Enfermera
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	Supervisora

TABLA 18: TIPO DE HOSPITAL, NUMERO DE CAMAS Y POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS

HOSPITALES	TIPO DE HOSPITAL	CAMAS HOSPITALARIAS	MAYORES DE 65 AÑOS
GRUPO I			
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	DE APOYO	180	
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	GENERAL	1500	
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	GERIATRICO	146	15000
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	GERIATRICO	70	13000
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	DE APOYO	250	30000
6- H INSULAR (LANZAROTE)	GERIATRICO	84	2000
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	DE APOYO	300	22000
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	GENERAL	400	20000
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	GENERAL	400	14000
10- H N SRA MONTAÑA (CACERES)	DE APOYO	160	9600
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	DE APOYO	93	6000
GRUPO II			
12- H SANTA CREU (VIC)	CSS	100	
13- H SAN JAUME (MANLLEU)	CSS	74	
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	RESIDENCIA		
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	CSS	376	
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	CSS	70	
17- H DE PUIGCERDA	CSS		
18- H PARC TAULI (SABADELL)	CSS	220	
19- H FUNDACION SANT LLATZER (TARRASA)	CSS		
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	GERIATRICO	85	
21- H SANT JAUME (OLOT)	CSS		
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	GENERAL	100	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	CSS	150	
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	CSS	355	
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	GERIATRICO	80	22000
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	CSS	76	
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	CSS	140	

CSS: Centro Socio-Sanitario.
H. Hospital.

4. TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO (Tabla 19).

Salvo el hospital de día del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, que empezó a funcionar en 1979, todos los demás iniciaron su actividad después del año 1987. 4 (19%) empezaron a funcionar a finales de los años 80, y el resto (81%) en los 90. 11 (41%) de ellos comenzaron a funcionar en el 91 y 92.

5. TRANSPORTE (Tabla 20).

El transporte pertenece al propio hospital de día en el 38,4% de los casos.

El tipo de transporte más utilizado es el microbús en 16 hospitales de día (62'96%), seguido de la ambulancia en 12 (44'44%), el último en frecuencia es el taxi, en 7 casos (22'22%), estando el tercero en frecuencia con 8 casos (29'62%), "otro tipo de transporte" diferente de los mencionados.

La duración del recorrido que hace el transporte desde el domicilio del paciente hasta el hospital de día varía entre 10 y 90 minutos. La media de tiempo tardado en ambos grupos es de 43 minutos.

La distancia máxima hasta donde llega el transporte para recoger los pacientes varía entre 3 y 50 Km, dependiendo de si el área que cubre el hospital de día es urbana o rural. La media

TABLA 19: FECHA DE APERTURA Y TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS

HOSPITALES	FECHA DE APERTURA	MESES DE FUNCIONAMIENTO
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	NOV 79	152
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	AÑO 87	60
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	AGO 88	44
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	FEB 89	38
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	MAR 90	25
6- H INSULAR (LANZAROTE)	OCT 90	21
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	ABR 91	12
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	NOV 91	9
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	MAR 92	2
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	OCT 92	9
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	ENE 93	6
MEDIA		34'6±42'8
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	NOV 89	48
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	ENE 90	45
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	FEB 90	45
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	MAR 90	40
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	MAR 90	39
17- H DE PUIGCERDA	OCT 90	32
18- H PARC TAULI (SABADELL)	AÑO 91	24
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	MAR 92	20
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	ABR 92	17
21- H SANT JAUME (OLOT)	JUN 92	12
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	JUL 92	15
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	SEP 92	12
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	NOV 92	7
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	NOV 92	7
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	ABR 93	7
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	JUL 93	2
MEDIA		23'2±15'8
MEDIA TOTAL		27'8±29'7

TABLA 20: TRANSPORTE

HOSPITALES	PROPIO	TIPO	DURACION TRASLADO*	Km
GRUPO I				
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	SI	M	45	5
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	NO	A, T, F		15
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	SI	A, T, M	45	50
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	NO	A	20-30	15-20
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	SI	A, M	30	5
6- H INSULAR (LANZAROTE)	NO	M	60	20
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	SI	M, F	45-60	10
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	SI	M, F	45	30
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	SI	A, M, T, F		
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	NO	M	45	20
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	NO	A, T	10	3
MEDIA				19`2±13`2
GRUPO II				
12- H SANTA CREU (VIC)	SI	M	20-40	20
13- H SAN JAUME (MANLLEU)	NO	F		15
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	SI	A, M	15	15
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	SI	M	60-90	6-8
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	NO	M, F	60	5
17- H DE PUIGCERDA	NO	M	60	50
18- H PARC TAULI (SABADELL)	NO	A		20
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	NO	A	30	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	NO	F	60	10
21- H SANT JAUME (OLOT)		A, M		20
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	NO	M, A	30-40	5
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	NO	T		5
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	NO	T, F		30
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	NO	A, T	10-30	15-20
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	SI	M	75	10
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	NO	A	10-30	25
MEDIA				16`9±11`9
MEDIA TOTAL				17`8±12`2

M: microbús; A: ambulancia; T: taxi; F: es traído por el familiar;

* en minutos

de kilómetros de todos los centros es $17,88 \pm 12,23$.

6. TAMAÑO (Tabla 21).

La media de metros cuadrados que tiene el total de los hospitales de día es de $219'1 \pm 125$. Cuando se calculan los metros cuadrados por paciente sale una cifra de $13'03 \pm 8'9$ para el global de hospitales de día.

7. ESTRUCTURA (Tablas 22 y 23).

En todos los hospitales de día se cuenta con área para terapia ocupacional, en un caso se utiliza el área de terapia ocupacional central del hospital.

El área de fisioterapia está presente en el hospital de día en 20 casos (74%). En otros cuatro (14'8%) aunque no tienen área de fisioterapia utilizan el gimnasio central del hospital, en otros dos casos (7'4%) comparte el área de fisioterapia con el resto del centro y en un caso (3'7%) parece carecer de área de fisioterapia

Cuentan con sala de curas todos los hospitales de día menos uno de ellos (3'4%). El área para camas de hospitalización de un día está presente en 9 (33%) de los 27 hospitales de día.

En cuanto a qué profesionales cuentan con despacho en el

**TABLA 21: SUPERFICIE DEL HOSPITAL DE DIA EN METROS CUADRADOS
Y METROS CUADRADOS POR PACIENTE**

HOSPITALES	SUPERFICIE METROS CUADRADOS	METROS PACIENTE
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	400	16
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	80	5,3
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	282	15,6
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	200	13,3
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	300	13,6
6- H INSULAR (LANZAROTE)	90	7,5
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	500	20
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	400	20
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	150	7,5
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	227	11
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	182	15
MEDIA	255⁵±135²	13¹±4⁹
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	286,5	11,4
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	130	6,5
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	200	10
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	135	6,7
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	100	5
17- H DE PUIGCERDA	200	10
18- H PARC TAULI (SABADELL)	400	20
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	216	11
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	485	48,5
21- H SANT JAUME (OLOT)	60	6
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	100	5
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	150	25
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	170	8,5
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	102	5
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	250	16
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	121	12
MEDIA	194±115¹	12⁹±11
MEDIA TOTAL	219¹±125	13±8⁹

**TABLA 22: AREAS DE TERAPIA Y ENFERMERIA DE QUE SE DISPONE EN
LOS DIFERENTES HOSPITALES DE DIA**

HOSPITALES	TERAPIA OCUPACIONAL	FISIO- TERAPIA	SALA DE CURAS	HOSPIT. DE 1 DIA
GRUPO I				
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	C, B, Otros	NO(*)	SI	1 CAMA
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	C, B, Otros	NO	SI	NO
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	C, B, Otros	SI	SI	2 CAMAS
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	C, B	SI	SI	NO
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	C, B	SI	SI	NO
6- H INSULAR (LANZAROTE)	B	SI	SI	NO
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	C, B	SI	SI	2 CAMAS
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	C, Otros	NO(*)	SI	2 CAMAS
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	C, B	NO(*)	SI	1 CAMA
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	C, B	SI	SI	2 CAMAS
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	C, B	SI	SI	1 CAMA
GRUPO II				
12- H SANTA CREU (VIC)	C, B	SI	SI	NO
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	C, B	SI	NO	1 CAMA
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	B	SI	SI	NO
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	C, B, Otros	SI	SI	NO
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	C, B, Otros	Compartida	SI	NO
17- H DE PUIGCERDA	C, B	SI	SI	NO
18- H PARC TAULI (SABADELL)	Otros	NO(*)	SI	NO
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	C, B, Otros	SI	SI	NO
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	B, Otros	SI	SI	NO
21- H SANT JAUME (OLOT)	Compartida	Compartida	SI	NO
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	Otros	SI	SI	NO
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	B, Otros	SI	SI	5 CAMAS
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	C, B	SI	SI	NO
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	C, B	SI	SI	NO
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	B, Otros	SI	SI	NO
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	C, B	SI	SI	NO

HOSPIT. DE 1 DIA: N° de camas del área de hospitalización de un día.

C: cocina; B: baño; Otros: vestidor; actividades instrumentales de la vida diaria, taller, manualidades, marquetería, terapia educativa, peluquería etc

Compartida: este área se comparte con el resto del centro sanitario

(*): utilizan el gimnasio central del centro sanitario

**TABLA 23. DESPACHOS, COMEDOR, SALA DE ESTAR, OTROS,
EN LOS DIFERENTES HOSPITALES DE DÍA**

HOSPITALES	DESPACHOS	COMEDOR	SALA DE ESTAR	OTROS
GRUPO I				
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	M, E, TO, AS	SI	SI	Pe, Pod
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	M, E	NO	NO	
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	M, E,	SI	SI	Pe, Pod, B, S
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	M, E	NO	NO	
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	M	SI	SI	
6- H INSULAR (LANZAROTE)	M, F	SI	SI	
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	M, E, TO, F, AS, A	SI	SI	Pod
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	M, E, TO, AS	SI	SI	
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	M, E, TO	SI	SI	
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	1 Común	El mismo		
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	M, E	SI	SI	
GRUPO II				
12- H SANTA CREU (VIC)	M, E, TO, F	SI	SI	
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	M, E	SI	SI	
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	M, E, TO	SI	SI	
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	1 Común	SI	SI	
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	NO	Compartido		
17- H DE PUIGCERDA	E	SI	SI	
18- H PARC TAULI (SABADELL)	M, E	SI	SI	S
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	1 Común	SI	SI	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	M, E	SI	SI	
21- H SANT JAUME (OLOT)		Compartido		
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	M, E, AS	SI	SI	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	M, E, AS	SI	SI	
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	M, E, TO, F, AS	SI	SI	
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	M, E	SI	SI	
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	1 Común	SI	SI	
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	M, E, TO, F	SI	SI	

M: médico; E: enfermera; TO: terapeuta ocupacional; F: fisioterapeuta; AS: asistente social; A: administrativo; Pe: peluquería; Pod: podología; B: biblioteca; S: sala de reuniones; Compartido: se utilizan los del centro sanitario; El mismo: se utiliza el mismo espacio para comedor y sala de estar

propio hospital de día, el que lo tiene con más frecuencia es el médico en 20 casos (80%), le sigue la enfermera en 19 (76%), el terapeuta ocupacional en 8 (32%) y el fisioterapeuta en 5 (20%).

8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO (Tabla 24).

La hora de apertura de los hospitales de día varía entre 8 y 10 horas de la mañana. El horario de cierre es entre las 15 y 19 horas. La media de horas que están funcionando es de $8'24 \pm 1'20$.

9. NUMERO DE PLAZAS (Tabla 25).

Se muestran en esta tabla el número de plazas de cada hospital de día y la relación de plazas por población anciana (mayores de 65 años) . La media de plazas para el global de hospitales de día es de $17'7 \pm 4'9$.

La mayoría de los hospitales de día tienen 20 o menos plazas, sólo existen 4 (14'9%) hospitales de día grandes (con más de 20 plazas). Los hospitales de día pequeños (con 15 o menos plazas) son nueve (33'3%).

El número de ancianos que habita en cada sector sanitario sólo fue proporcionado por 10 de los 28 hospitales de día encuestados (tabla 18, pag.97). Sólo dos tienen menos de 1 plaza por 1000 mayores de 65 años. Cinco de los 10 que dan este dato,

TABLA 24: HORARIO DEL HOSPITAL DE DIA

HOSPITALES	HORARIO **	HORAS DE FUNCIONAMIENTO
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	9-17	8
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	9-15	6
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	9,30-17	7,5
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	9-17	8
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	9-17,30	8,5
6- H INSULAR (LANZAROTE)	10-17	7
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	9,30-15,45	6
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	10-17	7
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	9-15,30	6,5
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	9-17,30	8,5
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	10-17	7
MEDIA	9-16`30	7`27±0`9 *
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	9-18	9
13- H SAN JAUME (MANLLEU)	9-17,30	8,5
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	9-17	8
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	8-17	9
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	8,30-16	7,5
17- H DE PUIGCERDA	8-17	9
18- H PARC TAULI (SABADELL)	9-17	9
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	9-16,30	8,5
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	8-17	9
21- H SANT JAUME (OLOT)	9-17	8
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	10-18,30	8,5
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	9-18	9
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	9-18	9
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	9-19	10
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	9-18,30	11,5
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	9-18	9
MEDIA	9-17`30	8`9±0`8 *
MEDIA TOTAL	9-17	8`24±1`2

* Diferencias significativas

** Se especifica la hora de apertura y la hora de cierre.

TABLA 25. NUMERO DE PLAZAS Y PLAZAS POR 1000 MAYORES DE 64 AÑOS

HOSPITALES	NUMERO PLAZAS	PLAZAS / 1000>64
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	25	
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	15	
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	18	1,2
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	15	1,1
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	22	0,7
6- H INSULAR (LANZAROTE)	12	6
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	25	1,1
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	20	1
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	20	1,4
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	20	2
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	12	2
MEDIA	18`54±4`61	1`7
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	25	
13- H SAN JAUME (MANLLEU)	20	
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	20	
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	20	
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	20	
17- H DE PUIGCERDA	20	
18- H PARC TAULI (SABADELL)	20	
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	20	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	10	
21- H SANT JAUME (OLOT)	10	
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	20	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	6	
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	20	
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	20	0,9
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	15	
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	10	
MEDIA	17`25±5`32	
MEDIA TOTAL	17`7±4`9	1`7

tienen entre 1 y 1,4 plazas por 1000 mayores de 65 años, y tres hospitales de día tienen 2 o más plazas. La media para todos los hospitales de día es de 1'7 plazas por 1000 mayores de 65 años.

10. FUNCIONAMIENTO

El funcionamiento de los hospitales de día se ha medido analizando los parámetros de actividad según se detalla en las tablas 26 y 27.

a. Asistencia media semanal: el cálculo de la media de este dato para todos los hospitales de día es de $3'20 \pm 0'98$.

b. Porcentaje de ocupación: La ocupación media para ambos grupos de hospitales de día es de $88'62 \pm 21'16$.

c. Pacientes nuevos por semana: para el total de hospitales de día encuestados la media de nuevos es $1'65 \pm 1'29$.

d. Asistencia media total: en 18 (66'6%) hospitales de día tienen una asistencia media mayor a 40 días. Tan sólo 3 (11'1%) tienen una asistencia media menor de 20 días y 6 (22'2%) la tienen entre 20 y 40 días (Gráfico 1).

e. Índice de Pacientes Nuevos Corregido (IPNC): la media para el total de hospitales de día es de $0'22 \pm 0'18$.

TABLA 26. PARAMETROS DE ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS (I)

HOSPITALES	ASIS / MED SEMANAL	PORCENTAJE OCUPACION	NUEVOS SEMANA
GRUPO I			
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	1,5	60%	2
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	2	80%	3
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	2,5	83%	3,7
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	1,9	80%	2,5
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	2,8	70%	1,2
6- H INSULAR (LANZAROTE)	2,6	158%	3,5
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	2,7	54%	1
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	2	51%	3
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	2,4	82%	5
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	2,2	71%	3,5
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	3	76%	1
MEDIA	2`32±0`44*	78`63±28`61	2`67±1`27*
GRUPO II			
12- H SANTA CREU (VIC)	2,8	100%	2,5
13- H SAN JAUME (MANLLEU)	2,2	91%	1
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	3,9	89%	0,5
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	3,6	87%	0,75
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	3,9	82%	0,5
17- H DE PUIGCERDA	3,3	87%	0,5
18- H PARC TAULI (SABADELL)	4	100%	1,2
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	3	103%	1,5
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	5	100%	
21- H SANT JAUME (OLOT)	4,5	126%	0,75
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	3	90%	2
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	4,7	93%	0,25
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	4,3	86%	0,75
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	4,2	94%	0,25
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	4,1	100%	0,5
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	4,5	100%	0,75
MEDIA	3`81±0`77*	95`5±10`34	0`91±0`64*
MEDIA TOTAL	3`2±0`98	88`62±21`16	1`65±1`29

ASIS / MED SEMANAL: media de días que asiste cada paciente por semana.

* existen diferencias estadísticamente significativas

TABLA 27. PARAMETROS DE ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS (II)

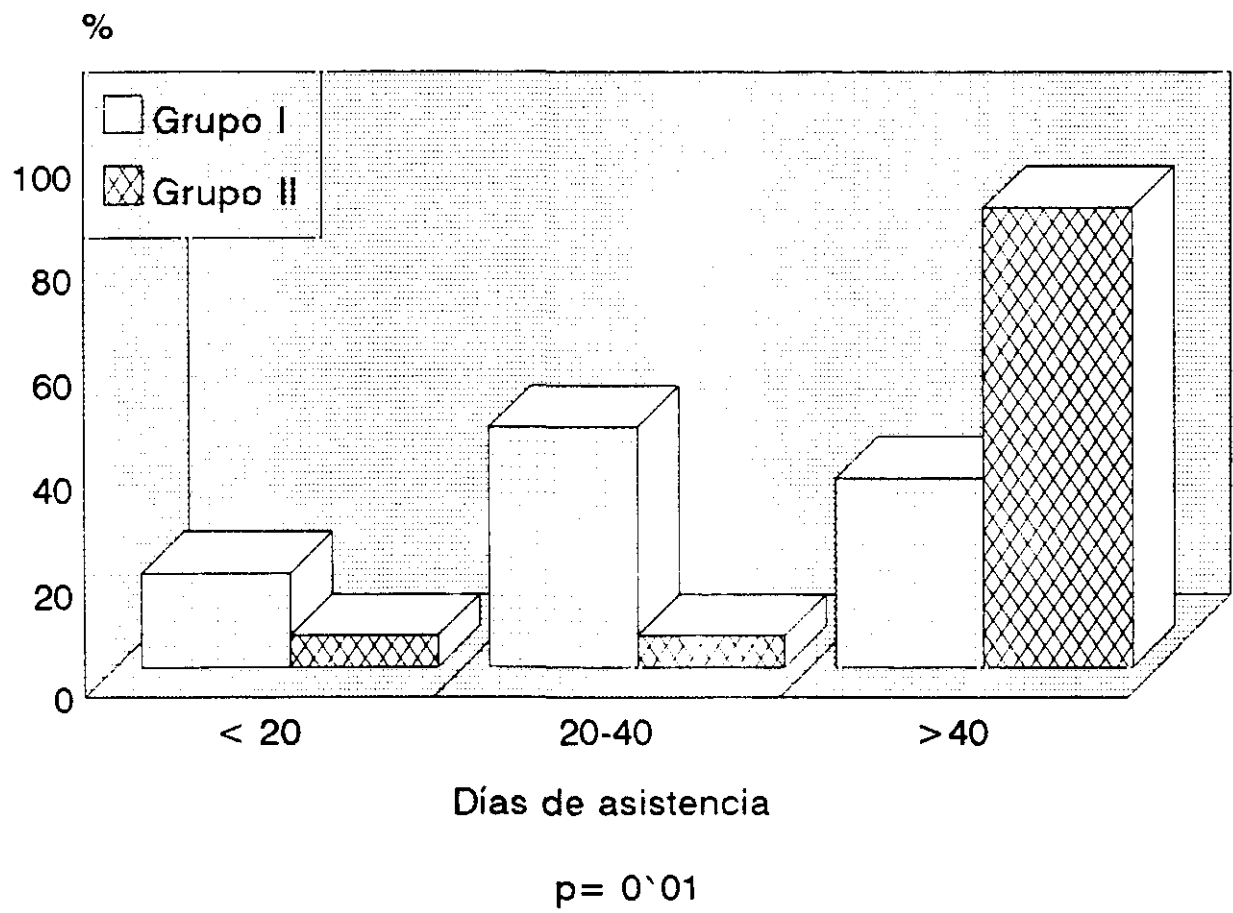
HOSPITALES	ASISTENCIA MEDIA	IPNC	NUEVOS POR PLAZA
GRUPO I			
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	>40	0.26	0.36
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	20-40	0.5	0.8
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	20-40	0.49	0.83
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	20-40	0.42	0.66
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	>40	0.15	0.23
6- H INSULAR (LANZAROTE)	>40	0.36	1.16
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	>40	0.15	0.16
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	<20	0.59	0.6
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	20-40	0.6	1.0
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	<20	0.49	0.7
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	20-40	0.22	0.33
MEDIA	20-40*	0.38±0.16*	0.62±0.32*
GRUPO II			
12- H SANTA CREU (VIC)	20-40	0.2	0.4
13- H SAN JAUME (MANLLEU)	>40	0.1	0.2
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	>40	0.06	0.1
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	<20	0.09	0.15
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	>40	0.06	0.1
17- H DE PUIGCERDA	>40	0.06	0.1
18- H PARC TAULI (SABADELL)	>40	0.12	0.25
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	>40	0.14	0.3
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	>40		
21- H SANT JAUME (OLOT)	>40	0.12	0.3
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	>40	0.22	0.4
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	>40	0.09	0.16
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	>40	0.09	0.15
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	>40	0.03	0.05
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	>40	0.06	0.13
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	>40	0.15	0.3
MEDIA	> 40	0.10±0.05*	0.20±0.10*
MEDIA TOTAL	> 40	0.22±0.18	0.38±0.30

ASISTENCIA MEDIA: número total de asistencias por paciente

IPNC: indice de pacientes nuevos corregido

* Diferencias significativas

GRAFICO 1: ASISTENCIA MEDIA TOTAL POR PACIENTE



f. El número de nuevos por plaza para el total de hospitales de día es de $0\text{'}38 \pm 0\text{'}30$.

11. PERSONAL (Tablas 28 a 34)

a. Personal médico (Tabla 28): El médico es geriatra en 16 (59'2%) hospitales de día y tiene otra titulación en 11 (40'8%). Además existen residentes en 9 (33'3%) de estos centros.

El total de jornadas (a tiempo completo y a tiempo parcial) de todo el personal médico que trabaja en el hospital de día para los dos grupos es de $1 \pm 0\text{'}72$ jornadas.

b. Personal de enfermería (Tabla 29). El número de jornadas de este personal para el total de hospitales de día es de 1'14.

Para comparar la dotación de enfermería respecto al número de pacientes que tiene cada hospital de día se calculó el índice de personal de enfermería por paciente, contabilizándose globalmente el personal diplomado en enfermería y auxiliar de clínica. Para el total de hospitales de día el índice es de 1 por cada 7 pacientes.

c. Personal de terapia ocupacional (Tablas 30 y 31). La media de jornadas de los terapeutas ocupacionales para todos los hospitales de día es 0'66 jornadas completas. El índice de terapeuta ocupacional por paciente es de un terapeuta por 21

TABLA 28. PERSONAL MEDICO QUE TRABAJA EN EL HOSPITAL DE DIA

HOSPITALES	GERIATRA	RESIDENTE	OTRO	JORNADAS COMPLETAS
GRUPO I				
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	1TP	1TP		1
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	1TP	1TC		1.5
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	1TC	1TC		2
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	1TC	2TC		3
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)			1TC	1
6- H INSULAR (LANZAROTE)		1TP	2TC	2.5
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	1TC			1
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	1TP	1TC		1.5
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	1TP	2TC		2.5
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	1TP			0.5
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	1TC			1
MEDIA				1`59±0`8 *
GRUPO II				
12- H SANTA CREU (VIC)	1TP	1TP		1
13- H SAN JAUME (MANLLEU)			1TP(*)	0.5
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	1TC			1
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	1TP			0.5
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)			1TP(*)	0.5
17- H DE PUIGCERDA			1TP	0.5
18- H PARC TAULI (SABADELL)			1TP(*)	0.5
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)			1TP	0.5
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)		1TP	1TP	1
21- H SANT JAUME (OLOT)	1TP			0.5
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)			1TP	0.5
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	1TP			0.5
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)			1 TP	0.5
25- H SANT ANDREU (MANRESA)			1TP	0.5
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	1TP			0.5
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	1TP			0.5
MEDIA				0`59±0`2 *
MEDIA TOTAL				1±0`72

OTRO: médico general, internista, (*) diplomado en geriatría

TC: trabaja a tiempo completo; TP: trabaja a tiempo parcial

* Diferencias significativas

TABLA 29: PERSONAL DE ENFERMERIA

HOSPITALES	ENFERMERA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INDICE
GRUPO I			
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	2TC	1TC	1/08
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	1TC	1TP	1/10
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	2TC	1TC	1/06
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	1TC	2TC	1/05
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	2TC	1TC	1/07
6- H INSULAR (LANZAROTE)	1TP	2TC	1/05
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	3TC	4TC	1/04
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	1TC	1TC	1/10
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	1TC	2TC	1/07
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	1TC 1TP	2TC	1/06
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	2TC 1TP	1TC	1/03
MEDIA	1`59±0`73	1`59±0`92	1/06
GRUPO II			
12- H SANTA CREU (VIC)	1TC	2TC 1TP	1/07
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	1TC	2TP	1/10
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	1TC	1TC	1/10
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	1TC	1TC	1/10
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	1TP	1TC	01/13
17- H DE PUIGCERDA	1TC	1TC	1/10
18- H PARC TAULI (SABADELL)	1TC	1TC	1/10
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	1TP	1TP	1/10
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	1TP	1TC	1/07
21- H SANT JAUME (OLOT)	1TP	1TC	1/07
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	1TP	1TC	01/13
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	2TP	1TC	1/03
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	1TC	2TC	1/07
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	1TC	1TC	1/10
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	1TC	1TC 1TP	1/06
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	1TC	1TC	1/05
MEDIA	0`84±0`23	1`15±0`45	1/08
MEDIA TOTAL	1`14±0`62	1`33±0`72	1/07

INDICE: relación de la dotación de enfermería por paciente
 TC: trabaja la jornada completa; TP: trabaja a tiempo parcial

TABLA 30. PERSONAL DE TERAPIA (número de jornadas)

HOSPITALES	TERAPEUTA OCUPACIONAL	FISIO- TERAPEUTA	AUXILIAR TERAPIA
GRUPO I			
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	1TC	0	2TC
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	1TC	0	
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	1TC	4TP	2TC
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	1TC	1TC	
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	1TC	2TC 2TP	3TC
6- H INSULAR (LANZAROTE)	0	1TC	1TC
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	1TC	3TP	
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	2TP	1TP	
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	1TC	-	
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	1TC	1TC	
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	1TP	1TP	
MEDIA	0'86±0'30	1'05±0'87	
GRUPO II			
12- H SANTA CREU (VIC)	1TP	1TC	
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	1TP	3TP	
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	-	1TP	
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	1TP	1TP	1TP
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	1TC	1TP	
17- H DE PUIGCERDA	1TP	0	
18- H PARC TAULI (SABADELL)	0	2TP	
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	1TP	1TP	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	1TP	1TP	
21- H SANT JAUME (OLOT)	1TP	1TP	
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	1TP	-	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	1TP	1TP	
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	1TP	1TP	
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	1TP	1TP	
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	-	1TP	
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	1TP	1TP	
MEDIA	0'50±0'18	0'60±0'32	
MEDIA TOTAL	0'66±0'30	0'74±0'63	

TC: trabaja la jornada completa en el hospital de día; TP: trabaja a tiempo parcial

TABLA 31: INDICE DE TERAPIA (Personal de Terapia por paciente)

HOSPITALES	TERAPEUTA OCUPACIONAL	FISIO- TERAPEUTA
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	01/25	0
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	01/15	0
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	01/18	1/09
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	01/15	01/15
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	01/22	1/07
6- H INSULAR (LANZAROTE)	0	1/12
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	01/25	01/17
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	01/20	01/40
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	01/20	-
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	01/20	01/20
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	01/24	01/24
TOTAL	1/22 *	1/8 *
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	01/50	01/25
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	01/40	1/07
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	-	01/40
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	01/40	01/40
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	01/20	01/40
17- H DE PUIGCERDA	01/40	0
18- H PARC TAULI (SABADELL)	0	01/20
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	01/40	01/40
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	01/20	01/20
21- H SANT JAUME (OLOT)	01/20	01/20
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	01/40	-
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	1/12	1/12
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	01/40	01/40
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	01/40	01/40
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	-	01/30
27- CLINICA SAN TJOSEP (IGUALADA)	01/20	01/20
TOTAL	1/20 *	1/23 *
TOTAL PARA AMBOS GRUPOS	1/21	1/13

* $p < 0.05$ para las diferencias entre los dos grupos

pacientes para el global de hospitales de día.

d. Personal de fisioterapia (Tablas 30 y 31). Calculando la media de jornadas completas de los fisioterapeutas para el global de hospitales de día se obtiene una cifra de 0'74. El índice de fisioterapeuta por paciente para los dos grupos de hospitales de día en conjunto es de uno por 13 pacientes.

e. Auxiliares de terapia (Tabla 30). En 5 (18'5%) hospitales de día existen auxiliares específicos para terapia ocupacional o fisioterapia, siendo cuatro de estos cinco hospitales de día pertenecientes al grupo I.

f. Trabajador social (Tabla 32). Todos los hospitales de día menos dos responden que existe un asistente social que trabaja a tiempo parcial o en jornada completa. En un hospital de día recurren al trabajador social del servicio de atención al paciente del hospital, y en otro hospital de día no responden este apartado aunque sí tienen estudiantes de esta disciplina.

g. Auxiliar administrativo (Tabla 32). En la mayoría de los hospitales de día se cuenta con personal administrativo. En 6 centros (22'2%) parece carecerse de este tipo de personal.

h. Conductor / Celador (Tabla 32). Existe este tipo de personal en 17 hospitales de día, lo que representa el 63% del total de hospitales.

TABLA 32. OTRO PERSONAL: Trabajador social, Auxiliar Administrativo, Conductor, Celador

HOSPITALES	T. SOCIAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CONDUCTOR / CELADOR (!)
GRUPO I			
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	1TP	1TP	1
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	1TP	1TP	
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	1TP	1TP	1,5
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	1TP	1TP	1
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	1TP		1,5
6- H INSULAR (LANZAROTE)	1TP		0,5
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	1TC	1TP	5
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	1TP		2
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	(*)	1TP	2
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	1TP	1TP	1
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	1TP	1TP	1
GRUPO II			
12- H SANTA CREU (VIC)	1TP	1TP	2
13- H SAN JAUME (MANLLEU)	1TP		
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)		1TP	2
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	1TP	1TP	1
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	1TP	1TP	
17- H DE PUIGCERDA	1TP	1TC	1
18- H PARC TAULI (SABADELL)	1TP	1TP	
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	1TP	1TP	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	1TP	1TP	
21- H SANT JAUME (OLOT)	1TP	1TP	0,5
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	1TP		
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	1TP	1TP	0,5
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	1TP		
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	1TP	1TP	0,5
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	1TP	1TP	
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	1TC	1TP	

TP: Tiempo parcial; TC: Tiempo completo; (!) N° jornadas completas de celador y conductor
 (*)Servicio central de atención al paciente

i. Otro personal (Tabla 33). La mayoría de este personal presta sus servicios a tiempo parcial en los hospitales de día. Logoterapeuta existe en 8 hospitales de día (29'6%), médico rehabilitador en uno (3'7%), podólogo en 11 (40'7%), psiquiatra en 9 (33'3%), psicólogo en 8 (29'6%), peluquera en 4 (14'8%), dietista en 7 (25'9%), voluntarios 7 (25'9%) y objetores de conciencia en prestación del servicio social sustitutorio en 2 (7'4%).

j. Estudiantes (Tabla 34). En 14 hospitales de día (51'8%) existen estudiantes haciendo prácticas. En 2 hospitales de día (7'4%) hacen prácticas estudiantes de medicina, en 3 (11'1%) de terapia ocupacional, en 4 (14'8%) de fisioterapia, en 6 (22'2%) de enfermería, en 3 (11'1%) de auxiliar de enfermería y en otros 3 (11'1%) de trabajador social.

12. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES (Tablas 35 a 39)

En la tabla 35 se muestra en primer lugar el número de pacientes que fueron objeto de estudio en cuanto a sus características y que acudían al hospital de día la semana que se analizó.

a. Edad mínima. La edad mínima es de 49'4 años para el global de hospitales de día. Admiten pacientes menores de 65 años en el 70% de ellos.

TABLA 33: OTRO PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN EL HOSPITAL DE DIA

HOSPITALES

GRUPO I

1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	Logopeda, Podólogo, Psiquiatra, Voluntarios, Peluquera.
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	Logopeda, Podólogo, Peluquera.
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	Logopeda, Psiquiatra, Psicólogo,
6- H INSULAR (LANZAROTE)	Peluquera, Psicólogo
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	Podólogo
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	Psiquiatra
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	Logopeda, Rehabilitador
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	Psiquiatra, Dietista.

GRUPO II

12- H SANTA CREU (VIC)	Logopeda, Dietista, Psicólogo, Psiquiatra, Podól, Voluntarios
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	Dietista
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	Podólogo, Psicólogo, Voluntarios, Objetores.
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	Dietista, Podólogo, Psiquiatra, Voluntarios.
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	Logopeda.
17- H DE PUIGCERDA	Dietista, Podólogo, Psiquiatra.
18- H PARC TAULI (SABADELL)	Logopeda, Psicólogo, Voluntarios, Objetores.
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	Podólogo, Psiquiatra
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	
21- H SANT JAUME (OLOT)	Dietista, Podólogo, Psiquiatra, Voluntarios.
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	Podólogo, Voluntarios.
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	Psicólogo, Logopeda.
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	Psicólogo.
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	Podólogo, Peluquera.
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	Dietista, Psicólogo.

TABLA 34: ESTUDIANTES QUE HACEN PRACTICAS EN EL HOSPITAL DE DIA

HOSPITALES

GRUPO I

1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	Terapia Ocupacional
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	Terapia Ocupacional, Trabajador Social
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	Enfermería, Fisioterapeuta
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	Enfermería
6- H INSULAR (LANZAROTE)	Fisioterapia, Auxiliar de enfermería
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	Medicina
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	Enfermería
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	

GRUPO II

12- H SANTA CREU (VIC)	Enfermería, Fisioterapeuta
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	Auxiliar
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	Enfermería, Trabajador Social
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	Trabajador Social
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	
17- H DE PUIGCERDA	Medicina
18- H PARC TAULI (SABADELL)	Enfermería, Fisioterapeuta, Trabajador social
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	
21- H SANT JAUME (OLOT)	
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	Auxiliar, Terapeuta ocupacional
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	

TABLA 35. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES. EDAD Y SEXO

HOSPITALES	Nº PACIENTES	EDAD MINIMA	EDAD MEDIA	PORCENTAJE MUJERES
GRUPO I				
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	73	45	76	63
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	30	65	74	66
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	30	66	74	53
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	28	65	77	60
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	33	50	73	66
6- H INSULAR (LANZAROTE)	25	66	79`5	48
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	25	53	72`5	76
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	25	69	78`5	48
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	34	53	77`3	55
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	56	66	78`3	70
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	15	67	77	33
MEDIA	374	60`4±8`4	76`1±2`3	63`6
GRUPO II				
12- H SANTA CREU (VIC)	45	34	70`8	60
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	48	40	76	50
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	23	53	77	61
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	24	54	72	71
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	21	47	70	52
17- H DE PUIGCERDA	26	17	52	74
18- H PARC TAULI (SABADELL)	17	20	70	35
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	34	22		52
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	10	54	76	60
21- H SANT JAUME (OLOT)	14	50	75`5	50
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	20	52	73	60
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	6	56	69	66
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	20	43	67	30
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	22	24	61	54
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	16	38	67`7	44
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	11	67	76`3	45
MEDIA	357	41`9±14`9	70`2±6`6	54
MEDIA TOTAL	731	49`4±15`5	72`7±6	57`9

b. Edad media. La edad media para todos los hospitales de día fue de $72\text{'}71 \pm 6$.

c. Sexo. Es más frecuente la asistencia de mujeres al hospital de día ($57\text{'}9\%$).

d. Motivos de asistencia. El porcentaje de motivos de asistencia de cada hospital de día se muestra en la tabla 36. Para el total de hospitales de día el motivo de asistencia más frecuente es la terapia ocupacional ($52\text{'}4 \pm 36\text{'}3\%$), le siguen en frecuencia la fisioterapia ($44\text{'}2 \pm 26\text{'}6\%$), la atención de enfermería ($32\text{'}7 \pm 29\text{'}2\%$), la atención médica ($30\text{'}9 \pm 26\text{'}5\%$), el mantenimiento de la capacidad funcional ($20\text{'}8 \pm 20\text{'}5\%$), la descarga ($20\text{'}5 \pm 18\text{'}1\%$), la valoración ($15\text{'}6 \pm 22\text{'}7\%$) y otros ($10\text{'}4 \pm 16\text{'}1\%$). Este orden de frecuencia se muestra en la tabla 37.

Cada paciente tiene más de un motivo de asistencia, la media es de $2\text{'}2$ motivos por paciente.

e. Diagnósticos. Los porcentajes de los diagnósticos más frecuentes de los pacientes que asisten a los diferentes hospitales de día se muestran en la tabla 38.

La patología más frecuente que motiva la asistencia a los hospitales de día geriátricos son los accidentes cerebrovasculares ($40\text{'}74\%$), seguido de la patología osteoarticular ($33\text{'}33\%$), las enfermedades neurológicas distintas del ictus

TABLA 36. MOTIVOS DE ASISTENCIA EN PORCENTAJES (I)

HOSPITALES	TO	FISIOT.	MANTEN.	VAL
GRUPO I				
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	100	12	14	8
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	100		33	33
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	100	33	10	14
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	64	100	3	15
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	57	63	21	51
6- H INSULAR (LANZAROTE)	16	40	24	20
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	100	68	40	8
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	84	40	12	8
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	73	29	14	
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	37	38	5	16
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	93	60		53
MEDIA	75±28`7 *	43`9±27`7	15`9±12`4	20`5±17`6
GRUPO II				
12- H SANTA CREU (VIC)	13	22	9	9
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	14	12	27	8
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	13	43	17	
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	37	50	25	
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	5	19	9	9
17- H DE PUIGCERDA	15		8	
18- H PARC TAULI (SABADELL)	70	82	6	35
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	32	73	15	6
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)		20	20	
21- H SANT JAUME (OLOT)	43	14	14	
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)		60	15	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	33	66	66	
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	100	40	100	100
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	77	64	14	28
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	37	62	25	
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	100	82	18	
MEDIA	36`8±33`2 *	44`4±26`8	24`2±24`5	12`2±25`6
MEDIA TOTAL	52`4±36`3	44`2±26`6	20`8±20`5	15`6±22`7

TO: terapia ocupacional. FISIOT: fisioterapia; MANTEN: mantenimiento; VAL: valoración

* p< 0`05 para la comparación entre los dos grupos de hospitales de día

TABLA 36 cont.: MOTIVOS DE ASISTENCIA EN PORCENTAJES (II)

HOSPITALES	DESCAR	MEDICO	ENFER.	OTROS	MOT / PAC
GRUPO I					
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	3	18	13	14	1.8
2- H U SAN CARLOS (MADRID)		66	66		3
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	3	53	60		2.7
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	10	29	15		2.2
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)		48	21	9	2.7
6- H INSULAR (LANZAROTE)	12	60	12		1.8
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	16	52	80	56	4.2
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	16	38	28	8	2.4
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)		43	23	12	1.9
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	2	23	18		1.4
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	33	27	54		3.2
MEDIA	8`6±10 *	42`4 ±15*	35`4±24	9±16	2`5
GRUPO II					
12- H SANTA CREU (VIC)	9	27	11		1
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	44	8	10	29	1.5
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	78		26	26	2
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	37				1.5
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	38		5	24	1
17- H DE PUIGCERDA	4	40	80		1.4
18- H PARC TAULI (SABADELL)	23		12	41	2.7
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	26	6	29		1.8
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	20	10	30		1
21- H SANT JAUME (OLOT)	28	28	7		1.3
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	15		10		1
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	33	33	33		2.6
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	5	100	100		5.4
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	28	9	23		2.4
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	44	25	19	19	2.3
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	27	82	100	45	4.5
MEDIA	28`7±18 *	23±29 *	30`9 ±32	11±16	2`1
MEDIA TOTAL	20`5±18	30`9±26	32`7±29	10`4±16	2`2

DESCAR: descarga; MEDICO: tratamiento médico; ENFER: tratamiento de enfermería;

MOT / PAC: Número de motivos por paciente

* p< 0`05 para la comparación entre los dos grupos.

TABLA 37. MOTIVOS DE ASISTENCIA SEGUN EL ORDEN DE FRECUENCIA

AMBOS GRUPOS	GRUPO I	GRUPO II
1º Terapia ocupacional	1º Terapia ocupacional	1º Fisioterapia
2º Fisioterapia	2º Fisioterapia	2º Terapia ocupacional
3º Atención de Enfermería	3º Atención Médica	3º Atención de Enfermería
4º Atención Médica	4º Atención de Enfermería	4º Descarga
5º Mantenimiento	5º Valoración	5º Mantenimiento
6º Descarga	6º Mantenimiento	6º Atención Médica
7º Valoración	7º Otros	7º Valoración
8º Otros	8º Descarga	8º Otros

(3'70%) y la patología respiratoria (3.70%).

Se analizó por separado el diagnóstico de demencia, teniendo una frecuencia de 11'26% ± 12'96 para el total de los hospitales de día.

Otros diagnósticos que también son frecuentes y que en algunos hospitales son la segunda causa de asistencia son: enfermedades cardiológicas, respiratorias, trastornos afectivos y la incontinencia (tabla 38 cont).

f. Procedencia de los pacientes (Tabla 39). La procedencia hospitalaria es más frecuente que la procedencia de la comunidad, 53'81% ± 28'26 frente a 46'13% ± 28'30 respectivamente. No se pudieron incluir los datos de 7 hospitales de día por que las cifras no sumaban el 100%, ya que en estos hospitales de día no se reflejó la procedencia de todos los pacientes.

Analizando la fuente de pacientes hospitalaria para el total de hospitales de día se vé que proceden de geriatría el 28'31 ± 26'11%, de traumatología el 8'63% ± 13'39, y de otros servicios hospitalarios el 16'9% ± 15'89 (tabla 39 cont.I).

Los que proceden de la comunidad, lo hacen directamente del médico de familia el 18'42% ± 18'50, después de una valoración domiciliaria realizada por el equipo interdisciplinario el 10'39% ± 15'81, de los servicios sociales el 11'36% ± 13'5 y en algunos

TABLA 38. TIPO DE PATOLOGÍA MÉDICA (I)

HOSPITALES

	Patología 1ª en frecuencia	%	DEMENCIA	%
GRUPO I				
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	ACV	37	Si	1
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	Osteoarticular	40	Si	10
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	ACV	63	Si	3
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	Osteoarticular	54	No	
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	ACV	33	Si	6
6- H INSULAR (LANZAROTE)	Osteoarticular	40	No	
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	Osteoarticular	36	Si	12
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	ACV	44	Si	4
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	ACV	29	No	
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	Osteoarticular	21	Si	18
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	Neurológicas	33	Si	7
GRUPO II				
12- H SANTA CREU (VIC)	Respiratoria	20	Si	9
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	Demencia	48	Si	48
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	Incontinencia	30	Si	26
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	Demencia	37	Si	37
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	ACV	62	No	
17- H DE PUIGCERDA	Osteoarticular	23	Si	11
18- H PARC TAULI (SABADELL)	ACV	47	No	
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	ACV	35	Si	15
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	Demencia	30	Si	30
21- H SANT JAUME (OLOT)	ACV	36	Si	7
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	Osteoarticular	36	Si	15
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	Osteoarticular	50	No	
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	ACV	40	No	
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	Osteoarticular	32	Si	14
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	ACV	37	Si	31
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	Incontinencia	45	No	

ACV: Accidente Cerebro-Vascular. Neurológicas: Patologías neurológicas diferentes del ACV. (%): Porcentaje de pacientes con ese diagnóstico.

TABLA 38 cont.: TIPO DE PATOLOGIA MEDICA (II)

HOSPITALES

	Patología 2ª en frecuencia	(%)
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	Osteoarticular(33)	33
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	ACV(16)	16
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	Osteoarticular(20)	20
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	ACV(32)	32
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	Osteoarticular(15)	15
6- H INSULAR (LANZAROTE)	ACV(32)	32
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	Neurológicas(28)	28
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	Neurológicas(16)	16
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	Neurológicas(26`6)	27
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	ACV(16)	16
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	ACV(26`6)	27
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	Neoplasias	18
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	Cardiológica	12
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	Osteoarticular y Demencia	26
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	ACV	29
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	Neurológicas	14
17- H DE PUIGCERDA	ACV	15
18- H PARC TAULI (SABADELL)	Neurológicas	35
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	Neurológicas	20
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	ACV,Cardiológica, Osteoarticular	20
21- H SANT JAUME (OLOT)	Osteoarticular	21
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	ACV	30
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	ACV,Neurológicas	17
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	Osteoarticular	30
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	Incontinencia, Neurológica	18
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	Demencia	31
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	Respiratoria, Trastornos afectivos	36

ACV: Accidente Cerebro-Vascular. Neurológicas: Patologías neurológicas diferentes del ACV. (%): Porcentaje de pacientes con ese diagnóstico.

TABLA 39. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES (en porcentaje) (1)

HOSPITALES	HOSPITAL	COMUNIDAD
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)		
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	86	14
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	93	7
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)		
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)		
6- H INSULAR (LANZAROTE)		
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	8	92
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	68	32
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	88	12
10- H N S MONTAÑA (CACERES)		
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	73	27
TOTAL	69`33±31`5	30`66±31`5
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	55	45
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	48	52
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)		
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)		
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	24	76
17- H DE PUIGCERDA		
18- H PARC TAULI (SABADELL)	88	12
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	64	36
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	0	100
21- H SANT JAUME (OLOT)	71	29
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	75	25
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	50	50
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	45	55
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	41	59
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	19	81
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	27	73
TOTAL	46`65±24`67	53`26±24`76
TOTAL PARA AMBOS GRUPOS	53`81±28`26	46`13±28`30

No se han tenido en cuenta los datos de los hospitales de día cuyos porcentajes no sumaban el 100%, ya que los datos no estaban bien recogidos

TABLA 39 cont. I : PROCEDENCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES (en porcentaje)

HOSPITALES	GERIATRIA	TRAUMATOLOGIA	OTROS
GRUPO I			
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)			
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	50	7	29
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	83	7	3
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)			
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)			
6- H INSULAR (LANZAROTE)			
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	8		
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	32	4	32
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	82		6
10- H N S MONTAÑA (CACERES)			
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	26	7	40
TOTAL	46`83±30`71*	4`16±3`43	18`33±17`28
GRUPO II			
12- H SANTA CREU (VIC)	22		33
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	32	2	14
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)			
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)			
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	9		15
17- H DE PUIGCERDA			
18- H PARC TAULI (SABADELL)	64		24
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	29	6	29
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)			
21- H SANT JAUME (OLOT)	14	14	43
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)		35	40
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)		50	
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	45		
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	24	14	4
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	19		
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)		18	9
TOTAL	19`76±19`48*	10`69±15`79	16`26±15`90
TOTAL PARA AMBOS GRUPOS	28`31±26`11*	8`63±13`39	16`90±15`89

* p< 0`05 para la comparación entre los dos grupos

TABLA 39 cont. II: PROCEDENCIA DE LA COMUNIDAD (en porcentaje)

HOSPITALES	MEDICO FAMILIA	VALORAC DOMICILIO	SERVICIOS SOCIALES	FAMILIA	OTROS
GRUPO I					
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)					
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	7	2			
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	7				
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)					
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)					
6- H INSULAR (LANZAROTE)					
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	56		24		12
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	8	12		4	8
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)		6			6
10- H N S MONTAÑA (CACERES)					
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	20			7	
TOTAL	16`33±20`48	4`19±4`99	4±9`79	8`33±16`8	5`55±16`8
GRUPO II					
12- H SANTA CREU (VIC)	18	11	9	7	
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	38	6	2	6	
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)					
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)					
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	57		19		
17- H DE PUIGCERDA					
18- H PARC TAULI (SABADELL)	12				
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	15		6	15	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	20	40	40		
21- H SANT JAUME (OLOT)		22	7		
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	15		5	5	
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	50				
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)			45	5	5
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	9	9	31	9	
26- H MUNICIPAL (BADALONA)		57			24
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	18	27	27		
TOTAL	19`38±18`32	13`2±18`34	14`7±16`05	3`6±4`79	2`23±6`68
TOTAL PARA AMBOS GRUPOS	18`42±18`5	10`39±15`81	11`36±13`5	5`05±4`27	4`15±10`8

VALORAC. DOMICILIO: valoraciones domiciliarias

casos (3'05% ± 4'27) es la propia familia del paciente la que solicita el ingreso en el hospital de día (tabla 39 cont.II).

13. INFORMACION Y COLABORACION DE LA FAMILIA (Tabla 40).

A la cuestión de la periodicidad con la que se informa a la familia de los pacientes que acuden a los hospitales de día, las respuestas variaban entre una periodicidad "semanal" en cinco centros, "quincenal" en diez casos, "mensual" en siete casos y variable o "a demanda" en siete casos. En varios de ellos respondían más de una posibilidad.

La participación familiar en la terapia existía en la mayoría de los hospitales de día (73%). En diez de los centros contestaban que no había participación de la familia. Estos resultados se detallan por hospitales en la tabla 40.

14. CENTROS DE DIA (Tabla 41).

Existen centros de día en los sectores de 15 de los hospitales de día encuestados (57'6%). El número de centros que hay en cada sector varía de 1 a 4. No se interrogó sobre las características de estos centros de día (si eran hogares, clubs, etc). Sólo en un hospital de día se especifica que existe un centro de día para ancianos incapacitados. Información más detallada se da en la tabla correspondiente.

TABLA 40: INFORMACION Y COLABORACION FAMILIAR

HOSPITALES	PERIODICIDAD DE LA INFORMACION	PARTICIPACION DE LA FAMILIA
GRUPO I		
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	7-15 días	SI
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	7 días	SI
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	7 días	NO
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	30 días	SI
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	15-30 días	SI
6- H INSULAR (LANZAROTE)	15 días	NO
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	15 días y a demanda	SI
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	30 días	SI
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	30 días	SI
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	variable	NO
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	15 días	NO
GRUPO II		
12- H SANTA CREU (VIC)	variable	SI
13- H SANT JAUME (MANLLEU)	a demanda	SI
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	a demanda	NO
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	1-7 días	SI
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	a demanda	NO
17- H DE PUIGCERDA	7 días	SI
18- H PARC TAULI (SABADELL)	15 días	SI
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	15 días	SI
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	7 días	SI
21- H SANT JAUME (OLOT)	a demanda	SI
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	15 días	NO
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	30 días	NO
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	7 días	SI
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	15 días	NO
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	30 días	NO
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	15-30 días	SI

Existe participación de la familia en el 73% de los hospitales de día.

TABLA 41: CENTROS DE DÍA EN EL SECTOR ASISTENCIAL

HOSPITALES	Número
GRUPO I	
1- H C CRUZ ROJA (MADRID)	3
2- H U SAN CARLOS (MADRID)	
3- H VIRGEN DEL VALLE (TOLEDO)	
4- H SAN JORGE (ZARAGOZA)	1
5- H MONTE NARANCO (OVIEDO)	
6- H INSULAR (LANZAROTE)	1
7- H CANTOBLANCO (MADRID)	
8- H GENERAL (GUADALAJARA)	
9- H UNIVERSITARIO (GETAFE)	
10- H N S MONTAÑA (CACERES)	1
11- H POLICLINICO (SEGOVIA)	1
GRUPO II	
12- H SANTA CREU (VIC)	2
13- H SANTJAUME (MANLLEU)	3
14- H PIUS HOSPITAL (VALLS)	1
15- CENTRO GERIATRICO (BARCELONA)	
16- H CRUZ ROJA (LERIDA)	
17- H DE PUIGCERDA	
18- H PARC TAULI (SABADELL)	3
19- H F SANT LLATZER (TARRASA)	
20- CLINICA DEL CARMEN (VILAFRANCA)	1
21- H SANT JAUME (OLOT)	
22- H CRUZ ROJA (TARRAGONA)	3
23- CLINICA BARCELONETA (BARCELONA)	1
24- H SANTA CREU (JESUS-TORTOSA)	3
25- H SANT ANDREU (MANRESA)	4 (1)*
26- H MUNICIPAL (BADALONA)	2
27- CLINICA SANT JOSEP (IGUALADA)	

(*) centro de día asistido

C. ASOCIACION DE VARIABLES (Tablas 42 a 47)

1. PARAMETROS DE ACTIVIDAD (Tabla 42).

Al hacer una correlación entre sí de las variables que miden el funcionamiento de los hospitales de día geriátricos se ha observado una asociación significativa entre las siguientes variables:

- la ocupación tiende a ser mayor en los hospitales de día más pequeños y con un mayor número de asistencias por semana,

- el número de pacientes nuevos y consiguientemente el IPNC y el número de nuevos por plaza, que son variables interrelacionadas, son mayores cuanto menor es la frecuencia de asistencias por semana,

- la frecuencia de asistencia semanal es mayor en los hospitales de día con menos plazas,

- un número de horas de funcionamiento mayor se corresponde con una frecuencia de asistencia semanal mayor y con una rotación menor (indicado por un número menor de nuevos, menor IPNC y menor número de nuevos por plaza)

TABLA 42: COEFICIENTES DE CORRELACION DE LOS PARAMETROS DE ACTIVIDAD

	HORARIO	PLAZAS	NUEVOS	ASIST MEDIA SEMANAL	OCUPACION	IPNC
PLAZAS	-0`0898					
NUEVOS	-0`5252*	0`1335				
ASIST MEDIA SEMANAL	0`5471*	-0`4881 *	-0`7066 *			
OCUPACION	0`2549	-0`4991 *	-0`0504	0`4140 *		
IPNC	-0`5550*	0`0028	0`9298 *	-0`7119 *	-0`2425	
NUEVOS POR PLAZA	-0`5509*	-0`1533	0`9343 *	-0`6030 *	0`1844	0`8737 *

IPNC: Índice de pacientes nuevos corregido

ASIST MEDIA SEMANAL: asistencia media semanal

* diferencias estadísticamente significativas

2. PARAMETROS DE ACTIVIDAD Y DOTACION DE PERSONAL (Tabla 43).

Cuando se correlacionan los parámetros de actividad con la dotación de personal se encuentra una asociación significativa entre un número de jornadas de médico "elevado" con una alta rotación (expresada por un alto IPNC, un alto número de nuevos por plaza, un elevado número de pacientes nuevos) y con una asistencia media semanal baja.

Sin embargo existe poca correlación de los parámetros de actividad con la dotación del resto de personal sanitario.

3. PARAMETROS DE ACTIVIDAD Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

(Tabla 44).

En la correlación de los parámetros de funcionamiento con la procedencia de los pacientes se observa significación estadística entre una "alta" procedencia hospitalaria de pacientes y una asistencia media semanal baja y una alta rotación (expresada por un alto número de pacientes nuevos, un alto IPNC y un alto número de nuevos por plaza).

Por el contrario un alto número de pacientes procedentes de la comunidad se asocia con una asistencia media semanal alta y una baja rotación (definida por un bajo número de pacientes nuevos, un bajo IPNC, un bajo número de nuevos por plaza).

TABLA 43: CORRELACION DE LOS PARAMETROS DE ACTIVIDAD Y EL PERSONAL

<u>PARAMETROS DE ACTIVIDAD</u>	<u>PERSONAL</u>			
	JORNADAS MEDICO	INDICE ENFERMERIA	INDICE T. OCUPACIONAL	INDICE FISIOTERAPIA
PLAZAS	-0`0748	-0`4968 *	-0`1340	-0`1073
NUEVOS	0`7308 *	-0`0366	-0`1221	0`2556
ASIST MEDIA SEMANAL	-0`5381 *	0`1074	0`0389	-0`4250 *
OCUPACION	0`0340	0`0040	-0`0143	-0`0967
IPNC	0`7266 *	0`0504	-0`0584	0`3268
NUEVOS POR PLAZA	0`7968 *	0`0975	-0`0780	0`3062

IPNC: Índice de pacientes nuevos corregido

T. OCUPACIONAL: terapeuta ocupacional

* Diferencias estadísticamente significativas

TABLA 44: CORRELACION DE LOS PARAMETROS DE ACTIVIDAD
Y LA PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

<u>PARAMETROS DE ACTIVIDAD</u>	<u>PROCEDENCIA HOSPITAL</u>	<u>PROCEDENCIA COMUNIDAD</u>
PLAZAS	0`0908	-0`0917
NUEVOS	0`6591 *	-0`6588 *
ASISTENCIA MEDIA SEMANAL	-0`5033 *	0`5034 *
OCUPACION	0`0132	-0`0133
IPNC	0`6095 *	-0`6085 *
NUEVOS POR PLAZA	0`7215 *	-0`7207*

IPNC: Índice de pacientes nuevos corregido

* Diferencias estadísticamente negativas

4. DOTACION DE PERSONAL Y MOTIVOS DE ASISTENCIA (Tabla 45)

Al estudiar las correlaciones entre la dotación de personal y los motivos de asistencia al hospital de día se observa que existe poca asociación entre estas dos propiedades del hospital de día.

5. PARAMETROS DE ACTIVIDAD Y MOTIVOS DE ASISTENCIA(Tabla 46)

La asociación más importante donde se han encontrado claras correlaciones significativas ha sido entre el motivo de asistencia para "descarga" con una asistencia semanal alta y con una rotación baja, igualmente expresada por un bajo número de nuevos, un IPNC bajo y un número de nuevos por plaza también bajo.

6. ASISTENCIA MEDIA TOTAL (Tabla 47).

También se ha intentado buscar con qué variables se asocia de forma significativa la asistencia media total. Dado el pequeño tamaño de la muestra se han unido los caracteres menor de 20 y entre 20 y 40 asistencias, de esta forma se han comparado las variables numéricas según la asistencia media total sea menor o mayor de 40.

Una asistencia media menor de 40 se relaciona con un alto número de nuevos, con una baja asistencia media semanal, con un

**TABLA 45: CORRELACION DE LOS MOTIVOS DE ASISTENCIA DE LOS PACIENTES
Y EL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL HOSPITAL DE DIA**

MOTIVOS DE ASISTENCIA	PERSONAL			
	JORNADAS MEDICO	INDICE ENFERMERIA	INDICE T. OCUPACIONAL	INDICE FISIOTERAPIA
TERAPIA OCUPACIONAL	0`2310	0`2873	-0`1555	0`0819
FISIOTERAPIA	0`0495	0`3673 *	-0`2960	0`4091
MANTENIMIENTO	-0`2066	0`2715	-0`1167	-0`1709
VALORACION	-0`0158	0`0799	-0`1971	-0`0111
DESCARGA	0`3761 *	-0`0328	-0`2464	-0`2370
TRATAMIENTO MEDICO	0`2922	0`3629	0`1487	0`0329
TRAT. ENFERMERIA	-0`6087	0`3299	0`3380	-0`1351
OTROS MOTIVOS	-0`1879	0`0831	-0`1233	-0`1214

TRAT. ENFERMERIA: tratamiento de enfermería

T.OCUPACIONAL: terapeuta ocupacional

* Diferencias estadísticamente significativas

**TABLA 46. CORRELACION DE LOS PARAMETROS DE ACTIVIDAD
Y LOS MOTIVOS DE ASISTENCIA**

MOTIVOS DE ASISTENCIA	<u>PARAMETROS DE ACTIVIDAD</u>					
	PLAZAS	NUEVOS	ASIST. MED SEMANAL	OCUPACION	IPNC	NUEVOS PLAZA
TERAPIA OCUPACIONAL	0`0728	0`1779	-0`2554	-0`4475*	0`2935	0`1710
FISIOTERAPIA	-0`1368	-0`2049	0`1728	-0`0130	-0`1855	-0`1507
MANTENIMIENTO	-0`1285	-0`2705	0`3205	0`0150	-0`2721	-0`2240
VALORACION	0`1054	-0`0726	0`0027	-0`1105	-0`0544	-0`0413
DESCARGA	0`2013	-0`6075*	0`4759*	0`1972	-0`5914*	-0`5403*
TRATAMIENTO MEDICO	-0`1818	0`2384	-0`0827	-0`0239	0`3015	0`3376
TRAT. ENFERMERIA	-0`1190	-0`1252	0`1384	-0`2124	-0`0434	-0`0794

ASIST MED SEMANAL: Asistencia media semanal. IPNC: Índice de pacientes nuevos corregido

TRAT. ENFERMERIA: tratamiento de enfermería

* Diferencias estadísticamente significativas

**TABLA 47: COMPARACION DE MEDIAS SEGUN LA ASISTENCIA MEDIA TOTAL
SEA MENOR O MAYOR A 40 DIAS**

<u>PARAMETROS DE ACTIVIDAD</u>	<u>ASISTENCIA MEDIA TOTAL</u>		<u>P</u>
	<u>MENOR DE 40 DIAS</u>	<u>MAYOR DE 40 DIAS</u>	
<u>NUEVOS</u>	2`7±1`3	1±0`8	0`0004
<u>ASISTENCIA MEDIA SEMANAL</u>	2`4±0`5	3`5±0`9	0`004
<u>IPNC</u>	0`4±0`1	0`1±0`08	0`002
<u>NUEVOS POR PLAZA</u>	0`6±0`2	0`26±0`25	0`004
<u>JORNADA MEDICO</u>	1`5±0`8	0`75±0`3	0`03
<u>PROCEDENCIA DE HOSPITAL</u>	77`1±14`4	43±26`7	0`009
<u>PROCEDENCIA DE GERIATRIA</u>	49`1±27`5	18`6±19`3	0`01
<u>PROCEDENCIA COMUNITARIA</u>	22`8±14	56`8±28`8	0`01

IPNC: Indice de pacientes nuevos corregido

SOLO SE MUESTRAN LAS DIFERENCIAS QUE HAN RESULTADO SIGNIFICATIVAS

alto IPNC, un alto número de nuevos por plaza, un mayor número de jornadas de médico, una mayor procedencia hospitalaria, y en concreto de geriatría.

**D. DIFERENCIAS ENCONTRADAS ENTRE LOS DOS GRUPOS DE HOSPITALES DE
DÍA GERIÁTRICOS (Tabla 48)**

1. PERSONAL QUE RESPONDE AL CUESTIONARIO (Tabla 17, pág.96)

Comparado el personal que responde al cuestionario se observa de manera significativa que en los hospitales de día del grupo I es el médico el que responde al cuestionario en todos los casos, a diferencia del otro grupo de hospitales de día en el que el médico responde en el 56% ($p = 0,0004$). Por otro lado el personal de enfermería responde en el 43% de los hospitales del grupo II, sólo en un caso junto con el médico, a diferencia del grupo I que en ningún caso es la enfermera quien responde al cuestionario.

2. UBICACION (Tabla 18, pág.97).

La ubicación de los hospitales de día del grupo I es la siguiente: en hospitales generales 3 (27%), en geriátricos 3 (27%), en hospitales de apoyo 5 (46%). Por el contrario los hospitales de día del grupo II: 1 (6,25%) está en hospital general, 2 (12,5%) en hospitales geriátricos, 1 (6,25%) en residencia y en centros sociosanitarios 12 lo que supone el 75%

TABLA 48: DIFERENCIAS ENCONTRADAS ENTRE LOS DOS GRUPOS DE HOSPITALES DE DIA

RESPUESTA AL CUESTIONARIO	GRUPO I MEDICO 100%	GRUPO II MEDICO 50%
HOSPITALIZACION DE 1 DIA *	63`6%	12`5%
FUNCIONAMIENTO		
Horario *	7`27%	8`9%
Porcentaje de ocupación	79%	96%
Asistencia media semanal / paciente *	2`3	3`8
Nuevos / semana *	2`6	0`9
Asistencia media total / paciente *	20-40	> 40
IPNC *	0`38	0`10
Nuevos / plaza *	0`62	0`20
PERSONAL		
MEDICO *	1`59	0`59
ENFERMERA	1/06	1/08
TERAPEUTA OCUPACIONAL *	1/22	1/20
FISIOTERAPEUTA *	1/08	1/23
PACIENTE		
EDAD MEDIA *	76 años	70 años
MOTIVOS DE ASISTENCIA		
Terapia Ocupacional *	75%	36`8%
Atención Médica *	42`4%	32%
Descarga *	8`6%	28`7%
PROCEDENCIA		
Hospital *	69`3%	46`6%
Geriatría *	48`8%	19`7%
Comunidad *	30`6%	53`2%
Servicios Sociales	4%	14`7%

* p<0`05

de los hospitales de día de este grupo.

3. TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO (Tabla 19, pág.99).

La media de los meses de funcionamiento es menor en los hospitales de día del grupo II ($23'25 \pm 15'87$), respecto a los del grupo I ($34'63 \pm 42'83$), sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

4. TRANSPORTE (Tabla 20, pág.100)

Más de la mitad de los hospitales del grupo I (el 54,54%) tienen transporte propio, comparándolo con sólo el 26,66% de los del grupo II, no habiéndose hallado diferencias estadísticamente significativas.

La distancia máxima hasta donde llega el transporte es un poco más amplia en los hospitales de día del grupo I ($19,2 \pm 13,2$) respecto a los del grupo II ($16,9 \pm 11,9$). Sin ser la diferencia significativa.

5. TAMAÑO (Tabla 21, pág.102)

Comparando la superficie en metros cuadrados, los hospitales de día del grupo I son más grandes (media= $255'54 \pm 135'21$ m²) que los del grupo II (media= $194'09 \pm 115'14$), aunque no se han observado diferencias estadísticamente significativas.

Cuando se analizan los metros cuadrados por paciente no se observan casi diferencias entre ambos grupos, siendo $13'16 \pm 4,91$ m² por paciente para el grupo I y $12'91 \pm 11'04$ m² / paciente para el grupo II.

6. ESTRUCTURA (Tablas 22 y 23, págs.103 y 104)

No existen diferencias destacables entre los dos grupos de hospitales de día en lo referente a las áreas para terapia ocupacional, fisioterapia, comedor, sala de estar y sala de curas.

Sólamente 2 de los hospitales de día del grupo II cuentan con área para hospitalización de un día, siendo ésta una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0'018$).

En cuanto a qué profesionales cuentan con despacho en el propio hospital de día, no hay diferencias significativas entre los dos grupos. El médico tiene despacho en el 91% de los casos en el grupo I y en el 63% en el grupo II ($p= 0'056$).

7. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO (Tabla 24, pág.106).

La media de horas de funcionamiento de los hospitales de día del grupo I es de $7,27 \pm 0,90$, lo que es inferior a la del grupo II, que es de $8,90 \pm 0,89$, habiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0'00009$).

8. NUMERO DE PLAZAS (Tabla 25, pág.107)

Analizados los dos grupos de hospitales de día, los del grupo II tienen menos plazas (media = $17'25 \pm 5'32$) que los del grupo I (media= $18'54 \pm 4'61$), sin ser la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0'51$).

9. FUNCIONAMIENTO (Gráficos 2 al 6)

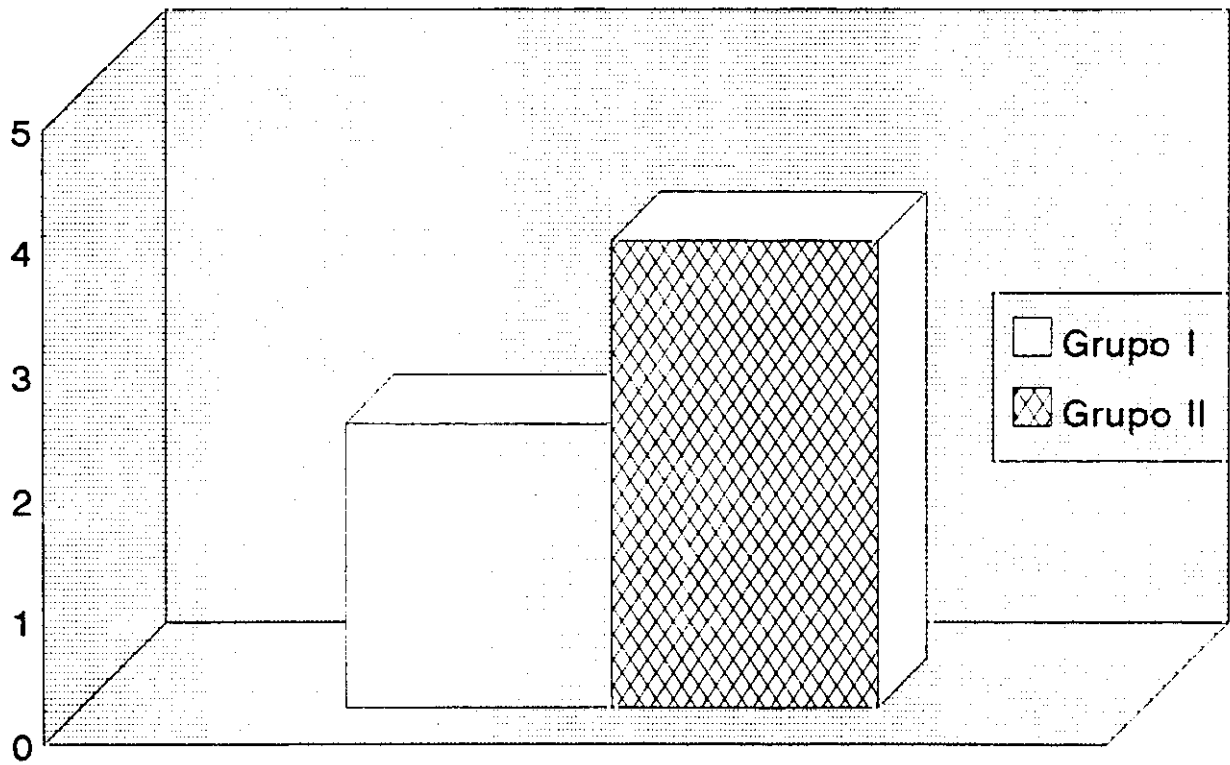
a. Asistencia media semanal: Los hospitales de día del grupo I tienen una media de $2'32 \pm 0'44$ asistencias semanales, mientras que en el grupo II esta cifra alcanza $3'81 \pm 0'77$. Y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0'001$), (gráfico 2).

b. Porcentaje de ocupación: El grupo I tiene una ocupación del $78'63\% \pm 28'61$ y el grupo II $95'50 \pm 10'34$ no hallándose diferencias significativas en la comparación de medias ($p = 0'08$), (gráfico 3).

c. Pacientes nuevos por semana: Los hospitales del grupo I tienen $2'67 \pm 1'27$ nuevos por semana, mientras que los del grupo II tienen una cifra menor ($0'91 \pm 0'64$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0'001$), (gráfico 4).

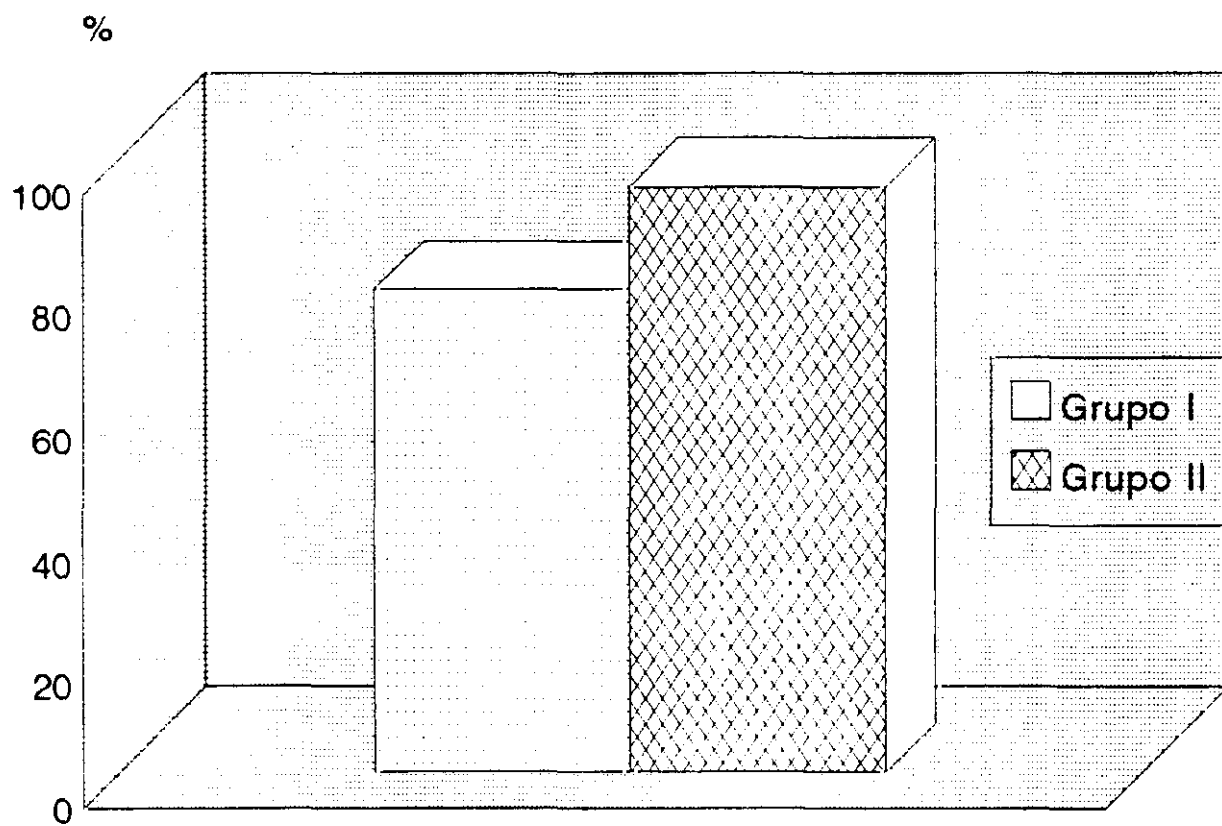
GRAFICO 2: ASISTENCIA MEDIA SEMANAL

Días de asistencia



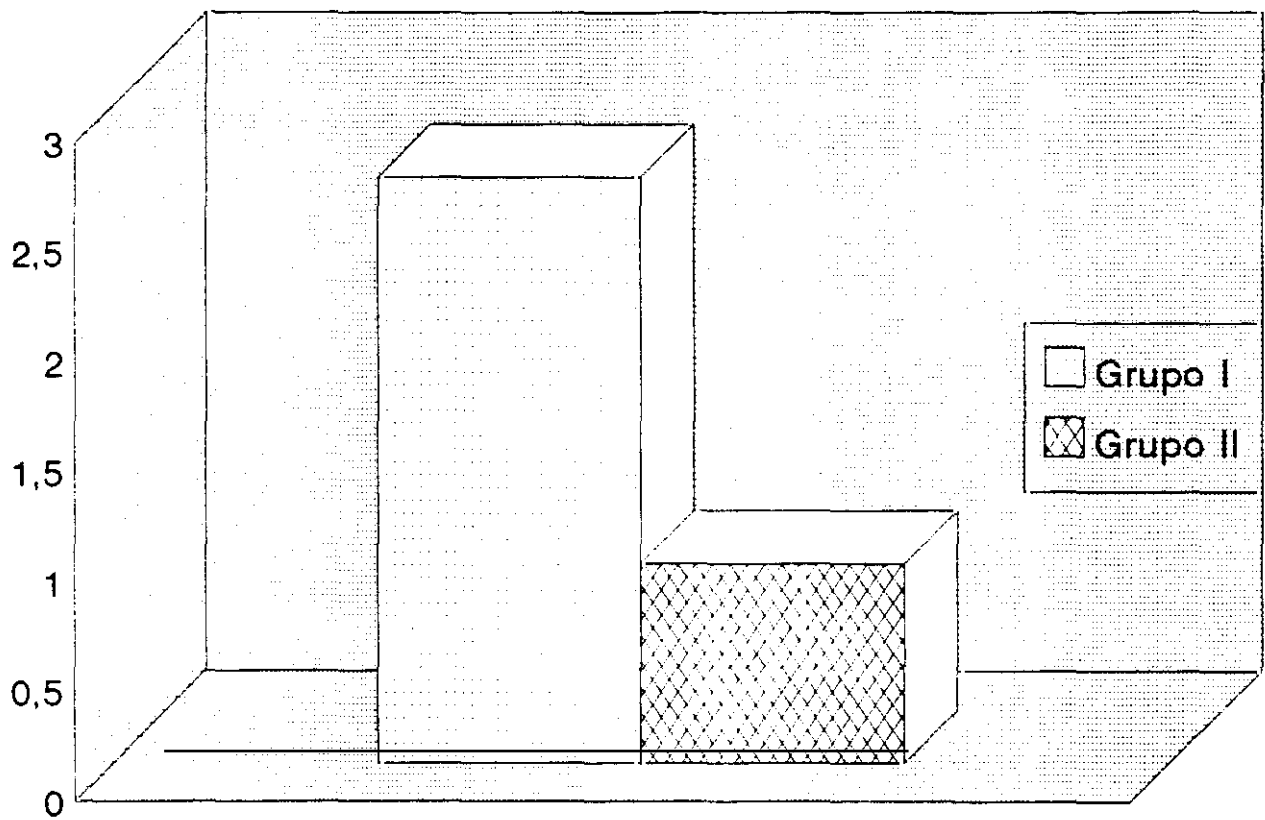
$p < 0.001$

GRAFICO 3: PORCENTAJE DE OCUPACION



$p=0.08$

GRAFICO 4: PACIENTES NUEVOS POR SEMANA



$p = 0.001$

d. Asistencia media total (gráfico 1, pág.111): en el grupo I hay dos hospitales de día (el 18'1%) que tienen una asistencia menor de 20 días, 5 (45'5%) entre 20 y 40 y 4 (36'3%) más de 40 días. En el grupo II la mayoría, 14 casos (87'5%), tienen una asistencia mayor a 40 días, en un caso (6'25%) la asistencia fué entre 20 y 40 y en otro caso (6'25%) fue menor de 20 días. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($P= 0'019$) según la χ^2 , aunque puede no ser representativo por el pequeño tamaño de la muestra.

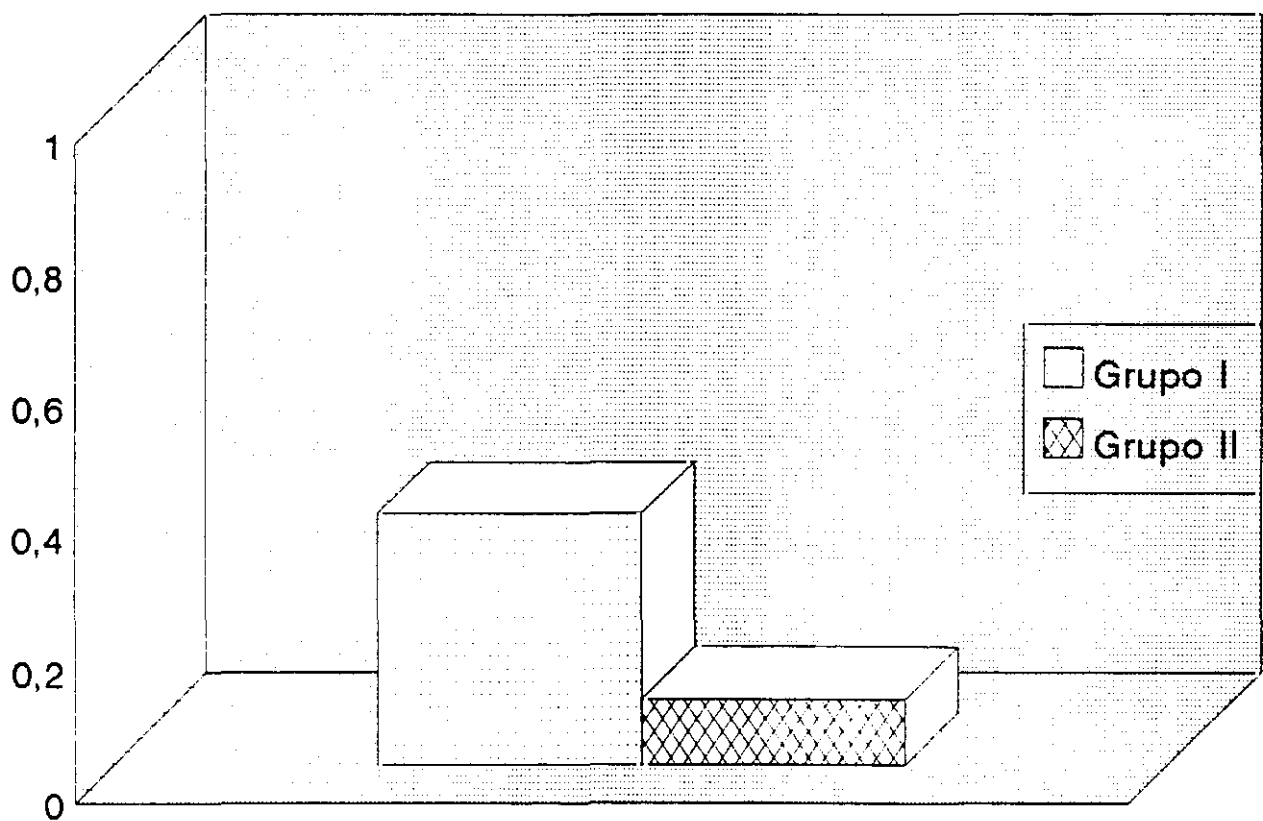
e. Índice de pacientes nuevos corregido (IPNC): Los del grupo I tienen un IPNC de $0'38 \pm 0'16$ y los del grupo II $0'10 \pm 0'05$ siendo esta diferencia significativa ($p = 0'0002$), (gráfico 5).

f. Nuevos por plaza: Los del grupo I tienen una cifra de $0'62 \pm 0'32$, y los del grupo II de $0'20 \pm 0,10$ siendo la diferencia significativa ($p = 0'001$), (gráfico 6).

10. PERSONAL (Tablas 28 a 30, págs.113-115)

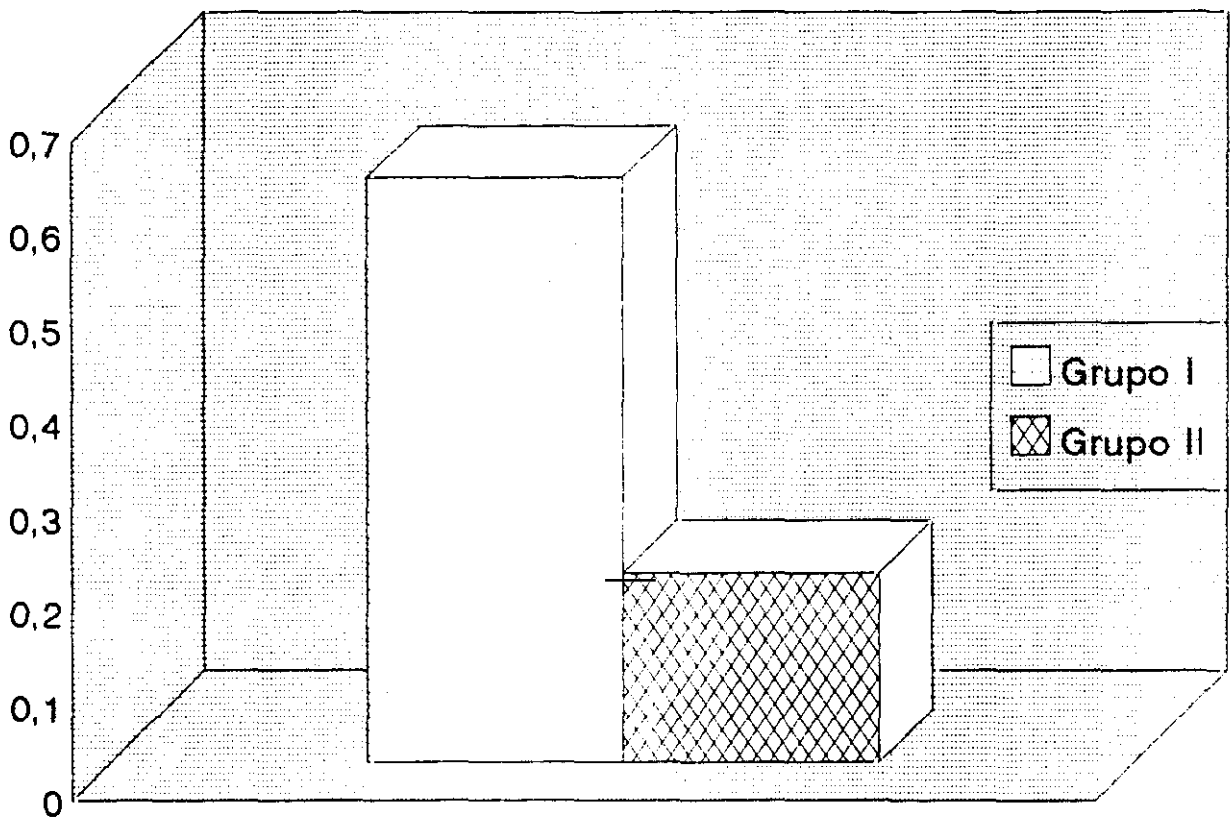
a. Personal médico (Tabla 28): en el grupo I el 85% de los hospitales de día cuentan con geriatra y el 63% tienen médicos residentes. En el grupo II el médico es geriatra en el 43% de los casos, mientras que la mayoría (56%) es otro tipo de médico, como internista, generalista, médico orientado a la geriatría, etc.

GRAFICO 5: INDICE DE PACIENTES NUEVOS CORREGIDO



$p < 0'001$

GRAFICO 6: NUEVOS POR PLAZA



$p = 0.001$

El total de jornadas (a tiempo completo y a tiempo parcial) de todo el personal médico que trabaja en el hospital de día, para el grupo I es mayor que para el grupo II, $1\cdot5 \pm 0\cdot80$ y $0\cdot59 \pm 0\cdot20$ respectivamente. Comparando ambas medias con la prueba de Wilcoxon se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0\cdot05$).

b. Personal de enfermería (Tabla 29, pág.114). El número de jornadas fue mayor en los hospitales del grupo I, $1\cdot59$ jornadas completas de enfermera y $1\cdot59$ de auxiliar. Para el grupo II se obtuvo una media de $0\cdot84$ jornadas completas de enfermera y $1\cdot15$ de auxiliar.

Para comparar la dotación de enfermería respecto al número de pacientes que tiene cada hospital de día se calculó el índice de personal de enfermería por paciente, contabilizándose globalmente el personal diplomado en enfermería y auxiliar de clínica. El grupo I tiene una media de 1 persona de enfermería por cada 6 pacientes, y el grupo II de 1 por cada 8 pacientes, no siendo la diferencia estadísticamente significativa.

c. Personal de terapia ocupacional (Tablas 30 y 31, págs.115 y 116). La media de jornadas de los terapeutas ocupacionales para el grupo I es de $0\cdot86$ y para el grupo II de $0\cdot50$. El índice de terapeuta ocupacional por paciente para el grupo I es de un terapeuta por 22 pacientes y para el grupo II es de un terapeuta por 20 pacientes, siendo esta diferencia estadísticamente

significativa según la prueba de Wilcoxon ($P < 0.05$).

d. Personal de fisioterapia (Tablas 30 y 31, págs.115 y 116). En el grupo I la media es de 1 jornadas completas y en el grupo II es de 0,6.

El índice de fisioterapeuta por paciente para el grupo I es de un fisioterapeuta por 8 pacientes y para el grupo II de uno por 23 pacientes, siendo esta diferencia según la prueba de Wilcoxon estadísticamente significativa.

e. Auxiliares de terapia (Tabla 30, pág.115). De los cinco hospitales de día en que existen auxiliares de terapia, cuatro pertenecen al grupo I, y sólo uno es del grupo II.

f. Trabajador social (Tabla 32, pág.118). No existen diferencias en cuanto a la dotación de este tipo de personal en los dos grupos de hospitales de día.

g. Auxiliar administrativo (Tabla 32, pág.118). En 6 centros parece carecerse de este tipo de personal, 3 son hospitales de día del grupo I y 3 son del grupo II.

h. Conductor / Celador (Tabla 32, pág.118). Todos los hospitales de día del grupo I menos uno de ellos tienen este tipo de personal, la media de jornadas es de 1.65 ± 1.2 . En siete de

con una media de $0\text{'}9 \pm 0\text{'}7$ jornadas, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

11. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES (Tablas 35 a 39)

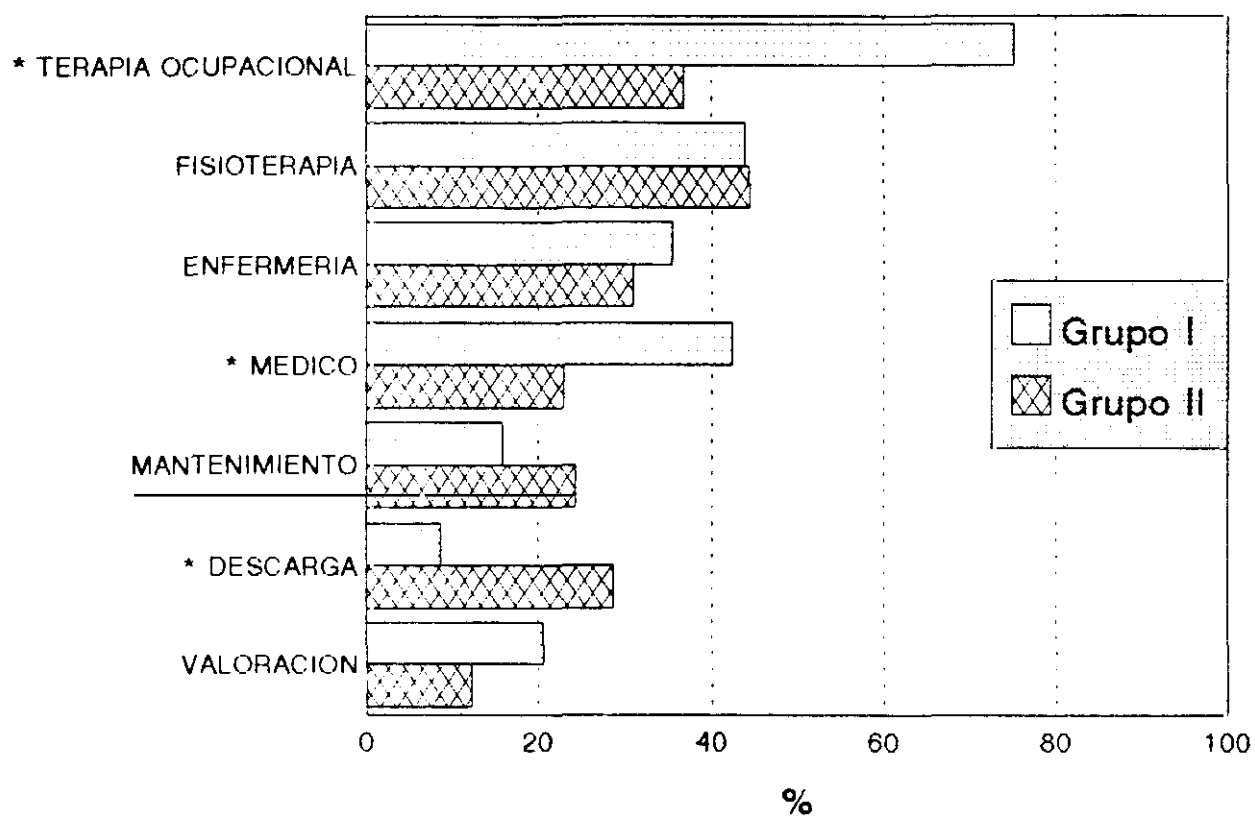
a. Edad media. (Tabla 35, pág.122) Los hospitales del grupo I tienen una edad media mayor a los del grupo II, $76\text{'}1 \pm 2\text{'}38$ y $70\text{'}22 \pm 6\text{'}67$ respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0\text{'}005$).

b. Edad mínima. Los hospitales del grupo I tienen una edad mínima de $60\text{'}4 \pm 8\text{'}4$ y los del grupo II de $41\text{'}4 \pm 14\text{'}9$ siendo también esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0\text{'}0004$). El 95% de los hospitales de día del grupo II tienen pacientes menores de 65 años frente al 36% de los hospitales de día del grupo I.

c. Sexo. En el grupo I las mujeres constituyen el 63\text{'}6% de los pacientes y en el grupo II el 54%.

d. Motivos de asistencia (Tabla 36, págs.124,125 y gráfico 7, pág.159). El porcentaje de motivos de asistencia varía en los dos grupos, de tal manera que el orden de frecuencia de los motivos de asistencia es diferente según se describe en la tabla 37, pág.126.

GRAFICO 7: MOTIVOS DE ASISTENCIA



* $p < 0,05$

Existen diferencias significativas en la frecuencia de asistencia para terapia ocupacional ($p= 0'004$) y tratamiento médico ($p= 0'03$), que son mayores en los hospitales de día del grupo I, y para la asistencia por descarga que es mayor en los hospitales de día del grupo II ($p= 0'001$).

e. Diagnósticos (Tabla 38, págs.128,129). No se han encontrado diferencias significativas en la frecuencia ni en el tipo de patología cuando se compararon ambos grupos.

Sólo existe una diferencia significativa en el diagnóstico de demencia ($p = 0'03$). En el grupo I la demencia motiva la asistencia al hospital de día en el $5'53\% \pm 5'70$ y en el grupo II en el $15'20\% \pm 15'13$. En un hospital de día del grupo II este diagnóstico era el más frecuente.

f. Procedencia de los pacientes (tabla 39, págs.130-132). La procedencia hospitalaria es más frecuente en los hospitales de día geriátricos del grupo I con una frecuencia del $69'33\% \pm 31'50$, respecto al grupo II en el que la procedencia del hospital es del $46'65\% \pm 28'26$, aunque esta diferencia no ha llegado a ser significativa.

Por el contrario la procedencia de la comunidad es más frecuente en los hospitales de día del grupo II con un porcentaje de $53'26 \pm 24'76$, que en los del grupo I con un porcentaje de $30'66 \pm 31'50$ y esta diferencia tampoco llega a ser significativa.

Comparando la procedencia de los pacientes de los dos grupos de hospitales de día se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la procedencia de geriatría $46'83\% \pm 30'71$ para el grupo I y $19'76\% \pm 19'48$ para el grupo II ($p = 0'03$).

No han sido las diferencias significativas para las procedencias de traumatología, de otros servicios hospitalarios, del médico de familia, de las valoraciones domiciliarias, de los servicios sociales y de la familia de los pacientes.

V. DISCUSSION

En este momento se pasa a hacer el comentario y discusión de los resultados obtenidos en el presente estudio. Para facilitar esta exposición se ha distribuido en cinco apartados que son: A/ el hospital de día geriátrico español "tipo", B/ la comparación de los hospitales de día geriátricos españoles con los referidos en la literatura, C/ asociación de variables, D/ diferencias entre los dos grupos de hospitales de día geriátricos y E/ guía para un funcionamiento idóneo de los hospitales de día geriátricos.

A. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO ESPAÑOL "TIPO" (Tabla 49, pág.164)

En este apartado se expone cuál sería el hospital de día geriátrico representativo en España.

Este supuesto hospital de día se abrió a principios de los años 90. Puede estar ubicado en un hospital general, pero la mayoría están en un hospital geriátrico, en un hospital de apoyo o en un centro socio-sanitario, con un número de camas entre 100 y 400. El medio de transporte más utilizado es el microbús, que no suele pertenecer al centro sanitario. También acuden los pacientes en ambulancia, taxi u otro transporte particular. La distancia media desde donde pueden acudir los pacientes (radio de acción del hospital de día) es de 18 km, y el tiempo medio que suelen tardar en llegar es de unos 43 minutos.

**TABLA 49: RESUMEN DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES
DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS EN ESPAÑA**

UBICACION	Hospital geriátrico, de apoyo o CSS. 100-500camas
TRANSPORTE	Microbús principalmente
Radio de acción	18Km
Duración media del recorrido	43 minutos
ESTRUCTURA	
Superficie	220 m2, 13 m2 / paciente
Número de plazas	18, 17 plazas / 1000 > 65 años
Area de terapia ocupacional, fisioterapia, comedor, sala de estar, sala de curas y despachos	
PERSONAL	
MEDICO	1 jornada (Geriatra 60%, residentes y otros)
ENFERMERA y AUXILIAR	1^14 jornadas, 1 para 7 pacientes
TERAPEUTA OCUPACIONAL	0^66 jornadas, 1 para 21 pacientes
FISIOTERAPEUTA	0^74 jornadas, 1 para 13 pacientes
Trabajador social, auxiliar administrativo, celador, fisioterapeuta, podólogo, etc	
ESTUDIANTES	
PACIENTE	
EDAD MEDIA	73años, 58% mujeres
MOTIVOS DE ASISTENCIA	1º Rehabilitación 2º Atención de Enfermería 3º Atención Médica 4º Mantenimiento 5º Descarga
PATOLOGIA	1º ictus, 2º patología osteoarticular
<u>PROCEDENCIA HOSPITAL</u>	54%
Geriatría	28%
Traumatología	9%
otros servicios	17%
<u>PROCEDENCIA COMUNIDAD</u>	46%
Médico de familia	18%
Valoraciones domiciliarias	10%
Familia	3%
Servicios Sociales	11%
Otros	4%
FUNCIONAMIENTO	
Porcentaje de ocupación	89%
Asistencia media semanal / paciente	3
Nuevos / semana	1^6
Asistencia media total / paciente	> 40
IPNC	0^2
Nuevos / plaza	0^38

ESTRUCTURA. El recinto dedicado al hospital de día tiene una superficie de 220 m², lo que corresponde a 13 m² por paciente. El espacio se reparte en varias áreas que se dedican a terapia ocupacional, fisioterapia, sala de curas, comedor, sala de estar y despachos para el médico, enfermera, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.

FUNCIONAMIENTO. El tiempo de funcionamiento es de ocho horas diarias, cinco días a la semana. La hora de apertura más habitual es a las 9 de la mañana y de cierre a las 5 de la tarde. El número medio de plazas es de 18, lo que se corresponde con 1'7 plazas por cada 1000 mayores de 65 años.

El porcentaje de ocupación es del 89%. La mayoría de los pacientes asisten 3 días por semana. La media de pacientes nuevos por semana es de 1'6 y la asistencia media total en la mayoría de ellos es mayor a 40 días. El índice de pacientes nuevos corregido es de 0,2.

PERSONAL. En lo referente al personal, el médico que atiende a los pacientes es un geriatra sólo en el 60% de los casos, generalmente ayudado por un residente y entre los dos dedican una jornada laboral completa al hospital de día.

La enfermera y la auxiliar de clínica dedican algo más de una jornada completa cada una. En relación al número de plazas la proporción de personal de enfermería es de uno por cada 7 pacientes.

Existe un terapeuta ocupacional que dedica algo más de media jornada al hospital de día y esto se corresponde con un terapeuta por cada 21 pacientes. El fisioterapeuta también dedica algo más de media jornada, y en este caso se corresponde con un fisioterapeuta por cada 13 pacientes.

También la inmensa mayoría cuenta con trabajador social y auxiliar administrativo, algunos menos con celador y más irregularmente con logoterapeuta, podólogo, psiquiatra, etc. Estudiantes de diferentes disciplinas (medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, enfermería, trabajador social y auxiliar) hacen prácticas en el hospital de día.

EL PACIENTE "TIPO" se caracteriza por tener una edad media de 73 años, y ser en su mayoría mujeres (58%). También se suelen atender pacientes menores de 65 años.

El motivo de asistencia más frecuente es la rehabilitación, seguido de la atención de enfermería, la atención médica, el mantenimiento de la capacidad funcional, la descarga del cuidador y la valoración en último lugar.

La patología más frecuente que motiva la asistencia al hospital de día es el accidente cerebrovascular, seguido de la patología osteoarticular.

Los pacientes proceden en su mayoría del hospital, siendo el de geriatría el servicio hospitalario que más frecuentemente remite pacientes al hospital de día.

Todas estas características "definen" el hospital de día geriátrico español como un nivel asistencial con un perfil propio y diferente de todas las estructuras asistenciales previamente existentes en el sistema sanitario de nuestro país.

B. COMPARACION DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS ESPAÑOLES CON LOS REFERIDOS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

1. UBICACION.

Ya que la mayoría de los estudios publicados sobre hospitales de día geriátricos se han realizado en centros del Reino Unido, casi toda la literatura a la que haremos referencia será británica.

Los hospitales de día geriátricos en España sólo se encuentran en un 15% en hospitales generales, comparado con el Reino Unido en que estaban ubicados en hospitales generales el 46% en los años 70 y el 34% en los 80. Este mayor desarrollo de los hospitales de día geriátricos fuera de hospitales generales, en el Reino Unido se explicaba a causa de la creación de más de un hospital de día por servicio de geriatría⁽¹⁴¹⁾, sin embargo ésta no puede ser la razón de la situación española. En los últimos años en España se han creado unidades de geriatría en hospitales de apoyo y en hospitales monográficos de geriatría y aquí es dónde se han ubicado los hospitales de día geriátricos. Además se están desarrollando hospitales de día no dependientes de servicios de geriatría sobre todo en el Servicio Catalán de Salud⁽²¹⁴⁾. Por este menor desarrollo de la geriatría en hospitales generales, se explica que los hospitales de día geriátricos sean menos frecuentes en estos centros.

2. TRANSPORTE.

En España se utiliza el microbús como medio de transporte más frecuente en el hospital de día, a diferencia del Reino Unido donde el más usado es la ambulancia. Estas ambulancias también cumplen servicios de urgencia por lo que el transporte del hospital de día puede algún día verse interrumpido debido a la atención simultánea de urgencias^(141,215).

Utilizan transporte del propio centro el 39% de los hospitales de día españoles y esto parece ser más eficaz y económico que depender de compañías de transporte externas⁽¹⁴²⁾. Aunque en España no se ha hecho este estudio comparativo de los costes del transporte cuando pertenece al hospital de día o a una compañía externa, se puede deducir de los estudios publicados que cuando el transporte es propio, el coste oscila entre 7-15%⁽¹⁷³⁻¹⁷⁴⁾ y cuando no lo es, alcanza el 20%⁽¹⁷⁵⁾. En el Reino Unido el transporte es más caro, supone un coste de la tercera o cuarta parte de los costes totales del hospital de día^(141,172).

En el Reino Unido alrededor del 8% de los pacientes acuden en transporte privado⁽¹⁵⁹⁾, generalmente de algún familiar, en España el uso de este tipo de transporte se realiza hasta en el 30% de los hospitales de día. Estos datos españoles no son totalmente comparables con los británicos, ya que los nuestros se refieren a porcentaje de hospitales de día que utilizan este tipo de transporte y los datos británicos se refieren al porcentaje de

pacientes en cada hospital de día que utilizan el transporte particular. Si se hubiera preguntado en nuestro estudio el tipo de transporte que utiliza cada paciente, hubiéramos podido comparar los datos, pero como ésto suponía un trabajo adicional para el encuestado, se desestimó esta pregunta.

La distancia media desde donde acuden los pacientes al hospital de día en España es de 18 Km. Parece ser que los pacientes que viven a más de 17 Km son remitidos con menos frecuencia al hospital de día por la incomodidad del traslado⁽¹⁶¹⁾. La media de tiempo empleado en acudir al hospital de día es de 43 minutos. Esto está dentro de lo recomendable, ya que no debe superar la hora u hora y media⁽¹³¹⁾

3. ESTRUCTURA.

La estructura de los hospitales de día geriátricos españoles estudiados es satisfactoria. Los hospitales de día de nuestro país cuentan con todas las áreas recomendadas por Brocklehurst: sala de estar o de recreo, área de comedor separada de la anterior, áreas de terapia y fisioterapia que pueden estar separadas o combinadas, además de despachos para los diferentes profesionales que trabajan en el hospital de día^(92,141,166). Hay que tener en cuenta que en dos tercios de los hospitales de día británicos, el propio hospital de día, es el lugar donde realizan rehabilitación los pacientes ingresados en el servicio de geriatría⁽¹⁴²⁾. Este dato no se analizó en nuestro estudio, aunque

parece muy interesante.

4. FUNCIONAMIENTO

El funcionamiento de los hospitales de día españoles es un aspecto claramente mejorable, a la vista de los datos extraídos de este estudio.

Así, frente a una dotación de plazas por anciano y un porcentaje de ocupación adecuados, destacan unos parámetros de actividad deficientes.

a/ Plazas. En la revisión publicada por Brocklehurst en 1980 sobre los hospitales de día británicos la media de plazas que tenían era 31, siendo el rango muy amplio (5 - 75)⁽¹⁴¹⁾. En España la media de plazas por hospital de día es de 18 con un rango entre 6 y 25. Según Martin y Millard los hospitales de día pequeños (≤ 15 plazas) presentan una serie de ventajas en cuanto a una mayor actividad terapéutica, con un período de asistencia menor y unas cifras significativamente menores de institucionalización⁽¹⁵²⁾. Los hospitales de día españoles se acercan bastante a las recomendaciones que hacen los autores británicos respecto al número de plazas. Habría que considerar quizá en el futuro, que el número de plazas del hospital de día pudiera ser incluso menor al actual.

En el mismo estudio de Brocklehurst y Tucker mencionado antes, recogieron una cifra de 1'76 plazas por 1000 mayores de 65 años (152). Los hospitales de día geriátricos españoles tienen una cifra similar, cuentan con 1'7 plazas por 1000 mayores de 65 años, aunque esta última cifra quizá no sea representativa ya que sólo respondieron 10 centros a esta pregunta.

El Departamento de Salud y Seguridad Social británico recomienda dos plazas por cada 1000 mayores de 65 años. Según varios autores estas cifras parecen demasiado generosas si se cuenta con una adecuada dotación de centros de día y hospitales de día psicogeriatricos^(92,144,152,157,169). Si el hospital de día se centra en la rehabilitación pueden ser suficientes 0'5 plazas por cada 1000 mayores de 65 años^(152,169). Por ello, en España para reducir la cifra de 1'7 plazas por 1000 > de 65 años que existe actualmente, sería necesaria la creación de más centros de día para asistidos (donde poder derivar los pacientes tras el alta del hospital de día), y hospitales de día psicogeriatricos, sobre todo en áreas sanitarias donde se ha observado un alto porcentaje de pacientes ingresados con demencia, como diagnóstico principal.

b/ El porcentaje de ocupación ha resultado ser de 88'6% siendo más elevado que el británico que es del 75%⁽¹⁴¹⁾. Un porcentaje de ocupación elevado es uno de los índices de correcto funcionamiento de los hospitales de día⁽¹³²⁾. Sin embargo este hecho puede dar lugar a listas de espera y poco recambio de pacientes, mientras que con un índice de ocupación bajo se puede

tener unos buenos parámetros de actividad en ausencia de lista de espera. En los centros con ocupación baja debe ajustarse el número de plazas para obtener un correcto aprovechamiento de los recursos y para que los costes sean más ajustados^(152,169).

C/ Parámetros de actividad. El uso adecuado de los hospitales de día geriátricos viene indicado por una serie de parámetros de actividad, que a continuación se analizan:

.- Los pacientes de los hospitales de día españoles acuden una media de 3,2 veces por semana. Esta cifra es bastante elevada ya que se aconseja que las asistencias no superen las dos veces por semana para que el hospital de día resulte costo-efectivo⁽¹⁴⁴⁾. Los hospitales de día del Reino Unido tienen una asistencia entre 1 y 2 días por semana^(132,141,159), una pequeña proporción de pacientes acuden 4 ó 5 veces por semana principalmente para rehabilitación intensiva^(92,141).

.- Se tiende a que la asistencia media total por paciente sea baja⁽¹⁰¹⁾. En los años 60 cuando los hospitales de día británicos comenzaron a funcionar, tenían una asistencia media alrededor de 40 días⁽¹⁰¹⁾, sin embargo si un hospital de día se centraba principalmente en la rehabilitación la media de asistencias por paciente era de 10^(157,170). En los últimos años la asistencia media por paciente se ha reducido de 40 a 20^(142,144). En los hospitales de día españoles existe una asistencia media que supera la cifra de 40, lo que debe ser considerado como

excesivamente elevado.

.- La rotación o recambio de pacientes ("turn-over") parece ser, junto con la asistencia media total, el mejor indicador de actividad de los hospitales de día geriátricos^(92,144,170). Son varios los parámetros que pueden medir la rotación: el número de pacientes nuevos, el porcentaje que suponen las asistencias de los nuevos respecto a las asistencias de todos los pacientes ⁽¹⁷¹⁾, el índice de pacientes nuevos corregido⁽¹⁷⁰⁾ y la proporción que suponen los nuevos respecto al número de plazas ⁽¹³²⁾ (ver págs.58 y 59).

.- La media de pacientes nuevos por semana en España es de 1'6, lo que resulta muy bajo respecto a los hospitales de día del Reino Unido que tienen una media de 4'4 nuevos por semana, aunque con un rango amplio (0 - 32) ⁽¹⁴¹⁾.

.- El índice de pacientes nuevos corregido (IPNC), ideado por Martín y Millard⁽¹⁴⁵⁾, en los hospitales de día españoles es de 0,22. Este índice está muy lejos de 1 que es a donde deben acercarse los hospitales de día con actividad importante. El IPNC obtenido en nuestro estudio está más cercano a la cifra que deben tener los Centros de Día, de actividad primordialmente social.

.- El porcentaje que suponen los pacientes nuevos respecto al total de asistencias, según Evans⁽¹⁴⁰⁾ debe de ser superior al 15%. Sin embargo, ésta puede ser una cifra demasiado elevada, ya

que según Martín Y Millard se considera ideal cuando llega al 10%⁽¹⁴⁵⁾. Como se vé, existen discrepancias entre ambos autores en cuanto a lo que se considera ideal en el "turn over" de pacientes.

.- La rotación de pacientes también se mide por la proporción de nuevos respecto al número de plazas. No podemos comparar el dato de los hospitales de día españoles con los británicos, ya que el único estudio que conocemos que analiza este parámetro⁽¹³²⁾, lo hace con el número de pacientes nuevos ingresados en un período de 6 meses y nosotros hemos recogido los pacientes nuevos de una semana.

En conclusión, respecto a los parámetros de funcionamiento, la comparación con los estudios publicados muestra que los hospitales de día españoles tienen un adecuado número de plazas, una suficiente dotación de plazas por población mayor de 65 años, y un adecuado índice de ocupación. Sin embargo, tienen unos malos resultados en cuanto a todos los parámetros de actividad: la asistencia media por semana es elevada, la asistencia media total es también alta y los índices que miden la rotación de pacientes son bajos.

Quizá estos malos resultados puedan explicarse porque los hospitales de día españoles son más jóvenes en cuanto al tiempo de funcionamiento y todavía no se han conseguido los resultados más óptimos que puedan alcanzarse. Sería deseable la mejora de

los parámetros de actividad de los hospitales de día geriátricos españoles, a través de la mayor definición de los objetivos de los pacientes que asisten, mediante una mejor selección de pacientes que se beneficien de los recursos del hospital de día frente a los subsidiarios de atención en centros de día, Unidades de Rehabilitación hospitalaria u otros niveles asistenciales.

5. PERSONAL.

La dotación de personal de los hospitales de día geriátricos españoles en general parece adecuada según las recomendaciones internacionales, salvo en la dotación del personal de terapia ocupacional, que es insuficiente.

En nuestros hospitales de día el tiempo medio que dedica el médico supone 1'09 jornadas completas. Esta es una cifra muy similar a la encontrada por Brocklehurst y Tucker, que era 1'03⁽¹⁴¹⁾. Ellos recogieron que el 52% eran geriatras, el 25% residentes y el 22% era un médico general el que atendía a los pacientes. Las respuestas de nuestro estudio son similares, ya que dicen que el 59% son geriatras y el 41% es otro médico diferente (médico general, internista, diplomado en geriatría, etc), además existen residentes en el 33% de los hospitales de día españoles. Cabe la posibilidad de que en algunos de los casos se haya respondido en el cuestionario que el médico es geriatra y sea diplomado en geriatría en lugar de especialista en geriatría, ya que no en todos los cuestionarios se especificaba

la titulación del médico.

En cuanto al personal de enfermería en los hospitales de día españoles existen 2,5 jornadas de enfermería lo que supone un índice de una enfermera por cada 7 enfermos. Esto, comparado con otros estudios, parece una dotación de personal de enfermería inferior, ya se refieren cifras de 3'5 jornadas de enfermería día y un índice de una enfermera por cada 5 pacientes⁽¹⁴¹⁾. Sin embargo la Asociación Médica Británica recomendó en 1976 una enfermera por cada 6 pacientes, por lo que los hospitales de día geriátricos españoles tienen una dotación de enfermería sólo discretamente inferior a lo recomendado⁽²¹⁶⁾ (ver tabla 10, pág.52).

La dotación de terapeutas ocupacionales en los hospitales de día españoles (uno por cada 19 pacientes) es inferior a lo recomendado por la Sociedad Británica de Geriatria (1 por cada 12 pacientes)⁽¹⁷⁶⁾. Sin embargo el personal de fisioterapia sí parece el adecuado ya que existe uno por cada 12 pacientes y las recomendaciones de la Sociedad Británica de Geriatria son de 1 por cada 12 pacientes⁽¹⁷⁶⁾. En el Reino Unido no se llegan a cumplir estas recomendaciones; en el estudio de Brocklehurst de 1980 se contaba con un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta para 23 pacientes⁽¹⁴¹⁾.

6. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES.

Las características de los pacientes que acuden a los hospitales de día en nuestro país tienen algunas diferencias en cuanto a los estudios previamente publicados en la literatura británica.

Los pacientes de los hospitales de día españoles tienen una edad media menor (72`7 años), con un porcentaje de mujeres menor (57`9%), frente a los pacientes británicos, donde la mayoría están en el grupo de edad de 75 a 85 años, y el porcentaje de mujeres es del 73%^(141,158,159). Resulta lógico encontrar estas diferencias asociadas entre sí, ya que cuanto más envejecido es el grupo de pacientes, mayor es el porcentaje de mujeres ⁽⁴⁾. También llama la atención que en los hospitales de día británicos solamente en un 5% de ellos se admiten pacientes menores de 65 años mientras que en los españoles lo hacen el 70%.

Los motivos de asistencia al hospital de día en España son similares a los referidos en la literatura ya que están basados en los objetivos del hospital de día geriátrico propuestos por Brocklehurst⁽⁹²⁾. En ambos países el motivo principal de asistencia es la rehabilitación, por lo que parece que el espíritu rehabilitador, fundamental del hospital de día, queda bien reflejado en los hospitales de día españoles.

Destaca que en los hospitales de día españoles la cifra de pacientes que acuden para valoración es menor (15% frente a 20-60% en el Reino Unido), (tablas 7 y 36, págs.42 y 124) y el porcentaje de los que acuden para atención médica y de enfermería es mayor (30% y 32% frente a 8-24%). Una posible explicación del primer hecho es que en los hospitales de día españoles se hayan englobado en "atención médica" algunos de los pacientes que vienen para valoración, o porque algunos de los encuestados no tengan muy claro cuál es el paciente que deba clasificarse en este motivo de asistencia. También puede ocurrir que la valoración geriátrica sea una actividad llevada a cabo en la consulta externa de geriatría y sea considerada como actividad de ese nivel más que del hospital de día.

El porcentaje de pacientes que acuden por motivo social es mayor (20'5%) en los hospitales de día españoles que en los británicos, en estos últimos varían entre 5 y 13%. Esto además concuerda con las afirmaciones de algunos autores en el sentido de que un alto porcentaje de asistencias por motivo social hace que el hospital de día sea menos dinámico y que los parámetros de actividad no sean tan buenos^(92,132,160,170). Este puede ser el motivo por el que los hospitales de día españoles tengan peores indicadores de actividad, ya que el porcentaje de pacientes ingresados por problema social, los cuales generan estancias más largas, es elevada.

Los diagnósticos principales de los pacientes que acuden a los hospitales de día españoles son el accidente cerebrovascular y la patología osteoarticular, y coinciden con lo reseñado en la literatura británica. Existe una diferencia destacable en la frecuencia de pacientes que acuden por demencia, 12% en España respecto a 4% en el Reino Unido, esta diferencia se debe probablemente a la ausencia de hospitales de día de psicogeriatría en nuestro país⁽¹⁴¹⁾. Si existieran en España este tipo de centros, los hospitales de día geriátricos ingresarían menos pacientes con demencia. Muchos de estos pacientes ingresan para descarga de los cuidadores y éste suele un motivo de ingreso que genera estancias prolongadas, ya que son enfermedades progresivas y muchos de estos pacientes terminan en una institución de larga estancia^(164,179).

La procedencia más frecuente de los pacientes es la hospitalaria, tanto en España como en el Reino Unido (tablas 8 y 39; págs.46 y 130). Dentro de la procedencia hospitalaria, el servicio de geriatría es el que más pacientes remite al hospital de día y esto en nuestro estudio es similar a lo publicado en la literatura. Sin embargo en España, de los pacientes que proceden de la comunidad, la vía de la valoración domiciliaria es menos frecuente que la procedencia directa del médico de familia, al contrario que lo que ocurre en los estudios británicos^(141,146,157,148). Esto se debe a que en nuestro país no están todavía tan generalizadas las valoraciones domiciliarias de los pacientes geriátricos cómo en el Reino Unido.

7. CENTROS DE DIA.

Existen centros de día en el 57'6% de los sectores de los hospitales de día encuestados, esto parece ser muy inferior a lo existente en el Reino Unido, donde hay una media de 8 centros de día por sector (cuentan con transporte el 57% de ellos), aunque también hay que decir que algunos hospitales de día en el Reino Unido carecen igualmente de centros de día en su área sanitaria⁽¹⁴¹⁾.

No se preguntó en nuestro cuestionario acerca de las características de los centros de día españoles, si tenían o no transporte para pacientes incapacitados, etc. Hay que pensar que puede ser consecuencia de la carencia de centros de día en España, el mayor número de pacientes que acuden a los hospitales de día españoles por motivo social, y esto conlleva una asistencia media mayor por paciente y en definitiva unos hospitales de día menos dinámicos.

8. INFORMACION Y COLABORACION FAMILIAR.

Parece ser que existe una frecuente información familiar en los hospitales de día geriátricos españoles, que varía entre semanal y mensual. En una encuesta realizada a los familiares de los pacientes de los hospitales de día británicos, la familia se sentía mal informada en la mayoría de los casos⁽¹⁴¹⁾.

En los hospitales de día españoles existe colaboración familiar en el 73% de ellos. Este es un tema muy importante y remarcado por Brocklehurst, ya que si la familia colabora con la terapia , muy posiblemente el paciente mantendrá tras el alta la mejoría en su situación funcional alcanzada durante su asistencia al hospital de día⁽¹⁴¹⁾.

C. CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

En el análisis de los parámetros de actividad destaca una asociación significativa entre una frecuencia de asistencia semanal baja por paciente y las variables que miden la rotación de pacientes (número de pacientes nuevos, IPNC, número de nuevos por plaza). Cuanto menor el número de asistencias semanales por paciente, mejor resultan los indicadores de rotación. Esto confirma los datos de algunos estudios previos que mencionaban que con una asistencia media semanal baja se consigue una rotación elevada⁽¹³²⁾. Debe mantenerse la tendencia a que los pacientes no acudan muchas veces por semana, dos como máximo, para conseguir una buena eficiencia o rendimiento económico de los hospitales de día geriátricos⁽¹⁰¹⁾.

Un porcentaje de ocupación bajo se correlaciona aunque no de forma significativa con la alta rotación de pacientes, y esto también se ha reseñado en otros estudios^(132,160). Sin embargo, es importante en estos centros adecuar el número de plazas a la demanda que exista en ese hospital de día, para que los costes estén más ajustados⁽¹³²⁾

Los hospitales de día grandes, en cuanto al número de plazas, se asocian significativamente en nuestro estudio con una asistencia semanal baja, la cual es un índice de buena actividad. Esta asociación es difícil de entender, ya que los hospitales de día grandes se dice que tienen una menor actividad⁽¹⁵³⁾. Una

explicación posible se ha reseñado en la literatura y dice que los hospitales de día grandes tienden a reducir la frecuencia de asistencia semanal de los pacientes, para mantener un número de nuevos elevado, aunque esto da lugar a una asistencia media total por paciente elevada⁽²⁰¹⁾. También hay que tener en cuenta que el número de plazas de los hospitales de día españoles más grandes (20-25 plazas) está muy lejos de las 40 plazas que tenían los hospitales de día británicos en sus primeros años de funcionamiento y que eran poco recomendables⁽¹⁴⁸⁾.

Analizando cómo influye la dotación de personal sobre el funcionamiento de los hospitales de día, se ha detectado una correlación significativa entre una dotación de médico alta con parámetros como la rotación de pacientes elevada, la asistencia semanal baja y la asistencia total baja. Esto coincide con lo reflejado en la literatura^(141,142) donde además se hace especial énfasis en que el médico sea especialista en geriatría para que se puedan tomar decisiones (planificación de cuidados, altas, etc), haciendo el hospital de día más dinámico. Hubiera sido interesante conocer cómo influye que el médico sea geriatra o no sobre el funcionamiento de los hospitales de día. Pero como la titulación en muchas encuestas no se especificaba (si se trataba de especialistas en geriatría, diplomados, etc), este dato no se pudo analizar con confianza.

Llama la atención que no hayan existido correlaciones significativas entre la dotación del personal de terapia y la rotación de pacientes. Esto se puede explicar de dos formas, por una parte que la dotación de este personal salvo excepciones era bastante similar en todos los hospitales de día, o en menor grado por que el tamaño de la muestra sea pequeño.

Que los pacientes procedan del hospital tiene una correlación positiva y significativa con la rotación de pacientes elevada, con la asistencia media semanal baja y con la asistencia media total baja. Quizá esto pueda explicarse porque los pacientes que proceden del hospital ya están valorados y van al hospital de día principalmente para continuar la rehabilitación, que es el motivo que crea estancias más cortas según Martin y Millard⁽¹⁷⁰⁾. Por el contrario los pacientes que proceden de la comunidad acuden a menudo pendientes de valorar y después rehabilitar y éste es un proceso laborioso y complejo que puede generar estancias más largas y, quizá, más fracasos terapéuticos.

Pero no se debe, en base a esta asociación, rechazar los pacientes que vienen de la comunidad, ya que el hospital de día tiene la propiedad de evitar ingresos hospitalarios de pacientes para técnicas diagnósticas y terapéuticas⁽¹⁰¹⁾, por ello aunque se generan estancias más largas en el hospital de día, en definitiva será más beneficioso para el paciente y para el servicio de salud (por el ahorro económico que le supone evitar ingresos).

Hay unas variables cuya asociación nos hace sacar unas conclusiones importantes sobre los indicadores de actividad de los hospitales de día españoles. La rotación de pacientes elevada (medido por el IPNC, el número de pacientes nuevos y el número de nuevos por plaza) y la asistencia media por semana baja son indicadores de buen funcionamiento. Además se asocian con una buena dotación de personal médico, un bajo porcentaje de asistencias para descarga y una procedencia hospitalaria elevada.

D. DIFERENCIAS ENTRE LOS DOS GRUPOS DE HOSPITALES DE DÍA.

Por último, se comentan en este apartado las diferencias encontradas entre los dos grupos de hospitales de día encuestados (tabla 48, pág.146). Ya ha quedado dicho que el nivel de funcionamiento de los hospitales de día geriátricos españoles no es óptimo. Sin embargo cabría diferenciar en los dos grupos de hospitales de día encuestados, dos tipos de funcionamiento:

.- el llamando grupo I, con un nivel de actividad moderado y más cercano al grado de actividad deseado para un hospital de día geriátrico y

.- el grupo II con un nivel de actividad bajo y más cercano a lo que en la literatura se describe como un centro de día.

1. FUNCIONAMIENTO.

El médico responde al cuestionario en todos los casos del grupo I y en menos de la mitad de los hospitales de día del grupo II. En los hospitales de día de este último grupo es la enfermera la que responde al cuestionario en la mayoría de los casos de lo que se deduce que tiene un mayor protagonismo en la responsabilidad del funcionamiento del centro.

No ha habido diferencias significativas en cuanto al tiempo que llevan funcionando los hospitales de día, por lo que éste no

va a ser un factor que influya en la interpretación de las diferencias de los dos grupos (tabla 19; pág.99).

Los hospitales de día del grupo I son más dinámicos que los del grupo II, encontrándose diferencias significativas en todos los parámetros de actividad salvo en el índice de ocupación.

Ambos grupos tienen una asistencia semanal alta. Lo recomendado desde el punto de vista del coste-efectividad es que no se superen las dos asistencias por semana⁽¹⁰¹⁾. El grupo I se acerca más a esta cifra (2'3) que el grupo II (3'8).

Los hospitales de día del grupo II tienen tan sólo un paciente nuevo a la semana, mientras que los del grupo I tienen tres. Esto se relaciona con el índice de ocupación de manera inversa tanto en nuestro estudio como en la literatura⁽¹³²⁾: los porcentajes de ocupación excesivamente elevados reducen los ingresos y pueden dar lugar a listas de espera, que no son recomendables en los hospitales de día^(152,169).

La cifra de pacientes nuevos por plaza que sirve para comparar la rotación entre diferentes hospitales de día, es tres veces mayor en los hospitales de día del grupo I respecto a los del grupo II

Ninguno de los dos grupos de hospitales de día tiene una asistencia media baja (menor de 20), pero en los del grupo I la

asistencia media está entre 20 y 40, mientras que en los del grupo II tienen una asistencia mayor de 40.

Ambos tienen un IPNC lejano de lo que se considera ideal, que es 1. El IPNC del grupo I (0'38) está más cerca del ideal que el del grupo II (0'10), estando estas últimas cifras más cercanas a lo recomendado para los centros de día⁽¹⁷⁰⁾.

2. UBICACION.

La mayoría de los hospitales de día del grupo I están ubicados en "hospitales de apoyo" que cuentan con varias especialidades, y que atienden a pacientes que por su patología y situación clínica requieren atención hospitalaria que puede procurarse fuera del hospital general, con menos recursos técnicos y consiguientemente menor gasto⁽²¹⁷⁾. De los hospitales de día del grupo II, el 75% se encuentran en "centros socio-sanitarios", que son centros de enfermos crónicos que constan de varias unidades (convalecencia, cuidados paliativos, larga estancia) y es en estos centros donde las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cataluña han promovido el desarrollo de los hospitales de día⁽²¹⁴⁾. De esto se podría deducir que en ambos grupos existe una tendencia al desarrollo de los hospitales de día fuera de hospitales generales.

3. ESTRUCTURA.

La única diferencia encontrada en la estructura de los hospitales de día ha sido la existencia del área de hospitalización de un día en sólo dos centros del grupo II, 12'5% frente al 63'6% de los del grupo I. Es probable que esto pueda influir en un menor desarrollo de la actividad médica terapéutica y diagnóstica en los hospitales de día del grupo II.

4. HORARIO.

Los hospitales de día del grupo II tienen un horario más amplio (la diferencia es de casi dos horas). Sin embargo el tener un horario mas amplio no parece repercutir en un mejor funcionamiento de los hospitales de día medido por los parámetros de actividad (Tabla 42; pág.137), por el contrario, puede que sea motivada por una mayor actividad de descarga o social.

5. PERSONAL.

Como era de esperar y debido a la diferencia básica que ha servido para hacer la clasificación de los dos grupos de hospitales de día en este estudio, el personal médico en el grupo I son especialistas en geriatría en un porcentaje mayor que en el grupo II, ya que los primeros están ubicados en servicios de geriatría y los segundos no. Es destacable la diferencia que

existe en cuanto al mayor número de jornadas que el médico dedica al hospital de día: en el primer grupo es mayor que en el segundo y esta mayor dotación de personal se correlaciona con unos mejores parámetros de actividad de manera significativa. La dotación de personal de los hospitales de día del grupo I (1'59) podría quizá decirse que es excesiva ya que es superior incluso a la media encontrada en sus homólogos británicos (1'09)^(141,218).

Es difícil sacar conclusiones a cerca de la diferente dotación de personal de terapia ocupacional y fisioterapia por paciente que existe entre ambos grupos de hospitales de día, ya que no se ha encontrado correlación ni con los motivos de asistencia ni con los parámetros de actividad, por lo que parece que las cifras de terapéutas por paciente no influyen tanto en el funcionamiento de los hospitales de día geriátricos.

6. CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES.

Los pacientes del grupo I son más ancianos que los del grupo II en cuanto a su edad media (75 frente a 70). La edad mínima en el primer grupo es de 60 y en el segundo es de 41 siendo las diferencias estadísticamente significativas. Esto podría explicarse por que unos están ubicados en servicios de geriatría y los otros en centros sociosanitarios que atienden a pacientes de diferentes edades, siempre y cuando tengan criterios de cuidados paliativos, convalecencia o larga estancia⁽²¹⁴⁾.

Es importante la diferencia observada en los motivos de asistencia de los pacientes. De manera significativa a los hospitales de día del grupo I acuden más pacientes para terapia ocupacional (75% frente a 36%) y atención médica (42% frente a 23%) y menos para descarga o motivo social (8% frente a 28%) que en los hospitales de día del grupo II. La diferencia más relevante es la observada en este último motivo de asistencia, el social, y no parece estar sólo en relación con la falta de centros de día adecuados y suficientes a donde derivar a los pacientes, ya que en ambos grupos existe esta carencia. La clave que explica esta diferencia parece estar en los criterios de ingreso y alta de los pacientes. En los hospitales de día del grupo I acuden más pacientes para rehabilitación y atención médica "hospitalaria" que en el grupo II que acuden más pacientes para descarga, siendo esta una función más propia de las "unidades de estancia diurna" y que debe ser muy poco frecuente en los hospitales de día geriátricos.

Además en nuestro estudio, al igual que en la literatura, se ha comprobado que un porcentaje alto de asistencias para rehabilitación y atención médica y un porcentaje bajo de asistencias por motivo social (como ocurre en el grupo I) se correlaciona con unos mejores parámetros de funcionamiento^(92,132,144,145,219).

Los diagnósticos de los pacientes son similares en ambos grupos. Sólo destaca que en el grupo II tienen ingresados más

pacientes por demencia, y esto podría relacionarse también con el mayor número de asistencias para descarga. Además esta cifra (15%) es mayor a la referida en los estudios británicos (4%) donde existen hospitales de día psicogeriátricos⁽¹⁴¹⁾.

Hubiera sido interesante tener datos acerca del grado de incapacidad de los pacientes para poder saber si existen diferencias entre los dos grupos, pero esta cuestión no se preguntó ya que suponía un esfuerzo adicional considerable por parte de los encuestados. Estudios específicos sobre este tema deben fomentarse para definir el perfil de paciente subsidiario de recibir atención en el hospital de día geriátrico.

No ha habido diferencias significativas en cuanto a la procedencia de los pacientes entre ambos grupos, aunque no hay que despreciar los datos obtenidos, ya que en el grupo I proceden más del hospital (69'3 frente a 46'6) y menos de la comunidad (30'6 frente a 53'2) que en el grupo II. Estos datos, aunque no son estadísticamente significativos, son importantes, ya que en el análisis de correlación de variables, la procedencia del hospital se asocia positivamente con unos buenos indicadores de actividad y la procedencia comunitaria no. Además en los hospitales de día del grupo I proceden más pacientes de geriatría y esto es lógico ya que están dentro de servicios de geriatría, a diferencia de los del grupo II.

De este apartado se puede resumir que ambos grupos de hospitales de día son similares en cuanto a su estructura y distribución del espacio, sin embargo se diferencian en su ubicación ya que la mayoría de los hospitales de día del grupo II se encuentran en centros sociosanitarios a diferencia de los del grupo I y trabajan un mayor número de horas. Los hospitales de día del grupo I funcionan más acordes con los parámetros de actividad que deben de tener los hospitales de día geriátricos, ya que la asistencia media semanal por paciente y la asistencia media total son más bajas y la rotación es mayor.

Habría que conocer si existe alguna variables de confusión que influya en la interpretación de los resultados, pero la clave del mejor funcionamiento de los hospitales de día ubicados en servicios de geriatría parece estar en: 1/ el médico dedica más horas de su jornada a este nivel asistencial y además una proporción de ellos mayor son especialistas en geriatría, 2/ el porcentaje de ocupación es menor, 3/ los pacientes son más ancianos, 4/ proceden en mayor porcentaje del hospital y en concreto de geriatría y 5/ acuden en mayor proporción para terapia ocupacional y atención médica y en mucha menor proporción para descarga. Este tipo de funcionamiento también es el recomendado por los autores más expertos^(92,142).

E. GUIA PARA UN FUNCIONAMIENTO OPTIMO DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS EN ESPAÑA

Después de analizados los resultados de este estudio y revisada la bibliografía reciente sobre el tema^(220,221), se hacen una serie de recomendaciones que pueden ayudar a obtener un funcionamiento idóneo en los hospitales de día geriátricos en España (tabla 50, pág. 196).

ESTRUCTURA

El hospital de día geriátrico deberá estar ubicado generalmente en centros que puedan proporcionar los recursos necesarios para la atención adecuada del anciano frágil (con múltiples patologías asociadas).

La superficie será de 200 m² en total. En función del número de plazas la superficie recomendada será de 13 m² por plaza.

El número de plazas óptimo será de 15 a 20.

Constará de un área de terapia ocupacional, de fisioterapia, comedor, sala de estar, hospitalización de un día y despachos para los miembros del equipo.

Deberá estar acondicionado para su utilización por pacientes incapacitados.

TABLA 50: GUIA PARA UN FUNCIONAMIENTO OPTIMO DE LOS HOSPITALES DE DIA GERIATRICOS

ESTRUCTURA

Superficie 200 m2, 13 m2 / paciente
 Area de terapia ocupacional, fisioterapia, comedor, sala de estar,
 sala de curas, hospitalización de un día "con adaptaciones"
 Número de Plazas 15-20

TRANSPORTE Microbús principalmente
 Radio de acción 18Km

FUNCIONAMIENTO

Horario 7-8 horas; 9 am - 5 pm
 Porcentaje de ocupación 80-85%
 Asistencia media semanal / paciente 2
 Nuevos / semana 3
 Asistencia media total / paciente 20
 IPNC 1
 Trabajo interdisciplinario. Objetivos individualizados por paciente

PERSONAL

MEDICO ("Geriatra") 1 jornada
 ENFERMERA y AUXILIAR 1/6 plazas
 TERAPEUTA OCUPACIONAL 1 / 12 plazas
 FISIOTERAPEUTA 1 / 12 plazas
 TRABAJADOR SOCIAL 1 / 50 plazas

PACIENTE

EDAD MEDIA 75 años

MOTIVOS DE ASISTENCIA
 más frecuentes Rehabilitación
 Atención Médica

el menos frecuente Descarga

PATOLOGIA MAS FRECUENTE Ictus, patología osteoarticular

PROCEDENCIA HOSPITAL mayoritaria
 Geriatria mayoritaria

PROCEDENCIA COMUNIDAD 30-50%

El transporte más adecuado es el microbús y es más económico si pertenece al propio centro. Algunos pacientes pueden venir por sus propios medios, generalmente trasladados por un familiar. La distancia desde donde los pacientes acuden con regularidad no debe superar los 18 Km. El tiempo que el paciente pasa en el microbús no debe superar la hora y media.

FUNCIONAMIENTO

El horario de funcionamiento será entre 7 u 8 horas diarias, que pueden ser de 9 de la mañana a 5 de la tarde.

Cuando el paciente es admitido debe realizarse una valoración integral. Es conveniente el uso de escalas de valoración estandarizadas.

Se deberán establecer unos objetivos claros con cada paciente y éstos deberán ser revisados al menos con una periodicidad mensual por todo el equipo interdisciplinario.

La asistencia media no debe superar las 2 veces por semana.

Se buscará que el número de nuevos sea elevado, al menos 3 semanales.

El índice de pacientes nuevos corregido deberá acercarse a 1.

La asistencia media total no debe superar los 20 días.

El porcentaje de ocupación no debe ser demasiado elevado, siendo adecuado el 80-85%.

Deberá objetivarse una mejoría al alta de los aspectos clínico, funcionales y / ó sociales de la mayoría de los pacientes.

Es conveniente que un elevado número de pacientes sea dado de alta a su domicilio y que la tasa de reingresos sea baja.

Es importante mantener una buena comunicación con el equipo de atención primaria y con los centros de día, para asegurar una continuidad de los cuidados que al paciente se le realizan en el hospital de día y los que deban realizarse cuando el paciente es dado de alta.

PERSONAL

Son varios los profesionales que forman parte del equipo geriátrico del hospital de día:

El médico debe dedicar al menos una jornada completa y tener un papel primordial en el funcionamiento del hospital de día. Un geriatra debe estar directamente implicado en su funcionamiento. Si está contratado un médico de otra especialidad, deberá tener

un buen conocimiento de las peculiaridades que tiene la atención al anciano frágil

La enfermera y auxiliar deben ser 2 ó 3 por centro, para que la proporción sea de 1 por cada 6 plazas.

La dotación de terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta será al menos de uno por cada 12 plazas.

Existirá al menos un trabajador social por 50 plazas.

También hay otro tipo de profesionales que colabora con el equipo central como son: psiquiatra, podólogo, rehabilitador, logoterapeuta, peluquero, voluntarios y objetores de conciencia en prestación social sustitutoria.

TIPO DE PACIENTE

La política de ingresos y el perfil del paciente que se beneficia de acudir al hospital de día geriátrico debe estar bien definido y debe ser conocido por quienes puedan remitir los pacientes.

La edad media estará cercana a los 75 años. Excepcionalmente acudirán menores de 65 años.

La patología más frecuente que motiva el ingreso es el

accidente cerebro-vascular y la patología osteoarticular.

Los motivos de asistencia serán la rehabilitación, la valoración integral, la atención médica y de enfermería. El mantenimiento de la capacidad funcional, el cuidado social y de descarga estarán en función de los recursos de plazas de centros de día que existan en la comunidad, a donde poder derivar a los pacientes.

Los pacientes se benefician de acudir al hospital de día por más de un motivo de asistencia. El más frecuente de estos motivos es la rehabilitación, sobre todo la terapia ocupacional, seguido por la atención médica. El menos frecuente debe ser el motivo social, que no debe superar el 10%.

La procedencia será mayoritariamente hospitalaria (sobre todo de geriatría). La procedencia de la comunidad también será importante, generalmente una tercera parte de los pacientes.

VI. CONCLUSIONES

1. Los hospitales de día geriátricos en España son de muy reciente apertura. Aunque la mayoría están ubicados en centros sanitarios que disponen entre 100 y 500 camas, el 85% no están en hospitales generales. Su capacidad media es de 17 plazas, su superficie media es de 219 m² y su radio de influencia desde donde pueden acudir los pacientes es de 18 Km.

2. La plantilla que trabaja en los hospitales de día geriátricos en España está formada por médico, personal de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y trabajador social. También acuden estudiantes de diferentes disciplinas. La dotación de personal médico y de fisioterapia está bien ajustada, mientras que la de enfermería y de terapia ocupacional es insuficiente respecto al número de plazas.

3. La edad media de los pacientes atendidos es de 72 años y los motivos de asistencia por orden de frecuencia son: 1º/ Terapia ocupacional, 2º/ Fisioterapia, 3º/ Tratamiento de enfermería y 4º/ Tratamiento médico. Los diagnósticos más frecuentes son el accidente cerebro-vascular y la patología osteoarticular.

4. Los parámetros de actividad indican que los hospitales de día geriátricos en España son poco dinámicos, ya que reciben pocos pacientes nuevos, tienen un IPNC bajo, una asistencia semanal alta y una asistencia media total elevada.

5. Los mejores índices de actividad se correlacionan con una mayor dotación de personal médico, con un bajo número de pacientes admitidos para descarga y con una alta procedencia hospitalaria de los pacientes.

6. Los hospitales de día geriátricos dependientes de servicios de geriatría tienen, respecto a los hospitales de día geriátricos dependientes del Servicio Catalán de Salud, una mayor dotación de personal médico, un número de horas de funcionamiento menor, el tipo de paciente es más anciano y acude en mayor porcentaje para terapia y atención médica y en menor proporción para descarga; también asisten menos pacientes con demencia. Además a los primeros acuden más pacientes remitidos desde el hospital y menos desde la comunidad y sus parámetros de actividad indican que son más dinámicos, ya que tienen una asistencia media semanal y una asistencia media total menor así como una rotación de pacientes mayor. Esta serie de diferencias, estadísticamente significativas, sugieren que los hospitales de día de ambos grupos, pueden ser considerados como niveles asistenciales en gran medida diferentes.

7. Los datos expuestos y discutidos en este estudio y su interpretación, además de permitir conocer la realidad actual de los hospitales de día geriátricos en nuestro país, pueden servir de coordenadas básicas a la hora de programar otros nuevos y de guía para la mejora y corrección de defectos de los ya existentes.

VII. ANEXOS

ENCUESTA INFORMATIVA SOBRE HOSPITALES DE DIA

CENTRO _____

NOMBRE y OCUPACION (de quien rellena la encuesta)

FECHA _____

1.-ESTRUCTURA del HD

-FECHA DE APERTURA DE HD: _____

-UBICACION: *Hospital : General
 Monográfico de Geriátria
 Otros (especificar) _____
 (Nº camas del Hospital: _____)
 *Residencia
 *Otros (especificar) _____

-Nº aprox. >64 a. que cubre el HD: _____

-TAMAÑO (m2 aprox.) _____

-TRANSPORTE PROPIO: Si No Tipo: * Ambulancia
 * Microbús
 * Taxi
 * Otros _____
 Duración del recorrido (minutos) _____
 Radiodel HD (Km.) _____

-AREA DE HOSPITALIZACION DE 1 DIA: Si No
 (Nº camas: _____)

-AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL Si No
 Especificar Actividades Vida Diaria:
 -Cocina Si No
 -Baño Si No
 -Otros: _____

-SALA DE CURAS Si No

-AREA DE FISIOTERAPIA: Si No

-SALA DE ESTAR-RECREO Si No

-COMEDOR Si No

-DESPACHOS (especificar): * Médico Si No
 * Enfermería Si No
 * Fisioterapeuta Si No
 * Ter. Ocupacional Si No
 * Otros: _____

-HORARIO:

2.- FUNCIONAMIENTO:

(Nota: ver ejemplo* de la última página para contestar este apartado)

- a) N° Máximo de pacientes que podrían acudir al HD en un día _____
- b) N° Pacientes diferentes que acuden a la semana _____
- c) N° Asistencias Totales a la semana _____
(n° de enfermos que acuden al día x 5 días)
- d) N° Pacientes que se atienden por primera vez en HD en 1 semana o en 1 mes _____
- e) Media de días totales que acuden los pacientes al HD (hacer un cálculo aproximado)
- <20
20-40
>40
- f) Centros de Día en el Sector: Si (n°) No

3.- PERSONAL

(Nota: Especificar si cada uno/a trabaja a TC-tiempo completo TP-tiempo parcial)

- MEDICOS (n°): * Geriatra :
* Residente :
* Otro (MOG, M. Familia, M General):
(estudiantes med.: Si No)
- ENFERMERAS (n°):
(estudiantes enf. : Si No)
- TERAPEUTAS (n°): -T. Ocupacional:
(estudiantes de T.O. : Si No)
- Fisioterapeuta:
(estudiantes de Fisio. : Si No)
- AUXILIARES (n°): -Enfermería:

-Terapeutas:
(estudiantes de Aux. : Si No)
- TRABAJADOR/A SOCIAL (n°):
(estudiantes de T.S. : Si No)
- CONDUCTORES/CELADORES (n°):
- ADMINISTRATIVOS :
- OTROS : *Logopeda _____ *Podólogo _____
*Dietista _____ *Psiquiatra _____
*Voluntarios _____
*Otros _____

-FAMILIA : *Información a la Familia : Semanal
Quincenal
Mensual
Otras _____

*Participación en la terapia : Si No

4.-PACIENTES:

(Nota: si es posible tomar como referencia los datos de una semana como mínimo.
Ver Ejemplo** de la última página para contestar este apartado)

a) Periodo de recogida de datos: _____

b) EDAD : *Máxima _____
*Mínima _____
*Media _____

c) SEXO : *nº Hombres _____
*nº Mujeres _____

d) MOTIVO/S de asistencia del pte. al HD actualmente (nº):
(Puede haber varios motivos por paciente)

*Rehabilitación:
Terapia Ocupacional _____
Fisioterapia _____
*Mantenimiento _____
*Valoración _____
*Descarga de cuidadores _____
*Tratamiento Médico _____
*Tratamiento Enfermería _____
*Otros _____

e) PATOLOGIA principal que Motiva la Asistencia al HD (nº):
(Solo UNA por paciente)

*ACV _____
*Osteoarticular _____
*Neurológica: Parkinson _____
Otras _____
*Cardiológica _____
*Respiratoria _____
*Incontinencia _____
*Demencia _____
*Trastornos Afectivos _____
*Otros _____

f) FUENTE de Pacientes:

*Hospital (S. Geriatria) : _____
*Hospital (Otros Servicios):
 Med. Interna _____
 Cirugia Gral. _____
 Trauma-Ortope. _____
 Otros _____
*Domicilio (M. Familia): _____
*Domicilio (tras valoración por
 S. Geriatria) : _____
*S. Sociales : _____
*Familia : _____
*Otros _____

g) DESTINO al ALTA

(nota: si no se dispone de datos, dar opinión
aproximada, por ej.: mayoría, minoría, etc.)

*Domicilio
*Centro de Día

*Residencia
*Reingresos: Hospital
 H Día

5.- COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:

HOJAS DE INSTRUCCIONES:

(*) Ejemplo para rellenar apartado 2 :

Supongamos un HD de 25 plazas, al que acuden un total de 50 pacientes distintos en la semana que estamos analizando, alguno de los cuales lo hace 1 día por semana, otros 2, otros 3, etc., de tal forma que el nº de pacientes que se atienden cada día de la semana son: L-21; M-18; X-20; J-22 y V-21.

Supongamos igualmente que de estos 50 pacientes distintos, 5 acuden por primera vez al HD esta semana. Así mismo, supongamos que sabemos que la media de días que los pacientes suelen acudir a este HD es 30 sesiones desde que acuden por primera vez hasta que se les da el alta.

Con estos datos podríamos rellenar los puntos a-e de la siguiente forma:

- a) 25 pacientes al día
- b) 50 pacientes diferentes a la semana
- c) $21+18+20+22+21=102$ atenciones a la semana
- d) 5 pacientes nuevos a la semana
- e) 30 días de media por paciente, por lo que debieramos señalar 20-40

(**) Ejemplo para rellenar apartado 4 :

Siguiendo con el ejemplo anterior (50 pacientes diferentes atendidos en una semana) y consultando las fichas de cada uno de ellos podríamos rellenar los puntos de este apartado como siguen:

a) 6 al 10 de Abril de 1992

b) Edad: Maxima= 94
Minima= 68
Media = 79

c) Sexo: Hombres= 22
Mujeres= 28

d) Motivo de asistencia actual al HD

Rehabilitación: Ter. Ocup.-	30
Fisioter.-	18
Mantenimiento -----	10
Valoración -----	20
Descarga cuidadores -----	6
Tto. médico -----	14
Tto. enfermería -----	16
Otros -----	1 (consulta As.Soc)

Total ----- 114 (Aunque hemos analizado solo 50 ptes., alguno de ellos podía ser atendido actualmenmte por más de un motivo)

e) Patología principal que motiva la asistencia

ACV -----	21
Osteoartic.-----	14
Parkinson -----	6
Incontinencia ---	5
Trast. Afectivos-	3
Otros -----	1 (por MM, para transfundirle)

Total ----- 50 (aunque la mayoría de los pacientes presentarán pluripatología, reseñar solo aquella que sea el motivo más importante para acudir al HD, de tal forma que el nº total sea idéntico al de pacientes atendidos)

f) Fuente de pacientes

Hospital (S. Geriatria) -----	30
Hospital (Otros serv.) -----	8
Domicilio (Med. Fam.) -----	3
Domicilio (tras valora. por geriat.)-	7
Otros (S. sociales) -----	2

Total ----- 50 (debe coincidir con el nº total de pacientes)

g) Destino al alta

Domicilio : la mayoría
Centro de día: el 50% aprox.
Residencia: aprox. un 10%
Reingresos: Hospital- infrecuentes
 HD- aprox. un 15%

VIII. BIBLIOGRAFIA



1. Bourlière F, Vallery-Masson I. Epidemiology and ecology of aging. En: Brocklehurst JC ed. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (3ª ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone. 1985: 3-28.
2. Cassel Ch K, Brody JA. Demography, Epidemiology, and Aging. En Cassel Ch K, RiesenberG DE, Sorensen LB, Walsh JR (eds). Geriatric Medicine (2ª Ed). En New York: Springer-Verlag. 1990: 16-27.
3. Ruiz Torres A. Biología del envejecimiento. En Salgado A, Guillén F (Eds). Manual de Geriatria. Barcelona: Salvat Editores S.A. 1990: 19-27.
4. OMS. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Serie de Informes Técnicos. 706. En Ginebra: OMS. 1984.
5. Proyecciones de la población española 1980-2020. Tomo I. Resultados para el conjunto nacional. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1991.
6. Strawbridge WJ, Kaplan GA; Camacho T, Cohen RD. The dynamics of disability and functional change in an elderly cohort: results from Alameda Country Study. J Am Geriatr Soc 1992; 40: 799-806.
7. Fries JF, Green LW, Levine S. Health promotion and compression of morbidity. Lancet 1989; I: 481-483.

8. Katz S, Branch LG, Branson MH et al. Active life expectancy. N Engl J Med 1983; 309: 1.218-1.224.
9. Schneider EL. Reed JD. Life extension. N Engl J Med 1985; 312: 1159-1168.
10. INSERSO. La Tercera Edad en España: necesidades y demandas. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.
11. González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén LLera F. Geriatria y asistencia geriátrica: Para quién y cómo (I). Med Clín (Barc) 1991; 96: 183-188.
12. Williamson J. Geriatric medicine: Whose speciality?. Ann Intern Med 1979; 91: 774-777.
13. Salgado Alba A. Geriatria, especialidad médica, historia. Problemas médico-sociales que plantean los ancianos. En Salgado A, Guillén F, eds. Manual de Geriatria. Barcelona. Salvat Ed, 1990: 29-39.
14. Salgado Alba A. Geriatria. Historia, definición, objetivos y fines. Errores conceptuales. Asistencia geriátrica. Medicine (Madr) 1983; 50 (Tercera serie): 3.235-3.239.
15. Matthews DA. Dr. Marjory Warren and the origin of British

- geriatrics. J Am Geriatr Soc 1984; 32: 253-258.
16. Williamson J. Geriatric medicine in Great Britain: Past, present and future. Eur J Gerontol 1991; 2: 127-134.
17. Burley LE, Currie CT, Smith RG, Williamson J. Contribution from geriatric medicine within acute medical wards. Br Med J 1979; 2: 90-92.
18. British Geriatrics Society. Training Committee. Training and manpower in geriatric medicine. London: British Geriatrics Society, 1991.
19. Hall MRP. Delivery of health care in United Kingdom. En: Pathy MSJ, ed. Principles and Practice of Geriatric Medicine (2^a ed.). Chichester (England): John Wiley and Sons, 1991: 1463-1485.
20. Group of European Professors in Medical Gerontology. Teaching Medical Gerontology in Europe. Age Ageing 1994; 23: 179-181.
21. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos. Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos n° 548. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1974.
22. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Organización de las Naciones Unidas. Viena, 1982.

23. Butler RN. Geriatrics and internal medicine. *Ann Intern Med* 1979; 91: 903-908.
24. Epstein AM, Hall JA, Besdine R et al. The emergence of geriatric assessment units. The "new technology of geriatrics". *Ann Intern Med* 1987; 106: 299-303.
25. American Medical Association Council on Scientific Affairs. American Medical Association White Paper on Elderly Health. *Arch Intern Med* 1990; 150: 2459-2472.
26. Rowe JW, Grossman E, Bond E. Institute of Medicine Committee on Leadership For Academic Geriatric Medicine, Academic Geriatric for the year 2000. An Institute of Medicine Report. *N Eng J Med* 1987; 316: 1425-1428.
27. American Geriatrics Society Committees on Education, Public Policy and Research. Response to the Institute of Medicine Report "Academic Geriatrics in the year 2000" from the American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35: 1105-1106.
28. Salgado Alba A. Geriatria, especialidad médica. En Salgado Alba A, Guillén Llera F, Díaz de la Peña J, ed. *Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica*. Barcelona: Salvat Ed. 1986: 29-39.
29. Lindsay RW, Barker WH. Delivery of health care in the United

States. En: Pathy MSI (Ed) Principles and Practice of Geriatric Medicine (2ª ed.). Chechester (England): John Wiley and Sons, 1991: 1487-1503.

30. Salgado Alba A, Guillén Llera F. Unidades geriátricas de hospitalización. En Salgado A, Guillén F, eds. Manual de Geriatria. Barcelona. Salvat Ed, 1990: 53-60.

31. Guillén Llera F. Unidades geriátricas de hospitalización. En Salgado Alba A, Guillén Llera F, Díaz de la Peña J, ed. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Barcelona: Salvat Ed, 1986: 59-67.

32. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc 1983; 31: 721-727.

33. Brocklehurst JC, Hanley T Eds. Geriatric Medicine for Students. (versión española). En Barcelona: Ediciones TORAY, 1979.

34. Brody SJ. Magel JS. DRG-The second revolution in health care for the elderly. J Am Geriatr Soc 1984; 32: 676-679.

35. Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-making. J Am Geriatr Soc 1988; 36:

342-347.

36. Salgado Alba A, Mohino de la Torre JM, Del Valle Operé I, et al. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986; 21: 105-112.

37. Buckley EG. Williamson J. Wath sort of "health checks" for older people?. Br Med J 1988; 296: 1144-1145.

38. Williamson J. Smith RG. Burley LE. Prevention, screening and case finding in primary care. En: Williamson J. Smith RG. Burley LE. ed. Primary Care of the Elderly. A Practical Approach. Bristol: IOP Publishing Limited, 1987: 141-157.

39. González JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. Atención Primaria 1992; 9: 219-226.

40. Muir Gray JA, Almind G, Freer C, Warshaw G. Screening and case finding. En: Muir Gray JA. Prevention of disease in the elderly. New York, Churchill Livingstone, 1985: 51-53.

41. Winograd CH, Gerety MB, Chung E, et al. Screening for Frailty: Criteria and predictors of outcomes. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 778-784.

42. Young A. There is no such thing as geriatric medicine, and it's here to stay. *Lancet* 1989; II: 263-265.

43. Rubenstein LZ, Wieland D, English P, Josephson K, Sayre JA, Abrass IB. The Sepulveda VA geriatric evaluation unit: Data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1984; 32: 503-513.

44. Winograd CH, Gerety MB, Brown E, Kolodny V. Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 1113-1119.

45. Besdine RW. The maturing of geriatrics. *N Engl J Med* 1989; 320: 181-182.

46. Hogan DB, Fox RA. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age Ageing* 1990; 19: 107-113.

47. Reuben DB, Wolde-Tsadick G, Pardamean BS, et al. The use of targeting criteria in hospitalized HMO Patient: Results from the demonstration phase of the Hospitalized Older Persons Evaluation (HOPE) Study. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 482-488.

48. Robbins LJ, Oboler SK. The hospitalized elderly patient. *Clin Geriatr Med* 1990; 6: 54-67.

49. Andrews K, Brocklehurst J Eds. Variations in the style of geriatric practice. British Geriatric Medicine in the 1980s. London: King Edward's Hospital Fund for London, 1987.

50. Hale WE Perkins LL May FE et al. Symptom prevalence in the elderly. An evaluation of age, sex, disease, and medication use. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 333-340.

51. Muño Mínguez A, González Ramallo VJ, Rodríguez de Castro E et al. Asistencia en un servicio de urgencias: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. Rev Clin Esp 1988; 182: 374-378.

52. Rodríguez Artalejo F, González Montalvo JI, Sanz Segovia F et al. La urgencia geriátrica frente a la urgencia en la edad adulta: análisis retrospectivo de las urgencias médicas de un hospital general. Med Clin (Barc) 1989; 93: 411-414.

53. González Montalvo JI, Elosua de Juan I, Guillén Llera F. El anciano en el servicio de urgencias: algunos mitos y algunas respuestas. Rev Clin Esp 1990; 178: 348-352.

54. Baztán Cortés J, González Montalvo JI, Rodríguez Mañas L, et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clin (Barc) 1994; 103: 441-444.

55. Denman SJ, Ettinger WH, Zarkin BA, Coon PJ, Casani JA. Short-term outcomes of elderly patients discharged from an emergency department. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 937-943.
56. Warren MW. Care of chronic aged sick. *Lancet* 1946; I: 841-843.
57. Radecki SE, Kane RL, Solomon DH. Are physicians sensitive to the special problems of older patients?. *J Am Geriatric Soc* 1988; 36: 719-725.
58. Rubenstein LZ. Geriatric assessment an overview of its impact. *Clin Geriatr Med* 1987; 3: 1-15.
59. American Geriatric Society Policy Committee. Comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 473-474.
60. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Essentials of clinical geriatrics*. En New York. Mc Graw Hill 1989: 47-78.
61. Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment. *Ann Intern Med* 1988; 108: 724-727.
62. Williamson J, Stokoe IH, Gray S et al. Old people at home. Their unreported needs. *Lancet* 1964; I: 1117-1120.
63. Radecki SE, Kane RL, Solomon DH et al. Do physicians spend

less time with older patients?. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 713-718.

64. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized trial. Br Med J 1984; 289: 1.522-1524.

65. Salgado Alba A, González Montalvo JI. Importancia de la valoración geriátrica. En Salgado A, Alarcón MT (Eds). Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson, 1993: 1-18.

66. Kay DWK. Ageing of the population: measuring the need force care. Age Ageing 1989; 18: 73-76.

67. Gil Gregorio P. Posibilidades que ofrece la asistencia geriátrica en el anciano con problemas neurológicos. En Ribera Casado JM (Ed). Patología neurológica y psiquiátrica en geriatría. Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos SA 1989: 225-238.

68. Ford AB, Folmar SJ, Salmo RB et al. Health and function in the old and very old. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 187-197.

69. Williams ME, Haldler NM. The illness as the focus of geriatric medicine. N Engl J Med 1983; 308: 1357-1360.

70. Branch LG, Meyers AR. Assessing physical function in the

elderly. Clin Geriatr Med 1987; 3 (1): 29-52.

71. Norain P, Rubenstein LZ, Wieland GD et al. Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients. The importance of functional status. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 775-783.

72. Campbell AJ, Diep C, Reinken J, McCosh L. Factors predicting mortality in a total population sample of the elderly. J. Epidemiol Commun Health 1985; 39: 337-342.

73. Incalzi AR, Capparella O, Gemma A, et al. A simple method of recognizing Geriatric patient at risk for death and disability. J Am Geriatr Soc 1992; 40: 34-38.

74. Fields SD, Mackenzie CR, Charlson ME, Sax FL. Cognitive impairment. Can it predict the course of hospitalized patients?. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 579-585.

75. Knopman DS, Kitto J, Deinard S, Heiring J. Longitudinal study of death and institutionalization in patients with primary degenerative dementia. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 108-112.

76. González Montalvo JI, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quien y cómo (II). Med Clén (Barc) 1991; 96: 222-228.

77. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S et al. Health status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. J Am Geriatr Soc 1988; 37: 562-569.
78. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984; 311: 1664-1670.
79. Rubenstein LZ, Goodwin M, Hadley E, et al. Working group recommendations: Targeting Criteria for Geriatric Evaluation and Management Research. J Am Geriatr Soc 1991; 39 Supl: 37S-41S.
80. Calkins DR, Rubenstein LV, Cleary PD et al. Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patient. Ann Intern Med 1991; 114: 451-454.
81. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians. Comprehensive functional assessment for elderly patients. Ann Intern Med 1988; 109: 70-72.
82. Blumenfield S, Morris J, Sherman FT. The geriatric team in the acute care hospital: an educational and consultation modality. J Am Geriatr Soc 1982; 30: 660-664.
83. Williams ME, Williams TF, Zimmer JG et al. How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with

tradicional care: a report of a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 1.071-1.078.

84. Ramsdell JW, Swart JA, Jackson JE, Renwall M. The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. J Am Geriatr Soc 1989; 37: 17-24.

85. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes: Overview of the Evidence. J Am Geriatr Soc 1991; 39 Supl: 8S-16S.

86. Jahnigen DW, Applegate BW, Cohen HJ, et al. Working Group Recommendations: Research on Content and Efficacy of Geriatric Evaluation and Management Interventions. J Am Geriatr Soc 1991; 39 Supl: 42S-44S.

87. Applegate WB. Use of assessment instruments in clinical settings. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 45-50.

88. Tsukuda RA. Interdisciplinary Collaboration : Teamwork in Geriatrics. En: Cassel CK ed. Geriatric Medicine (2ª ed). Nueva York: Springer-Verlag, 1990: 668-675.

89. Campbell LJ, Cole KD. Geriatric assessment teams. En: Rubenstein LZ, Campbell Lj, Kane RL, ed. Geriatric Assessment. Clin Geriatr Med 1987; 3: 99-116.

90. Williams ME. Identifying the older person likely to require Long-Term care services. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 761-766.

91. Foley CJ, Libow LS, Charatan FB. The Team approach to Geriatric Care. En: Hazzard WR ed. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1990: 184-191.

92. Brocklehurst JC. The geriatrics service and the day hospital. En: Brocklehurst JC ed. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (4^a ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992: 1005-1015.

93. Somers AR. Insurance for long-term care. Some definitions, problems, and guidelines for action. N Engl J Med 1987; 317: 23-29.

94. Barker RA. The role of Geriatric Medicine. En: Kane RL, Evans JG, MacFadyen D (Eds). Improving the Health of Older People: a World View. Oxford (England): Oxford University Press, 1990: 440-451

95. Wetle T. Social Issues. En: Abrams WB, Berkow R Eds. The Merck Manual Of Geriatrics. Rahway; NJ (USA): Merck & CO. INC., 1990: 1127-1135.

96. Evans JG. Hospital services for the elderly people. The

United Kingdom experience. En: Evans JG, Williams TF Eds. Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Oxford (England): Oxford University Press, 1992: 703-706.

97. Coni N, Davidson W, Webster S Eds. Geriatric Medicine. En: Lecture Notes on Geriatrics (3^{ed}). Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1989: 1-13.

98. Cayley ACD Ed. Organization of a geriatric service. En: Cayley ACD Ed. Hospital Geriatric Medicine. London: Edward Arnold 1987; 3-6.

99. Pawlson LG. Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internist versus geriatricians. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 202-208.

100. Rai GS, Murphy P, Pluck RA. Who should provide hospital care of elderly people? Lancet 1985; I: 683-685.

101. Hildick-Smith M. Why day hospital? The place of the day hospital within a comprehensive geriatric service, comparative cost and reasons for patients' attendance. Eur J Gerontol 1991; 2: 118-121.

102. López Esqueda J, González IM, Del Valle I, Guillén F. Hospital de día. Eficacia en el control del paciente anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1988; 23: 309-314.

103. Applegate WB, Miller ST, Graney MA, et al. A randomized controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990; 322: 1572-1578.
104. Lefton E, Bonstelle S, Frengley JD. Success with an inpatient geriatric unit, a controlled study of outcome and follow-up. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 149-155.
105. Applegate W, Akins DE, Elam JT. A geriatric rehabilitation and assessment unit in a rehabilitation hospital. En : Rubenstein LZ, Campbell Lj, Kane RL, ed. *Clin Geriatric Med* 1987; 3: 145-154.
106. Teasdale TA, Shuman L, Snow E, Luchi RJ. A comparison of placement outcomes of geriatric cohorts receiving care in a geriatric assessment unit and on general medicine floors. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 529-534.
107. Carbonell Collar A, Martínez González ML, Marcos García M, Mesas Sotos R, Salgado Alba A. Unidad de media estancia: seguimiento intra y extrahospitalario de 272 pacientes ingresados. *Rev Esp Geriatric Gerontol* 1986; 309-315.
108. Applegate WB, Akins D, Zwaag RV, et al. A geriatric rehabilitation and assessment unit in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 206-210.

109. Reed RL, Gerety MB, Winograd CH. Expanded access to rehabilitation services for older people. An urgent need. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 1055-1056.
110. Baztán Cortés JJ, Hornillos Calvo M, González Montalvo JI. Hospital de día geriátrico: estructura, funcionamiento y efectividad. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 699-704.
111. Baztán JJ, Bravo G, Jiménez-Rojas C, Hornillos M. Asistencia geriátrica en el Reino Unido: ¿Un modelo a seguir?. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 96-110
112. MacLennan WJ. Private nursing home: the middle way. *Br Med J* 1988; 296: 732-733.
113. Ouslander JG. Nursing Home Care. En: Hazzard WR ed. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. En New York: Mc Graw-Hill, 1990: 331-348.
114. Salgado Alba A. Unidades de larga estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1987; 22: 107-110.
115. Clark LP, Dion DM, Barker WH. Taking to bed. Rapid functional decline in an independently mobile older population living in an intermediate-care facility. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 967-972.

116. Havens B. Home care and day care for the elderly. En: Kane RL, Evans JG, McFadyen D (eds.). Improving the health of older people. A World view. Oxford: Oxford University Press and WHO, 1990: 452-472.

117. Hodes Ch. Care of the elderly in general practice. Br Med J 1973; 4: 41-42.

118. Braun KL, Rose CHL. Geriatric patient outcomes and cost in three settings: nursing home, foster family and own home. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 387-397.

119. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians. Long-term care for the elderly. Ann Intern Med 1984; 100: 760-763.

120. Kane RA, Kane RL. The feasibility of universal long-term care benefits. Ideas from Canada. N Eng J Med 1985; 312: 1357-1364.

121. González-Montalvo JI, Jaramillo Gómez E, Rodríguez Mañas L et al. Estudio evolutivo de los pacientes en Asistencia Geriátrica Domiciliaria a los 18 meses. Rev Clin Esp 1990;

122. Serra Rexach JA, Rexach Cano L, Cruz Jentoft, et al. Asistencia Geriátrica Domiciliaria: veinte meses de experiencia. Rev Clin Esp 1992; 191: 405-411.

123. Eisdorfer C. Care of the aged: the barriers of traditions. *Ann Intern Med* 1981; 94: 256-260.
124. Vladeck BC. Understanding long-term care. *N Engl J Med* 1982; 307: 889-890.
125. Bortz WM. The institutionalization of geriatrics. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 899-901.
126. Fergurson Anderson W. Organization of health care services for the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 240-244.
127. Hendriksen C, Lund E, Stogard E. Hospitalization of elderly people. A 3-year controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 117-122.
128. Hendriksen C. Preventive home visits among elderly people. *Dan Med Bull* 1992; 39: 256-257.
129. Calvo Aguirre JJ, Alvarez de Arcaya VM, Arangúren Alberdi L, Rodríguez Ezcurra. Estudio de la población geronte demandante de institucionalización en San Sebastián. Análisis de alternativas a la misma. Libro de Reuniones XV Reunión de la Soc Esp Geriatr Gerontol. Segovia 1989: 55.
130. Martin DC, Morycz RK, McDowall Bj et al. Community-based geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 602-606.

131. Brocklehurst JC. Role of day Hospital care. Br Med J 1973; 4: 223-225.
132. Donaldson C, Wright KG, Maynard AK, et al. Day hospital for the elderly: utilisation and performance. Community Med 1987; 9: 55-61.
133. Vaughan PJ. Developments in psychiatric day care. Br J Psychiatry 1985; 147: 1-4.
134. García Sierra JL. Hospital de día geriátrico. En: Salgado A, Guillén F eds. Manual de Geriatria. Barcelona: Salvat 1990: 61-72.
135. García Sierra JI. Hospital de día geriátrico. En: Salgado A, Guillén F, Díaz de la Peña J eds. tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Barcelona: Salvat, 1986: 69-78.
136. Miquel-Collell C, Asenjo MA. La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria. Med Clin (Barc.) 1992; 98: 134-136.
137. Frincke JG, Gaehde SA, Rubins HB. The medical day hospital. A new concept in ambulatory medical education. Arch Intern Med 1990; 150: 533-536.
138. Mor V, Stalker MZ, Gralla R, Scher HI, Cimma C, Park D, et

al. Day hospital as alternative to inpatients for cancer patients: a random assignement trial. J Clin Epidemiol 1988; 41 (8): 771-785.

139. Brocklehurst JC. Hospital geriátrico de día. En: Exton-Smith AN, Weksler ME eds. Practical Geriatric Medicine (ed. española). Barcelona: Editorial Pediátrica, 1988: 527-530.

140. Evans JG. The appraisal of hospital geriatric services, Community Med 1983; 5: 242-250.

141. Brocklehurst JC, Tucker JS. Progress in geriatric day care. London: King Edward's Hospital Fund for London 1982.

142. Hildick-Smith M. Geriatric rehabilitation in day hospital. Int Rehab Med 1985; 7: 120-124.

143. Vetter NJ. Geriatric day hospital. Age Ageing 1989; 18: 361-363.

144. Irvine RE. Geriatric day hospitals: present trends. Health Trends 1980; 12: 68-71.

145. Martin A, Millard PH. Day hospital for the elderly: therapeutic or social?. Report of a study of day hospitals taking elderly patients in the South West Region. London: St George's Hospital Geriatrics Teaching and Research Unit, 1978.

146. Macfarlane JPR, Colling T, Graham K, MacIntosh JC. Day hospital in modern clinical practice - cost benefit. Age Ageing 1979; 8: 80-86.

147. Bhattacharyya BK, Isherwood J, Sutcliffe RLG. Survey of elderly day patients during a period of industrial action. Age Ageing 1980; 9: 106-111.

148. Ramaiah RS, Jones DT. Comparison of patients attending general practitioner and consultant hospitals for the elderly. J R Coll Gen Pract 1984; 34: 505-508.

149. Payne S, Ramaiah RS. The importance of general practitioner day hospitals. Practitioner 1986; 230: 199-200.

150. Hildick-Smith M. General practitioners' views of geriatric day-hospital. Practitioner 1981; 255: 127-131.

151. Bliss MR, Schofield M. A pilot leg ulcer clinic in a geriatric day hospital. Age Ageing 1993; 22: 279-284.

152. Martin A, Millard PH. Effect of size on the function of three day hospital: The case for the small unit. J Am Geriatr Soc 1976; 24: 506-510.

153. Williams ES, Clementson G. General practitioners' views on geriatric day hospital care. Br J Gen Pract 1991; 126.

154. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540-545.

155. Graham H, Livesley B. Can readmissions to a geriatric medical unit be prevented?. *Lancet* 1983; I: 404-496.

156. Minkler M, Langhauser B. Assessing health differences in an elderly population: A five-year follow-up. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36; 113-118.

157. Pathy MS. Day hospital for geriatric patients. *Lancet* 1969; II: 533-535.

158. Hildick-Smith M. Geriatric day hospitals: practice and planing. *Age Ageing* 1980; 9: 38-46.

159. Morales Martínez F, Carpenter AJ, Williamson J. The dinamics of a geriatric day hospital. *Age Ageing* 1984; 13: 34-41.

160. Barker LC, McCarty ST. Geriatric day hospital: consultant and community units compared. *Age Ageing* 1989; 18: 364-370.

161. Farquhar DL, Blanchard P, Murphy T. Evolution in geriatric day hospital. A seven years follow-up. *Health Bull* 1989; 47: 68-71.

162. Eagles JM. The functions and effectiveness of a day hospital for demented elderly. Health Bull 1984; 42: 87-91.
163. Greene JG, Timbury GC. A geriatric psychiatry day hospital service: a five-year review. Age Ageing 1979; 8: 49-53.
164. Wimo A, Mattsson B; Adolfsson R, Eriksson T, Nelvig A. Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization, a controlled Swedish study. Scand J Primary Health Care 1993; 11: 117-123.
165. Greenfield PR. A departmental view. Gerontol Clin 1974; 16: 307-314.
166. Jones DJ, Ramaiah RS. Day hospital care by medical practitioners in a cottage / community hospital. Br Med J 1981; 283: 1439- 1442.
167. Halliburton PM, Wrigh WB. Variation in standard of hospital geriatric care. Lancet 1973; I: 1300-1302.
168. Evans GJ. Integration of geriatric with general medical services in Newcastle. Lancet 1983; I: 1430-1433.
169. Rai Gs, Murphy P. Analisis of a geriatric day hospital. Age Ageing 1985; 14: 139-142.

170. Martín A, Millard PH. The new patient index. A method of measuring the activity of day hospitals. Age Ageing 1975; 4: 119-122.
171. Vetter NJ. How to assess the value of the geriatric day hospitals: a problem in operational research. European J Gerontol 1991; 1: 67-73.
172. Anand KB, Thomas JH, Osborne KL, Asmolski R. Cost and effectiveness of a geriatric day hospital. J R Col Phys 1982; 16: 53-56.
173. Solano Jaurrieta JJ, González González JE, Díaz Pérez JM, Fernández León A. Hospital de día de geriatría: aproximación a un estudio de costes. Rev Esp Ger Gerontol 1993; 28: 24.
174. López Polonio B, González Montalvo JI, Sanchez del Corral F et al. Estudio de costes en el hospital geriátrico de día. Resultados preliminares. Rev Esp Ger Gerontol. 1994; 29: 30.
175. Mercadal MP, Morlanes T, Cánovas C. Hospital de día. Estudio de costes. Rev Esp Ger Gerontol 1992; 27: 30.
176. British Geriatric Society. Provision of services by departments of Geriatric Medicine. London: British Geriatric Society, 1988.

177. Hildick-Smith M. Geriatric day hospital - changing emphasis in cost. Age Ageing 1984; 13: 95-100.

178. Ross DN. Geriatric day hospital: Counting the cost compared with other methods of support. Age Ageing 1976; 5: 171-175.

179. Gilleard CJ, Gilleard E, Whittick JE. Impact of psychogeriatric day hospital care on the patient's family. Br J Psychiatr 1984; 487-492.

180. Eagle JD, Guyatt GH, Patterson CH et al. Effectiveness of a geriatric day hospital. Can Med Assoc J 1991; 144: 699-704.

181. Eagle JD, Guyatt GH, Patterson CH, Turpie I. Day hospitals' cost and effectiveness: a summary. The Gerontologist 1987; 27: 735-740.

182. Donaldson C, Wright K, Maynard A. Determining value for money in day hospital care for the elderly. Age Ageing 1986; 15: 1-7.

183. Young JB, Foster P. The Bradford community stroke trial: results at six months. Br Med J. 1992; 304: 1085-1089.

184. Gladman J, Whynes D, Lincoln N for the DOMINO Study Group. Cost comparison of domiciliary and hospital based stroke rehabilitation Age Ageing 1994; 23: 241-245.

185. Gladman J, Lincoln N for the DOMINO Study Group. Follow-up of a controlled trial of domiciliary stroke rehabilitation. *Age Ageing* 1994; 23: 9-13.

186. Gladman JR, Lincoln NB, Barer DH. A randomised controlled trial of domiciliary and hospital-based rehabilitation for stroke patients after discharge from hospital. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 960-966.

187. Zeeli D, Isaacs B. The efficiency and effectiveness of geriatric day hospitals. *Postgrad Med J* 1988; 64: 683-686.

188. Pérez Millán I, Cerón Fernández A. Un hospital de día: análisis de resultados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27: 31.

189. Gamboa B, Morlanes T, Galindo I, et al. Uso de escalas de actividades de la vida diaria en un hospital de día geriátrico. *Rev Gerontol* 1992; 2: 117-120.

190. Hornillos M, Alcaide C, Ucedo M; Ruipérez I. Desarrollo de un hospital de día geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27: 68.

191. Berrey PNE. Increase in acute admission and deaths after closing a geriatric day hospital. *Br Med J* 1986; 292: 176-178.

192. Weiler PG, Kim P, Pickard LS. Health Care for the Elderly Americans: Evaluation of an adult day health care model. Med care 1986; 14: 700-708.
193. Tucker MA, Davidson JG, Ogle SJ. Day hospital rehabilitation - effectiveness and cost in the elderly: a randomised controlled trial. Br Med J 1984; 289: 1209-1212.
194. Peach H, Pathy MS. Evaluation of patients' assessment of day hospital care. Br J Prev Soc Med 1977; 31: 209-210.
195. Hornillos M, Moncada CE. Una evaluación en un hospital de día geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol 1990; 25: 203-206.
196. Morishita L, Siu AL, Wang RT, et al. Comprehensive geriatric day care in a day hospital: a demonstration of the British Model in the United states. The Gerontologist 1989; 3: 336-340.
197. Oster C, Kibat WH. Evaluation of a multidisciplinary care program for stroke patients in a day care center. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 63-69.
198. O'Shea E, Blackwell J. The relationship between the cost of community care and the dependency of old people. Soc Sci Med 1993; 37: 583-590.
199. Cummings V, Kerner JF, Arones S, Steinbock C. Day hospital

service in rehabilitation medicine. An evaluation. Arch Phys Med Rehab 1985; 66: 86-91.

200. Weissert WG, Elston JM, Bolda EJ, et al. Models of adult day care: Finding from a national survey. The Gerontologist 1989; 29: 640-649.

201. Cucullo JM, Gamboa B, Galindo J. Hospital de día geriátrico: valoración de la calidad asistencial. Rev Esp Ger Gerontol 1992; 27: 13.

202. Doherty N, Hicks B. The use of cost-effectiveness analysis in geriatric day care. The Gerontologist 1975; 15: 412-417.

203. Wimo A, Ineichen B, Kallionen M. Assessment of productivity of psychogeriatric day care. Intern J Ger Psychiatr 1993; 8: 675-679.

204. Jackson MF. Day care for handicapped elders: an evaluation study. Can J Public Health 1983; 74: 348-351.

205. Health of the Elderly. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series. WHO, Geneva 1989.

206. Williams EI. Caring for elderly people in the community (2nd ed). En london: Champman and Hall 1989.

207. Ministerio de Asuntos Sociales. Plan experimental de atención a personas mayores en régimen de estancias diurnas en centros del inserso. Circular. Num 11/I/92.

208. Gerard K. An appraisal of the cost-effectiveness of alternative day care setting for frail elderly people. Age Ageing 1988; 17: 311-318.

209. Conrad KJ, Hughes SL, Hanrahan P, Wang S. Clasificación de adult day care: a Cluster analysis of services and activities. J Gerontol 1993; 48: S112-S122.

210. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Asesoramiento y Planificación Sanitaria. Subdirección General de Planificación Sanitaria. "Ordenación de los servicios para la atención sanitaria a las personas mayores". Rev Esp Ger Gerontol 1994; 29: 41-56.

211. R-SIGMA BARBER. (c) Horus Hardware S.A. 1991.

212. Carrasco de la Peña JL. El método estadístico en la investigación médica. Editorial Ciencia 3, SA. Madrid, 1986.

213. Armitge P, Berry G. Estadística para la investigación biomédica. Barcelona: Ediciones DOYMA SA. 1992.

214. Gomez Batiste-Alertorn J, Fontanals de Nadal MD. Roige

Canals P, et al. Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. *Todo Hospital* 1992; 84: 17-26.

215. Prinsley DM. Effects of industrial action by the ambulance service on day hospital patients. *Br Med J* 1971; 3: 170-171.

216. British Medical Association. Board of science and education report of the working party on services for the elderly. London B.M.A. 1976: pp.56.

217. Baztán JJ, Marañón E, Fernández Lázcano. Hospital de Apoyo: un modelo de organización eficiente. *Rev Esp Ger Gerontol* 1994; en prensa.

218. Williams ES, Jesudason TA, Singh S. Referring patients to geriatric Day hospital: a survey of general practitioners' opinion. *J R C Gen Pract* 1988; 38: 498-499.

219. Santamaría Ortiz J, Martin BJ, Devine BL. Análisis de funcionamiento de un hospital de día geriátrico: Eficiencia y Eficacia. *Rev Esp Ger Gerontol* 1994; 29: 211-214.

220. Research Unit of the Royal College of Physicians and the British Geriatrics Society. Geriatric Day Hospitals. Their role and Guidelines for good practice. Londres: Royal College of Physicians of London. Enero 1994.

221. Dickinson E, Brocklehurst JC. Clinical audit scheme for geriatric day hospitals. Londres: Royal College of Physicians of London. Agosto 1994.

VERIFICADA EN EL DIA DE HOY LA LECTURA DE LA TESIS
TITULADA HOSPITALES de DIA GERIATRICOS en ESPAÑA
UN ESTUDIO DESCRIPTIVO de SU ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO
DE LA CUAL ES AU TOR DEL PERCELO HORNILLO
CALVO.

OBTUVO POR ~~EL~~ LA CALIFICACION DE CON CALVO

Madrid, 22 de MARZO de 19 95

El Presidente,

El Vocal,

El Vocal,

El Vocal,

El Vocal Secretario,