

Necesidades sociosanitarias en las residencias para personas mayores

Octubre 2025



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad



Informe perfil de residentes

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

Documento Elaborado por: Antares Consulting

Fecha de publicación: octubre 2025

ÍNDICE

1. Introducción y metodología	4
2. Resumen ejecutivo	7
3. Oferta de residencias y hospitales de media estancia en España	14
4. Necesidades sociosanitarias en las residencias en España	22
5. Evidencia científica publicada a nivel nacional e internacional	31
6. Modelos de financiación social y sanitaria en las residencias	39
7. Conclusiones	50
8. Bibliografía	54

1

Introducción y metodología



Objetivos del estudio:



Objetivo principal:

Analizar la importancia de la atención sociosanitaria en las residencias de personas mayores y su contribución a la mejor utilización de los recursos del sistema sanitario.

Objetivos específicos:

- Identificar las necesidades sociosanitarias de las personas mayores en las residencias, incluyendo los cuidados para compensar la pérdida de autonomía (déficit funcional, cognitivo, incontinencia, etc.) y las necesidades de atención sanitaria (diagnóstico de enfermedades, cronicidad, etc.).
- Realizar un análisis comparado internacional, con los datos disponibles, sobre las necesidades sociosanitarias en las residencias y el modelo de financiación social y sanitaria de estos recursos.
- Analizar la contribución de una adecuada atención sociosanitaria en las residencias de mayores en relación con la mejora de los resultados en salud, calidad de vida y mejor utilización de los servicios sanitarios.

Metodología de trabajo:



Análisis del perfil de necesidades sanitarias en las residencias en España

Metodología:

- Diseñar una base de datos de residentes con 30 variables sobre el perfil de residentes en España, con tres tipos de variables:
 - Administrativas: 7 variables*.
 - Necesidades de cuidados: 12 variables**.
 - Necesidades sanitarias: 11 variables***.



Revisión de la literatura nacional e internacional

Metodología:

- Elaborar una revisión de literatura (artículos científicos y publicaciones) a nivel nacional o internacional sobre dos elementos:
 - Las necesidades sanitarias de los residentes.
 - La atención sanitaria recibida en residencias y su impacto en el sistema sanitario.



Análisis internacional de la financiación de las residencias

Metodología:

- Analizar los diferentes modelos internacionales de financiación social y sanitaria de las residencias para personas mayores se ha realizado sobre 6 países:
 - Francia
 - Alemania
 - Reino Unido
 - Suecia
 - Suiza
 - Países Bajos

* Sexo, Edad, Fecha de ingreso, Tipo de estancia, Estado civil, Financiador, Procedencia.

** Grado de dependencia, Índice de Barthel, Déficit cognitivo (Test Minimental), Incontinencia, Movilidad (Escala Tinetti), Disfagia, Úlceras por presión, Riesgo de úlceras por presión (Escala Norton), Uso de silla de rueda, Uso de andador, Uso de audífonos.

*** Polimedicación (+ 5 medicamentos no condicionales), Oxigenoterapia, Nutrición enteral, Hospitalización en los 12 últimos meses, Rehabilitación, Enfermedades (basado en índice IF-VIG): respiratorias, cardíacas, neurológicas, digestivas, renales y cáncer.

Representatividad del estudio:

Representatividad de la muestra

- La muestra utilizada incluye **34.628 residentes de 259 centros**, lo que representa **un 8,9% de los residentes en España**.
- Esta muestra es estadísticamente significativa, con un margen de error inferior al 0,5% (para un nivel de confianza del 95%).

Exhaustividad de los registros

- La base de datos contiene 32 variables, y el promedio, de registros completados por variable es del **80,8%**.
- La variable con menos respuesta cuenta con un 46,8% de respuestas.
- La variable con más respuestas cuenta con un 100% de respuestas.

5 grupos de residencias participaron al estudio:



2 Resumen Ejecutivo



El perfil medio de residentes es una persona con edad avanzada (85 años), mayoritariamente mujer, viuda y con un elevado nivel de dependencia funcional y cognitiva

Características sociodemográficas

- Edad media: **85 años**.
- Sexo: **69% mujeres**
- Procedencia: **47,3% ingresan desde el domicilio**
- Estado civil: **52,4% son viudos/as**

Elevado nivel de dependencia

- Dependencia: **74%** presentan un grado II (severo) o grado III (grave).
- Déficit cognitivo moderado o grave: **58%**.
- Incontinencia: **62,7%**.
- Limitación a la movilidad: **64,9%**.
- Uso de silla de ruedas: **50,4%**.

Este perfil medio presenta además una elevada carga sanitaria (enfermedades asociadas con la fragilidad, polimedicación, riesgo úlceras de presión) y uno de cada dos es hospitalizado al menos una vez al año

Necesidades sanitarias

- El **66,7%** de los residentes ha sido diagnosticado con al menos una de las siguientes enfermedades: **respiratorias, cardíacas, neurológico, digestivas, renales o cáncer.**
- El **34%** de los residentes padece algún tipo de **enfermedad neurológica**, seguido de cerca del 20% de enfermedades cardíacas o digestivas.
- Polimedicación: **75,8%** toman **más de 7 medicamentos** por enfermedades crónicas.
- El **39,4%** de los residentes presentan algún **riesgo de úlceras por presión**, y **solo el 16%** han desarrollado úlceras en el centro.

Utilización de recursos sanitarios:

- El **45%** de los residentes requirió al menos **1 hospitalización en los 12 últimos meses.**
- y el **26,5%** requieren al menos **2 hospitalizaciones** al año.
- El **86,5%** de los residentes recibe tratamiento de **rehabilitación.**
- El **6,7%** de los residentes precisa **oxigenoterapia.**

La carga sanitaria identificada en las residencias en España coincide con estudios internacionales realizados en países como Suecia, Reino Unido, Países Bajos, Francia y Alemania

	Revisión de literatura internacional	España
Edad Media	83,5 a 85,5 edad media de los residentes (Francia, Austria, Italia).	85 edad media de los residentes (Francia, Austria, Italia).
Déficit cognitivo	65% de los residentes presenta algún tipo de déficit cognitivo (Suecia, Austria, República Checa, Canadá, Italia).	58% de los residentes presentan déficit cognitivo moderado o grave, y el 23% déficit cognitivo leve).
Enfermedades crónicas y multimorbilidad	6,2 diagnósticos de promedio por persona. (Reino Unido). 50% de los residentes con 3 o más enfermedades crónicas (Alemania).	66,7% con al menos 1 enfermedad crónica.
Hospitalizaciones	N/D	45% de los residentes ha sido hospitalizado en los 12 últimos meses.
Polifarmacia	8 medicamentos de promedio por residente. (Reino Unido)	75,8% toman más de 7 medicamentos por enfermedades crónicas.
Dolor crónico	entre el 50% y 75% de los residentes sufre dolor crónico (Países Bajos, Suecia, Austria, República Checa).	N/D

La evidencia científica publicada pone en relieve que una buena atención sanitaria en residencias se asocia con mejores resultados de salud, menor uso del sistema sanitario y mayor satisfacción del usuario

Mejores resultados de salud

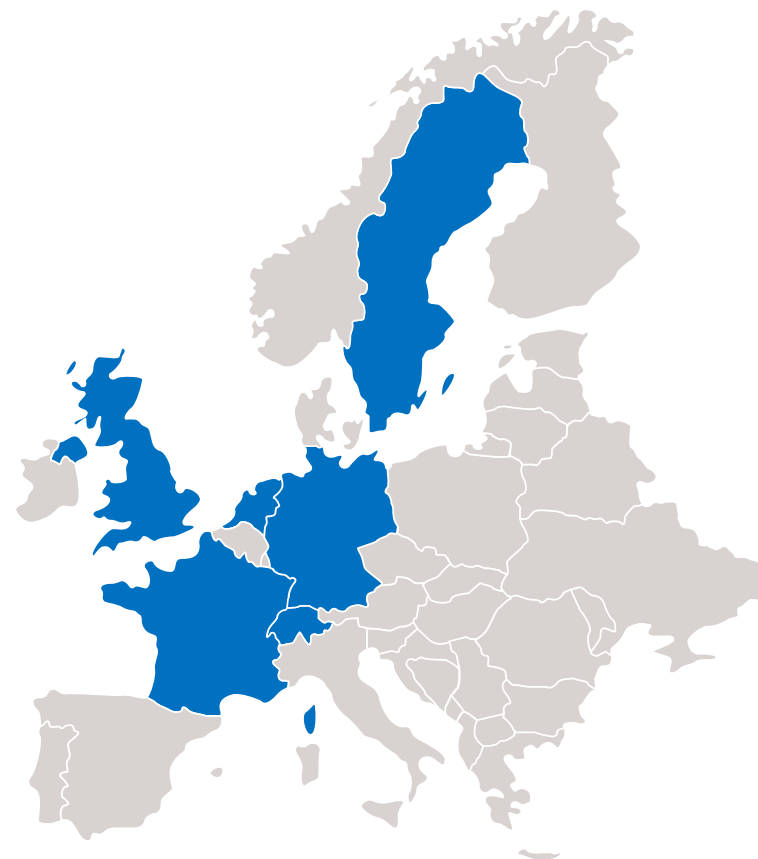
- Una mayor atención sanitaria en las residencias se asocia con una **disminución de hasta el 20%** en la mortalidad.
- También se asocia a un **aumento del 34%** de poder ser dados de alta a domicilio.

Menor utilización de recursos sanitarios

- Un aumento en el número y la capacitación de los profesionales sanitarios en las residencias se relaciona de forma directa con una **reducción de hasta el 30%** en el número de ingresos y reingresos hospitalarios.
- Un mayor número de profesionales sanitarios en las residencias se relaciona con una **disminución de hasta el 11%** en el uso de los servicios de urgencias hospitalarias.

En los diferentes países europeos analizados, el sistema sanitario participa en la financiación de las residencias de personas mayores, cubriendo el coste de los cuidados sanitarios

- **Algunos países tienen un modelo de financiación tripartito.**
(Francia, Alemania, Países Bajos, Reino Unido)
 - Sistema sanitario: cuidados médicos.
 - Servicios sociales: apoyo a la dependencia.
 - Residentes: alojamiento y manutención.
- **En países como Suecia y Suiza, la financiación social y sanitaria está integrada en un único financiador.**
 - En el caso de Suecia, por los municipios, y en el caso de Suiza por el seguro médico obligatorio.
- **El usuario asume el coste de la atención hotelera, pero cuenta con importantes ayudas públicas para asumirlo.**
 - El nivel de aportación del usuario se compensa con ayudas y subsidios públicos.
 - ✓ En Francia, Suiza y Reino Unido, los residentes tienen una elevada participación en la financiación del coste de la atención residencial, pero está compensada por un volumen importante de ayudas y subsidios públicos.
 - ✓ En Países Bajos y Suecia, los residentes están protegidos por topes legales que limitan los gastos.



3 Oferta de residencias y hospitales de media estancia en España



La atención sociosanitaria es uno de los principales retos del sistema sanitario en España

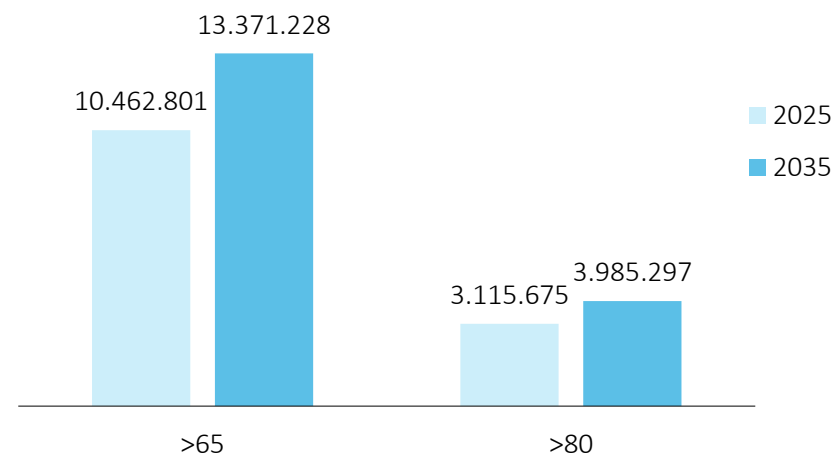
La atención sociosanitaria en España fue definida en la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.

En los próximos 10 años, el envejecimiento de la población se acelerará, con 2,9 millones adicionales de personas mayores de 65 años (y 0,9 M mayores de 80 años).

Definición de atención sanitaria

- La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la **actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales...**
- ...con la finalidad de **aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos** y facilitar su reinserción social,
- Esta continuidad del servicio debe ser garantizada por los **servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondiente.**

Proyección de población mayor de 65 y 80 años, 2025-2035



Fuente: Instituto Nacional de Estadística - Proyecciones de población - Población residente en España a 1 de enero, por sexo, edad y año

La atención sociosanitaria en régimen de internamiento se produce en dos tipos de recursos: las residencias para personas mayores y los hospitales de media estancia



Residencias para personas mayores

Una residencia para personas mayores ofrece cuidados sociosanitarios integrales a individuos que han experimentado una pérdida de autonomía debido al envejecimiento.

Su objetivo fundamental es proporcionar atención y apoyo para mejorar la calidad de vida de estas personas, paliando la pérdida de autonomía mediante servicios de atención médica, social y de rehabilitación.



Hospitales de media y larga estancia

Un hospital de media estancia desempeña un rol clave evitando hospitalizaciones prolongadas y facilitando la transición entre un hospital de agudos y el domicilio del paciente, con estancias normalmente entre 30 y 60 días.

Su objetivo esencial es apoyar la recuperación funcional de los pacientes, permitiendo una rehabilitación eficaz que ayude en la recuperación funcional tras un episodio médico significativo.

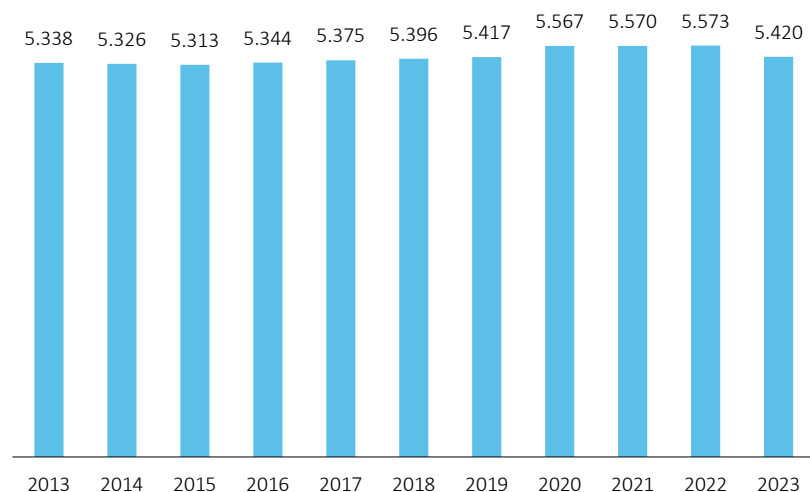
El presente estudio se centra en abordar las necesidades de cuidados sanitarios en las residencias para personas mayores, dando continuidad al informe de la Fundación IDIS publicado en 2016 sobre la importancia de los hospitales de media y larga estancia: “El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios”.

Oferta de residencias para personas mayores

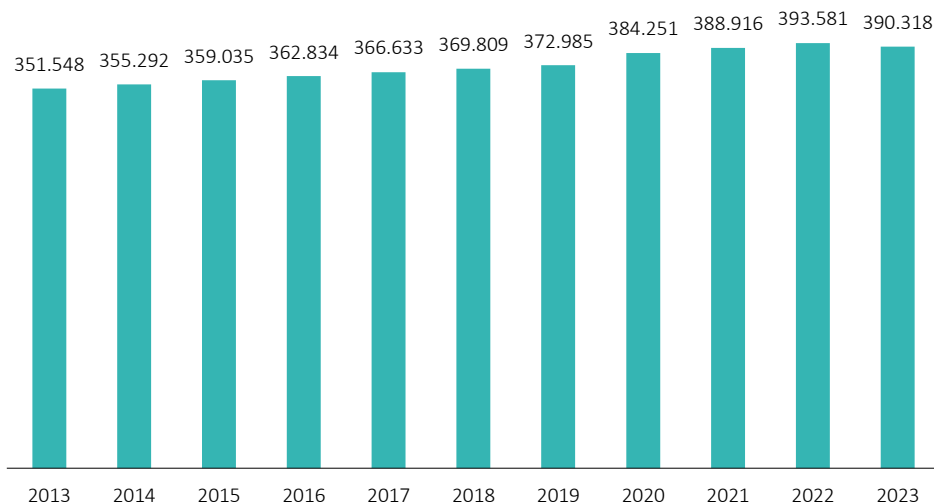
España dispone de una amplia oferta de residencias (5.420) pero el número de plazas (390.318) ha disminuido el último año por primera vez

En 2023, el **número total de plazas residenciales ha disminuido**, pasando de 393.581 en 2022 a 390.318 en 2023, lo que supone una reducción de 3.263 plazas.

Número de centros residenciales por titularidad 2013 – 2023



Número de plazas residenciales por titularidad, 2013 – 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de Envejecimiento en Red, estadísticas residencias (2013-2023); IMSERSO

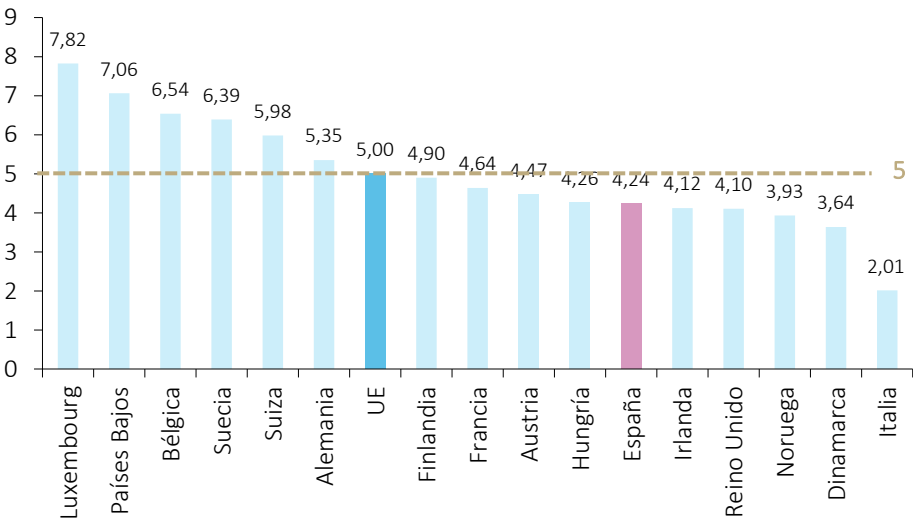
Comparativa internacional

El número de plazas residenciales por 100 personas mayores se encuentra próximo a los estándares europeos

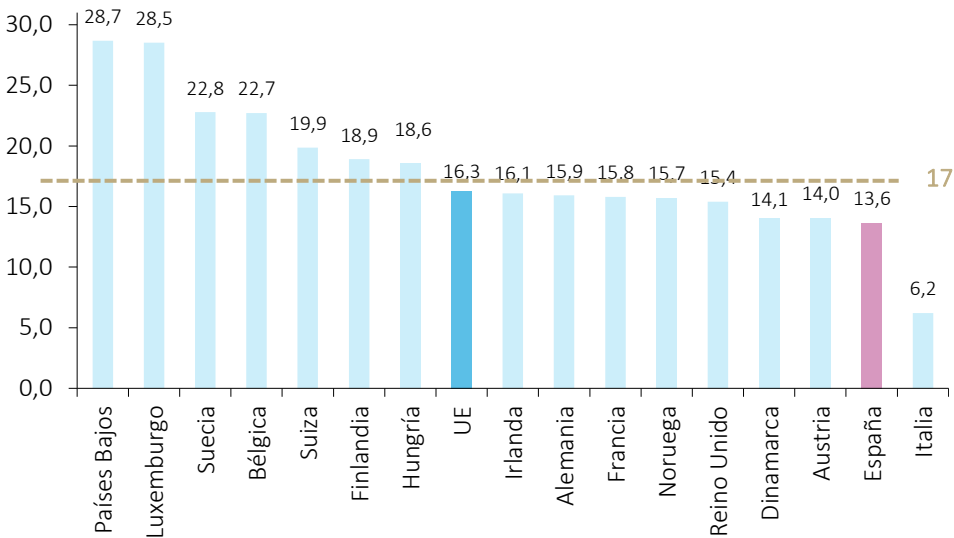
El índice de cobertura promedio para la **población mayor de 65 años** se aproxima al estándar recomendado por la OMS, situado en **5 plazas por cada 100 personas**.

Sin embargo, en el caso de la **población mayor de 80 años**, la cobertura aún se encuentra ligeramente **por debajo del umbral recomendado de 17 plazas**, con una **media actual en España de 13,6**.

Índice de cobertura +65 por países en porcentaje, 2022



Índice de cobertura +80 por países en porcentaje, 2022



Distribución territorial

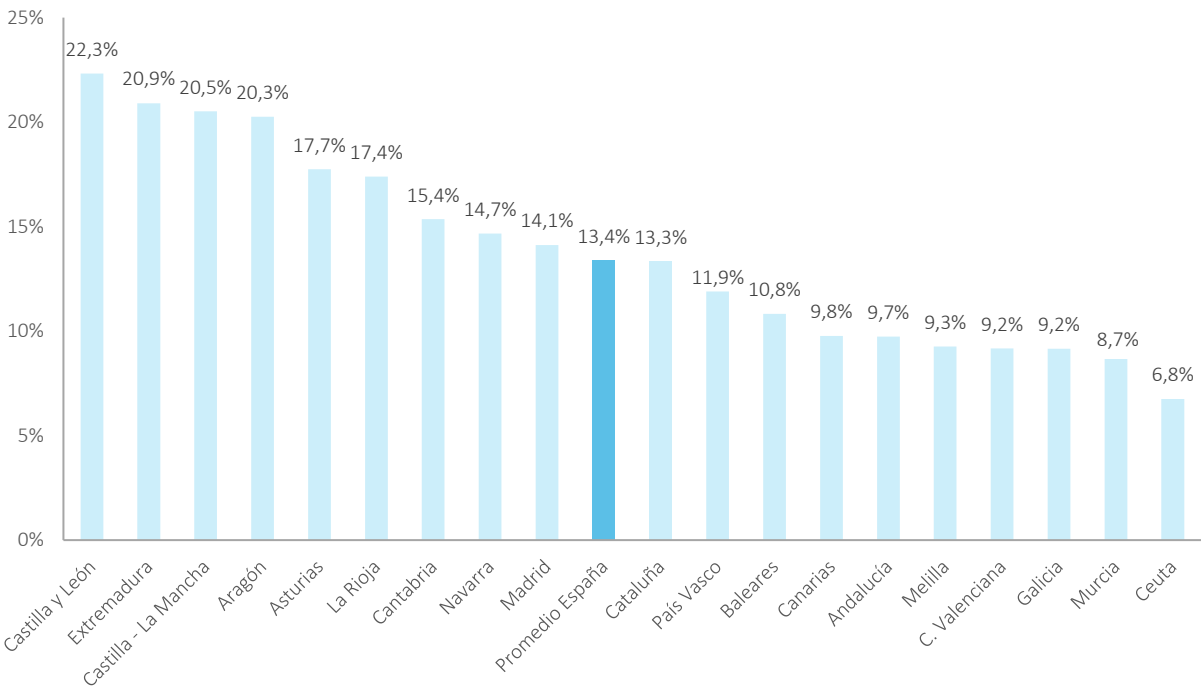
La densidad de plazas residenciales (plazas por 100 personas) es muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas

El índice medio nacional de cobertura de plazas sobre el total de población para personas mayores de 80 años es 13,4, y es muy desigual entre comunidades autónomas, siendo Castilla y León, Extremadura, Castilla-La Mancha las que presentar un índice mayor de cobertura.

Número de centros residenciales y plazas por CCAA, 2023

Comunidad autónoma	N de Centros	N de Plazas
Cataluña	1.023	60.295
Castilla y León	696	48.175
Andalucía	614	40.552
Madrid	476	55.378
Castilla - La Mancha	357	28.350
Extremadura	330	15.452
C. Valenciana	320	28.097
Galicia	291	23.336
País Vasco	282	21.271
Aragón	275	18.821
Asturias	234	14.920
Canarias	197	7.241
Navarra	79	6.373
Baleares	71	5.287
Murcia	69	5.806
Cantabria	65	6.632
La Rioja	36	3.925
Ceuta	3	179
Melilla	2	228
Total	5.420	390.318

Índice de cobertura: número plazas por 100 personas mayores de 80 por CCAA, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de Envejecimiento en Red, estadísticas residencias (2013-2023); IMSERSO

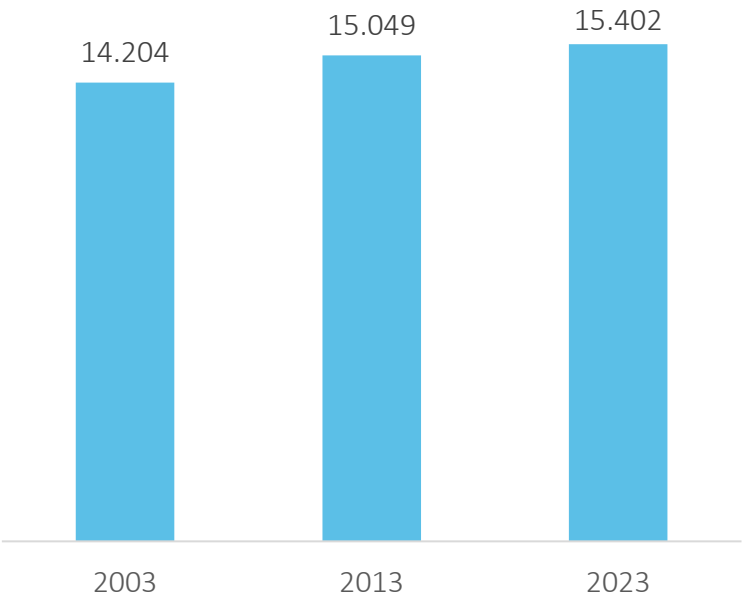
Hospitales de media y larga estancia

La oferta de camas en hospitales de media estancia no ha evolucionado en los últimos años, y sigue siendo muy desigual entre Comunidades Autónomas

En los últimos 20 años, la oferta de camas de hospitales de media y larga estancia en España prácticamente no ha evolucionado.

Además, esta oferta presenta una gran asimetría territorial, con más de la mitad de los recursos concentrados en una única Comunidad Autónoma.

Número de camas de media y larga estancia. España, 2013, 2023



Fuente: Catalogo Nacional de Hospitales

Número de hospitales y camas de media y larga estancia por CCAA, 2023

Comunidad Autónoma	Camas	Centros
Cataluña	8.852	69
Madrid	1.318	8
Comunidad Valenciana	1.038	7
Extremadura	640	3
Castilla y León	636	5
País Vasco	569	4
Illes Balears	462	4
Canarias	445	6
Ppdo. de Asturias	379	3
Aragón	308	3
Región de Murcia	293	3
La Rioja	188	3
Castilla-La Mancha	147	1
Cantabria	127	1
Total	15.402	120

Fuente: Catalogo Nacional de Hospitales

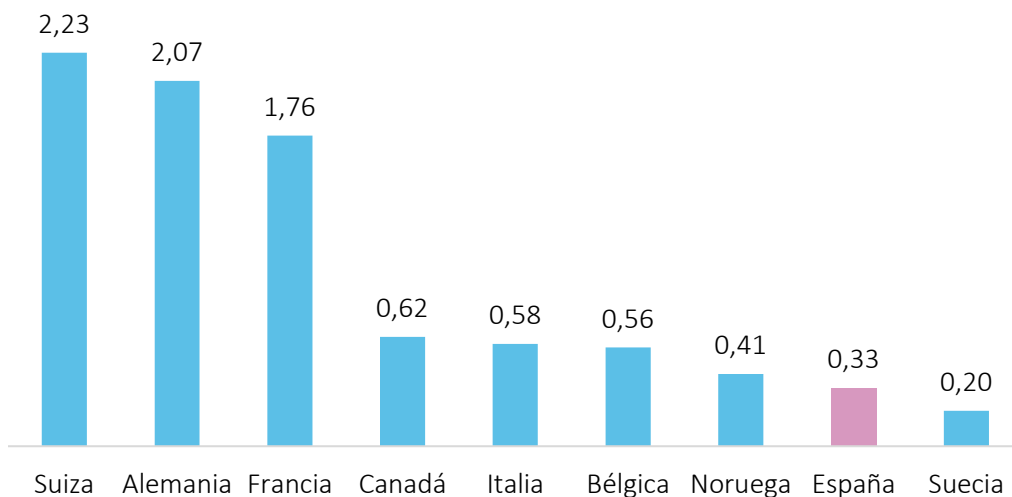
Hospitales de media y larga estancia

Esta oferta de camas de media estancia es muy insuficiente en relación con los estándares internacionales, como lo demostró el estudio de la Fundación IDIS en 2016

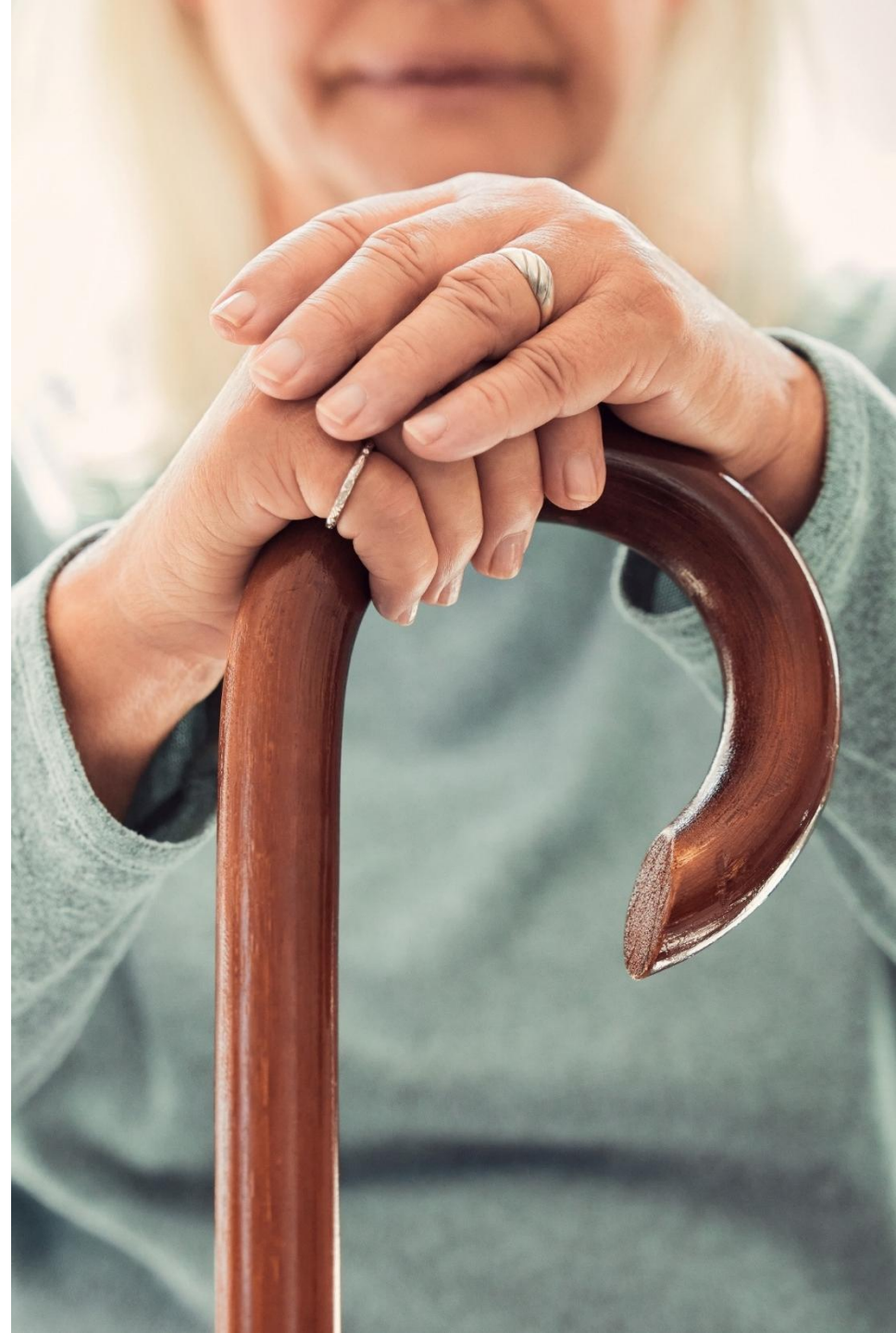
En 2016 la Fundación IDIS publicó el estudio “El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios”.

En este estudio se ponía de manifiesto uno de los principales déficits del sistema sanitario Español: la escasa oferta de camas de hospitales de media y larga estancia, con capacidad para ofrecer cuidados intermedios pre y post alta hospitalaria.

Oferta por mil habitantes de camas en hospitales de media y larga estancia en diferentes países de la Unión Europea y Norteamérica



4 Necesidades sociosanitarias en las residencias en España



Perfil demográfico de los residentes en España:

Edad avanzada (media de 85 años), mayoría de mujeres (69%), y predominio de viudos/as (52%)

Edad

El 46,2% de los residentes tienen entre 85 y 94 años. Y el 13,4% tiene 95 años o más.

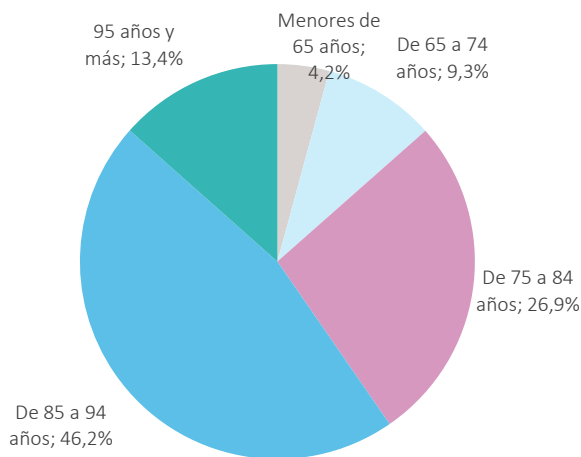
Sexo

Las mujeres representan un 69% de los residentes.

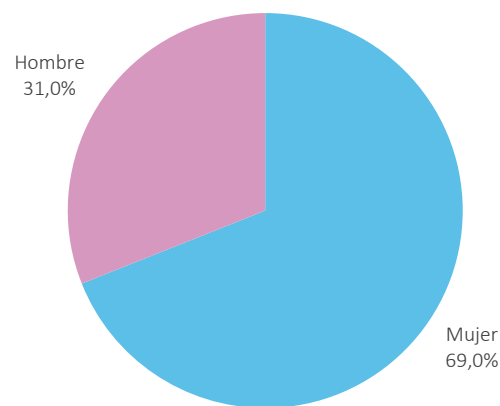
Estado civil

El 52,4% de los residentes son viudos o viudas. Y el 19% están solteros.

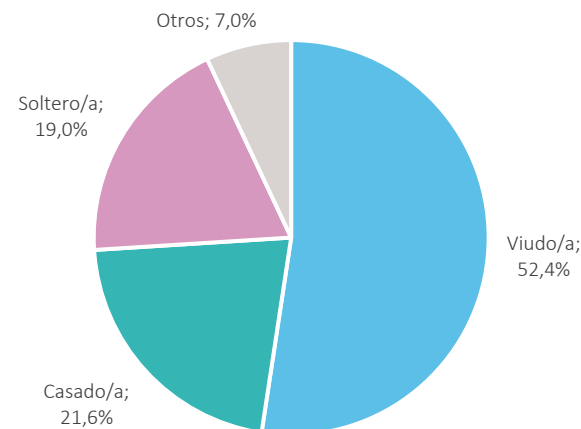
Porcentaje de residentes por grupo de edad



Sexo de los residentes



Estado civil de los residentes



Procedencia y estancia media de los residentes:

El 47,3% de los residentes procede de su domicilio, y la estancia media es de 3 años

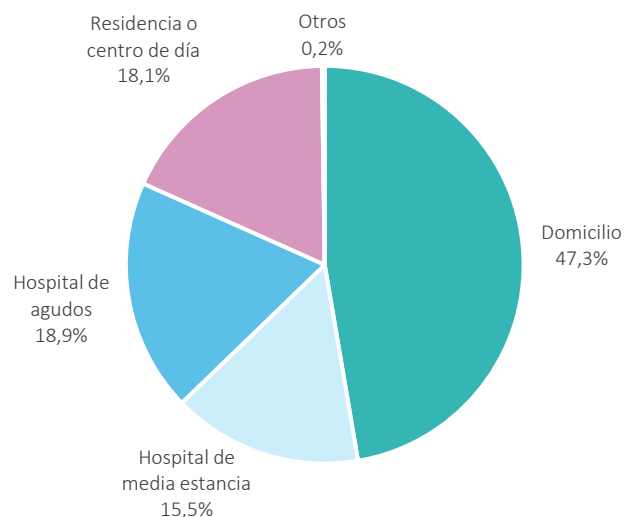
Procedencia al ingreso en la residencia

- Un 47,3% de los residentes vivía en su domicilio antes de ingresar una residencia.
- Aunque es significativo que el 18,9% procede directamente de un hospital de agudos y el 15,4% de un hospital de media estancia.

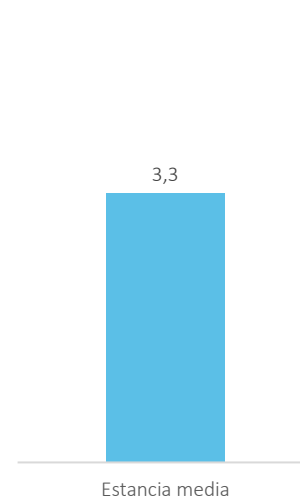
Edad media y estancia media

- La edad media de los residentes es de 85 años
- La estancia media de las personas en residencias en España es de 3,3 años. en este sentido, la edad promedio al ingreso es de 82 años.

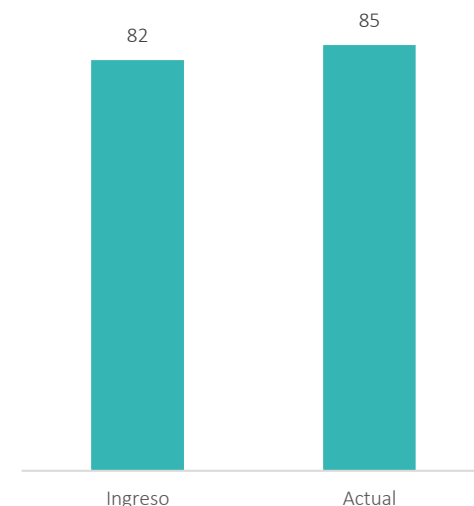
Porcentaje de residentes por tipo de procedencia



Estancia media en las residencias (años)



Promedio de edad al ingreso y edad actual (años)



Nivel de dependencia:

El 74% de los residentes tiene un grado II o III de dependencia, y el 58% presenta déficit cognitivo moderado o grave

Grado de dependencia

El 74% de los residentes presenta un grado II o III de dependencia.

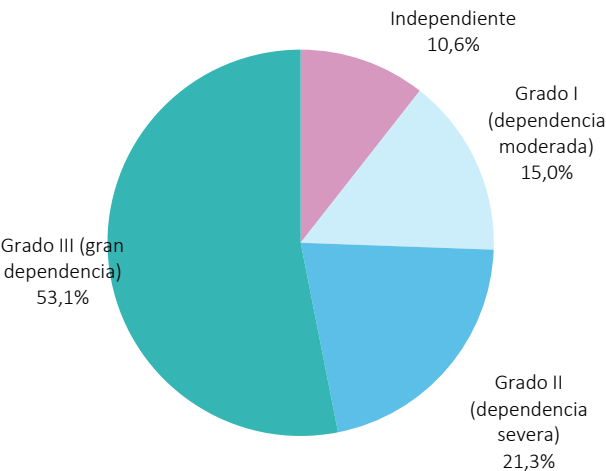
Ayuda para las actividades de la vida diaria

El 57% de los residentes requieren ayuda para las actividades de la vida diaria (dependencia moderada, grave o total)

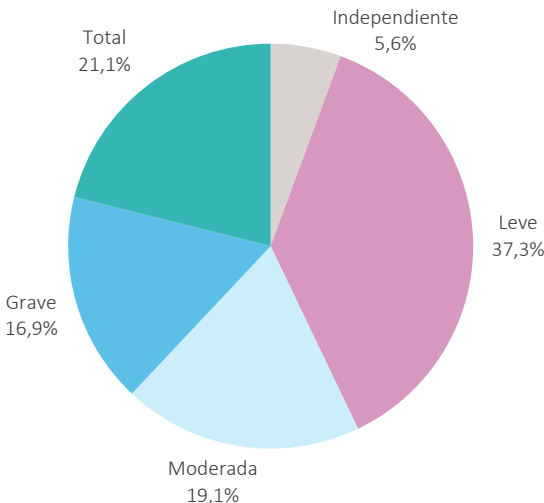
Déficit cognitivo

El 58% de los residentes presenta déficit cognitivo moderado o grave.

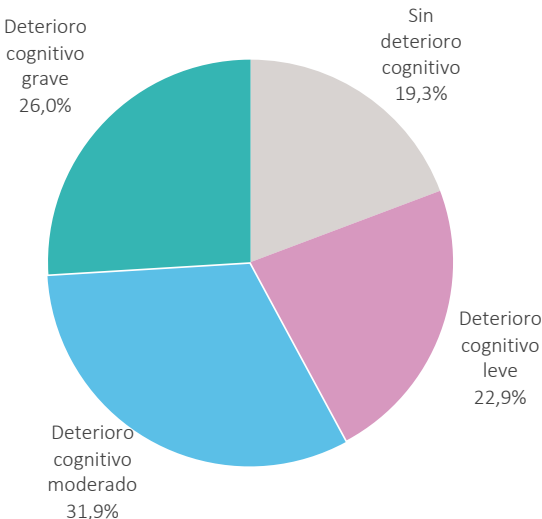
Porcentaje de residentes por grado de dependencia



Porcentaje de residentes por nivel de dependencia (escala de Barthel)



Porcentaje de residentes por nivel de déficit cognitivo



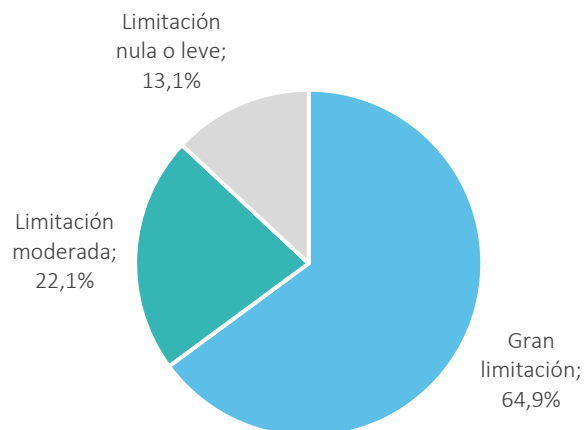
Movilidad:

El 64,9% de los residentes presenta una gran limitación a la movilidad, y el 50,4% utiliza silla de ruedas

Movilidad

El 64,9% de los residentes padecen una gran limitación a la movilidad, y el 22,1% tienen una movilidad moderada.

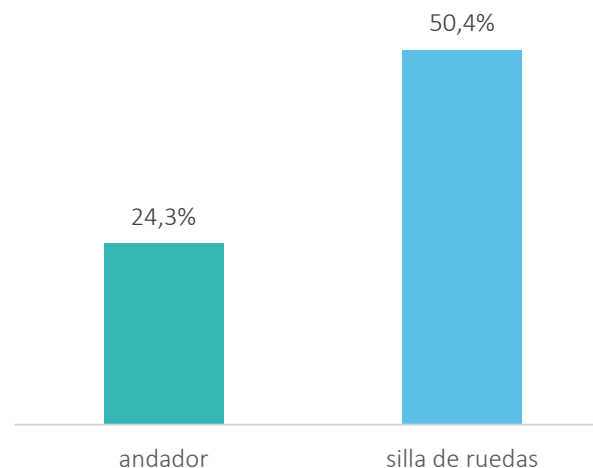
Porcentaje de residentes por grado de limitación de su movilidad



Ayudas a la movilidad

La mitad de los residentes utiliza una silla de ruedas para compensar sus limitaciones a la movilidad, y una cuarta parte utiliza andador.

Porcentaje de residentes que necesitan el uso de:

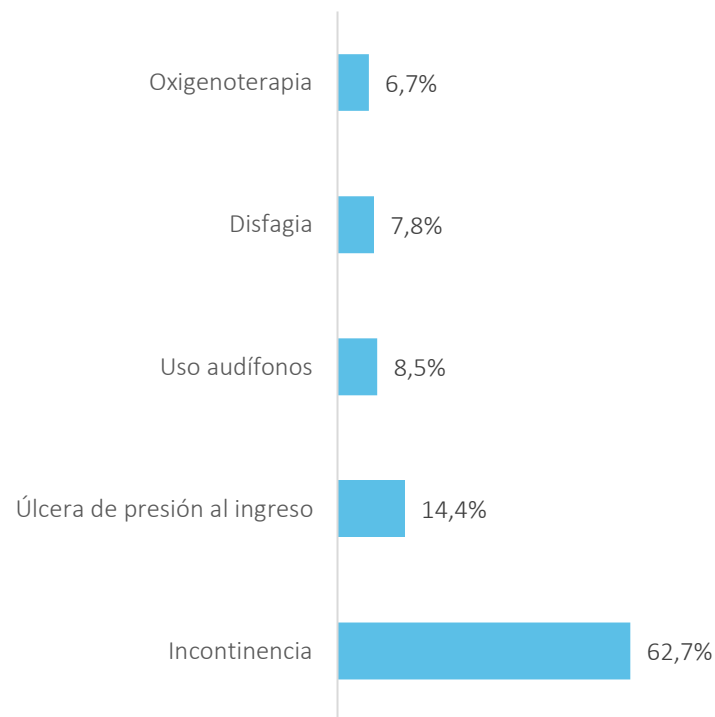


Necesidades de cuidados especiales:

El 62,7% de los residentes sufren incontinencia y el 14,4% tenía úlceras por presión al ingreso en el centro

Porcentaje de residente que sufren de:

- El 62,7% de los residentes sufren de incontinencia.
- El 14,4% de los residentes presentaba úlceras por presión al ingreso.
- El 8,5% de los residentes utiliza audífonos.
- El 7,8% de los residentes padece disfagia.
- El 6,7% de los pacientes necesita oxigenoterapia.

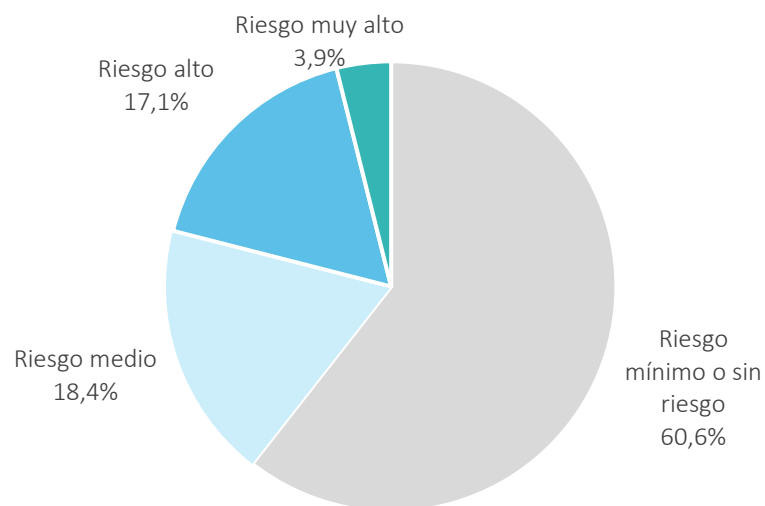


Úlceras de presión:

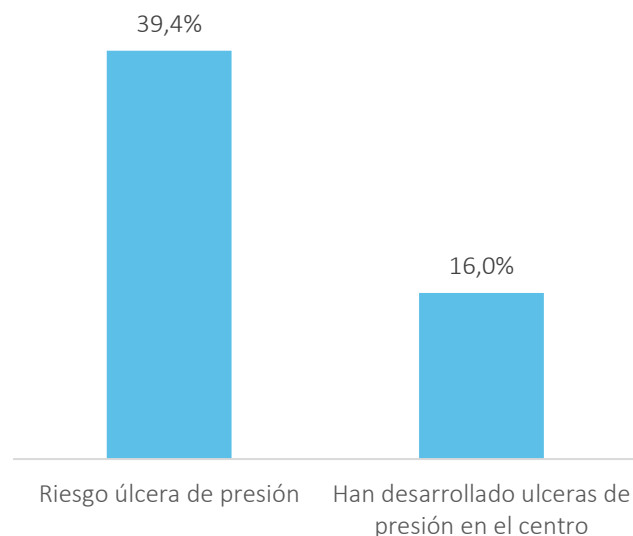
El 39,4% de los residentes presenta algún riesgo de úlceras por presión, pero solo el 16% de estos han desarrollado úlceras en el centro

A pesar de que casi el 40% de los residentes presenta algún tipo de riesgo de úlcera por presión, solo 1 de cada 2,5 residentes con riesgo ha desarrollado una úlcera por presión (16%).

Porcentaje de residente según su riesgo de úlceras por presión



Porcentaje de residentes con riesgo de úlcera de presión y porcentaje que ha desarrollado una úlcera por presión



Atención sanitaria:

El 45% de los residentes requiere al menos 1 hospitalización al año y el 75,8% toma más de 7 medicamentos relacionados con enfermedades crónicas

Hospitalización

Cerca de la mitad de los residentes (45%) han sido hospitalizados durante el último año, y una cuarta parte ha requerido al menos 2 hospitalizaciones.

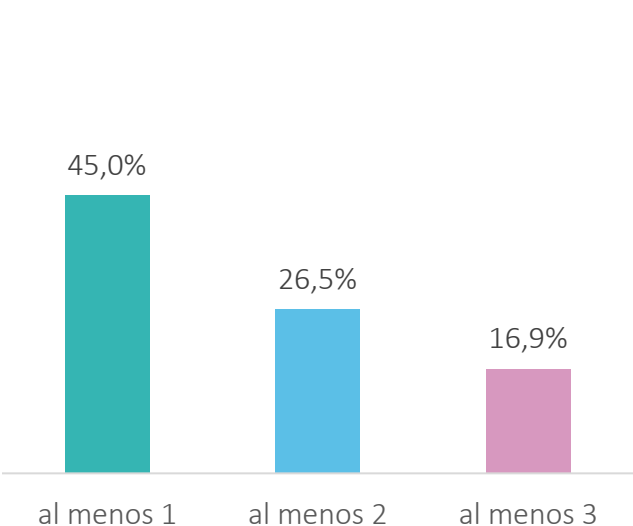
Polimedicación

El 75,8% de los residentes toma al menos 7 medicamentos o más relacionados con enfermedades crónicas.

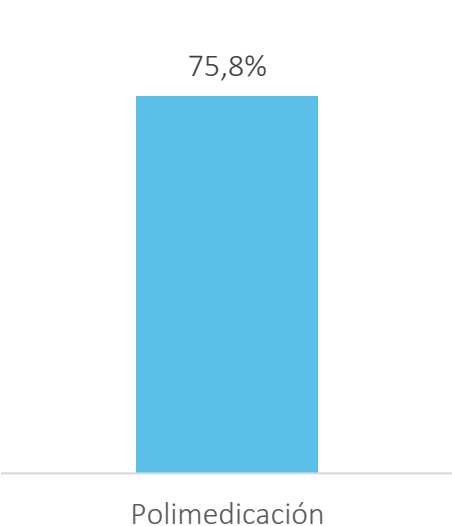
Rehabilitación

El 86,5% de los residentes necesita realizar actividades de rehabilitación.

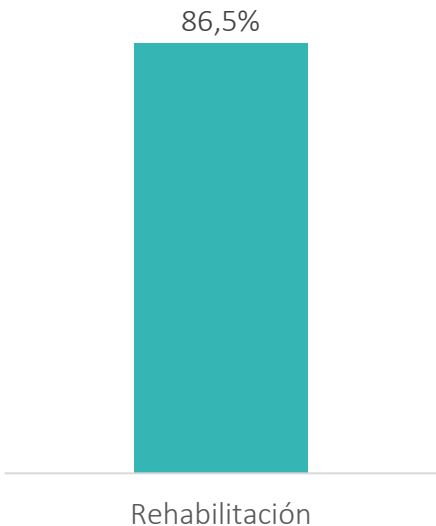
Porcentaje de residentes según el número de hospitalizaciones que han tenido en los 12 últimos meses



Porcentaje de residentes polimedicados (más de 7 medicamentos)



Porcentaje de residente que requieren rehabilitación



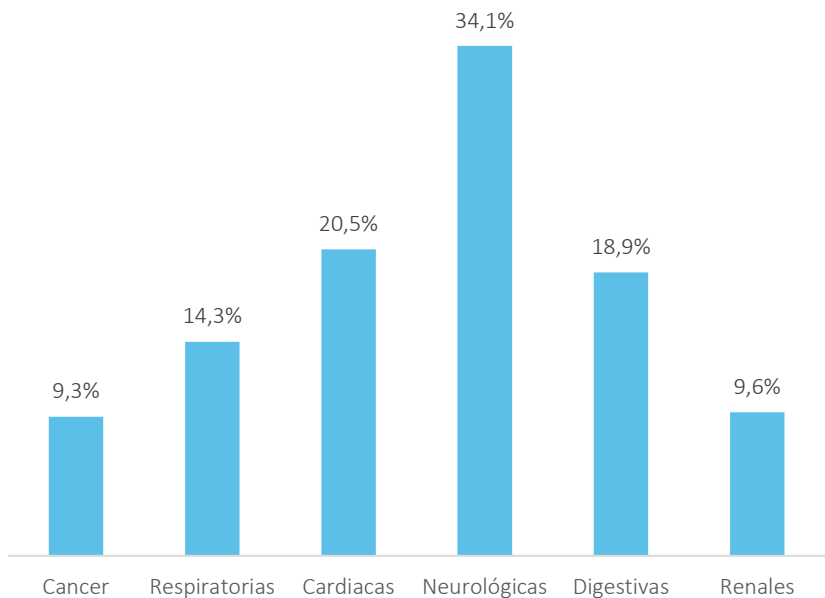
Morbilidad:

El 66,7% de los residentes ha sido diagnosticado con al menos una de las siguientes de enfermedades: respiratorias, cardíacas, neurológicas, digestivas, renales o cáncer

Distribución por patología:

El 34,1% de los residentes tiene algún tipo de enfermedad neurológica, seguido del 20,5 % de enfermedades cardíacas o digestivas.

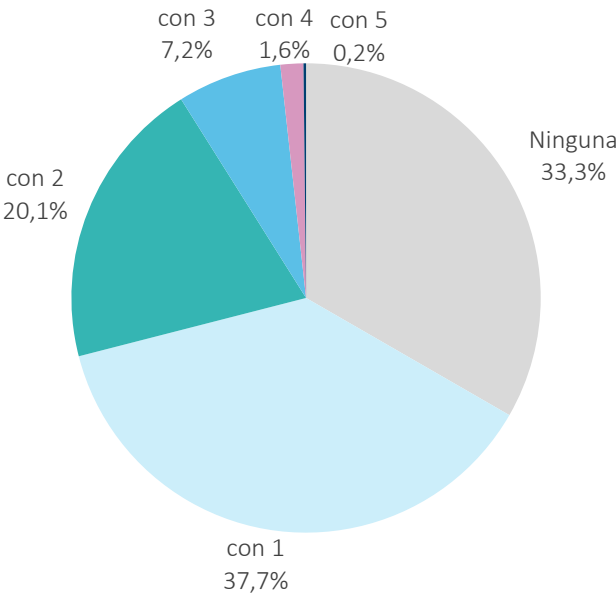
Porcentaje de residentes que han sido diagnosticados por:



Multimorbilidad:

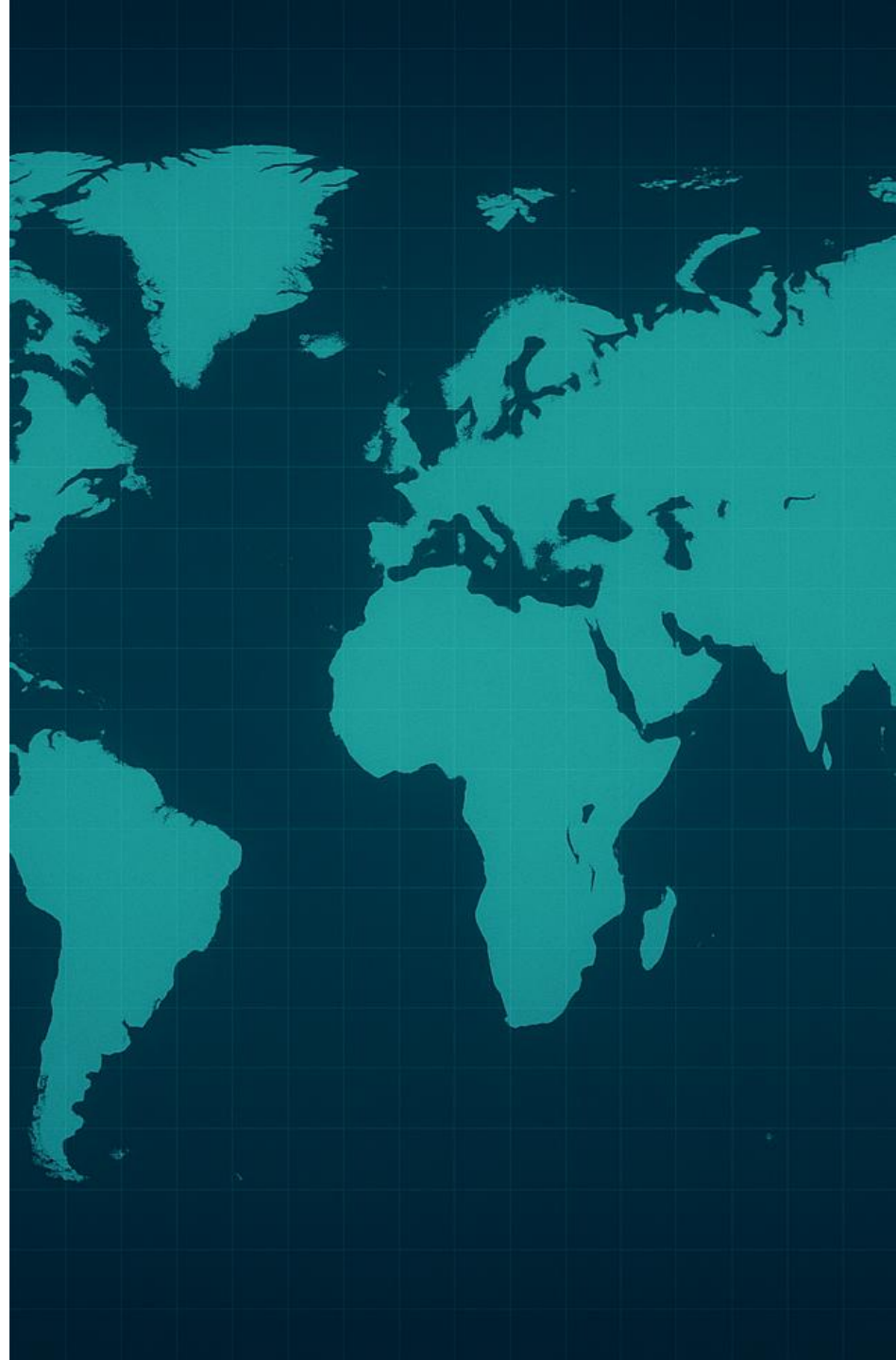
El 66,7% de los residentes tienen al menos 1 de las 6 enfermedades analizadas y, además 29,1% presenta 2 o más enfermedades.

Porcentaje de residente según el número de enfermedades por las cuales han sido diagnosticados



5

Evidencia científica publicada a nivel internacional

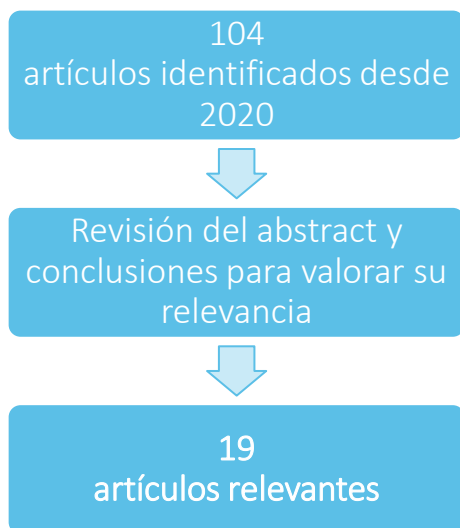


La revisión de la evidencia científica publicada a nivel internacional ha cubierto dos ámbitos:

Aunque las necesidades, perfil o atención sanitaria de los residentes no es un tema muy cubierto en la investigación académica, existen múltiples publicaciones recientes que ponen de manifiesto la importancia de este tema.

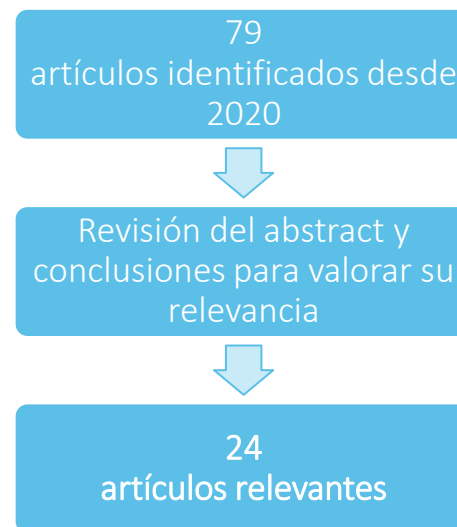
01

Las necesidades sanitarias de los residentes



02

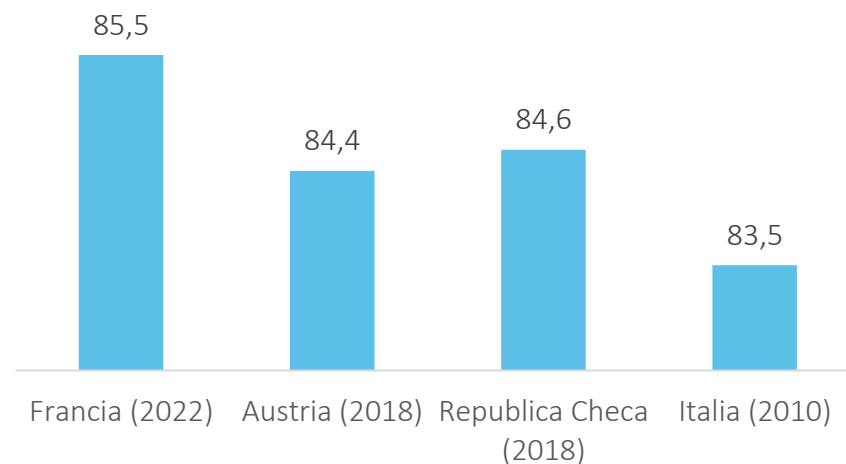
La atención sanitaria recibida en las residencias y la utilización de servicios sanitarios



La media de edad de los residentes se sitúa alrededor de 84 años, y está incrementando a lo largo de los años

- Según diversos estudios publicados entre 2018 y 2022 en varios países europeos, la **edad media en las residencias se sitúa entre los 83,5 años y los 85,5**
 - Francia: 85,5 (DRESS, 2022)
 - Austria: 84,4 años (Auer, 2018)
 - Republica Checa: 84,6 años (Auer, 2018)
 - Italia: 83,5 años (Lattanzio, 2010)
- Además, **esta edad media se está incrementando** a lo largo de los años.
 - En Canadá, la proporción de residentes de 85 años o más aumentó del 45,1% al 53,8% entre 2000 y 2015 (Ng, 2020)

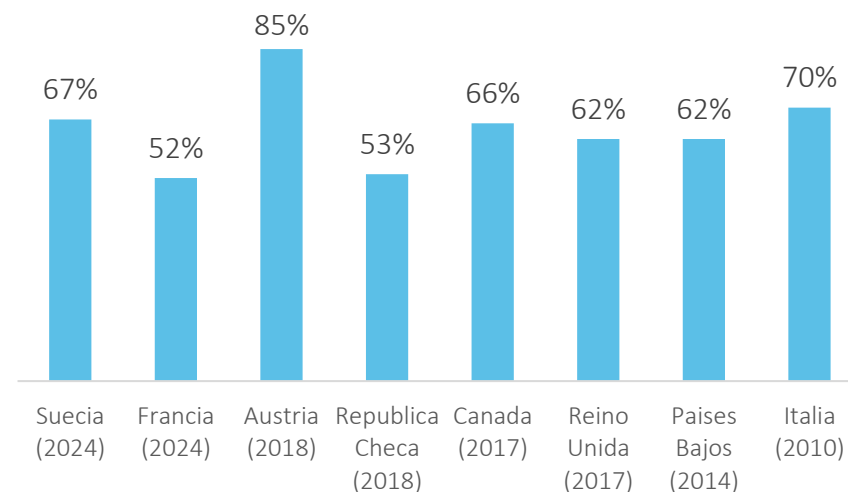
Edad media de los residentes en las residencias para personas mayores en diversos países de Europa (País y año del estudio)



Alrededor del 65% de los residentes presenta algún tipo de déficit cognitivo

- Varios estudios sugieren que la presencia de **déficit cognitivo** se sitúa en alrededor del 65% entre los residentes:
 - Suecia: 67% (Bjork, 2024).
 - Austria: 85,2% (Auer, 2018).
 - Republica Checa 53% (Auer, 2018).
 - Ontario, Canadá, el 66% (Tanuseputro, 2017).
 - Italia, el 70% (Lattanzio, 2010).
- Y la prevalencia de la **demencia** se sitúa entre el 52% y 62%
 - Francia: 52,3% (Boucaud-Maitre, 2024).
 - Reino Unido: 62% demencia. (Gordon, 2014).
- El 65% de los residentes holandeses precisaba **cuidados psicogerítricos**. (Daamen, 2015)

Prevalencia de déficit cognitivo entre los usuarios de residencias para personas mayores en diversos países de Europa (País y año del estudio)



Malnutrición, dolor y polimedicación

Malnutrición/Obesidad

- Dos estudios en Francia y Países Bajos ponen en relieve que alrededor del **25% de los residentes sufren obesidad**:
 - Países Bajos: 31% (Daamen, 2015)
 - Francia: 22,9% (Fayemendy, 2021)
- Y otros dos estudios muestran que el **30% de los residentes padecen problemas de nutrición**:
 - Francia: 27,5% (Fayemendy, 2021)
 - Reunido Unido: 30% (Gordon, 2017)

Dolor

- **El dolor está presente entre el 48% y 68% de los residentes** según varios estudios:
 - Países Bajos: 68% (Smalbrugge, 2007))
 - Suecia: 48% (Bjork, 2016)
 - Austria, el 44,8% (Auer, 2018)
 - Republica Checa: 51,5% (Auer, 2018)
- Entre el 50% y el 75% de los residentes presenta **dolor crónico y sin tratamiento óptimo**. (Planton, 2010)
- **La presencia de dolor crónico se asocia con 2,56 veces más depresión y 2,47 veces más ansiedad**. (Tse, 2011, Smalbrugge, 2007)

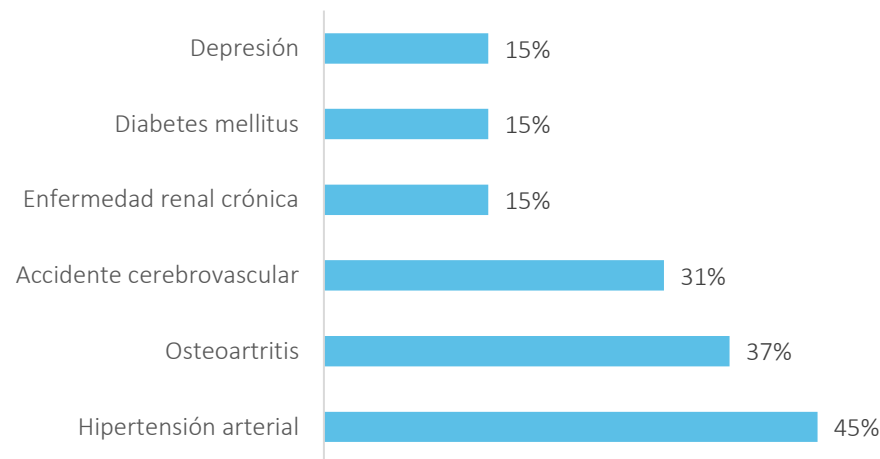
Polimedicación

- Los residentes de Reino Unido toman, de media, 8 medicamentos por residente. (Gordon, 2017)
- El 20% de los residentes alemanes entre 70 y 99 años toman más de 13 medicamentos. (Kyhlmey, 2009)
- Un 61,8% de las residencias de EE.UU. ha tenido problemas derivados de la polimedicación. (Woods, 2010)

Enfermedades crónicas

- Diversos estudios europeos ponen de relieve la **multimorbilidad** de las personas atendidas en las residencias
 - En Reino Unido, los residentes presentaban una media de 6,2 diagnósticos por persona. (Gordon, 2014)
 - El 50% de los residentes alemanes de más de 65 años tienen más de 3 enfermedades crónicas. (Kulmey, 2009)
- Por enfermedades, **los diagnósticos más frecuentes** según dos estudios en el Reino Unido y Países Bajos son:
 - **Hipertensión arterial: 45%** (Reino Unido, Gordon, 2014)
 - **Osteoartritis: 37%** (Reino Unido, Gordon, 2014)
 - **Insuficiencia cardíaca 33%** (Países Bajos, Daamen, 2015)
 - **Ictus o accidente cerebrovascular: entre el 31%** (Reino Unido, Gordon, 2014) y el 41% (Países Bajos, Daamen, 2015)
 - **Diabetes mellitus: entre el 15%** (Reino Unido, Gordon, 2014) y 21% (Países Bajos, Daamen, 2015)

Prevalencia de diversas enfermedades en las residencias del Reino Unido (Gordon, 2014)



El número de profesionales sanitarios (médicos, enfermería y farmacéuticos) en residencias mejora los resultados en salud y disminuye el uso de recursos del sistema sanitario

Mejora en los indicadores clínicos:
menos mortalidad, menor tiempo de estancia y mayor recuperación funcional

En concreto, esta mejora de los resultados en salud se ve reflejada en una **disminución de hasta el 20% en la mortalidad...**

...y un aumento del 34% de poder ser dados de alta a domicilio.
(referencias: 1,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,17,19,20)

Menor utilización de los recursos del sistema sanitario

Un aumento en el número y la capacitación de los profesionales sanitarios en las residencias se relaciona de forma directa con una **reducción de hasta el 30% en el número de ingresos y reingresos hospitalarios.** (referencias: 2,6,8,9,13,16,17,18,19,20,21,23,24)

Un mayor número de profesionales sanitarios en las residencias se relaciona con una **disminución de hasta el 11% en el uso de los servicios de Urgencias hospitalarias.** (referencias: 11,12,15)

El número de profesionales sanitarios (médicos, enfermería y farmacéuticos) en residencias mejora la calidad de vida y satisfacción de los residentes

Incremento de la percepción de calidad de vida

La evidencia muestra que el número, la formación y la estabilidad del personal sanitario en residencias está directamente relacionado con un **aumento de la calidad asistencial** de los residentes. (referencias: 2,4,8,11,)

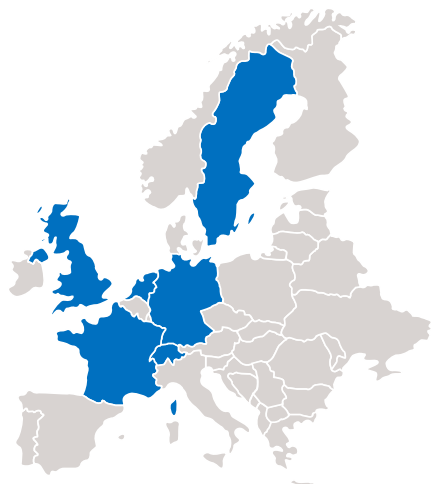
Mejora de la satisfacción de los residentes

Una mayor presencia de profesionales de enfermería cualificados se relaciona directamente con **la satisfacción de los residentes** (referencias: 14,21)

6 Modelos de financiación social y sanitaria en las residencias



En los seis países analizados (Francia, Alemania, Reino Unido, Suecia, Suiza y Países Bajos), el sistema sanitario asume una parte importante de la financiación de las residencias para personas mayores



Modelos de financiación tripartita

En la mayoría de los países (como Francia, Alemania, Países Bajos y Reino Unido), las residencias se financian a través de tres principales pilares:

- Sistema sanitario: Financia servicios médicos y cuidados especializados.
- Servicios sociales: Cubren cuidados relacionados con la dependencia
- Aportación individual: Los residentes asumen costos de alojamiento u otros servicios no médicos

Aportación del usuario en concepto de atención hotelera

A pesar de la cobertura del sistema público, en todos los países los residentes deben asumir una parte de los costos, especialmente los relacionados con alojamiento y restauración

Modelos de financiación sociosanitaria integrada

En países como Suecia y Suiza, la financiación social y sanitaria está integrada en un único financiador. En el caso de Suecia, por los municipios, y en el caso de Suiza por el seguro médico obligatorio

Ayudas y subsidios públicos a los residentes para cofinanciar la aportación del usuario

El nivel de aportación del usuario es significativo, aunque se compensa con ayudas y subsidios

- Francia, Suiza y Reino Unido tienen una alta carga económica para los residentes, aunque compensada con ayudas y subsidios públicos
- En Países Bajos y Suecia, los residentes están protegidos por topes legales que limitan los gastos.

Tabla resumen de los sistemas de financiación de las residencias en los países analizados

	Atención sanitaria	Atención a la dependencia	Alojamiento y atención hotelera
Francia	90% Seguro médico obligatorio 10% CNSA (seguro dependencia)	65% servicios sociales nacionales (CNSA) y regiones 35% residente	85% residentes 15% servicios sociales nacionales (CNSA) y regionales
Alemania	Seguro de salud (Gesetzliche Krankenversicherung o privado). Los servicios médicos se facturan por acto directamente al seguro.	Seguro de dependencia (Pflegeversicherung) (según el grado de dependencia contribución parcial del residente con posibilidad de ayudas sociales.	Residente. En casos de bajos ingresos, ayudas sociales (<i>Sozialhilfe</i>) pueden cubrir parte del coste.
Países Bajos	Financiado por el seguro médico obligatorio (ZVW) . Se factura según servicios prestados.	Financiado por el seguro de dependencia (WLZ). Residente contribuye según ingresos, con límites legales.	Parte financiada por el residente según sus ingresos y bienes. Existe un tope mensual regulado por ley.
Reino Unido	National Health Service	Servicios Sociales	Residente, con posibilidad de subvenciones y ayudas públicas
Suecia	Principalmente financiado por los municipios (70-90 %) a través de impuestos. Residente contribuye según ingresos, con un límite máximo regulado.		Residente, con posibilidad de subvenciones y ayudas públicas
Suiza	Seguro medico obligatorio, en función del nivel de dependencia de la persona		Residente y Cantón (subvenciones a los residentes)
España	N/A	Sistema para la Autonomía Atención a la dependencia (SAAD) y Residente, sin diferenciación de conceptos de atención a la dependencia y alojamiento	

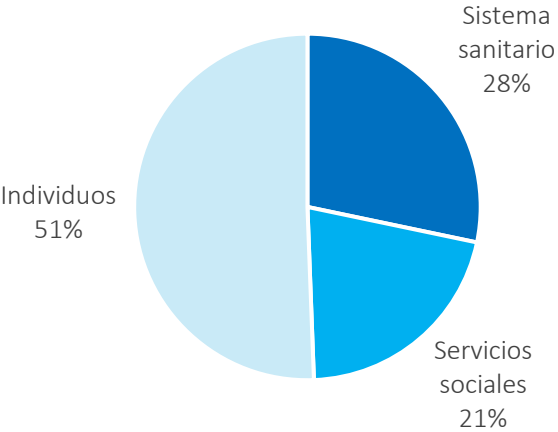
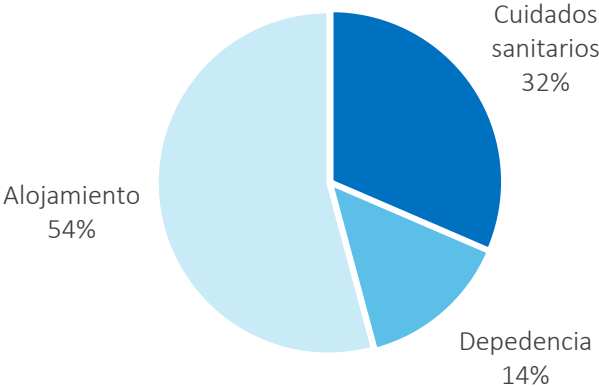
Francia

Un modelo basado en tres tipos de prestaciones y tres financiadores

El precio de las residencias en Francia (EPHAD) se compone de tres secciones: cuidados sanitarios, cuidados de dependencia y alojamiento.

En Francia existen tres financiadores: el sistema sanitario (a través de l'Assurance Maladie), el sistema de servicios sociales (nacional y regional) y los residentes.

Sección	Descripción	Financiador
Cuidados sanitarios	Personal sanitario y equipamiento médico	90% Seguro médico obligatorio 10% CNSA (seguro dependencia)
Dependencia	Prestaciones de cuidados y vigilancia	65% servicios sociales nacionales (CNSA) y regiones 35% residente
Alojamiento	Prestaciones de alojamiento y alimentación	85% residentes 15% servicios sociales nacionales (CNSA) y regionales



Francia

La elevada contribución del residente (y familiares) se compensa con múltiples ayudas económicas disponibles

La Ayuda de Vivienda (Allocation Logement – AL)

La Ayuda de Vivienda es una prestación financiera destinada a reducir el coste del alojamiento para personas mayores que residen en una residencia de ancianos (maison de retraite o EHPAD). Es otorgada por la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) o la Mutualité Sociale Agricole (MSA) según los ingresos de la persona, la composición del hogar y el precio de la residencia.

La Ayuda Social para el Alojamiento (Aide Sociale à l'Hébergement – ASH)

La Ayuda Social para el Alojamiento es una asistencia ofrecida por los departamentos (autoridades locales) para contribuir al pago de los gastos de estancia en una residencia de ancianos o EHPAD. Está destinada a personas mayores cuyos ingresos no son suficientes para cubrir el coste total del alojamiento. Como contrapartida, el beneficiario podría tener que devolver parte de la ayuda mediante su patrimonio tras su fallecimiento, y en algunos casos, los descendientes pueden ser llamados a contribuir financieramente dentro de sus capacidades.

La Prestación Personalizada de Autonomía (Allocation Personnalisée d'Autonomie – APA)

Esta prestación ayuda a financiar directamente los gastos vinculados a los cuidados de dependencia y se calcula en función del grado de dependencia (evaluado por la tabla de Grupos Iso-Recurso – GIR) y de los ingresos de la persona. A diferencia de otras ayudas, la APA no es recuperable del patrimonio del residente.

Alemania

Un modelo basado en tres tipos de prestaciones y tres financiadores

- En Alemania, el modelo de financiación de las plazas en residencias de personas mayores se sustenta en dos pilares principales: el seguro de dependencia (Pflegeversicherung) y el sistema de salud general (Gesetzliche Krankenversicherung).
- Mientras el seguro de dependencia cubre los cuidados relacionados con la atención básica y la supervisión diaria de los residentes, el sistema de salud se encarga de financiar los cuidados médicos especializados y sanitarios.
- Estos sistemas operan de manera complementaria, pero no cubren la totalidad de los costes, especialmente en lo referente a los servicios de alojamiento y restauración, los cuales recaen casi en su totalidad sobre los residentes.

Sección	Descripción	Financiador
Cuidados sanitarios	Atención médica y enfermería especializada Terapias especializadas (fisioterapia, logopedia, ergoterapia) Medicamentos y material sanitario (sillas de ruedas, camas especiales, etc.).	100 %: Seguro de salud (Gesetzliche Krankenversicherung o privado). Los servicios médicos se facturan por acto directamente al seguro.
Dependencia	Servicios asistenciales no médicos relacionados con la pérdida de autonomía: higiene personal, alimentación, movilidad, supervisión constante y actividades cotidianas básicas.	Forfait cubierto por el Pflegeversicherung según el grado de dependencia (<i>Pflegegrad</i> 1-5). Diferencia: Residente o ayudas sociales.
Alojamiento	Costes relacionados con el alojamiento, restauración, limpieza, lavandería y mantenimiento general.	100 %: Residente. En casos de bajos ingresos, ayudas sociales (<i>Sozialhilfe</i>) pueden cubrir parte del coste.

Suecia

Un modelo de financiación integrada social y sanitaria responsabilidad de los municipios

- En Suecia, el sistema de financiación de las residencias para personas mayores se basa en un modelo gestionado a nivel municipal. Los municipios son responsables tanto de la provisión como de la financiación de los servicios asistenciales, incluyendo cuidados sanitarios y los cuidados de atención a la dependencia de forma integrada.
- Los residentes suelen contribuir con una parte de los costes, especialmente para alojamiento y restauración, de acuerdo con su capacidad financiera. También contribuyen, pero en menor medida, a los costes de asistencia sociosanitaria.

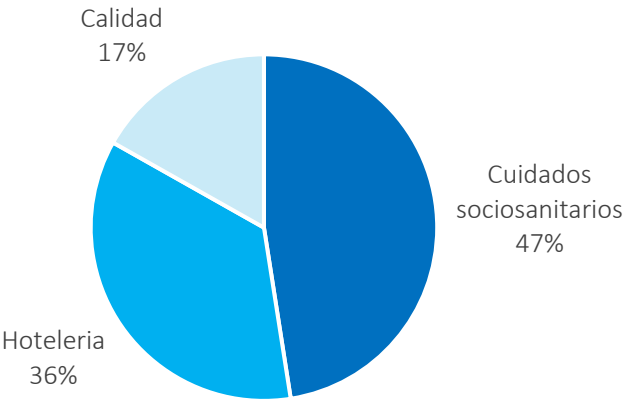
Sección	Descripción	Financiador
Cuidados sanitarios y de atención a la dependencia	Cuidados básicos (enfermería, atención médica primaria, administración de medicamentos) prestados dentro de la residencia. Asistencia diaria con higiene, movilidad, alimentación, supervisión y ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria.	Principalmente financiado por los municipios (70-90 %) a través de impuestos. Residente contribuye según ingresos, con un límite máximo regulado.
Alojamiento	Costes derivados de la habitación, restauración (comidas), limpieza y servicios generales.	Financiado en su mayoría por el residente, pero el coste está regulado por un límite máximo mensual establecido por ley. Subsidios municipales para personas con bajos ingresos.

Suiza

Un modelo de financiación integrada social y sanitaria a cargo del seguro médico obligatorio

- La financiación de las residencias en Suiza se divide en tres componentes: a) atención sociosanitaria (atención médica, cuidados, medicamentos, material médico) asumida por el seguro médico obligatorio, b) la atención socio hotelera (alojamiento, actividades/entretenimiento) a cargo del usuario y en su defecto subvencionado por el Cantón, y c) la atención no cubierta por el seguro médico obligatorio que corresponden al tiempo de profesional dedicado a tareas administrativas y de mejora de la calidad de cuidados y financiado por el cantón.

Sección	Descripción	Financiador
Cuidados sanitarios y de atención a la dependencia	Evaluación sociosanitaria, Exámenes y tratamientos sanitarios Medicamentos y material médico Cuidados básicos para la dependencia	Seguro medico obligatorio, en función del nivel de dependencia de la persona
Hotelería y actividades socioculturales	Atención hotelera (alojamiento, restauración, lavandería) Animación socio-cultural en la residencia	Residente Cantón (subvenciones LAPRAM a los residentes)
Mejora de la atención en las residencias	Tiempo dedicado a la mejora de las prácticas de cuidados en las áreas de cuidados, psicogeriatría, cuidados paliativos, gestión de calidad, formación continua del personal.	Cantón



Reino Unido

Un modelo con financiación compartida entre el NHS y los Servicios Sociales, pero con un elevado porcentaje de contribución de los individuos

Modelo general de financiación de las residencias en el Reino Unido

- En Reino Unido, el modelo de financiación de las plazas en residencias de personas mayores se divide principalmente entre el **sistema público de salud (National Health Service, NHS)**, los **servicios sociales locales** y la **aportación del propio usuario**.
- La financiación está en gran medida influenciada por evaluaciones de necesidades y pruebas de medios (*means-tested*), lo que determina cuánto contribuye el estado y cuánto debe pagar el residente por el cuidado a largo plazo.
- Los servicios médicos son cubiertos por el NHS, mientras que los servicios sociales y de dependencia son financiados por los consejos locales (*Local Authorities*), aunque con significativas limitaciones presupuestarias.
- Esto deja **una parte importante del coste generalmente asumida por los residentes**.

Prestaciones económicas para los residentes

- Attendance Allowance (Prestación por dependencia):
 - Esta ayuda está destinada a personas mayores de 65 años que necesitan apoyo con el cuidado personal debido a una discapacidad o enfermedad crónica.
 - Puede otorgarse incluso si la persona está en una residencia, siempre que no reciba Continuing Healthcare completo.
- Disability Living Allowance (DLA) o Personal Independence Payment (PIP):
 - Estas ayudas están disponibles para residentes menores de 65 años con discapacidades o necesidades de asistencia, y pueden otorgarse además de otros beneficios.
- Pension Credit:
 - Beneficio destinado a complementar los ingresos de personas mayores con bajos recursos. Incluso si un residente tiene activos financieros limitados, puede beneficiarse para aliviar los costes de la residencia.
- Deferred Payment Scheme (Plan de Pago Aplazado):
 - Permite al residente aplazar el pago de los costes de la residencia utilizando el valor de su propiedad, que se liquidará después de su fallecimiento.

Reino Unido

Descripción de los tres financiadores de la atención en residencias en el Reino Unido

National Health Service

El NHS financia por completo servicios médicos esenciales, terapias, cuidados paliativos o atención especializada (Continuing Healthcare, CHC). El CHC es un programa que cubre no solo los servicios médicos sino también los de cuidado a largo plazo exclusivamente para quienes cumplen ciertos criterios médicos. Si una persona necesita cuidados de enfermería en una residencia, pero no cumple con los criterios de CHC, el NHS puede financiar la parte específica de enfermería. Los medicamentos o equipos médicos necesarios (como camas articuladas o ventiladores) están incluidos bajo el NHS si son prescritos médicamente.

Servicios Sociales

Los cuidados relacionados con la dependencia (como asistencia para la higiene, la alimentación o la supervisión diaria) son evaluados a través de las autoridades locales con pruebas de medios (means-tested). Si el residente tiene activos superiores a un umbral determinado (por ejemplo, 23.250 libras en Inglaterra), debe pagar el coste completo de estos servicios. Si los activos están por debajo de dicho umbral, la autoridad local puede contribuir parcial o totalmente al coste.

Usuario / residente

Los costes relacionados con el alojamiento, como el alquiler de la habitación, las comidas, la limpieza y servicios asociados, son generalmente asumidos por el residente. Solo en casos de insuficiencia de recursos financieros, las autoridades locales pueden cubrir parcial o totalmente los costes, pero esto suele requerir una prueba exhaustiva de medios.

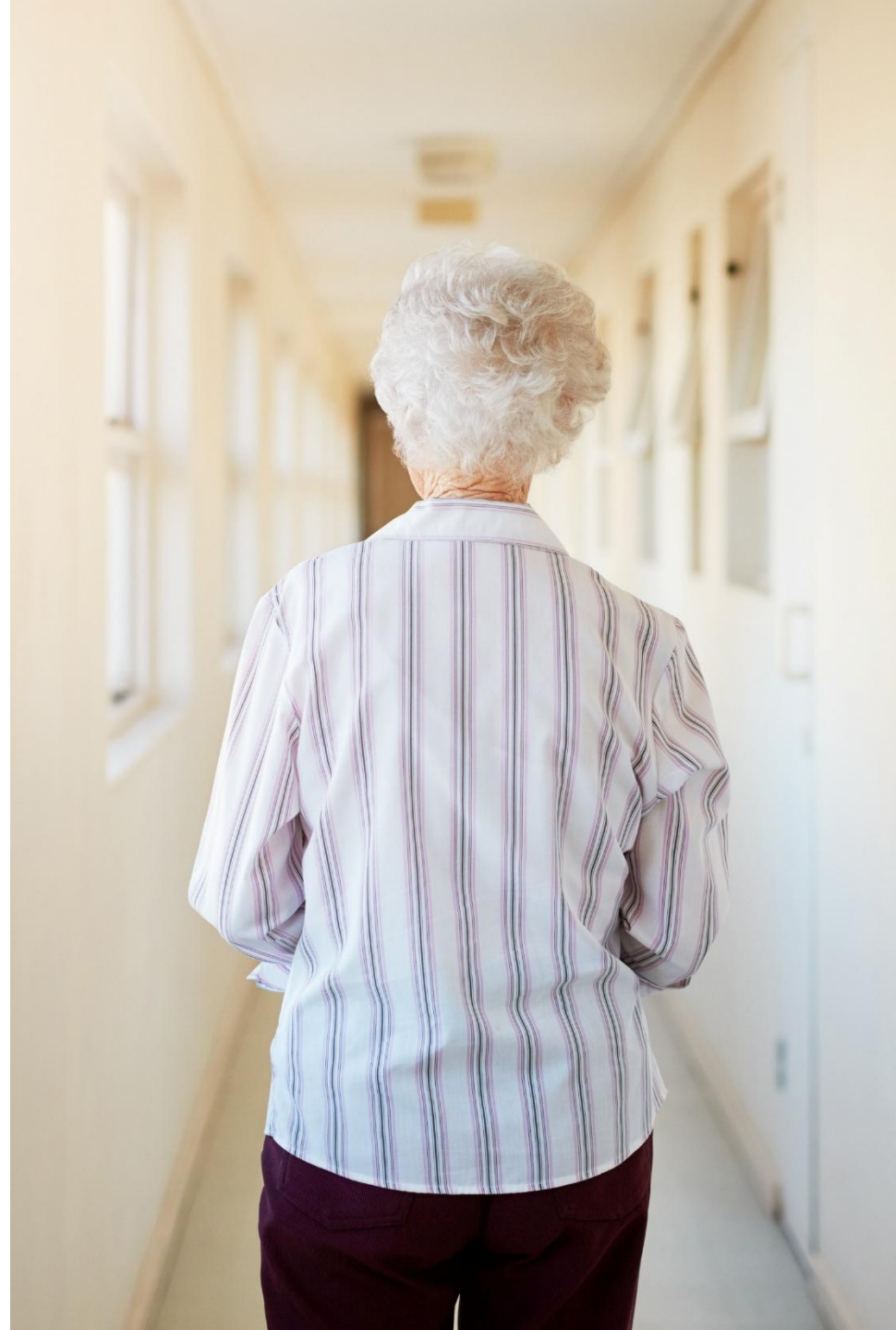
Países Bajos

Una doble financiación mediante dos seguros obligatorios: ZVW (seguro médico obligatorio) y WLZ (seguro de dependencia)

- El modelo de los Países Bajos combina una doble financiación mediante dos seguros obligatorios (ZVW y WLZ), asegurando cobertura sanitaria y asistencia a largo plazo para los residentes.
- Aunque la financiación proviene principalmente del sistema público, los residentes contribuyen a algunos costes, particularmente en lo relacionado con el alojamiento, aunque están protegidos por topes legales que garantizan la equidad. Este sistema mixto equilibra la solidaridad social con la sostenibilidad económica.

Sección	Descripción	Financiador
Cuidados sanitarios	Cuidados médicos básicos (atención primaria, enfermería especializada, administración de medicamentos, material médico esencial).	Financiado por el seguro médico obligatorio (ZVW) a través de contribuciones generales de los ciudadanos y las aseguradoras. Se factura según servicios prestados.
Dependencia	Asistencia diaria: cuidados no médicos para higiene personal, alimentación, movilidad, supervisión constante y ayuda en actividades básicas.	Financiado por el seguro de dependencia (WLZ) . Residente contribuye según ingresos, con límites legales.
Alojamiento	Costes de estancia, restauración, limpieza y otros servicios derivados del uso de la residencia.	Parte financiada por el residente según sus ingresos y bienes. Existe un tope mensual regulado por ley.

7 Conclusiones



Reforzar la atención sanitaria en las residencias debería ser una prioridad estratégica para mejorar la calidad de los cuidados a las personas mayores y reducir la utilización de los servicios sanitarios

Las personas mayores atendidas en las residencias requieren de forma simultánea cuidados sociales y cuidados sanitarios.

La evidencia científica publicada demuestra que una buena atención sanitaria en residencias se asocia con mejores resultados de salud, y libera recursos del sistema sanitario.



Pérdida de autonomía

- El **74%** de las personas tiene dependencia severa o gran dependencia reconocida.
- El **58%** presentan un déficit cognitivo moderado o grave.
- El **62,7%** padecen de incontinencia.
- El **64,9%** tiene limitaciones de movilidad, y el **50,4%** necesita silla de ruedas.



Necesidades sanitarias

- El **66,7%** de los residentes presentan al menos una de las 6 enfermedades crónicas relacionadas con la fragilidad geriátrica.
- El **75,8%** toman **más de 7 medicamentos** por enfermedades crónicas.
- El **45%** de los residentes ha requerido al menos 1 hospitalización en el último año, y el **26,5%** requieren al menos 2 hospitalizaciones al año.



Calidad y resultados en la atención residencial

- Un incremento en la atención sanitaria en las residencias se asocia con una **disminución de hasta el 20% en la mortalidad** y un **aumento del 34% de poder ser dados de alta a domicilio**.
- El número de profesionales sanitarios en residencias **mejora la calidad de vida y satisfacción de los residentes**.

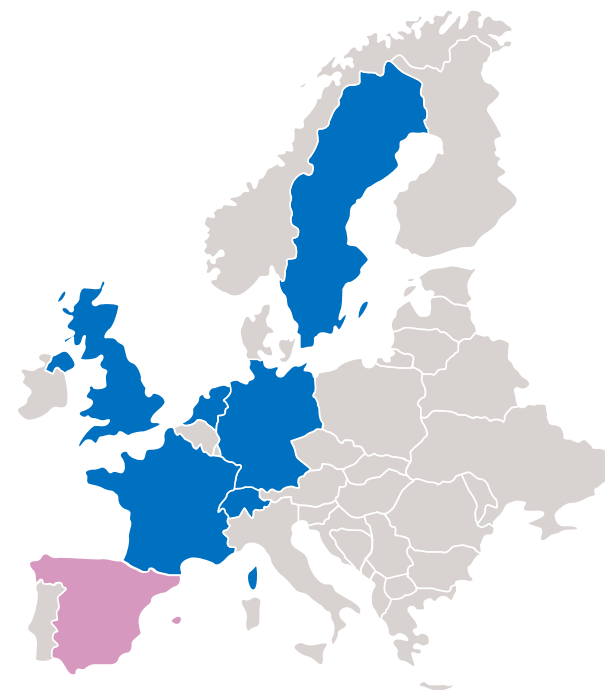


Menor utilización de recursos sanitarios

- Un aumento en el número y la capacitación de los profesionales sanitarios en las residencias se relaciona de forma directa con una **reducción de hasta el 30% en el número de ingresos y reingresos hospitalarios**.
- Un mayor número de profesionales sanitarios en las residencias se relaciona con una **disminución de hasta el 11% en el uso de los servicios de urgencias hospitalarias**.

Entre los diferentes países analizados, España es el único país donde el sistema sanitario no contribuye en la financiación de la atención sanitaria en las residencias para personas mayores

- En los países europeos analizados, la financiación de las residencias obedece a **tres tipos de servicios y tres financiadores**:
 - Sistema sanitario: cuidados médicos.
 - Servicios sociales: apoyo a la dependencia.
 - Residentes: alojamiento y manutención.
- En algunos países (Francia, Alemania, Países Bajos, Reino Unido), el seguro médico público asume la financiación de los cuidados sanitarios en residencias. En Suecia y Suiza, la financiación social y sanitaria está integrada en un único financiador.
- Sin embargo, en **España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) no contribuye a la financiación de la atención sanitaria** en las residencias.



Con el objetivo de reforzar la atención sanitaria en las residencias de personas mayores, se debería avanzar en las siguientes recomendaciones:

Recomendación

Justificación

01

Financiar la atención sanitaria en las residencias a través de una aportación del SNS

- El perfil de necesidades sanitarias de las personas atendidas es significativo.
- Esta recomendación está alineada con la práctica habitual en los países europeos.
- Permitiría incrementar la dotación de profesionales sanitarios en residencias.
- Mejoraría la calidad de los cuidados y la satisfacción de las residencias.
- Reduciría la utilización de recursos del sistema sanitario.

02

Incrementar la oferta de atención residencial y de camas de media estancia para hacer frente al reto de envejecimiento de la población

- La oferta de camas de atención residencial ha dejado de crecer al ritmo que requiere el proceso de envejecimiento de la población, y por primera vez en los últimos años la ratio de plazas por 100 personas mayores disminuye.
- El número de camas de hospitales de media y larga estancia está estancado desde hace más de una década y muy por debajo de los estándares europeos.

03

Disponer de un Conjunto Mínimo Básico de Datos del Residente, a similitud del CMBD hospitalario

- Actualmente no existe un registro de datos que permita analizar el perfil de residentes y la calidad de la atención en las residencias.
- Esto contrasta con el CMBD hospitalario, que lleva varias décadas en funcionamiento y es de obligado registro.
- La base de datos utilizada para este estudio puede ser un embrión para construir este CMBD-Residencial.

8 Bibliografía

Metodología para la revisión bibliográfica sobre el perfil de necesidades sanitarias

- Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda en la base de datos PubMed.
- Se han utilizado **cinco grupos de palabras clave** relacionados con el perfil de los residentes ancianos en centros de cuidados de larga estancia:
 - “Nursing Homes”, “Residential Facilities”, “Residential care”, “Care Home”, “Long-Term Care”.
 - “Health services needs and demand”, “Healthcare needs”, “Unmet needs”, “Medical needs”, “Health profile”.
 - “Healthcare Access”, “Healthcare provision”, “Healthcare coverage”, “Medical care quality”, “Effective care”, “Health system performance”.
 - “Diagnosis”, “Disease diagnosis”, “Chronic disease”, “Polymedication”, “Polypharmacy”, “Medication use”.
 - “Aged”, “Aged, 60 and over”, “Aged, 80 and over”, “Middle aged”.
- Los términos dentro de cada grupo se combinaron mediante el operador booleano “OR”, y se usó el operador “AND” para asegurar la inclusión de al menos un término de cada grupo.
- Además, se aplicaron filtros para limitar los resultados a estudios publicados desde el año 2000 y que dispusieran de un abstract público.
- La búsqueda arrojó un total de 104 resultados. Se seleccionaron aquellos estudios observacionales que **abordaban de forma directa las condiciones clínicas, funcionales y sociales de los residentes**, descartando tras una primera lectura del título y resumen aquellos artículos que no eran relevantes para los objetivos de la investigación.
- Se han obtenido **19 artículos relevantes**, que hemos analizado en profundidad.

Revisión bibliográfica 1

Perfil de necesidades sanitarias en las residencias para personas mayores

- 1) Ansah JP, Malhotra R, Lew N, Chiu CT, Chan A, Bayer S, Matchar DB. Projection of young-old and old-old with functional disability: does accounting for the changing educational composition of the elderly population make a difference? PLoS One. 2015 May 14;10(5):e0126471. doi: 10.1371/journal.pone.0126471. PMID: 25974069; PMCID: PMC4431717. SINGAPORE
- 2) Beekmann M, van den Bussche H, Glaeske G, Hoffmann F. Geriatrietypische Morbiditätsmuster und Pflegebedürftigkeit bei Patienten mit Demenz [Geriatric morbidity patterns and need for long-term care in patients with dementia]. Psychiatr Prax. 2012 Jul;39(5):222-7. German. doi: 10.1055/s-0032-1305010. Epub 2012 Jun 28. PMID: 22744150.
- 3) Björk S, Juthberg C, Lindkvist M, Wimo A, Sandman PO, Winblad B, Edvardsson D. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2016 Aug 22;16(1):154. doi: 10.1186/s12877-016-0328-9. PMID: 27549203; PMCID: PMC4994232.
- 4) Boucaud-Maitre D, Simo N, Villeneuve R, Rambhojan C, et al. Clinical profiles of older adults in French Caribbean nursing homes: a descriptive cross-sectional study. Front Med (Lausanne). 2024 Sep 17;11:1428443.
- 5) Daamen MA, Hamers JP, Gorgels AP, Brunner-La Rocca HP, Tan FE, van Dieijen-Visser MP, Schols JM. Heart failure in nursing home residents; a cross-sectional study to determine the prevalence and clinical characteristics. BMC Geriatr. 2015 Dec 16;15:167. doi: 10.1186/s12877-015-0166-1. PMID: 26675117; PMCID: PMC4681153.
- 6) DREES. Études et Résultats, juillet 2022, n° 1237. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
- 7) Fayemendy P, Mabiama G, Vernier T, Massoulard-Gainant A, Villemonteix C, Desport JC, Jésus P. Nutritional status, dementia, and mobility among nursing home's residents: First exhaustive cross-sectional study in Limousin territory (France). PLoS One. 2021 Apr 30;16(4):e0250595. doi: 10.1371/journal.pone.0250595. PMID: 33930046; PMCID: PMC8087088 Gargett S. Public policy and the dependency of nursing home residents in Australia: 1968-69 to 2006-07. Health Policy. 2010 Jul;96(2):143-53. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.12.013. Epub 2010 Feb 6. PMID: 20138684.
- 8) Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Constante C, Mitchell GK. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Palliat Med. 2014 Apr;28(4):302-11. doi: 10.1177/0269216313518266. Epub 2014 Jan 8. PMID: 24403380.

Revisión bibliográfica 1

Perfil de necesidades sanitarias en las residencias para personas mayores (cont.)

- 9) Gordon AL, Franklin M, Bradshaw L, Logan P, Elliott R, Gladman JR. Health status of UK care home residents: a cohort study. *Age Ageing*. 2014 Jan;43(1):97-103. doi: 10.1093/ageing/aft077. Epub 2013 Jul 17. PMID: 23864424; PMCID: PMC3861334.
- 10) Harries J, Guscia R, Nettelbeck T, Kirby N. Impact of additional disabilities on adaptive behavior and support profiles for people with intellectual disabilities. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2009 Jul;114(4):237-53. doi: 10.1352/1944-7558-114.4.237-253. PMID: 19642707.
- 11) Kim NH, Hoyek GE, Chau D. Long-term care of the aging population with intellectual and developmental disabilities. *Clin Geriatr Med*. 2011 May;27(2):291-300. doi: 10.1016/j.cger.2011.02.003. PMID: 21641512.
- 12) Kuhlmei A. Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen: Im Spiegel des neuen Sachverständigenratsgutachtens [Special care requirements of elderly and old people: as reflected in the new Council of Experts Report]. *Z Gerontol Geriatr*. 2009 Dec;42(6):425-31. German. doi: 10.1007/s00391-009-0072-2. Epub 2009 Nov 13. PMID: 19908080.
- 13) Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, Ruggiero C, Dell'Aquila G, Pedone C, Mammarella F, Galluzzo L, Salvioli G, Senin U, Carbonin PU, Bernabei R, Cherubini A; U.L.I.S.S.E. Study Group. Health care for older people in Italy: The U.L.I.S.S.E. Project (Un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano - a computerized network on health care services for older people). *J Nutr Health Aging*. 2010 Mar;14(3):238-42. doi: 10.1007/s12603-010-0056-3. PMID: 20191260.
- 14) Ng, Ryan & Lane, Natasha & Tanuseputro, Peter & Mojaverian, et alt. (2020). Increasing Complexity of New Nursing Home Residents in Ontario, Canada: A Serial Cross-Sectional Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 68. 10.1111/jgs.16394.
- 15) Planton J, Edlund BJ. Regulatory components for treating persistent pain in long-term care. *J Gerontol Nurs*. 2010 Apr;36(4):49-56. doi: 10.3928/00989134-20100202-02. Epub 2010 Apr 13. PMID: 20180499.
- 16) Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment--an observational cohort study. *BMC Geriatr*. 2007 Feb 14;7:3. doi: 10.1186/1471-2318-7-3. PMID: 17300724; PMCID: PMC1802083
- 17) Tanuseputro P, Hsu A, Kuluski K, Chalifoux M, Donskov M, Beach S, Walker P. Level of Need, Divertibility, and Outcomes of Newly Admitted Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Jul 1;18(7):616-623. doi: 10.1016/j.jamda.2017.02.008. Epub 2017 Apr 1. PMID: 28377155.

Bibliografía artículos sobre el perfil de necesidades sanitarias en las residencias para personas mayores (cont.)

- 18) Tse M, Leung R, Ho S. Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient-centred intervention. *J Adv Nurs*. 2012 Feb;68(2):312-21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05738.x. Epub 2011 Jun 16. PMID: 21679226.
- 19) Woods DL, Guo G, Kim H, Phillips LR. We've got trouble: medications in assisted living. *J Gerontol Nurs*. 2010 Apr;36(4):30-9. doi: 10.3928/00989134-20100302-02. Epub 2010 Apr 13. PMID: 20349854.

Metodología para la revisión bibliográfica sobre la atención sanitaria recibida en las residencias y la utilización de servicios sanitarios

- Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo una búsqueda en la base de datos PubMed.
- Se han utilizado cuatro grupos de palabras clave relacionados con el perfil de los residentes ancianos en centros de cuidados de larga estancia:
 - "Nursing Homes", "Skilled Nursing Facilities", "Long-Term Care", "Residential Facilities".
 - "Health Resources", "Facility Characteristics", "Staffing and Staffing Levels", "Organizational Efficiency", "Ownership".
 - "Treatment Outcome", "Health Status", "Quality of Life", "Mortality".
 - "Hospitalization", "Health Care Utilization", "Patient Readmission", "Emergency Service, Hospital".
- Los términos dentro de cada grupo se combinaron mediante el operador booleano "OR", y se usó el operador "AND" para asegurar la inclusión de al menos un término de cada grupo.
- Además, se aplicaron filtros para limitar los resultados a estudios publicados desde el año 1998 y que dispusieran de un abstract público.
- La búsqueda arrojó un total de 79 resultados. Se seleccionaron aquellos estudios observacionales que abordaban de forma directa las características de los centros sociosanitarios y su relación con la utilización de recursos hospitalarios, descartando tras una primera lectura del título y resumen aquellos artículos que no eran relevantes para los objetivos de la investigación.
- Se han obtenido **24 artículos relevantes**, que hemos analizado en profundidad.

Revisión bibliográfica 2

Atención sanitaria recibida en las residencias y utilización de servicios sanitarios

- 1) Boockvar KS, Gruber-Baldini AL, Burton L, Zimmerman S, May C, Magaziner J. Outcomes of infection in nursing home residents with and without early hospital transfer. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):590-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53205.x. PMID: 15817003.
- 2) Bynum JPW, Montoya A, Lawton EJ, Gibbons JB, Banerjee M, Meddings J, Norton EC. Accountable Care Organization Attribution and Post-Acute Skilled Nursing Facility Outcomes for People Living With Dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2024 Jan;25(1):53-57.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2023.10.031. Epub 2023 Dec 8. PMID: 38081322; PMCID: PMC11613903.
- 3) Broad JB, Ashton T, Lumley T, Boyd M, Kerse N, Connolly MJ. Selecting long-term care facilities with high use of acute hospitalisations: issues and options. *BMC Med Res Methodol.* 2014 Jul 22;14:93. doi: 10.1186/1471-2288-14-93. PMID: 25052433; PMCID: PMC4118262.
- 4) Chambers S, Spooner A, Parker C, Jack L, Schnitker L, Beattie E, Yates P, MacAndrew M. Clinical indicators of acute deterioration in persons who reside in residential aged care facilities: A rapid review. *J Nurs Scholarsh.* 2023 Jan;55(1):365-377. doi: 10.1111/jnu.12819. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36264005; PMCID: PMC10092821.
- 5) Coughlan R, Ward L. Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: assessing quality qualitatively. *Int J Nurs Stud.* 2007 Jan;44(1):47-57. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.022. Epub 2006 Jan 18. PMID: 16413555.
- 6) Cruces-Salguero S, Larrañaga I, Mar J, Matheu A. Electronic health records reveal that COVID-19 impacted health resources and survival of Basque population. *Aging Clin Exp Res.* 2024 Nov 29;36(1):228. doi: 10.1007/s40520-024-02884-7. PMID: 39612148; PMCID: PMC11606984.
- 7) Decker FH. Outcomes and length of medicare nursing home stays: the role of registered nurses and physical therapists. *Am J Med Qual.* 2008 Nov-Dec;23(6):465-74. doi: 10.1177/1062860608324173. PMID: 19001102.
- 8) Ferrah N, Ibrahim JE, Kipsaina C, Bugeja L. Death Following Recent Admission Into Nursing Home From Community Living: A Systematic Review Into the Transition Process. *J Aging Health.* 2018 Apr;30(4):584-604. doi: 10.1177/0898264316686575. Epub 2017 Feb 5. PMID: 28553803.
- 9) Ganz DA, Simmons SF, Schnelle JF. Cost-effectiveness of recommended nurse staffing levels for short-stay skilled nursing facility patients. *BMC Health Serv Res.* 2005 May 10;5:35. doi: 10.1186/1472-6963-5-35. PMID: 15885148; PMCID: PMC1145183. "implicit connection between nurse staffing and rehospitalization rates among SNF patients"

Revisión bibliográfica 2

Atención sanitaria recibida en las residencias y utilización de servicios sanitarios (cont.)

- 10) Glette MK, Røise O, Kringeland T, Churrua K, Braithwaite J, Wiig S. Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions - a case study. *BMC Health Serv Res*. 2018 Dec 12;18(1):955. doi: 10.1186/s12913-018-3769-3. PMID: 30541632; PMCID: PMC6292004.
- 11) Holup AA, Gassoumis ZD, Wilber KH, Hyer K. Community Discharge of Nursing Home Residents: The Role of Facility Characteristics. *Health Serv Res*. 2016 Apr;51(2):645-66. doi: 10.1111/1475-6773.12340. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26211390; PMCID: PMC4799895.
- 12) Huckfeldt PJ, Gu J, Escarce JJ, Karaca-Mandic P, Sood N. The association of vertically integrated care with health care use and outcomes. *Health Serv Res*. 2021 Oct;56(5):817-827. doi: 10.1111/1475-6773.13642. Epub 2021 Mar 17. PMID: 33728678; PMCID: PMC8522559.
- 13) Jette DU, Warren RL, Wirtalla C. Rehabilitation in skilled nursing facilities: effect of nursing staff level and therapy intensity on outcomes. *Am J Phys Med Rehabil*. 2004 Sep;83(9):704-12. doi: 10.1097/01.phm.0000137312.06545.d0. PMID: 15314535.
- 14) Lin SC, Zheng J, Epstein A, Orav EJ, Barnett M, Grabowski DC, Joynt Maddox KE. The extended impact of the COVID-19 pandemic on long-term care residents in Medicare with frailty or dual Medicaid enrollment. *J Am Geriatr Soc*. 2024 Nov;72(11):3457-3466. doi: 10.1111/jgs.19131. Epub 2024 Aug 14. PMID: 39143027; PMCID: PMC11560535.
- 15) Lucas JA, Levin CA, Lowe TJ, Robertson B, Akincigil A, Sambamoorthi U, Bilder S, Paek EK, Crystal S. The relationship between organizational factors and resident satisfaction with nursing home care and life. *J Aging Soc Policy*. 2007;19(2):125-51. doi: 10.1300/J031v19n02_07. PMID: 17409050.
- 16) Ramroth H, Specht-Leible N, König HH, Brenner H. Hospitalizations during the last months of life of nursing home residents: a retrospective cohort study from Germany. *BMC Health Serv Res*. 2006 Jun 8;6:70. doi: 10.1186/1472-6963-6-70. PMID: 16762052; PMCID: PMC1524759.
- 17) Miller SC, Dahal R, Lima JC, Intrator O, Martin E, Bull J, Hanson LC. Palliative Care Consultations in Nursing Homes and End-of-Life Hospitalizations. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Dec;52(6):878-883. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.05.017. Epub 2016 Sep 17. PMID: 27650008; PMCID: PMC5154868.
- 18) Neuman MD, Silber JH, Passarella MR, Werner RM. Comparing the Contributions of Acute and Postacute Care Facility Characteristics to Outcomes After Hospitalization for Hip Fracture. *Med Care*. 2017 Apr;55(4):411-420. doi: 10.1097/MLR.0000000000000664. PMID: 27811551; PMCID: PMC5352478.

Revisión bibliográfica 2

Atención sanitaria recibida en las residencias y utilización de servicios sanitarios (cont.)

- 19) Porell FW, Carter M. Discretionary hospitalization of nursing home residents with and without Alzheimer's disease: a multilevel analysis. *J Aging Health*. 2005 Apr;17(2):207-38. doi: 10.1177/0898264304274302. PMID: 15750052.
- 20) Thornblade LW, Arbabi S, Flum DR, Qiu Q, Fawcett VJ, Davidson GH. Facility-Level Factors and Outcomes After Skilled Nursing Facility Admission for Trauma and Surgical Patients. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Jan;19(1):70-76.e1. doi: 10.1016/j.jamda.2017.08.007. Epub 2017 Oct 15. PMID: 29042263; PMCID: PMC5742547. Gg
- 21) Toles M, Colón-Emeric C, Asafu-Adjei J, Moreton E, Hanson LC. Transitional care of older adults in skilled nursing facilities: A systematic review. *Geriatr Nurs*. 2016 Jul-Aug;37(4):296-301. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.04.012. Epub 2016 May 17. PMID: 27207303; PMCID: PMC4976010.
- 22) Unroe KT, Greiner MA, Colón-Emeric C, Peterson ED, Curtis LH. Associations between published quality ratings of skilled nursing facilities and outcomes of medicare beneficiaries with heart failure. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Feb;13(2):188.e1-6. doi: 10.1016/j.jamda.2011.04.020. Epub 2011 May 31. PMID: 21621479; PMCID: PMC3655763.
- 23) Coughlan T, O'Neill D. General hospital resources consumed by an elderly population awaiting long-term care. *Ir Med J*. 2001 Jul-Aug;94(7):206-8. PMID: 11693210. Menos recursos hosp
- 24) Intrator O, Zinn J, Mor V. Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalizations of long-stay residents. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Oct;52(10):1730-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52469.x. PMID: 15450053.



Instituto para el Desarrollo
e Integración de la Sanidad

Calle Magallanes, 34
Local comercial
28015 Madrid

91 790 67 56
91 790 68 69

info@fundacionidis.com

