



REVISIÓN

Marco conceptual y perspectiva histórica de la atención intermedia

Elena Romero Pisonero^{a,b,*}, Alicia Calle Egusquiza^{b,c}, Ingrid Bullich Marin^{d,e},
Luis Tejedor López^{b,f}, Carlos Gala Serra^{b,g}, Ainhoa Esteve Arrién^{b,h},
Blanca Garmendia Prieto^{b,i} y Sebastià J. Santa Eugénia González^{b,j}



^a Hospital la Fuenfria, Madrid, España

^b Grupo de Trabajo de Atención Intermedia de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)

^c Hospital del Mar, Barcelona, España

^d Grupo Investigación Enfermera Tauli (RIT-CAT). Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España

^e Instituto de Investigación e Innovación Parc Tauli (I3PT-CERCA). Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, España

^f Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal, Madrid, España

^g Hospital San José, Teruel, España

^h Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Castilla La Mancha, Castilla-La Mancha, España

ⁱ Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid, España

^j Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de mayo de 2024

Aceptado el 3 de septiembre de 2024

Palabras clave:

Atención intermedia
Servicios asistenciales al adulto mayor
Recuperación funcional
Fragilidad
Cronicidad
Sistema sanitario
Planificación

R E S U M E N

El envejecimiento de la población está planteando la necesidad de realizar cambios estructurales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) con el objetivo de incrementar servicios de geriatría en todos los hospitales, implantar dispositivos de atención intermedia (AI) y garantizar cuidados de larga duración.

La AI se caracteriza por una amplia gama de recursos situados entre la atención hospitalaria y la atención primaria. Incluye dispositivos de hospitalización, domiciliarios y ambulatorios que facilitan la continuidad asistencial y proporcionan seguridad en las transiciones y, por definición, son limitados en el tiempo. El objetivo principal es la atención a personas mayores de forma integral (multidimensional) e integrada (interdisciplinar y coordinada entre ámbitos asistenciales), basada en una atención geriátrica especializada.

La integración de la AI en el sistema de salud tiene como base establecer dos flujos de trabajo coordinados con la atención primaria de salud y la atención hospitalaria de agudos. Por una parte, para evitar el ingreso hospitalario (-Step Up- orientados a dar accesibilidad a la atención primaria y evitar ingresos hospitalarios convencionales) y, por otra parte, facilitar altas hospitalarias (-Step Down- orientados a la recuperación funcional, curas y/o garantizar la continuidad de atención en el domicilio).

Como miembros del Grupo de AI de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), presentamos este artículo con el propósito de identificar la situación actual de la AI en España, analizando su contexto histórico y su marco conceptual, lo que nos permitirá destacar ante los profesionales y gestores sanitarios el valor innegable de la AI en el campo de la geriatría y de la planificación de servicios sanitarios.

© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEGG.

Conceptual framework and historical perspective of intermediate care

A B S T R A C T

The aging of the population is raising the need to make structural changes in the National Health System. First, the need to increase geriatric services in all hospitals. Second, implement and integrate intermediate care (IC), and Third and last, guarantee medical care in long-term care.

IC is characterized by a wide range of resources located between acute hospital care and primary care, which include hospitalization devices, both with and without admission or confinement, home and outpatient care, which help to provide continuity and time-limited transition of care. The main objective of IC is an integral (multidimensional) and integrated (interdisciplinary and coordinated between different care levels) care of the older adults, based on the specialized geriatric care.

Keywords:

Intermediate care facilities
Health services for the aged
Rehabilitation
Frailty
Chronic disease
Health systems
Planning

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eromero@salud.madrid.org (E. Romero Pisonero).

The integration of the IC in the current health system is based on the establishment of two coordinated work dynamics with primary care and acute hospital care, AI becoming key, inside several devices, to prevent hospital admissions (prevent entry -Step Up- focus to give access to primary care to avoid unnecessary hospital admissions) and to facilitate early discharge in acute hospitals (Step Down- focus to promote the best autonomy and functional recovery after a complex acute care).

With these objectives in mind, as members of the Intermediate Care Group of the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology, the authors propose the following work aiming to revise the current status of available IC resources in Spain, to analyze the context, historical background and its conceptual framework. All these will allow to highlight the undeniable value of IC to healthcare professionals and managers.

© 2024 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SEGG.

Introducción

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos ha supuesto un cambio de paradigma en la atención sanitaria. El Sistema Sanitario (SS) no está diseñado para conseguir una atención integral, continuada y coordinada que satisfaga adecuadamente las necesidades de los adultos mayores más vulnerables. Requiere desarrollar soluciones y replantear cómo y dónde deben ser atendidos los adultos mayores, con el objetivo de ofrecer una asistencia especializada centrada en la persona, que aborde los retos desde un paradigma integral y humanizado a través de equipos multidisciplinares, que consideren las necesidades y preferencias del paciente y que resulte coste-efectivo¹⁻⁷.

Para alcanzar esta transformación, se necesitan algunos cambios estructurales en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En primer lugar, es necesario incrementar los servicios de geriatría en todos los hospitales generales, donde la Unidad de Agudos (UGA) ha demostrado su beneficio con un grado de recomendación I respecto a una unidad tradicional («la alternativa a la hospitalización convencional»), reduciendo el riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización, la institucionalización, el coste de la atención y el riesgo de delirium y caídas⁸. Además, es recomendable que exista una atención integrada en las urgencias con geriatría con modelos como el propuesto por la Sociedad Británica de Geriatría (BGS) con la Unidad de Agudos de fragilidad (*Acute Fragility Unit*)⁹ o los modelos desarrollados en nuestro país con el apoyo del equipo de soporte hospitalario en el Servicio de Urgencias¹⁰. En segundo lugar, requiere invertir en servicios de atención intermedia (AI) que ofrezcan un continuum de servicios comunitarios integrados destinados a la valoración, tratamiento y rehabilitación¹¹. En tercer y último lugar es imprescindible garantizar la atención geriátrica a personas que requieren cuidados de larga duración, con base en distintos modelos posibles como los equipos de continuidad asistencial con apoyo al medio residencial como la figura del *Geriatra de Enlace* en la Comunidad de Madrid en 2020¹².

El desarrollo de la red de AI en España es heterogéneo respecto a otros sistemas de salud europeos y también entre los diferentes territorios sanitarios, generando grandes inequidades en el acceso a este nivel de atención. Esta heterogeneidad viene condicionada por elementos de gestión y provisión de los servicios, su accesibilidad, tipo de financiación, etc.¹³⁻¹⁵. Aun así, el desarrollo de dispositivos de AI ha demostrado disminuir la mortalidad, reingresos y visitas a urgencias¹⁶, aportando una mejora en la satisfacción relacionada con los cuidados, tanto para pacientes como profesionales¹¹. Este fenómeno no es exclusivo de nuestro país y existen diversas publicaciones que evidencian la heterogeneidad entre proveedores, servicios y territorios, más aún en aquellos donde la atención no es universal^{13,17}.

Desde el grupo de AI de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) creemos que la AI en España supone una oportunidad para mejorar la atención sanitaria, especialmente a la

población mayor. Por ello, el objetivo de este artículo es presentar y resaltar, ante los profesionales y gestores sanitarios y políticos o administraciones de las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), el valor de la AI en el ámbito de la geriatría. Se describe el contexto histórico y el marco conceptual de la AI, con la voluntad de poder avanzar en su desarrollo e implementación y en pos, a su vez, de optimizar y adecuar los recursos disponibles a las necesidades actuales del SS.

Terminología, principios y características

El término AI comprende un amplio rango de dispositivos asistenciales que se han desarrollado de diferente manera en cada SS, por lo que no existe un acuerdo internacional en su definición^{16,18}. Son recursos situados entre la atención hospitalaria (AH) y la atención primaria (AP), con dispositivos *con y sin ingreso, domiciliarios y ambulatorios*. Facilitan la continuidad y transición asistencial de los adultos mayores desde la fase aguda de la enfermedad hasta la estabilización completa, mediante una intervención limitada en el tiempo y con el objetivo de restaurar o completar la recuperación del individuo hasta obtener su máxima autonomía o readaptación a una nueva situación de discapacidad¹⁹. En España se han empleado distintos términos procedentes de la traducción literal de las denominaciones europeas, con sutiles diferencias entre ellos: cuidados de continuación y readaptación (Francia), cuidados prolongados (Bélgica), cuidados intermedios o de transición (Reino Unido). Las denominaciones más comunes en España incluyen: cuidados subagudos, cuidados de transición, cuidados poshospitalización o cuidados sanitarios intermedios o de media estancia, entre otros^{15,16,20,21}.

Este modelo se basa en una atención interdisciplinar e individualizada mediante el modelo de atención biopsicosocial y espiritual específico de la atención geriátrica especializada. Los principales objetivos de este nivel asistencial son: 1) promoción rápida de la recuperación funcional después de una crisis aguda; 2) prevención de ingresos no adecuados y reingresos en UGA; 3) continuidad asistencial; 4) evitar ingresos prematuros en recursos de atención de larga duración o institucionalización y; 5) maximizar la capacidad funcional, la calidad de vida y el control sintomático^{20,22-24}.

La población diana que atiende la AI puede clasificarse en: 1) adultos mayores y/o frágiles que necesitan recuperación funcional; 2) personas con síndromes geriátricos de difícil manejo en otros niveles asistenciales; 3) personas mayores con enfermedades crónicas (reagudizadas o no) de manejo complejo y 4) personas con enfermedades en fase avanzada y necesidades de atención paliativa^{22,23,25}.

El flujo de pacientes atendidos en estos servicios puede ir en dos direcciones (fig. 1): 1) *AI para evitación del ingreso (de subida -Step Up-)*, para pacientes ubicados en el domicilio o en la comunidad que requieren evaluación y tratamiento ampliado en un evento agudo con impacto funcional (p. ej., descompensación de la insuficiencia

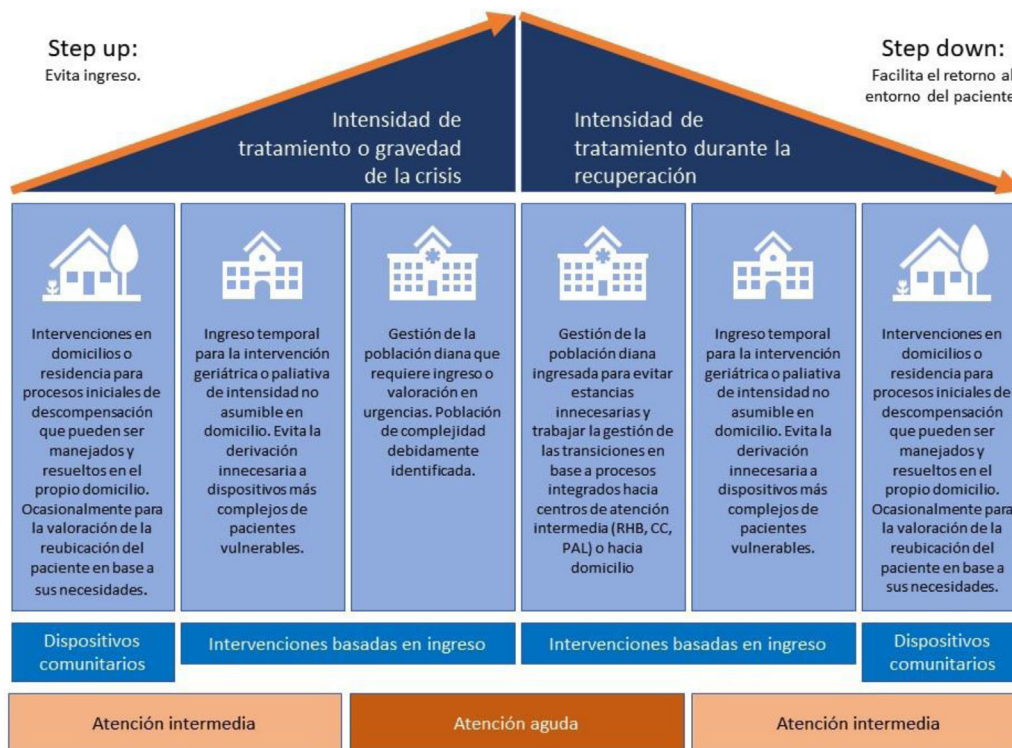


Figura 1. Dispositivos según la asistencia «Step Up» o «Step Down»
Fuente: Elaboración propia adaptado del «Pla estratègic d'atenció geriàtrica i pal.liativa especialitzada de Catalunya»²².

cardíaca), con el objetivo de minimizar el deterioro funcional y/o evitar la hospitalización de agudos y 2) *Al post ingreso o para facilitación del alta (de bajada -Step Down-)*: tras un ingreso por un evento agudo programado o no (p. ej., una cirugía mayor), que requieren recuperación funcional, continuidad asistencial y/o reevaluación de las necesidades de cuidados en un contexto no agudo^{25,26}.

Siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de reconfigurar la asistencia sanitaria al adulto mayor en clave funcional, ya que salud es función, se puede aproximar el uso de los dispositivos de AI con base en la situación funcional del paciente y el impacto funcional de las enfermedades (continuum funcional) y en función de si el objetivo es primordialmente la recuperación funcional a través de un diagnóstico situacional y, si es posible, previo al plan de cuidados anticipatorio que ayudará a seleccionar el recurso adecuado según las necesidades y preferencias del paciente (fig. 2)^{27,28}.

Perspectiva histórica

La OMS en 1974 define por primera vez los cuidados intermedios o de media estancia como un recurso institucional para adultos mayores que, tras superar la fase aguda de la enfermedad, pudieran efectuar un tratamiento a medio plazo con recursos rehabilitadores, atención médica y cuidados de enfermería con el objetivo de conseguir una recuperación funcional similar a su situación previa y permitir una reincorporación a la comunidad²⁹. Consecuentemente, distintos gobiernos tomaron la iniciativa de crear recursos de AI.

Estados Unidos

La atención posaguda en EE. UU. se inició durante la década de 1980, con el objetivo de reducir días de hospitalización aguda y satisfacer las necesidades de los pacientes después del alta. Dependían de unidades médicas o centros de enfermería especializada

(*Skilled Nursing Facilities* [SNF]) que se encontraban cerca de los hospitales. La Ley de Presupuesto Equilibrado de EE. UU. de 1997 amplió los servicios de atención posaguda cubiertos por Medicare, estableciendo cuatro tipos de unidades: SNF, agencias de salud en el hogar, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (*Inpatient Rehabilitation Facilities*) y hospitales de atención de larga estancia³⁰.

Paralelamente, se desarrollaron modelos de cuidados para pacientes con múltiples enfermedades crónicas y discapacidad funcional como la iniciativa *Program of All-inclusive Care for Elderly* (PACE) que integra servicios comunitarios (atención a domicilio, centro de día, atención dental, farmacéutica, etc.) con el objetivo de evitar la institucionalización de personas en riesgo que pueden mantenerse en domicilio³¹.

En este contexto, destacan distintos ensayos clínicos del modelo americano en los años 80 y 90³²⁻³⁴ que identificaron como elementos clave de éxito la selección adecuada de los pacientes, su valoración integral por parte de un equipo multidisciplinar y la proporcionalidad o adecuación del tratamiento rehabilitador y seguimiento. Estos permitieron dotar del mayor grado de evidencia disponible a la recomendación sobre su implementación³⁵.

Reino Unido

A finales de los años 90 en el Reino Unido, se introdujo el concepto de AI, que quedó formalmente introducido en el Plan Nacional de Salud Británico (NHS) en el año 2000, mostrando la voluntad del gobierno de apostar firmemente por la AI como elemento nuclear en la mejora de los servicios de atención a las personas mayores³⁶. Posteriormente, con el Marco de Servicios Nacionales para las personas mayores reafirmaba el compromiso británico, que se centraba en potenciar el envejecimiento activo y saludable y proveer servicios especializados de AI basados en la evidencia científica para evitar ingresos, promover un alta hospitalaria precoz, promover la mayor autonomía mediante tratamiento rehabilitador y

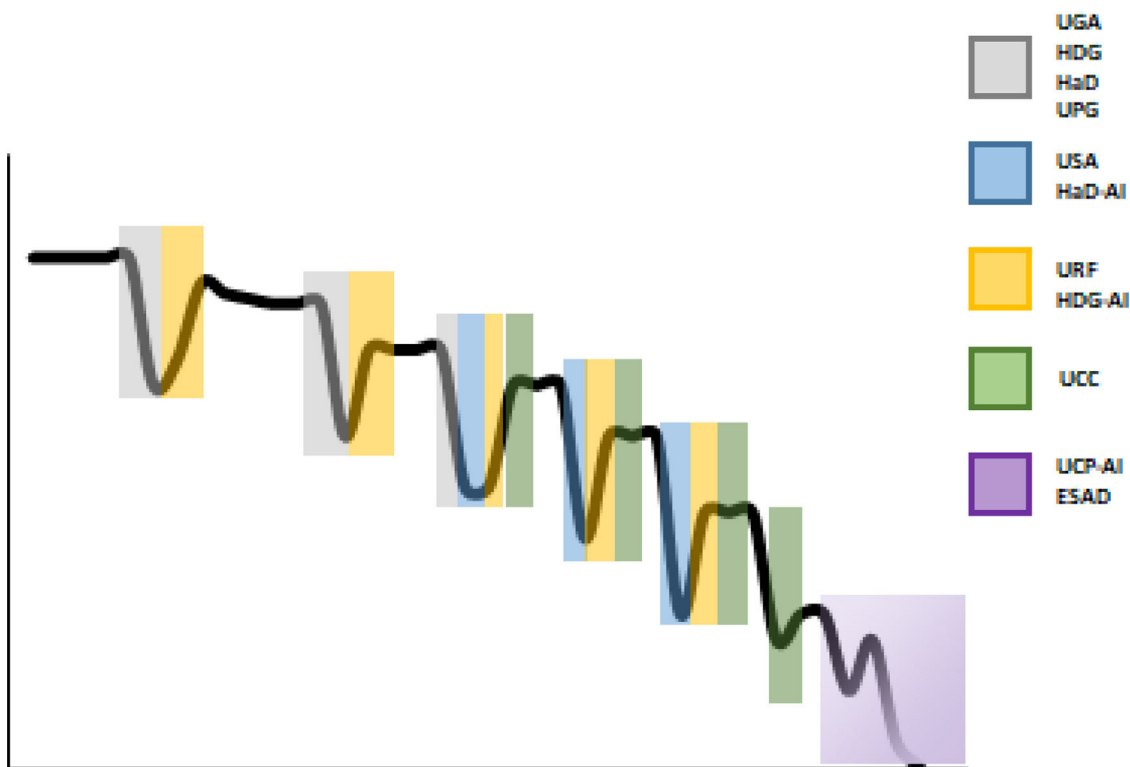


Figura 2. Dispositivos de Atención Aguda y Atención Intermedia integrados en la trayectoria vital de la multimorbilidad.
 UGA: Unidad de Geriátría de Agudos; HDG: Hospital de Día de Geriátría; HaD: Hospitalización a Domicilio; UPG: Unidad de Psicogeriatría; USA: Unidad de Subagudos; URF: Unidad de Recuperación Funcional; HDG-AI: Hospital de Día de Geriátría de AI; UCC: Unidad de Cuidados Continuos; UCP: Unidad de Cuidados Paliativos de AI; ESAD: Equipo Soporte Domiciliario Paliativos.

trabajo colaborativo entre los organismos sociales y sanitarios considerando este último atributo como un rasgo definitorio de esta atención.

Los cuidados en AI se enfocan hacia la rehabilitación, recaptación y recuperación en domicilio si es posible y, si no, ingresar de manera temporal en una residencia o hospital de la comunidad para evitar la institucionalización definitiva. Estos hospitales (*Community hospitals*) no disponen de departamentos de urgencias ni realizan cirugías complejas, aunque en áreas rurales pueden presentar atención 24 horas como un intermedio hasta el traslado a un hospital general²⁹.

España

La historia de los primeros recursos de AI en España se remonta al Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja «San José y Santa Adela» de Madrid acreditado como tal tras la creación de la UGA en el 1971 y, siguiendo el modelo de la geriatría hospitalaria británica que le permitió posteriormente formar a los primeros médicos internos residentes (MIR) en Geriátría en 1978, creó en este hospital general unidades de AI como el Hospital de Día de Geriátría (HDG) en 1972, la Atención Geriátrica Domiciliaria (AGD) en 1978 y la Unidad de Media Estancia (UME) en 1982^{37,38}. A su vez, se fueron reconvirtiendo hospitales que anteriormente se dedicaban a la tuberculosis o trastornos psiquiátricos a centros de recuperación funcional para adultos mayores en fase subaguda (monográficos) y otros centros que prestan una cartera asistencial más amplia de AI³⁹.

También en los años 80, al mismo tiempo que se publicó la Ley General en 1986, en Cataluña se desarrolló la red sociosanitaria bajo el programa «*Vida als Anys*»^{40,41} que permitió la reconversión de antiguos hospitales de agudos obsoletos en centros de convalecencia, larga estancia y cuidados paliativos. También se desarrollaron

dispositivos de soporte como las Unidades Funcionales Interdisciplinares sociosanitarias (UFISS) para ofrecer soporte en atención geriátrica, valoración y selección de pacientes a ingresar en los centros sociosanitarios. Las UFISS fueron una pieza fundamental para extender el modelo de atención geriátrica a toda la red sanitaria.

Actualmente en diferentes CCAA, reforzadas a nivel nacional con la estrategia de cronicidad en la última década, se ha impulsado un cambio de paradigma en la atención a las personas con problemas crónicos de salud, en gran proporción con perfil geriátrico, potenciando un marco de actuación integral e integrada en la que la AI se establece como pieza fundamental, puente transicional entre el ámbito de AH y AP^{5,13,41,42}.

Principales dispositivos o recursos asistenciales de atención intermedia

En España, la AI dispone de distintos dispositivos asistenciales que pueden desarrollarse en el ámbito de hospitalización, el ambulatorio y el domiciliario (tabla 1).

Recursos de hospitalización de atención intermedia con ingreso hospitalario

Estas unidades se encuentran principalmente en hospitales de media estancia según el RD 1277/2003, por el que se establecen las bases sobre la autorización de centros. Actualmente suponen en torno al 10% de las camas hospitalarias españolas con 125 unidades, de las que 76 son de financiación privada y la mayoría se encuentran en Cataluña y la Comunidad de Madrid (según el catálogo nacional de hospitales del 2023). En Cataluña los hospitales de media estancia, conocidos hasta ahora bajo el término *centros socio-sanitarios*, están en proceso de transformación a hospitales de AI y

Tabla 1
Perfil de pacientes y objetivos de los distintos dispositivos en Atención Intermedia (AI)

		Paciente diana	Objetivo asistencial
Dispositivos con camas de internamiento	Unidad de recuperación funcional	Pacientes en fase postaguda y con compromiso del estado funcional, que no puedan seguir programas de rehabilitación ambulatoria o domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la máxima autonomía de la persona • Rehabilitación de alta intensidad • Facilitar resolución proceso médico agudizado y su impacto funcional • Fundamentalmente step down
	Unidad de subagudos	Pacientes pluripatológicos con enfermedad crónica descompensada y con necesidades complejas que no requieren de ingreso en hospital de agudos	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de enfermedades crónicas conocidas descompensadas o por procesos agudos intercurrentes leves-moderados • Intervención precoz en el deterioro funcional secundario si lo requiriese • Step up
	Unidad de psicogeriatría	Pacientes con patología psiquiátrica o trastorno neurocognitivo con impacto funcional y/o manejo médico complejo	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la descompensación clínica del trastorno neurocognitivo de base o condicionados por procesos intercurrentes de desestabilización clínica • Fundamentalmente step up
	Unidad de cuidados continuados	Pacientes con patología crónica compleja y/o avanzada de órgano no oncológica que no requieren de cuidados en hospital de agudos	<ul style="list-style-type: none"> • Atención terapéutica de seguimiento para conseguir estabilización de la patología médica una vez superada fase aguda o cuidados no asumibles en domicilio • Mantenimiento de autonomía con rehabilitación de menor intensidad si lo requiriese • Step down y Step up
	Unidad de cuidados paliativos	Pacientes con patología avanzada oncológica y/o no oncológica con necesidades paliativas que no puede manejarse en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Atención integral a la persona con enfermedad avanzada para conseguir control de síntomas y acompañamiento y soporte emocional a paciente y familiares • Step down y Step up
Dispositivos sin camas de internamiento	Hospital de día geriátrico	Pacientes con deterioro funcional y/o cognitivo, con necesidad de continuidad de cuidados, curas y control de enfermedades crónicas que puede permanecer en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Atención integral con programas de rehabilitación, estimulación cognitiva y tratamiento de síndromes geriátricos o patologías crónicas complejas • Step down y step up
	Hospitalización a domicilio	Pacientes frágiles y pluripatológicos, en fase de enfermedad aguda y postaguda y con compromiso del estado funcional y/o cognitivo que pueden continuar manejo clínico y rehabilitador en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo integral tras una descompensación aguda, facilitando la resolución proceso agudo y su impacto funcional • Denominados en Hospitalización a domicilio en AI: Hospitalización a domicilio integral. • Step up y step down
	Equipo de Soporte Domiciliario de Paliativos	Patología avanzada oncológica y no oncológica con necesidades paliativas que puede manejarse en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia integral en etapas avanzadas de la enfermedad hasta la situación de últimos días • Control sintomático y mejoría de calidad de vida del paciente y la familia • Abordaje de la atención integrada en coordinación con otros ámbitos asistenciales, especialmente, atención primaria • Step down y step up

pertenecen a distintos proveedores del Sistema Integral de Salud de Cataluña (SISCAT).

Entre las unidades de hospitalización de AI es importante señalar que las unidades que se describen a continuación presentan estancias inferiores a seis semanas y atienden a patologías de elevada prevalencia. La ubicación y organización de estas unidades puede variar en función de las necesidades de cada territorio. La diferenciación de las distintas unidades específicas queda justificada por criterios de planificación. En entornos urbanos-metropolitanos con mayor demanda pueden ser unidades específicas. En territorios con menor densidad poblacional las unidades tienden a ser mixtas o polivalentes, llamadas Unidades de Media Estancia Polivalentes (incluyen recuperación funcional, subagudos y atención paliativa) en aras de mejorar la eficiencia^{22,40,43,44}.

Unidad de Recuperación Funcional (URF)

En estas unidades el objetivo principal es la recuperación funcional, aunque también se realiza una continuidad asistencial de procesos para el restablecimiento de la autonomía o la readaptación a la discapacidad cuando la pérdida es irreversible (90%)⁴⁵. Presentan un grado de recomendación I (como las UGA), demostrando mejoría funcional y disminuyendo el porcentaje tanto de institucionalización como de mortalidad. La eficacia y eficiencia de

estas unidades se relacionan con el cribaje de necesidades basado en la valoración geriátrica integral (VGI) y la planificación de cuidados obtenida del manejo interdisciplinar. En zonas de alta densidad poblacional se pueden llegar a diferenciar URF en función del perfil de paciente (ortogeriatría y neurorrehabilitación). Aunque los programas de rehabilitación en estas unidades varían en cuanto a días de estancia, suponen una reducción de la institucionalización posterior y un ahorro global de coste económico a nivel de SS^{35,46}.

En España se desarrollaron a finales de los años 80 la mayoría en los hospitales de media estancia y muy pocos en hospitales generales. Las denominaciones más empleadas fueron Unidades de Media Estancia (UME) y Unidades de Convalecencia, siendo en 1974 el Hospital de la Cruz Roja pionero con la creación de la primera UME orientada a rehabilitación funcional⁴⁷.

En 1996 se definieron las Unidades de Convalecencia en los Criterios de Ordenación de los Servicios para la Atención Sanitaria como un recurso asistencial geriátrico hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alteradas como resultado de diferentes procesos previos. En Cataluña se han denominado con esta terminología las URF, con la singularidad que en sus orígenes los pacientes además de objetivos rehabilitadores tenían también peso los objetivos de cuidados.

Estas unidades se equiparan a las descritas en la bibliografía británica como «unidades de rehabilitación geriátrica» y en la

americana como «unidades de valoración y asistencia geriátrica» (*Geriatric Evaluation and Management Units* [GEM o GEMU])^{44,48}.

Unidad de subagudos (USA)

Estas unidades, con antecedentes principalmente estadounidenses, se han desarrollado en España para ofrecer una alternativa a la hospitalización de agudos para aquellos pacientes mayores que requieren ingreso, por descompensación de una enfermedad crónica ya conocida, sin la necesidad de alta tecnología diagnóstica ni terapéutica compleja de una UGA, pero que sí se benefician de intervenciones geriátricas especializadas^{28,49,50}.

En Cataluña, estas unidades se acreditaron en 2013, se encuentran ubicadas en hospitales de AI, son atendidas por equipos interdisciplinarios de geriatría y están coordinadas con servicios de urgencias de Hospital de Agudos (HA), equipos de AP (especialmente centros de urgencias de AP [CUAP]) y las unidades de atención domiciliaria^{51,52}.

En algunas zonas del estado se han habilitado estas unidades en los centros sanitarios conocidos como hospitales de apoyo (equivalentes a *Community Hospitals* del Reino Unido).

Unidad de cuidados paliativos de atención intermedia (UCP-AI)

Estas unidades, inspiradas en los *hospice* de Reino Unido, tienen la finalidad de atender personas con enfermedades crónicas y oncológicas avanzadas, que provocan un impacto importante a la persona y su familia y que necesitan ingreso hospitalario ya que requieren de abordajes complejos no susceptibles de poder ser atendidos de forma segura en el entorno domiciliario a pesar de ser atendidos por un equipo de cuidados paliativos, sin menoscabo de poder tratar intercurencias en el proceso de enfermedad avanzada^{53,54}.

En Cataluña las, UCP son mayoritariamente dependientes de la red de AI. En otras comunidades son totalmente independientes dentro del departamento de salud con una estructura propia, con disposición de camas en hospitales de AI u hospitales de agudos, donde la atención puede ser compartida con otras especialidades médicas (oncología, neurología, etc.) y la atención paliativa es sincrónica con la atención convencional⁵⁵.

Unidad de psicogeriatría (UPG)

Estas unidades están destinadas a atender pacientes geriátricos con patología psiquiátrica descompensada (trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, psicosis tardías o demencias con síntomas conductuales y psicológicos asociados) que por sus características (edad, fragilidad, comorbilidad) se benefician más de una atención en una unidad de psicogeriatría que en psiquiatría⁵⁶⁻⁶⁰. Ofrecen una respuesta rápida para tratar las descompensaciones y prevenir situaciones de mayor deterioro físico, mental y social.

En España se encuentran en su mayoría en hospitales privados o concertados. Pueden ser mixtas, es decir, asistir a pacientes con descompensación psicopatológica con o sin deterioro cognitivo, o bien ser exclusivas para pacientes con deterioro cognitivo. En estas unidades, aunque no es el objetivo principal, pueden tener ingresos con un objetivo de contención social y descanso para los familiares y/o cuidadores, pero este hecho condiciona la necesidad de desarrollar una mayor aproximación y coordinación con los recursos sociales comunitarios y con la red de salud mental comunitaria⁶¹.

Unidad de cuidados continuados (UCC)

En estas unidades se realiza una prestación de cuidados hospitalarios, principalmente médicos y de enfermería, que no pueden ser proporcionados de forma ambulatoria ni en centros residenciales a pacientes con episodios de evolución tórpida. Atienden a personas con tratamientos y cuidados como lesiones cutáneas complejas (sobre todo úlceras por presión), tratamientos endovenosos de semanas, controles clínicos y ajuste de medicación frecuentes,

entre otros. Su denominación como UCC es más conocida en la Comunidad de Madrid^{23,39,62,63}.

Recursos ambulatorios

Este recurso se encuentra mayoritariamente en hospitales de agudos, pero también se pueden ubicar en hospitales de AI.

Hospital de día geriátrico de atención intermedia (HDG-AI)

Se trata de un recurso con enfoque multidisciplinar, de funcionamiento diurno que inicialmente estaba orientado hacia la rehabilitación funcional y cognitiva, pero que, en los últimos años, ha desarrollado una expansión en cuanto a evaluación diagnóstica (con la realización de pruebas), la capacidad terapéutica (con la administración de fármacos parenterales, procedimientos como transfusiones, paracentesis, punciones lumbares, etc.) y seguimiento con evitación de ingresos en pacientes que pueden ser atendidos ambulatoriamente.

En la actualidad hay una gran heterogeneidad en los diferentes HDG en cuanto a la tipología de pacientes, en función de los programas terapéuticos que ofrecen: gestión de enfermedades crónicas, rehabilitación integral, estimulación cognitiva, tratamiento de síndromes geriátricos como las caídas, fragilidad, etc.^{45,64,65}.

La experiencia en los HDG evidencia una mejora en la calidad de vida de los pacientes en grupos de rehabilitación, relacionada con una mejoría en los parámetros funcionales (movilidad física), así como en grupos de psicoestimulación, en los que se relaciona con el estado anímico (disminución de depresión)⁶⁶. Se han observado resultados favorables coste/efectivos de los HDG, cuando se comparan con unidades de internamiento^{46,67}. Sin embargo, la bibliografía refleja que no hay evidencia suficiente sobre otros resultados en salud respecto a otro tipo de atención sanitaria en las personas mayores^{46,66,68,69}.

Recursos domiciliarios

La atención domiciliaria es uno de los sectores en desarrollo progresivo ya que se evidencia que es una de las formas más apropiadas de cuidado para muchos de los problemas de salud que padece la población geriátrica, contando además con una relación coste/eficacia muy favorable⁷⁰. Se describen a continuación los recursos domiciliarios de AI.

Hospitalización a domicilio de atención intermedia (HaD-AI)

La HaD se define como una alternativa asistencial para personas mayores seleccionadas capaz de proporcionar procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los que se requieren en un ingreso. Su efectividad ha sido demostrada desde hace años en referencia a la disminución de mortalidad, aumento de funcionalidad y resultados de coste-efectividad^{71,72}. A nivel español existen múltiples modelos de hospitalización domiciliaria, con una distribución y características heterogéneas. Como elemento común, este recurso atiende a pacientes complejos y deteriorados funcionalmente, trabaja con base en VGI y ofrece una cartera de servicios tanto en sentido *Step-Up* como *Step-Down*⁷³.

Equipos de soporte de atención domiciliario (ESAD)

Son equipos interdisciplinarios especializados en la atención paliativa y la atención a pacientes geriátricos con enfermedades avanzadas. Ofrecen asesoramiento, soporte y formación a los equipos de AP (también de residencias) y se coordinan para optimizar la atención en domicilio junto con los servicios sociales de pacientes con necesidades complejas que requieren una atención integral e integrada (social y sanitaria)^{74,75}. En Cataluña estos equipos se

denominan programa de atención domiciliaria-equipos de soporte (PADES)^{75,76} y en la Comunidad de Madrid relacionado con la atención paliativa Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD). Su intervención está basada en modelos de complejidad, asumiendo aquellos casos más complejos y aseguran el proceso de toma de decisiones con base en valores y preferencias de la persona y su familia promoviendo la planificación compartida de la atención⁷⁷.

Discusión

La AI se entiende como una respuesta del SS a las necesidades de pacientes con necesidades complejas, sanitarias y sociales, en la cual, la evaluación no puede estar centrada en el recurso sino en los resultados en clave poblacional, es decir en procesos asistenciales. Por este motivo, los diferentes recursos enumerados han de ser entendidos como herramientas para la mejora y resolución de los problemas de salud de la población envejecida, con multimorbilidad y/o en situación de vulnerabilidad y fragilidad extremas.

Los dispositivos de AI se han ido implementando a lo largo de los años a nivel internacional, pero sin consenso sobre una definición universal que permita a su vez establecer sus objetivos¹⁶. A nivel nacional el desarrollo de alternativas asistenciales y de un modelo adaptado a las necesidades de las personas se inició hace más de 30 años con el debate sociosanitario, que advirtió de las disfunciones del SS para determinados pacientes como son las personas mayores⁴⁴. Se ha tomado como referencia principalmente el modelo de AI del sistema de salud británico, basado en centros con menor dotación tecnológica y alto nivel asistencial y de cuidados (*Low Tech - High Touch*)⁴⁸. La evolución de este ámbito es continuada, con nuevos recursos y dispositivos, siendo posible que en los próximos años sea necesario replantear el modelo de AI para dar respuesta a la adopción de nuevos recursos tecnológicos. La diferenciación y singularidad de la AI en España es que se incluyen recursos especializados en atención geriátrica y paliativa, mientras que a nivel internacional los recursos basados en camas (*bed-based*) no incluyen recursos de cuidados paliativos ni de psicogeriatría⁷⁸⁻⁸¹. Otra diferencia, respecto a Reino Unido, es que allí muchos de los recursos de AI son extrahospitalarios y liderados por personal de enfermería (*nurse-led-units*) y solo cuentan con el soporte médico durante uno o dos días a la semana, mientras que en España la AI recae en el equipo multidisciplinar.

El desarrollo la AI en nuestro SNS requiere de la voluntad de dejar atrás la nomenclatura de atención sociosanitaria para evolucionar hacia la AI, siendo necesarias algunas consideraciones.

En primer lugar, optimizar y buscar la eficiencia de los recursos disponibles con la disminución de días de estancia en las unidades de recuperación funcional o convalecencia, el aumento de la eficiencia rehabilitadora y altas a domicilio, el incremento de unidades HaD-AI, el crecimiento de las camas de subagudos y la implementación de programas de rehabilitación intensiva e integral por procesos o patología específica como ortopédica, neurorrehabilitadora, etc.^{48,82,83}. Requiere además de una terminología clara y común en todo el estado, que permita mejorar la equidad territorial en pos de una mejor atención del adulto mayor con necesidades sanitarias complejas, así como el *benchmarking* nacional e internacional⁸¹.

En segundo lugar, en los últimos años se ha intentado reorientar el concepto de AI únicamente hacia los recursos de media estancia, subagudos y paliativos no incluyendo la atención a la larga duración (*long term care*)⁴⁵. A pesar de que algunas unidades de AI están situadas en centros residenciales (p. ej., unidad sociosanitaria de carácter público en centro residencial de servicios sociales) y atienden a pacientes con perfiles que requerirán atención en dispositivos de larga estancia (grandes discapacitados, cuidados continuos, etc.),

las AI no deben confundirse con unidades de larga estancia^{20,31,44}. Aun así, con el aumento de personas que requieren este tipo de cuidados, se considera necesario retomar el debate sobre un único sector de la larga duración vinculada al sector social de internamiento (cuidados de larga duración). A su vez, no deben confundirse los recursos de AI con las UGA ni el HAD, servicios de hospitales de agudos, donde se ofrece atención al enfermo frágil y geriátrico en un proceso agudo.

En tercer lugar, se requiere extender su modelo hacia un ámbito transversal en la atención integrada de la persona y en el que las transiciones son un elemento clave para garantizar la atención continuada²⁴. Para tal finalidad, desempeñan un rol fundamental los equipos de soporte hospitalarios (ESH) de geriatría y de cuidados paliativos (vinculados principalmente al ámbito de AI) para ofrecer atención compartida y asesoramiento en la atención diagnóstica, terapéutica y seguimiento, así como divulgar conocimiento geriátrico y paliativo en los HA. En aquellas situaciones más frecuentes, la integración de estos ESH ha evolucionado hacia unidades hospitalarias específicas, siendo el principal ejemplo las unidades de ortogeriatría⁸⁴. Otro de los servicios en los que los ESH están siendo proactivos son los servicios de urgencias, ofreciendo un manejo experto que agiliza la transición al alta del servicio de urgencias al recurso más adecuado⁸⁵.

En la actualidad, disponemos de una amplia evidencia científica sobre la efectividad de la AI, aunque cabe especificar que es con base en resultados fragmentados por dispositivos: URF³⁵, HDC⁴⁶, UCP⁸⁶. No se dispone de estudios que muestren la eficacia y la eficiencia del modelo de AI de forma global y universal dado al desarrollo irregular de los distintos dispositivos de la AI en cada territorio⁸⁷. La disponibilidad y características de la AI pueden variar en función de los sistemas regionales de salud y de los recursos de cada comunidad autónoma. Por ejemplo, en Cataluña, donde prácticamente hay la mitad de todas las camas de media y larga estancia de España, la evolución del ámbito sociosanitario ha permitido impulsar el modelo de AI, con un mayor enfoque rehabilitador, la aparición de la línea de subagudos y una mayor eficiencia de los recursos sociosanitarios de media estancia⁸². La voluntad del impulso de la AI en esta CCAA queda bien reflejada en el Plan Estratégico de Atención Geriátrica y Paliativa de Cataluña del Departamento de Salud²² junto con la actualización de la cartera de servicios que ya utiliza el término AI⁷⁷. Otra CCAA con dispositivos de AI es Madrid, donde se desarrolló la Unidad de Coordinación de Media Estancia (UCME) del Servicio Madrileño de Salud y que en los últimos años ha focalizado sus esfuerzos en la gestión y adecuación de la accesibilidad a los diferentes recursos de los pacientes crónicos en Hospitales de Media Estancia⁸⁷.

Es importante destacar que es necesario que se desarrollen e implementen los recursos de AI con base en estándares y criterios homogéneos, para utilizar instrumentos de medida y definir los parámetros de calidad y eficiencia de cada uno de ellos, pero también en su conjunto. A pesar de los buenos resultados de la AI, el SS deberá dar respuesta a los distintos retos que se irán planteando durante el desarrollo de la AI: 1) detección de población susceptible a ser atendida según su complejidad clínica e intensidad de atención diagnóstica y terapéutica; 2) definir el rol de los recursos de larga duración y su coordinación con AI; 3) potenciar la atención ambulatoria garantizando que incluya la reordenación de los HDG, el desarrollo de las consultas externas de AI y la atención domiciliaria; 4) potenciar el liderazgo en enfermería a través de enfermeras gestoras de caso y de enlace, especialmente en procesos integrados como los ortogeriátricos, neurorrehabilitación, médico quirúrgico y paliativos, que detecten altas precoces y promuevan transiciones seguras y de calidad; 5) sensibilizar a la población y a los profesionales sanitarios sobre el valor de la AI y cambiar el paradigma de los hospitales de AI, sin confundirlos con sociosanitarios, que se asemeja a centro residencial o de larga duración.

En conclusión, la adopción del término anglosajón «atención intermedia» en nuestro entorno, así como incluir en este concepto múltiples dispositivos que se han desarrollado desde hace más de 30 años, no es tarea fácil. Aun así, el grupo de AI de la SEGG con este artículo, intenta avanzar en el reto de definir, ordenar y evaluar los resultados de la implementación de la AI en el SNS español. Sin duda, teniendo en cuenta la evidencia disponible, los recursos y dispositivos de AI pueden contribuir a la sostenibilidad del SS ante el reto de una población cada vez más envejecida y con múltiples comorbilidades, así como a ofrecer una atención de calidad y adaptada a las personas mayores. Para ello, será necesario avanzar en la monitorización y la sistematización de la implementación de la AI en los diferentes territorios españoles para evaluar su desarrollo y efectividad, así como de disponer del apoyo de la administración pública para que defienda e incluya la cartera de AI en el SS español.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F, Sinclair AJ. The Third Transition: The Clinical Evolution Oriented to the Contemporary Older Patient. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18:8–9.
- Van Olmen J, Ku G, Bermejo R, Kegels G, Hermann K, Van Damme W. The growing caseload of chronic life-long conditions calls for a move towards full self-management in low-income countries. *Global Health.* 2011;7:38.
- Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges. Copenhagen: World Health Organization; 2010. p. 111.
- Warren M. Convalescence for the Elderly Patient. *Ment Heal.* 1951;10:68–9.
- Bullich Marin I. L'entorn de treball de les infermeres a les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia de Catalunya: valoració, factors relacionats i impacte en els resultats de l'avaluació [Internet]. España: Universitat de Barcelona; 2017 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/112769>
- De Carvalho IA, Epping-Jordan J, Beard JR. Integrated Care for Older People. En: Michel JP, editor. *Prevention of Chronic Diseases and Age-Related Disability*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 185–95.
- Mas MA, Amblàs-Novellas JG. La geriatría en el reto de construir un nuevo relato. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:237–9.
- O'Shaughnessy I, Robinson K, O'Connor M, Conneely M, Ryan D, Steed F, et al. Effectiveness of acute geriatric unit care on functional decline, clinical and process outcomes among hospitalised older adults with acute medical complaints: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* [Internet]. 2022;51:afac081.
- Knight T, Atkin C, Martin FC, Subbe C, Holland M, Cooksley T, et al. Frailty assessment and acute frailty service provision in the UK: results of a national «day of care» survey. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022;22:19.
- Martín-Sánchez FJ, Bermejo Boixareu C, EDEN - the Emergency Department and Elder Needs project - Una Oportunidad para conocer y mejorar la atención integral de las personas mayores en los servicios de urgencias españoles. *Emergencias.* 2022;34:409–10.
- Nancarrow S. The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development opportunities. *J Clin Nurs.* 2007;16:1222–9.
- Mateos-Nozal J, Bermejo Boixareu C, Pérez-Panizo N, Hormigo Sánchez AI, Martínez Peromingo FJ. Situación y actividad de las unidades de geriatría de enlace con residencias de mayores en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2023;58:27–30.
- Baztan Cortés JJ, Hornillos Calvo M, González Montalvo JJ. Encuesta sobre la estructura y actividades de las unidades de media estancia y convalecencia en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020;35(S6):61–7.
- Fundación IDIS. El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). 2023 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: <http://www.fundacionsindano.com/wp-content/uploads/2017/11/IDIS.-2106.-informesociosanitario.pdf>
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología-SEGG. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología [Internet]. [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/defensor-atencion-01.pdf>.
- Sezzin D, O'Caioimh R, O'Donovan MR, Salem MA, Kennelly S, Samaniego LL, et al. Defining the characteristics of intermediate care models including transitional care: an international Delphi study. *Aging Clin Exp Res.* 2020 19;32:2399–410.
- Kern LM, Ringel JB, Rajan M, Casalino LP, Pesko MF, Pinheiro LC, et al. Ambulatory Care Fragmentation and Total Health Care Costs. *Med Care* [Internet]. 2024;62:277–84.
- Melis RJF, Rikkert MGMO, Parker SG, Van Eijken MIJ. What is intermediate care? *BMJ.* 2004;329(7462):360–1.
- Carpenter J, Gladman JRF, Parker SG, Potter J. Clinical and research challenges of intermediate care. *Age Ageing.* 2002;31:97–100.
- Ellis G. Intermediate care for older people in the UK. *Clin Med (Lond).* 2010;10:639.
- National Institute for health, care excellence (NICE). Understanding Intermediate Care Including Reablement [Internet]. 2018 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-sociosanitaria/geriatrica/>.
- Departament de salut. Generalitat de Catalunya. Pla estratègic d'atenció geriàtrica especialitzada de Catalunya. Bases del model futur [Internet]. 2023 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9118/pla_estrategic_atencio_geriatrica_especialitzada_catalunya_bases_model_futur_2023.pdf?sequence=1.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA) [Internet]. 2021 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7007>
- Departament de salut. Generalitat de Catalunya. Pla estratègic d'atenció geriàtrica i paliativa especialitzada de Catalunya: elements claus de futur per al canvi de model [Internet]. 2023 [consultado 18 Abr 2024]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9196/pla_estrategic_atencio_geriatrica_paliativa_especialitzada_de_catalunya_elements_claus_futur_canvi_model_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Scottish Government. Maximising recovery promoting Independence. Intermediate care framework Scotland [Internet]. 2012 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: [https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2012/07/maximising-recovery-promoting-independence-intermediate-care-framework-scotland/documents/maximising-recovery-promoting-independence-intermediate-care-framework-scotland/govscot%3Adocument/00396826.pdf](https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2012/07/maximising-recovery-promoting-independence-intermediate-care-framework-scotland/documents/maximising-recovery-promoting-independence-intermediate-care-framework-scotland/maximising-recovery-promoting-independence-intermediate-care-framework-scotland/govscot%3Adocument/00396826.pdf).
- Bowker LK, Price JD, Sha KS, Smith SC. Organizando servicios geriátricos. Cuidados intermedios. En: *Manual Oxford de Medicina Geriátrica*. 3 ed. Edinburgh: Scottish Government; 2019. p. 26–7.
- Murray SA, Boyd K, Moine S, Kendall M, Macpherson S, Mitchell G, et al. Using illness trajectories to inform person centred, advance care planning. *BMJ.* 2024;384, e067896.
- Diestre Ortín G, González Sequero V, Collell Domènech N, Pérez López F, Hernando Robles P. Planificación anticipada de decisiones en las enfermedades crónicas avanzadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48:228–31.
- Woodford HJ, George J. Intermediate care for older people in the UK. *Clin Med.* 2010;10:119–23.
- Wang Y-C, Chou M-Y, Liang C-K, Peng L-N, Chen L-K, Loh C-H. Post-Acute Care as a Key Component in a Healthcare System for Older Adults. *Ann Geriatr Med Res.* 2019;23:54–62.
- McNabney MK, Fitzgerald P, Pedulla J, Phifer M, Nash M, Kinoshian B. The Program of All-Inclusive Care for the Elderly: An Update after 25 Years of Permanent Provider Status. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2022;23:1893–9 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861022007277>.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 1984;311:1664–70.
- Wieland D, Rubenstein LZ, Hedrick SC, Reuben DB, Buchner DM. Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units (GEMs) in the Veterans Health System: Diamonds in the Rough? *J Gerontol.* 1994;49:M195–200.
- Applegate WB, Miller ST, Graney MJ, Elam JT, Burns R, Akins DE. A Randomized, Controlled Trial of a Geriatric Assessment Unit in a Community Rehabilitation Hospital. *N Engl J Med.* 1990;322:1572–8.
- Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2010;340, c1718.
- The National Archive. Department of Health. Service Circular/Local Authority Circular: Intermediate Care [Internet]. 2001 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/26/80/04012680.pdf>.
- Reseñas Históricas: Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela [Internet]. 2020 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/hospital/cruzroja/sites/cruzroja/files/2020-01/Reseñas_históricas.pdf.
- Serrano Garjón P, De Tena Dávila Mata MC. Experiencia de la Unidad de Media Estancia dependiente de la Unidad Geriátrica Municipal del Ayuntamiento de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:211–20.
- Comunidad de Madrid. Plan estratégico de geriatría de Comunidad Madrid. Hospitales de Apoyo [Internet]. 2012 [consultado 1 May 2024]. Disponible en: <http://www.smgg.es/imagenes/articulos/Plan-Geriatria-Comunidad-Madrid.pdf>.
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, DOG.C., Catalunya. Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del programam «Vida als Anys» d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia. 1986;692:1753–4.
- Catalunya. Ordre de 7 de setembre de 1983, de creació del Programa Sectorial d'Atenció Malalt Crònic. (DOGC, núm. 364, 16-09-1983, p. 2343-4). Portal Jurídic de Catalunya.

42. Ministerio de Sanidad, SS., e I. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud [Internet]. 2012 [consultado 1 May 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA.ABORDAJE.CRONICIDAD.pdf>.
43. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado - BOE. España. Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Num. 128. May 29 2003:20567-88 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-10715>.
44. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España [Internet]. 2011 [consultado 1 May 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/LibroBlanco.CCS.15.12.11.pdf>
45. García Navarro JA. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliar y hospitalización [Internet]. 2005 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal.social/archives/segg0021.dir/segg0021.pdf>.
46. Brown L, Forster A, Young J, Crocker T, Benham A, Langhorne P. Medical day hospital care for older people versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015. CD001730.
47. 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 Geriatr Gerontol*. 1986;21:309-15.
48. José Baztán Cortés J, Ignacio González-Montalvo J, José Solano Jaurrieta J, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*. 2000;115:704-17.
49. White HK. Post-acute Care: Current State and Future Directions. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20:392-5.
50. Levenson S. The future of subacute care. *Clin Geriatr Med*. 2000;16:683-99.
51. Gual N, Yuste Font A, Enfedaque Montes B, Blay Pueyo C, Martín Álvarez R, Inzitari M. Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en una unidad de subagudos. *Aten Primaria*. 2017;49:510-7.
52. Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roqué Figuls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gac Sanit*. 2012;26:166-9.
53. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. 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;28:302-11.
54. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Paz S, Stjernsward J, Rocafort J. Program development: Palliative Medicine and Public Health Services. In: *Palliative Medicine Philadelphia* [Internet]. 2008:198-202 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259338861_Gomez-Batiste_X_Porta-Sales_J_Paz_S_Stjernsward_J_and_Rocafort_J_Program_development_Palliative_Medicine_and_Public_Health_Services_In_Walsh_D_Ed_Palliative_Medicine_Philadelphia_Elsevier_2008_pp_198-
55. Ruiz-Lopez D, García-Baquero Merino M, Martínez-Cruz B, Pinedo-Cañas F, Monleon M. InfoPAL - Electronic records for palliative care patients in the Madrid region. *Eur J Palliat Care*. 2014;21:42-4.
56. Greene JA, Wagner J, Johnson W. Development of a Geropsychiatric Unit. *South Med J*. 1994;87:392-6.
57. López Pousa S, Serra Mestres J, Lozano Gallego M, Turon Estrada A, Vilalta Franch J, Garre Olmo J, et al. Programa integral de atención psicogeriatrica. *Rev Neurol*. 2000;30:1181.
58. Ferré Jodra A, Capdevila Ordóñez M, García Lidón E, Almenar Monforte C. Evaluación de la actividad de una unidad de media estancia de psicogeriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37:190-7.
59. Miralles Basseda R. Psicogeriatría y unidades de media estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37:187-9.
60. Division of Mental Health, Prevention of Substance Abuse, World Psychiatric Association. World Psychiatric Association. Psychiatry of the elderly: a consensus statement [Internet]. 1996 [consultado 23 Abr 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/63623>
61. Pérez Pena B, Esteve Arrién A. Evidencia de la intervención geriátrica en pacientes con enfermedad/discapacidad aguda neurológica o psiquiátrica: Unidades Especializadas Transversales II: Unidades de Psicogeriatría. En: López-Dóriga Bonnardeaux P, de la Fuente Gutiérrez C, editores. Atención sanitaria a la persona mayor en el siglo XXI [Internet]. Madrid: SEMEG; 2024. p. 189-227. Disponible en: <https://almageriatría.org/wp-content/uploads/2024/05/atencion-sanitaria-persona-mayor-sxxi-1.pdf>.
62. Sociedad Española de Geriatría Gerontología - SEGG. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliar y hospitalización [Internet]. 2003 [consultado 15 Abr 2024]. Disponible en: <https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal.social/archives/segg0021.dir/segg0021.pdf>.
63. Salvá A, Roqué M, Vallés E, Bustins M, Rodó M, Sanchez P. Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014;49:59-64 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-descripcion-del-perfil-complejidad-pacientes-S0211139X13001625>.
64. Hornillos Calvo MM. Hospitales de día geriátricos en España: Un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento. 1955 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/2796/1/T19985.pdf>.
65. Hornillos Calvo M, Baztán Cortes J, González Montalvo J. Los hospitales de día geriátricos: revisión de su eficacia en el hospital general. *Am Med Interna*. 2000;17:26-36.
66. De Jaime Gil E. Factores relacionados con la mejoría de la calidad de vida de los pacientes que acuden a un hospital de día de geriatría. 2018 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=252709>.
67. Priebe S, Jones G, McCabe R, Briscoe J, Wright D, Sleed M, et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care. *Br J Psychiatry*. 2006;188:243-9.
68. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008. CD001730.
69. Petermans J, Velghe A, Gillain D, Boman X, Van Den Noortgate N. Geriatric day hospital: what evidence? A systematic review. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9:295-303.
70. Salgado Alba A, Mohino de la Torre A, Del Valle Operé JM, Andrés Ro-dríguez I, Moriano Béjar ME, Baragaño Eusebio PA. Asistencia primaria a domicilio Asistencia geriátrica a domicilio. *Hosp Domic*. 1986;21:105-12.
71. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients with Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4. e2111568.
72. Singh S, Gray A, Shepperd S, Stott DJ, Ellis G, Hemsley A, et al. Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people? *Age Ageing*. 2022;51. afab220.
73. Inzitari M, Arnal C, Ribera A, Hendry A, Cesari M, Roca S, et al. Comprehensive Geriatric Hospital at Home: Adaptation to Referral and Case-Mix Changes During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24:3-9.e1.
74. Bullich Marín Í. L'entorn de treball de les infermeres a les unitats sociosanitàries d'atenció intermèdia de Catalunya: valoració, factors relacionats i impacte en els resultats de l'avaluació. 2017 Jun. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=177961>.
75. Morandi T. Los PADES: red de vida. *Med Palliat*. 2018;25:114-5.
76. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:470-5.
77. General Catalunya. Departament de Salut, Cartera de serveis d'atenció intermèdia. 2023 [consultado 16 Abr 2024]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9111/cartera_serveis_atencio_intermedia_2023.pdf
78. Griffiths P, Edwards M, Forbes A, Harris R. Post-acute intermediate care in nursing-led units: a systematic review of effectiveness. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:107-16.
79. Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RG, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;2007. CD002214.
80. The Health Foundation. The Challenges and Potential of Intermediate Care [Internet]. 2024 [consultado 7 May 2024]. Available from: <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/the-challenges-and-potential-of-intermediate-care>.
81. Bullich-Marín I, García-Altés A, Miralles-Baseda R, Juvé-Udina ME, Melendo-Azuela EM, Santaugènia-González S. Central de Resultados del ámbito sociosanitario en Cataluña. Evolución 2013-2018. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022;57:95-9.
82. Santaugènia SJ, Mas MA, Tarazona-Santabalbina FJ, García-Lázaro M, Alventosa AM, Gutiérrez-Benito A, et al. Clinical effectiveness of an intermediate care inpatient model based on integrated care pathways. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20:366-72.
83. Pueyo-Sánchez M-J, Larrosa M, Surís X, Sánchez-Ferrin P, Bullich-Marín I, Frigola-Capell E, et al. Association of orthogeriatric services with long-term mortality in patients with hip fracture. *Eur Geriatr Med*. 2018;9:175-81.
84. de Miguel Artal M, Roca Chacón O. Intervención de una UFISS de geriatría en pacientes con fractura de cadera ingresados en un Servicio de Traumatología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:96-7.
85. Oluyase AO, Higginson IJ, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, et al. Hospital-based specialist palliative care compared with usual care for adults with advanced illness and their caregivers: a systematic review. *Heal Serv Deliv Res*. 2021;9:1-218.
86. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de Cuidados Paliativos. Estándares y recomendaciones [Internet]. 2009 [consultado 3 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/cuidadospaliativos.pdf>
87. Baztán J, Martínez S, Garmendia G, Pérez P, Martínez Y, Resino C, et al. Repercusión de un sistema centralizado de ingresos sobre la eficacia y eficiencia de una unidad geriátrica de recuperación funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:18-24.