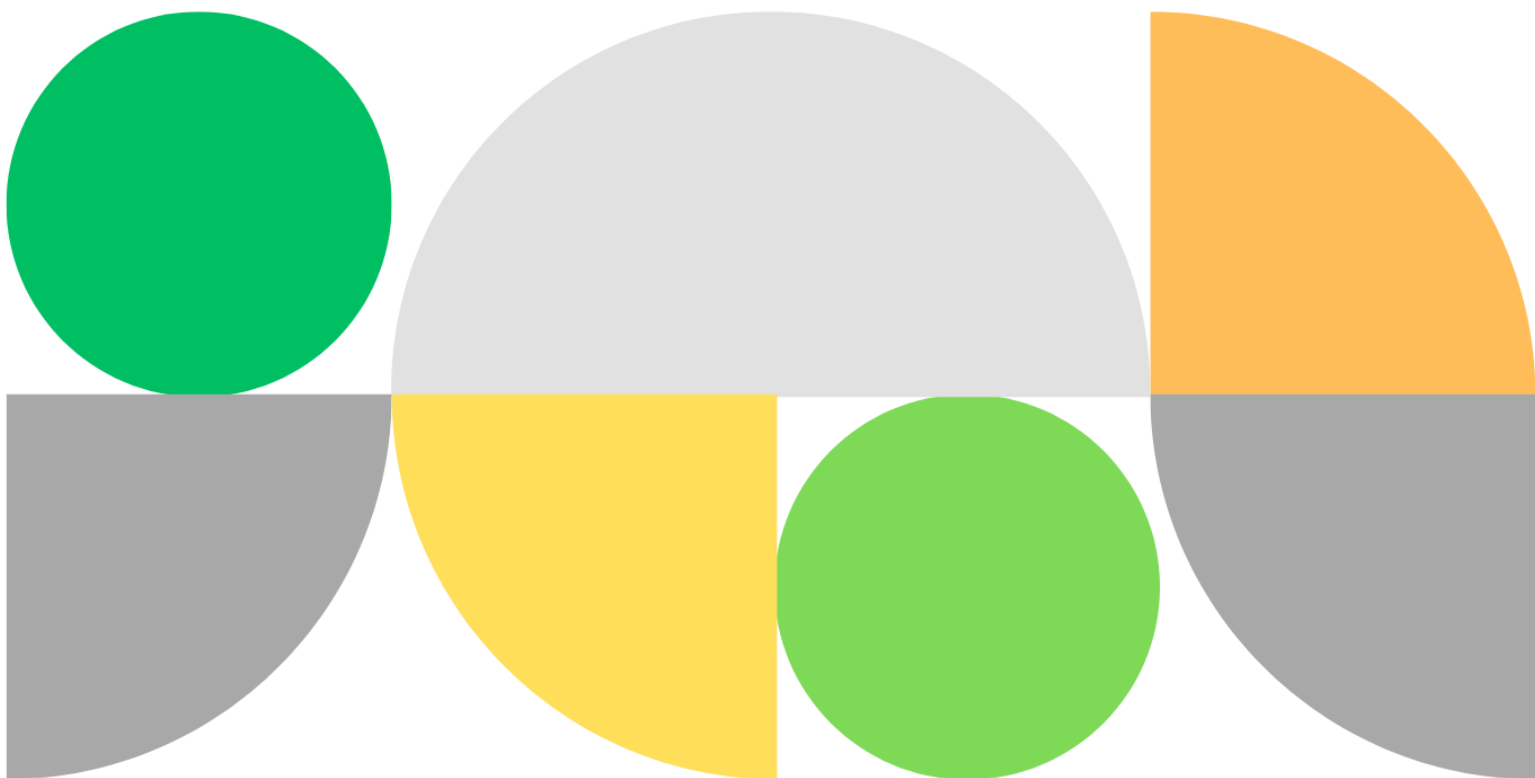


Vía clínica de unidad de media estancia



VÍA Clínica de Unidad de Media Estancia [Recurso electrónico]: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PADAC (2025-2028) / [Dirección y coordinación técnica Trinidad Rus Molina, Celia Fernández Delgado; Redacción Carmen María Alba Fernández...et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2026.

Texto electrónico (pdf), 19 p.

ISBN 978-84-129052-5-0

1. Enfermedad crónica. 2. Continuidad de la atención al paciente. 3. Guía de práctica clínica. 4. Anciano 5. Andalucía. I. Alba Fernández, Carmen María. II. Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

QZ 185

Dirección

Trinidad Rus Molina. Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Celia Fernández Delgado. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación técnica

Susana Rodríguez Gómez. Subdirección General de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Roberto Lara Romero. Enfermero Asesor Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud

Coordinación de la vía clínica

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Nieves Lafuente Robles. Enfermera de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur. Servicio Andaluz de Salud

Redacción

Carmen María Alba Fernández. Subdirectora de Enfermería. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Servicio Andaluz de Salud

María Patrocinio Ariza Vega. Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional. Universidad de Granada

Antonio Fernández Moyano. Jefe Servicio Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Daniel García Gil. Director de Unidad de la Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital San Carlos de San Fernando. Servicio Andaluz de Salud

Rosario García Juárez. Directora de Enfermería. Hospital Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud

Miguel Angel García Ordoñez. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Servicio Andaluz de Salud

María Dolores Nieto Martín. Internista. Jefa de Unidad de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud

Tania Ortiz Puertas. Médica de Familia. Distrito Sanitario Granada – Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

Silvia Ramírez Flores. Enfermera. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Validación final

David Paniagua Urbano. Subdirección de Gestión Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

Inmaculada López Gutiérrez. Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial. Servicio Andaluz de Salud

Francisco de Borja López Casanova. Coordinación de Cuidados y Atención Sociosanitaria. Servicio Andaluz de Salud

María Isabel Gómez Díaz. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud

Carmen Jódar Casanova. Médica de Familia. Distrito Sevilla. Servicio Andaluz de Salud

Jose Antonio Lis Jiménez. Enfermero. Hospital Alto Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud

Revisión

Carmen Pérez Romero. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Diana Gosálvez Prados. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Título: Vía Clínica de Unidad de Media Estancia: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad PADAC (2025-2028)

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2026

Responsable de la edición: Dirección General de Cuidados, Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones

Diseño y maquetación: Juan Antonio Castillo Guijarro. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-129052-5-0

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Contenido

Definición.....	5
I. Revisión de las experiencias	7
II. Definición de las características de las personas tributarias de la vía clínica de Unidad de Media Estancia.....	10
III. Dispositivos de origen, sistemas de comunicación y salida	12
IV. Mapeo del proceso.....	13
V. Matriz temporal.....	14
VI. Hoja de variaciones	15
VII. Hoja de ruta para el/la paciente y su familia	15
VIII. Propuesta de recursos.....	16
Referencias	18

Siglas y acrónimos

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria
EGC: Enfermera gestora de casos
FEP: Foro Español de Pacientes
FFV: Fase final de la vida
INSALUD: Instituto Nacional de la Salud
OMC: Organización Médica Colegial
PAdAC: Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad
PCC: Paciente Crónico Complejo
SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMFyC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna
SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía
TCAE: Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería;
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
UME: Unidad de Media Estancia

Definición

En los criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores¹, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) describió en 1995 los criterios de referencia para la puesta en funcionamiento, desarrollo y evaluación del conjunto de dispositivos y recursos necesarios para la atención sanitaria a las personas mayores. En dicho documento, se definen las Unidades de Media Estancia (UME), o de convalecencia, como “nivel asistencial geriátrico hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alteradas como resultado de diferentes procesos previos”.

Ambos términos -UME o convalecencia- son específicos del Sistema Nacional de Salud español, siendo equiparables su objetivo y funcionamiento a otros términos descritos en la literatura –adaptados al predominio de una o varias de estas funciones-, como de unidades de rehabilitación geriátrica, unidades geriátricas de recuperación funcional, cuidados postagudos, transicionales o intermedios².

Se ha descrito que estas unidades hospitalarias tienen como objetivo fundamental la recuperación funcional de las personas que han tenido una reducción –inicialmente reversible- de su funcionalidad, pero también administrar cuidados dirigidos a la adaptación a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de familiares en el cuidado, el cuidado y cicatrización de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda³.

Objetivos

General

Establecer una vía clínica para la actividad de la UME de personas con enfermedades crónicas complejas (PCC).

Específicos

1. Mejorar la recuperación funcional y cognitiva de PCC tras ingreso hospitalario.
2. Facilitar el regreso a domicilio habitual tras el ingreso por descompensación de enfermedad crónica o por otro evento agudo.
3. Reducción de reingresos.
4. Mejorar la calidad de vida de la persona cuidadora.
5. Mejorar las transiciones asistenciales.

I. Revisión de las experiencias

Uno de los principales retos que afrontan, en la actualidad, la mayoría de los sistemas de salud es dar una respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de una población cada vez más envejecida, en la que la relación de la edad con las enfermedades crónicas, con la dependencia y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida⁵. El aumento de la esperanza de vida, junto con una mejora en el abordaje médico-quirúrgico de muchas enfermedades, ha incrementado la prevalencia de personas de edad avanzada con enfermedades crónicas, polimedicación asociada y alto riesgo de deterioro funcional y cognitivo. Esto conlleva un aumento progresivo de ingresos y reingresos hospitalarios, con el consiguiente aumento de riesgos asociados a los mismos: complicaciones yatrógenas (infecciones, úlceras por presión, desnutrición, etc.) y deterioro funcional y cognitivo, lo que condiciona un mayor riesgo de dependencia e institucionalización, un consumo ineficiente de recursos sanitarios (prolongación de estancias en hospitales de agudos) y un aumento de la mortalidad.

La Plataforma de Cronicidad: Horizonte 2025⁶, constituida por las principales organizaciones colegiales (Organización Médica Colegial (OMC)), sociedades científicas (Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Consejo General de Trabajo Social, Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España) y asociaciones de pacientes (Foro Español de Pacientes (FEP)) insisten en la búsqueda de soluciones específicas, que no sólo estriben en los hospitales de agudos, para las personas con cronicidad compleja o en situación de cuidados paliativos. Indican en sus recomendaciones la relevancia de garantizar una mayor participación y coordinación entre los diferentes niveles -nacional, autonómico y local-, departamentos de la Administración Pública -Sanidad, Derechos Sociales y Educación, principalmente- y profesionales del ámbito sociosanitario para contribuir a la detección de necesidades y a la implementación de políticas que ofrezcan soluciones integrales y mejoren el abordaje holístico en pacientes con enfermedades crónicas. La iniciativa *Chrodis Integrated Multimorbidity Care Model*⁷, apuesta por un modelo europeo pionero para mejorar la atención a este tipo de pacientes y ofrece directrices específicas a los sistemas de salud y de salud pública para la atención de este colectivo. El proyecto está conformado por 16 componentes, agrupados en cinco dimensiones: provisión de servicios; apoyo a la toma de decisiones del profesional; apoyo al autocuidado de cada paciente; sistemas de

información y tecnología; y recursos sociales y comunitarios.

Entre los proyectos que se ofrecen como soluciones para la atención a la cronicidad compleja, se propone el impulso de centros de cuidados transicionales para convalecencia, rehabilitación y cuidados paliativos, con un enfoque funcional y de recuperación. Estos hospitales/áreas de cuidados con oferta de convalecencia/rehabilitación tienen su expresión en Escocia como *community hospitals*⁸ o como *Skilled Nursing Facilities* del Medicare estadounidense⁹. Junto a ello, también se propone los centros residenciales de media y larga estancia, para situaciones en las que las personas no puedan volver a sus domicilios por causas sociales o de imposibilidad de mantener los cuidados básicos.

Los programas de rehabilitación hospitalaria diseñada específicamente para pacientes de edad adulta, mayoritariamente con enfermedades crónicas complejas^{10,11}, han mostrado efectos beneficiosos sobre la atención habitual al alta (1-3 meses), para la mejoría de la funcionalidad [OR 1,75; IC del 95%: 1,31 a 2,35], para la prevención de ingresos en centros residenciales de mayores [OR 0,64; IC del 95%: 0,51 a 0,81], y para la reducción de la mortalidad [OR 0,72; IC del 95%: 0,55 a 0,95]. El efecto a largo plazo (3-12 meses), fue ligeramente menos pronunciado. Los programas específicos de intervención ortopédica tenían mayor probabilidad de estar asociados con la mejoría funcional, y las poblaciones del estudio con una media de edad menor de 80 años mostraron un efecto más beneficioso -respecto a la población de más de 80 años- para la reducción de la probabilidad de ingresos en centros de mayores.

Estos programas generales de rehabilitación para personas con enfermedades crónicas parecieron aumentar la duración de la hospitalización, atribuyéndose este hecho a que las personas de los grupos control recibieron el alta más precozmente a un centro de atención a largo plazo. Los elementos del programa que se asociaron con resultados favorables fueron la evaluación geriátrica multidimensional como base para la identificación de problemas, la existencia de un equipo asistencial (fisioterapia, terapia ocupacional, medicina, enfermería, nutrición, psicología) que formulaba recomendaciones y controlaba la implementación de las recomendaciones.

No están definidas las características operativas detalladas, como la intensidad y la frecuencia de la fisioterapia, y tampoco hay datos suficientes para extraer conclusiones sólidas desde una perspectiva económica, interpretándose que la reducción de las admisiones en residencias de personas mayores podría resultar en un ahorro de costes.

En este escenario, se pueden diferenciar tres grandes grupos de pacientes con enfermedades crónicas, según necesidades sanitarias y sociales:

- I. Pacientes con enfermedades crónicas complejas que sufren un proceso agudo médico o quirúrgico, con/sin enfermedad crónica de base o descompensación de enfermedad crónica que, superada la fase aguda y encontrándose en situación de alta hospitalaria, presenta pérdida de funcionalidad potencialmente reversible y son tributarios de un entrenamiento específico para su recuperación, previo a la continuidad de cuidados en el domicilio, ya que la intensidad y complejidad de los cuidados excedería la capacidad de la persona cuidadora o de su red social, y pacientes en la fase final de la vida que precisan un periodo de afrontamiento familiar para la adaptación y transición del cuidado en su entorno habitual. Estas personas se beneficiarían de las UME o centros que oferten programas de cuidados intermedios (**convalecencia o cuidados transicionales**).
- II. Pacientes que, tras su estancia hospitalaria o estando en domicilio, presentan una situación que requiere cuidados básicos de larga duración y no disponen de apoyos de continuidad en su entorno socio-familiar. Este grupo de pacientes requiere **centros de larga estancia**.
- III. Pacientes que, tras su estancia hospitalaria o estando en domicilio y no requiriendo cuidados sanitarios para su estabilización, no disponen de soporte sociofamiliar que les permita volver o permanecer en su domicilio. Estas personas requieren **centros residenciales públicos o concertados**.

El programa de coordinación de los sistemas social y sanitario se inscribe en el marco del I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023⁴, contribuyendo a la consecución de los objetivos estratégicos «2.2. Agilizar la prestación de servicios sociales y sanitarios de la Junta Andalucía para personas mayores de 65 años» y «2.3. Mejorar la calidad de la atención a la dependencia de las personas mayores de 65 años», en la Línea Estratégica de Atención a la Dependencia, así como en el Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria, publicado en el BOJA núm. 58, de 26 de marzo de 2021 y su posterior publicación definitiva mediante acuerdo de 30 de abril de 2024 del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la I Estrategia Andaluza de Coordinación Sociosanitaria 2024-2027 (BOJA de 6 de mayo de 2024).

En el marco del Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad (PAdAC), el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) impulsa la puesta en marcha de las **UME** para dar respuesta a las necesidades de las personas que, estando ingresadas en hospitales de agudos o incluso desde su domicilio, precisan un periodo de convalecencia donde se administren cuidados centrados fundamentalmente en rehabilitación y que no pueden ser proporcionados en su entorno residencial habitual.

II. Definición de las características de las personas tributarias de la vía clínica de Unidad de Media Estancia

Dirigida a pacientes con buena/aceptable funcionalidad previa, que ingresan en el hospital por una entidad aguda -médica o quirúrgica- o por descompensación de enfermedad crónica y que, estando resuelta, la reducción funcional o cognitiva que han desarrollado, limita temporalmente el regreso al domicilio o al centro residencial de personas mayores.

Operativamente se pueden identificar 3 perfiles de pacientes (Criterios A, B o C).

● Criterios A:

Hospitalización de personas con enfermedad médica o quirúrgica en las que, independientemente de la situación funcional previa, una vez resuelto el proceso clínico que motivó el ingreso, presentan un incremento del deterioro funcional y/o cognitivo mejorable o recuperable, en los que está excedida la capacidad de cuidados de la persona cuidadora o red social, y que precisa de un periodo de convalecencia/rehabilitación temporal que permita equilibrar ambas situaciones y el regreso a su domicilio o al centro residencial de personas mayores.

La valoración funcional y cognitiva de cada persona se realizará teniendo en cuenta las bases y recomendaciones establecidas en el documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor publicado por el Ministerio de Sanidad¹⁴.

● Criterios B:

Hospitalización de personas con enfermedad médica o quirúrgica en las que, independientemente de la situación funcional previa, una vez resuelto el proceso que motivó el ingreso, presentan una reducción de funcionalidad con previsión de muy escasa capacidad de recuperación que permitiera equilibrar la capacidad de cuidados de la persona cuidadora o red social, en tal forma que impiden el regreso a su domicilio. Mantendrán estancia en UME hasta gestionar los cuidados de larga duración.

● Criterios C:

- I. Personas en situación de fase final de la vida (FFV), cuyas familias requieren ayuda al afrontamiento familiar y educación en cuidados para facilitar el fallecimiento en domicilio.
- II. No cumplirán criterio de inclusión las personas en situación de FFV que no tengan posibilidad de cuidado familiar efectivo. Podrán derivarse a unidades de cuidados paliativos hospitalarias o a centros de convalecencia para cuidados en FFV.

Según lo establecido en programas específicos, **las personas sin posibilidad de cuidados de soporte sociofamiliar inmediatos** que cumplan con criterios definidos de temporalidad para su recuperación o mejora en su capacidad de autonomía, o durante el tiempo de transición a otros recursos ya previstos, **serán incluidas en recursos temporales de cuidados cualificados**.

III. Dispositivos de origen, sistemas de comunicación y salidas

Dispositivo origen:

- Desde planta de hospitalización, por personal médico o enfermera gestora de casos (EGC).

No se considera la inclusión desde la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya que la diferencia de nivel de cuidados desde UCI a la UME es demasiado elevada para hacerla de forma directa. Debería pasar por el nivel de cuidados y clínico de planta de hospitalización.

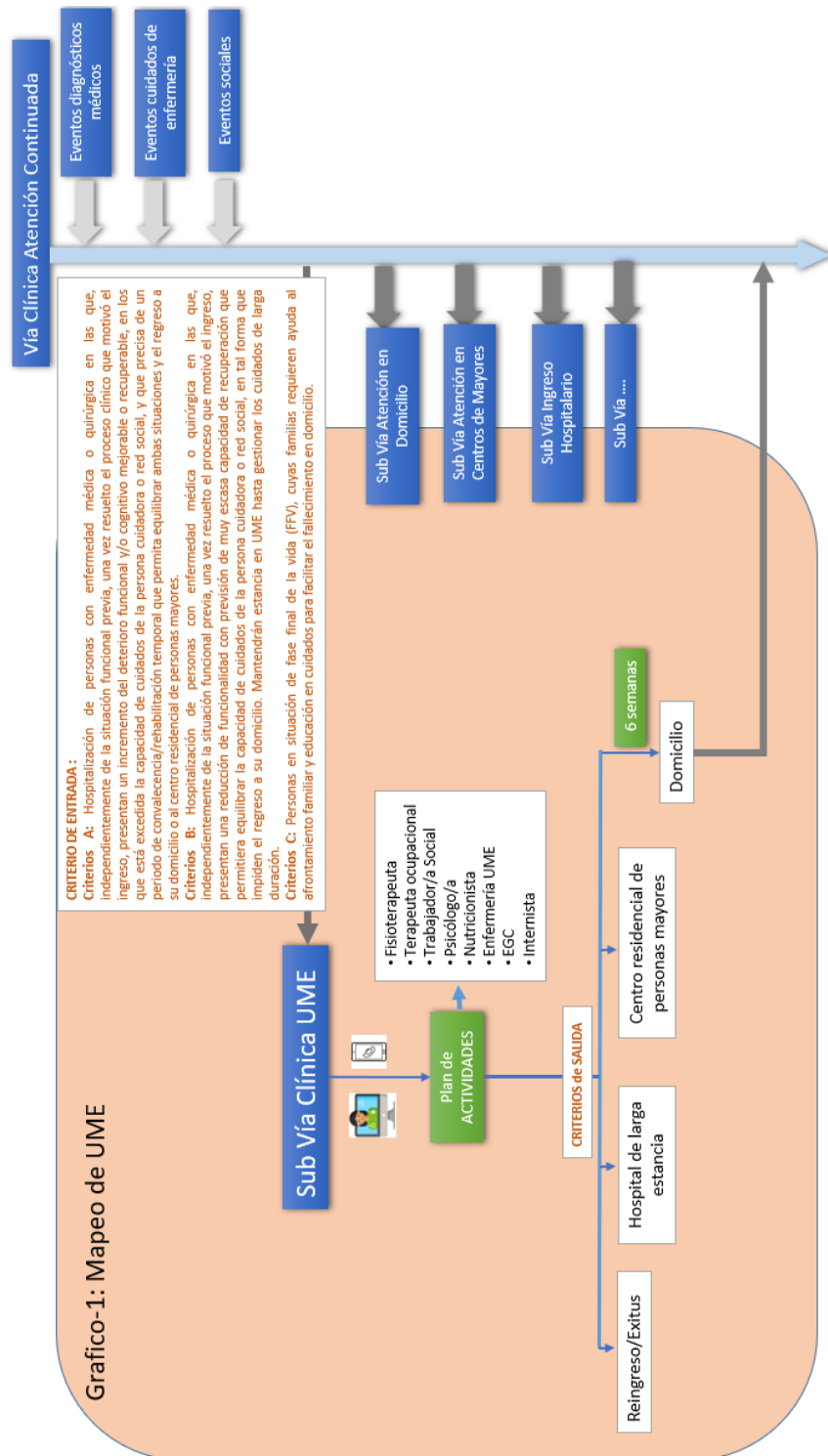
Sistema de comunicación:

- A través de interconsulta o teléfono.

Salidas:

- Domicilio, centros residenciales de mayores, otro tipo de centro sociosanitario específico u hospitales o dispositivos de larga estancia.
- Se considera un tiempo de estancia de 6 semanas, ampliables por dos más, previo informe médico. Para pacientes con criterios C se considera un tiempo de estancia de 1 semana, ampliable a una segunda semana previo informe de equipo asistencial.

IV. Mapeo del proceso



UME: Unidad de Media Estancia.

V. Matriz temporal

Vía Clínica Unidad de Media Estancia		SEMANAS					
PROFESIONALES	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6
MEDICINA	Valoración / Pruebas diagnósticas.	x					x
	Tratamientos y actuaciones médicas.	x					x
ENFERMERÍA	Cuidados de Enfermería.	x	x	x	x	x	x
REHABILITACIÓN	Evaluación global para diagnosticar las lesiones o enfermedades. Diseño del plan de tratamiento (medicación, fisioterapia, terapia manual o uso de ayudas técnicas).	x					
FISIORETAPIA TERAPIA OCUPACIONAL	Tratamiento rehabilitador (entrenamiento cognitivo, físico y funcional).	x	x	x	x	x	x
TERAPIA OCUPACIONAL EGC	Entrenamiento de actividades de la vida diaria.	x	x	x	x	x	x
	Asesoramiento adaptación del entorno y uso ayudas técnicas.	x	x	x	x	x	x
ENFERMERÍA MEDICINA	Recomendaciones nutricionales.	x	x	x	x	x	x
TRABAJO SOCIAL EGC	Información y apoyo (orientación recursos comunitarios).	x		x			x
ENFERMERÍA TERAPIA OCUPACIONAL FISIOTERAPIA TRABAJO SOCIAL	Formación y orientación de personas cuidadoras.	x	x	x	x	x	x

EGC: Enfermera gestora de casos.

VI. Hoja de variaciones

Esta hoja permite registrar las desviaciones que se den sobre el comportamiento y curso esperado de la vía clínica. Este registro permitirá de forma sistemática, modificar la vía clínica para mejorar resultados y, en su caso, adaptarla.

VII. Hoja de ruta para el/la paciente y su familia

Esta hoja permite explicar, en un lenguaje sencillo, todas las fases de un proceso de atención desde su ingreso en la UME hasta el alta. Su objetivo es que cada paciente comprenda qué esperar, cuáles son los pasos a seguir, las pruebas que pueden ser necesarias y los cuidados que se le van a realizar, permitiéndole participar activamente en su atención.

VIII. Propuesta de recursos

Perfiles y recursos profesionales:

- 1 especialista en rehabilitación para cada 30 pacientes.
- 1 fisioterapeuta por cada 15 pacientes en turno diurno.
- 1 terapeuta ocupacional por cada 10 pacientes en turno diurno.
- 1 internista en turno de mañana por cada 15 pacientes.
- 1 enfermero/a por cada 10 camas en turno diurno y por cada 15 camas en turno nocturno.
- 1 técnico/a de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) por cada 10 camas en turno diurno y por cada 15 camas en turno nocturno.
- 1 celador/a por cada 30 camas en turno diurno.
- Tiempo de personal administrativo (admisión, planta).

Diseño funcional e instalaciones:

- La unidad de ingreso contará con circuitos que garanticen la continuidad asistencial y la conexión con otras áreas asistenciales, de apoyo al diagnóstico, así como con los servicios de soporte (cocina, lavandería...).
- Contarán con una localización geográfica que permita la equidad en el acceso, de forma similar a la distribución hospitalaria, pudiendo perfectamente estar adyacentes o integradas en el espacio físico del hospital.
- Espacios que faciliten las necesidades de las personas que acompañan a las personas ingresadas, teniendo en cuenta en la medida de lo posible las necesidades de teletrabajo y la pernoctación.
- Acceso completo a los servicios centrales hospitalarios (laboratorio, radiología, etc.). En cuanto a la actividad de dispensación de fármacos, se realizará a través de la oficina de farmacia, para favorecer la adaptación a domicilio.
- Habitaciones individuales en el 100% de ellas.
- Área de comedor para personas ingresadas y familiares.

VÍA CLÍNICA DE UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

- Áreas específicas para el desarrollo de actividad de fisioterapia y de terapia ocupacional.
- Todos los espacios estarán diseñados para promover de forma segura la autonomía de la persona y la práctica de actividad física, incluyendo, por ejemplo, pasillos con barandillas y aseos adaptados.

Referencias

1. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: INSALUD; 1996.
2. Ávila R, Vázquez E, Baztán JJ. Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000; 35 (Supl 6): 3-14.
3. García Navarro JA, Gómez Pavón J, Maturana Navarrete N, Ramírez Arrizabalaga R, Rodríguez Valcarce A, Ruipérez Cantera I, et al. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2004. 129 p.
4. Junta de Andalucía. I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023. Sevilla: Junta de Andalucía; 2021.
5. Kennedy BK, Berger SL, Brunet A, Campisi J, Cuervo AM, Epel ES, et al. Geroscience: linking aging to chronic disease. *Cell*. 2014 Nov 6;159(4):709-13. doi: 10.1016/j.cell.2014.10.039.
6. Cronicidad: Horizonte 2025 [Internet]. Barcelona: Boehringer Ingelheim; [citado 2026 Mar 11]. Disponible en: <https://www.cronicidadhorizonte2025.com/>
7. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*. 2018;122(1): 4-11. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.09.006.
8. The Scottish Government. Community hospitals strategy refresh [Internet]. Edinburgh: The Scottish Government; 2012 [citado 2026 Mar 11]. Disponible en: <https://www.communityhospitals.org.uk/what-are-community-hospitals.html>
9. Medicare.gov. Skilled nursing facilities [Internet]. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services; [citado 2026 Mar 11]. Disponible en: <https://www.medicare.gov/providers-services/original-medicare/skilled-nursing>
10. 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 Apr 20;340:c1718. doi: 10.1136/bmj.c1718.

11. Wong EKC, Hoang PM, Kouri A, Gill S, Huang YQ, Lee JC, et al. Effectiveness of geriatric rehabilitation in inpatient and day hospital settings: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2024 Nov 22; 22(1):551. doi: 10.1186/s12916-024-03764-7.
12. Sociedad Española de Medicina Interna. Los servicios de Medicina Interna en el Sistema Nacional de Salud del S.XXI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/formularios/vision-mi-sxxi.pdf>
13. Sociedad Española de Medicina Interna. Por una Medicina Interna de Alto Valor [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna; 2018 [citado 2026 Mar 11]. Disponible en: <https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/>
14. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. [citado 2026 Mar 11]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadCaidas_personamayor.pdf.

