



CARTA AL EDITOR

¿Quién cuidará a nuestros mayores? ¿Problema o necesidad insatisfecha?

Who will care for our elders? Problem or unsatisfied need?

Las opiniones vertidas en este escrito son personales del autor, y no reflejan la opinión o el posicionamiento de la organización a la cual pertenece.

Una de las ventajas de vivir en una era global es la posibilidad de comparar en tiempo real escenarios similares en distintos países. Un ejemplo de esta posibilidad la ofrece el debate abierto sobre la reforma del sistema sanitario en Norteamérica y en España¹. ¿Quién cubrirá las necesidades de casi 40 millones de nuevos usuarios? ¿Cómo habrán de acomodarse los sistemas de salud para convivir con las tensiones que ello supondría? Dado el grado de envejecimiento y aumento de las enfermedades crónicas en España, ¿qué tipo de profesional se requerirá para cubrir esas nuevas demandas de una población envejecida y dependiente? ¿Más médicos geriatras? ¿Más médicos de familia o más enfermeras? ¿Quiénes serán los más aptos para lidiar con el creciente número de discapacidades para la actividades básicas y funcionales de la vida diaria?

Uno de los principios de la planificación sanitaria establece la exigencia de diferenciar entre un problema y una necesidad. Si algún problema se percibe con capacidad de amenazar la viabilidad de los sistemas de salud y protección social ese es el del envejecimiento de la población y los desafíos que plantea. En cambio, analizar una necesidad, a diferencia de percibir un problema, permite abordar la situación en términos de diferencia con el estado óptimo, es decir con la distancia que nos separa de una solución², que como una amenaza. Una necesidad de salud provoca una necesidad de servicios. En una sociedad envejecida como la española pensar en cómo hacer frente a la demanda de servicios y cuidados para esta población se torna prioritario.

Las opciones

En el mundo actual existe un déficit de profesionales sanitarios, médicos y enfermeras principalmente. En general, faltan o están mal distribuidos. En un contexto demográfico de población envejecida, disponer de más médicos geriatras tiene sus ventajas pero también supone desventajas a medio plazo. Formar médicos es costoso en tiempo y recursos. Dificultades adicionales como la presencia de actitudes negativas hacia los ancianos son extensibles a otros profesionales de la salud³. El médico de familia es un recurso válido porque el Sistema Sanitario Español esta basado en la Atención Primaria. Sin embargo, esta alternativa no resuelve los problemas de coste ni de tiempo de formación. En estas circunstancias, recurrir a profesionales de enfermería cobra mayor importancia, aunque el tiempo de formación sigue siendo prolongado.

Con la Ley de Dependencia se ha incrementado la oferta de cursos de formación de «Auxiliares en gerontología/geriatria» para

cubrir parte de esa necesidad de personal. Sin embargo, esta oferta, más cercana a la «Formación profesional» siembra más dudas que certezas. Sin normas de acreditación de programas y formadores, sin uniformidad de contenidos y carga horaria, no hay argumento que resista el juicio crítico de una planificación o evaluación de calidad. Otro factor como la variación territorial en las remuneraciones de la ayuda a domicilio favorece el aspecto «sui generis» de esta oferta.

En busca de soluciones

Con el aumento de la proporción de personas mayores la necesidad de un profesional/técnico que pueda prevenir/asistir, con el objetivo de prolongar la permanencia en sus propios domicilios, disminuyendo la posibilidad de hospitalización y/o institucionalización se vuelve prioritaria. Sin embargo, hoy por hoy esta es una necesidad insatisfecha.

En España, la mayor parte de los mayores reciben sus cuidados de salud en centros de Atención Primaria a través del médico de familia. Una primera propuesta tendría que ver con que este primer nivel de atención tenga una preparación adecuada para abordar los problemas de salud prevalentes de los mayores. La evidencia sostiene que equipos de salud basados en la comunidad y con habilidades para el trabajo con mayores retardan la hospitalización y/o institucionalización⁴, reducen la mortalidad⁵ y mejoran la calidad del cuidado, especialmente en el grupo de mayor riesgo o vulnerabilidad^{6,7}; lo que todavía está en discusión es el grado de intensidad de estos cuidados y/o visitas domiciliarias⁸.

Es necesario corregir la proporción de profesionales de enfermería en relación con la población y abordar la re-jerarquización de sus funciones en la comunidad. Pero el verdadero desafío no afecta tanto en los tradicionales «profesionales» de la salud cuanto a satisfacer la necesidad de capacitar a nuevos profesionales para atender a una nueva demanda. Un técnico que demande corto tiempo de entrenamiento, con destrezas acordes a la responsabilidad que va a desempeñar, con habilidades específicas que le permitan ser «muy sensible y no tan específico», capaz de articular la intervención a un nivel superior de atención y de formar parte de un equipo multi/interdisciplinario. Un técnico «costo efectivo». Para ello será fundamental que las sociedades científicas y de profesionales, las universidades y los gobiernos se sienten a dialogar con el objetivo de lograr estándares que acrediten un mínimo de calidad formativa.

Observar como otros países están intentando hacer frente a sus propios desafíos, consecuencia de voluntades políticas consensuadas, hará posible imaginar un horizonte en el que las personas mayores disfruten de una solidaridad semejante a la proporcionada por un estado de bienestar, que otros países como Estados Unidos están tomando como referencia para acometer su reforma sanitaria y ofertar una cobertura universal en salud, de la que España disfruta ya hace tiempo.

Bibliografía

1. Dentzer S. Reinventing primary care: A task that is far "Too important to fail". *Health Affairs*. 2010;29:757.
2. Pineault R., Daveluy C. *La Planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1989.
3. Bernardini Zambrini DA, Moraru M, Hana M, Kalache A, Macías Núñez JF. Attitudes toward the elderly among students of health care related studies at the university of Salamanca, Spain. *J Con Edu Health Prof*. 2008;28: 86-90.
4. Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N. Impact of home and community based services on hospitalization and institutionalization among individuals eligible for long term care insurance in japan. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:35.
5. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewit M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001;323:1-9.
6. Counsell S, Callahan C, Buttar A, Clark D, Frank K. Geriatric resources for assessment and care of elders (GRACE): A new model of primary care for low income seniors. *JAGS*. 2006;54:1136-41.
7. Counsell S, Callahan C, Tu W, Buttar A, Stump T, Ricketts G. Geriatric care management for low income seniors. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298:2623-33.
8. Bouman A, Van Rossum E, Nelemans P, Kempen G, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status. A systematic review. *BMC Health Services research*. 2008;8:74.

Diego A. Bernardini Zambrini

Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS, Washington DC, EE. UU

Correo electrónico: bernardd@paho.org