
Asistencia geriátrica sectorizada

Ruipérez Cantera, I.

Presidente Electo de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Servicio de Geriátrica. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Cuando se ha tenido la suerte de estar cerca de Alberto Salgado Alba durante tantos años, al tener que escribir sobre Asistencia Geriátrica Sectorizada, y además con motivo de su homenaje póstumo, se tiene la sensación de que se va a plagiar al amigo perdido y con frecuencia recordado. ¡Fueron tantas las veces que habló y escribió sobre lo que sin duda fue su pasión profesional: la Asistencia Geriátrica (AG)!

Quizás se puedan destacar dos aspectos a los que más esfuerzos dedicó el Dr. Salgado para que la AG fuera un hecho en nuestro país. Uno, la defensa y reivindicación constante de los Servicios de Geriátrica hospitalarios, con todos sus niveles asistenciales, y trabajando en coordinación con el resto de los recursos del área o sector, especialmente con la Atención Primaria de Salud (APS). Un buen ejemplo de ello es el Servicio que dejó en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, y donde es tan fácil sentir aún su presencia.

El otro ejemplo a destacar, y del que nos dejó un imborrable ejemplo, fue su concepto interdisciplinar de la AG. Todos somos necesarios para que las personas mayores reciban una AG adecuada. Cuanto más unidos y en coordinación (la interdisciplinariedad que decía Alberto) mejor. También dejó en este aspecto su gran impronta en una obra importante como lo es la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, donde más de 2.000 socios, de 30 profesiones diferentes, participamos en objetivos comunes.

A continuación se tratará de describir someramente los principales aspectos de la AG Sectorizada, donde las evidencias científicas actuales tienen poco que añadir a lo que tantas veces dijo y escribió alguien que dedicó su vida profesional a servir a la Geriátrica, a las personas mayores.

Correspondencia: I. Ruipérez Cantera. Hospital Central de la Cruz Roja. Avda. Reina Victoria, 22-26. 28003 Madrid.

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Se define como el conjunto de *niveles asistenciales*, hospitalarios, extrahospitalarios y sociales, para dar *respuesta escalonada* a las diferentes *situaciones de enfermedad o necesidad*, de las personas mayores en un *área* de salud determinada (1). En cursiva las palabras clave de la definición.

Otros aspectos importantes en relación con la AG son (2):

- Coordinación de todo tipo de recursos en relación con los mayores: económicos, sanitarios, sociales, públicos y privados, etc.
- Garantizar los cuidados preventivos, progresivos, integrales y continuados.
- Integrar a las familias tanto en la provisión como en la posible necesidad de cuidados.
- Sectorización en áreas geográficas de alrededor de 200.000 habitantes, tanto urbanos como rurales, con todos los niveles asistenciales integrados.

ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA

El mantenimiento de la persona mayor en su propio entorno y en condiciones adecuadas, es quizás el objetivo clave de la AG. El papel de la familia es fundamental. Nada es más importante que estos mal llamados cuidados informales. Nada más rentable desde todos los puntos de vista que su apoyo desde estructuras más formales. Tres son los niveles de asistencia en domicilio:

1. Atención social domiciliaria, para personas que viven solas, con escasos apoyos o con dependencia, donde es tan necesario «auxiliar al auxiliador». Son los llamados *cuidados de baja tecnología* (3). Su potenciación (mayor número de horas de cobertura) es una necesidad evidente. El voluntariado puede jugar aquí un importante papel, reduciendo incluso los días de institucionalización de las personas a las que atienden (4).

2. Nadie duda de que la APS es la protagonista de la prevención y de la asistencia de las personas mayores que viven en la comunidad. Desde el anciano sano al enfermo, pasando por el frágil o de riesgo. Pero las cosas se van complicando paulatinamente. Cada vez son más los mayores con problemas complejos que residen en los domicilios. Problemas clínicos con importante componente crónico y de dependencia, de difícil manejo. Un ejemplo de ello es la creación reciente por el Insalud de los Equipos de Soporte y Atención Domiciliaria (ESAD). Pero cuando los profesionales de la APS pueden, consultan cada vez más con los equipos geriátricos especializados, para recibir su opinión técnica y la utilización del nivel asistencial geriátrico correspondiente si procede.

3. La atención geriátrica específica en el domicilio. No existen evidencias claras de que con los pacientes ancianos más complejos sea factible y eficiente una hospitalización a domicilio, entendida como «un servicio que proporciona tratamiento activo por parte de profesionales sanitarios en el domicilio del paciente y durante un período de tiempo limitado, de patologías o problemas que de otra forma requerirían cuidados intrahospitalarios en una Unidad de Agudos» (5). Pero en nuestro contexto sanitario sí se han mostrado como muy útiles otras experiencias que se basan en los siguientes principios básicos (6):

- Dirigidas a los ancianos más mayores y más complejos, con alto grado de dependencia.
- Ser siempre un apoyo a la APS y no una alternativa. Normalmente la ayuda es demandada por la propia APS.
- Ser una alternativa a la hospitalización innecesaria, pero nunca a la necesaria.
- Que las condiciones sociofamiliares en el domicilio sean adecuadas.

ASISTENCIA GERIÁTRICA EN CENTROS COMUNITARIOS O DIURNOS

Indirectamente favorecen también la permanencia de las personas mayores en el domicilio. Son niveles asistenciales muy demandados por los familiares, probablemente más que las propias Residencias, lo cual es un dato a tener muy en cuenta. Son de tres tipos:

1. Centros de día para personas con dependencia física, donde se presta atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas que lo requieren, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual. Son lugares ideales para mantener al menos los logros que sobre recuperación funcional se han conseguido en otros niveles asistenciales (Hospitales de día, etc.).

2. Centros de día para personas con demencia. Son mayoría las opiniones sobre sus ventajas para los pacientes (7, 8): retraso en el declinar cognitivo, mejora en la ca-

lidad de vida, mejora en los trastornos del comportamiento, etc. Existen ya más dudas en cuanto a su influencia en el retraso de ingreso en una institución (9). Al igual que en el caso de los centros de día para personas con dependencia física, son niveles de asistencia idóneos para formación de familiares y cuidadores, así como para la creación de grupos de autoayuda o de apoyo.

3. Hospitales geriátricos de día. Deseables como un nivel asistencial hospitalario, siguen siendo muy escasos en nuestro país. Su coste no es excesivo y las funciones posibles a desempeñar son muchas, lo que les hace adaptables a las circunstancias locales. De todas formas, parecen ser más efectivos cuando están orientados para personas mayores que precisan de rehabilitación (10).

ASISTENCIA GERIÁTRICA INSTITUCIONAL

En la práctica son las residencias para personas mayores las que llevan a cabo este tipo de asistencia. Se definen como «centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y de atención social y sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o definitivamente personas con algún grado de dependencia» (11).

En España es conocida la escasez de plazas residenciales, por supuesto asistidas. No se alcanza el 3% de personas mayores de 65 años, cuando en la OCDE se supera el 5%. La iniciativa privada encuentra aquí una buena ocasión para la inversión. Las de titularidad pública ya son menos de la tercera parte. Todos los que trabajamos con personas mayores sabemos de las grandes dificultades para conseguir una plaza pública.

Nos preocupa la calidad de los cuidados que se prestan en algunas residencias. Quizás la competencia del mercado está obligando a ajustar demasiado los precios (lo que repercutirá en los servicios prestados), y a admitir personas mayores con alta complejidad asistencial. Creemos que regular su techo competencial es algo prioritario.

ASISTENCIA GERIÁTRICA HOSPITALARIA

Situación de partida

El grupo de personas mayores es el que más utiliza los hospitales. En nuestro país, el 44% de las estancias hospitalarias corresponden a los mayores de 65 años (12). La mayoría ingresan vía urgencias, donde la pertinencia de acudir y las posibilidades de que sean ingresados, es mayor que a cualquier otra edad, tendencias todas ellas en progresivo aumento en los últimos 15 años (13). Los servicios con más del 50% de pacientes mayores de 65 años son Medicina Interna, Neumología, Cardiología y Neurología y algunos otros del área quirúrgica (12). Sobre la adecuación de los ingresos y las estancias, la gran mayoría de las publicaciones siguen mostrando a la edad superior

a los 65 años como un «factor de protección» para dicha adecuación (14). También son muy conocidos los problemas y riesgos específicos de las personas mayores durante la hospitalización: diagnósticos incompletos, dependencia indebida, iatrogenia, etc. Pero sin duda el mayor riesgo es la no hospitalización cuando esta es necesaria. Minimicemos los riesgos de la misma en vez de negar su pertinencia.

Población diana

Es importante delimitar los subgrupos de personas mayores sobre los cuales priorizar en las medidas conocidas de eficiencia asistencial geriátrica. Afortunadamente cada vez se va concretando y sabiendo más sobre el concepto de fragilidad, lo que nos puede llevar en un futuro próximo a la utilización práctica del mismo (15). Mientras tanto se están aplicando tres criterios que han demostrado reiteradamente su validez, no excluyentes entre sí, para definir dicha población diana:

- Los más ancianos, mayores de 75 u 80 años, en los cuales casi siempre existe alto riesgo de que se produzcan los problemas específicos antes mencionados.
- Personas mayores con problemas de salud concretos, muchos de ellos llamados síndromes geriátricos, donde la práctica ha demostrado que con frecuencia su manejo no es el adecuado, y las consecuencias son las señaladas previamente. Se han llegado a concretar estas situaciones de enfermedad en las siguientes (16): ictus, dificultad para caminar, alteración de una de las actividades básicas de la vida diaria, malnutrición, incontinencia, confusión o demencia, reposo prolongado en cama, caídas, depresión, problemas sociales o familiares, reingreso hospitalario no planificado y fractura ósea.
- Los llamados pacientes geriátricos, definidos por tener la mayoría de las variables clásicas además de la alta edad: pluripatología, alto riesgo de dependencia, componente psicogeriatrico y riesgo sociofamiliar (17).

Apoyo a los servicios donde ya está la población diana

Es evidente que mucha de la población diana antes mencionada debe de seguir siendo atendida en los diferentes servicios de los hospitales y no ser discriminada por la edad. De su eficiencia existen cada vez más pruebas, como puede ser el ejemplo de los cuidados intensivos, donde el 83% de los supervivientes (la mayoría), eran capaces de vivir de forma independiente al año del alta (18).

Apoyar a esos servicios *donde ya están esos pacientes, para que puedan ser mejor atendidos*, debe de ser una aspiración lógica de cualquier gestor hospitalario. Las diferentes fórmulas aplicadas, todas ellas basadas en

equipos consultores con limitada responsabilidad directa sobre el paciente, no parecen haber demostrado ventajas significativas (19), pero se ha señalado también que la autocrítica es excesiva por la dificultad para poder medir ciertas variables (satisfacción del propio paciente, educación sanitaria y resultados a largo plazo, etc.), además de que es muy difícil evitar la «contaminación» de los grupos control que también se beneficiarían de los protocolos, educación, etc., efectuados por los equipos interdisciplinarios de evaluación (20). En nuestro medio se han comunicado ventajas significativas de los equipos consultores (21, 22), reconociendo la gran mayoría de ellos que su labor es útil pero incompleta, y que su limitación es total cuando la complejidad del paciente requiere múltiples recomendaciones (21).

Intervención directa sobre la población diana

Las unidades geriátricas de agudos para atender precozmente a la población diana susceptible de ingresar en ellas, es una evidencia científica y una necesidad palpable. Algunos estudios importantes lo refrendan y a un coste no superior a lo convencional (23-25). Querer abordar el desarrollo de la asistencia a los mayores desde una perspectiva «sociosanitaria», de «crónicos» o como se le quiera llamar, sin contemplar *antes* el desarrollo de las citadas unidades de agudos, es abordar las consecuencias sin tratar la causa.

Cuesta creer que algún hospital no pueda crear o reconvertir algunos de sus recursos materiales y humanos en una unidad geriátrica de agudos, que a su vez tenga función consultora para el centro. De unas 10 camas en los pequeños hospitales y mayor en otros, con un crecimiento progresivo en función de su rendimiento. En los hospitales de nueva creación, la AG no se puede permitir que no se contemple desde el principio el desarrollo de recursos geriátricos específicos. No tiene una explicación lógica, máxime cuando, por ejemplo, el Insalud, contempla en su Cartera de Servicios, desde el año 2000, el desarrollo de dichas unidades.

Unidades de recuperación funcional

Para las personas que han quedado con secuelas recuperables en la fase aguda (plejías, inmovilismos, postcirkugía, etc.). Su gran eficiencia es conocida desde hace tiempo (26, 27) y siguen comunicándose resultados casi sorprendentes como, por ejemplo, su efectividad en aumentar la autonomía y disminuir la institucionalización en ancianos dementes con fractura de cadera (28). También se contemplan en los documentos avalados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Con una estancia media permitida entre 20 y 30 días para conseguir los siguientes objetivos (17):

- Restablecer el estado funcional en el mayor grado posible.
- Favorecer la adaptación a la nueva situación de dependencia.
- Controlar o estabilizar síntomas o secuelas.
- Facilitar y potenciar la reinserción familiar y social.
- Potenciar la formación y educación de profesionales y cuidadores.

OTROS ASPECTOS DE LA ASISTENCIA GERIÁTRICA

La coordinación de los recursos

Algo evidente y sin duda importante, es muy difícil de llevarlo a cabo en la práctica. El diseño teórico mediante Comisiones Sociosanitarias de Área (17) apenas ha funcionado. Además de otras probables causas, la escasez de recursos es decisiva en esta dificultad para la coordinación, especialmente de recursos sanitarios adecuados, lo que lleva a querer trasvasar a los niveles «sociales» necesidades con alto componente sanitario. De esta manera el conflicto y la consiguiente descoordinación están servidos.

Controles de calidad adecuados

En cualquier nivel de la AG debe ser necesario y obligado. Existen parámetros y ratios de referencia tanto en la atención domiciliaria como en la residencial o en la hospitalaria. No vale cualquier resultado (de mortalidad, dependencia, caídas, etc.), por mucha edad media que tenga el grupo de población tratado.

La financiación

Es siempre un tema abierto y en debate que es necesario abordar cuando se hable de AG. Se pueden contemplar los siguientes aspectos:

- Principios básicos:
 - Equidad interterritorial.
 - Garantizar la cobertura de las prestaciones básicas, que es preciso definir para la persona mayor del siglo XXI y en un país desarrollado.
 - Utilización de todos los recursos disponibles.
 - Poder elegir entre servicios similares de la misma área para potenciar la sana competencia.
 - Crear organismos reguladores de la oferta y la demanda, para evitar un exceso de la primera cuando la segunda es rentable, y favorecer la oferta para

necesidades más costosas, aunque sean menos demandadas.

- Financiación previa: es necesario un consenso previo que adopte medidas para equilibrar, que no igualar, las grandes diferencias que sobre recursos para la AG existen en todo el Estado español. Un acuerdo en el Parlamento en este sentido podría fijar una aportación en diferentes proporciones del Estado, las Comunidades Autónomas y los entes locales.
 - Financiación de los servicios sanitarios. En base a la Ley General de Sanidad de 1986, deberían ser universales y gratuitos. Tanto los cuidados geriátricos agudos como todos los que ocasionen recuperación funcional y los domiciliarios.
 - Financiación de los servicios sociales. La fuente de los recursos puede ser triple: sanitaria, cuando la dependencia sea secuela clara de una enfermedad (casi siempre); de los servicios sociales, por necesidad duradera o transitoria en vías de solución; del propio individuo o su familia, lo que corresponde a la permanencia en el propio domicilio.
- La proporción financiadora de las tres fuentes citadas dependerá de las siguientes tres variables:
- Grado de dependencia. A mayor dependencia, más financiación pública (sanitaria y social). Si es menor, el sujeto aportará la mayor parte.
 - El tipo de recurso utilizado. A igual grado de dependencia o necesidad, mayor aportación pública cuanto menos costoso sea el recurso utilizado (domicilio).
 - Grado de necesidad. Desde la gratuidad total para situaciones de gran necesidad, a la aportación principal del individuo cuando así sea posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Comité de expertos de la OMS. Ginebra. 1974.
2. Salgado A, Beltrán M. Asistencia geriátrica: geriatría de sector. En: Salgado A, Guillén F, editores. Manual de geriatría (2ª ed). Barcelona: Masson, 1994. p. 43-53.
3. Crystal S, Flemming C, Beck P, Smolka. The management of home care services: New York: Springer; 1987.
4. Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. Br Med J 1990;300:1253-6.
5. Shepperd S, Iliffe S. The effectiveness of hospital at home compared with inpatient hospital care: a systematic review. J Public Health Med 1998; 20:344-50.
6. Salgado A, Mohino JM, Del Valle I, Andrés ME, Moriano P, Baragaño A. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986;21:105-12.
7. Cillier EH, Baldwin RC. The day hospital debate, a contribution. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:587-92.
8. Kilstoff K, Chenoweth L. New approaches to health and well-being for dementia day-care clients, family cares and day care staff. Int J Nurs Pract 1998;4:70-83.

9. Zarit SH, Stephens MA, Townsend A, Greene R. Stress reduction for family caregivers: effect of adult day care use. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:S267-77.
10. Foster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. *Br Med J* 1999;318:837-41.
11. Rodríguez-Cabero G. El problema de la dependencia: conceptualización y debates. La protección social de la dependencia. IMSERSO. Madrid. 1999.
12. Geriatria XXI. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. 2000.
13. Juárez S, Gutiérrez C, Palomera M. El anciano en urgencias. En: el paciente anciano. Ruipérez I, Baztán JJ, Jiménez C, Sepúlveda D, eds. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1998;369-80.
14. Zambrana JL, Delgado M, Cruz G, Díez F, Martín MD, Salas J. Factores asociados a ingresos inadecuados en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2001;116:652-4.
15. Fried LP, Tanger CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol* 2001;56:M146-56.
16. Reuben DB, Wolde-Tsadik G, Pardamean B, et al. The use of targeting criteria in hospitalized HMO patients: results from the demonstration phase of the Hospitalized Older Persons Evaluation (HOPE) study. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:482-8.
17. Insalud. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Insalud; 1995.
18. García-Lizanda F, Manzano JL, Saavedra P. Mortalidad y calidad de vida al año del alta de una unidad de cuidados intensivos en pacientes mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001;116:521-5.
19. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med* 1995;332:1345-50.
20. Campion EW. The value of geriatric interventions. *N Engl J Med* 1995;332:1376-8.
21. San José A, Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplinarias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. *Med Clin (Barc)* 1996;106:336-43.
22. González-Montalvo JJ, Alarcón T, Sáez P, Bárcena A, Gotor P, del Río M. La intervención geriátrica puede mejorar el curso clínico de los ancianos frágiles con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)* 2001;116:1-5.
23. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995;332:1338-44.
24. Covinsky KE, King JT, Quinn LM, et al. Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:729-34.
25. Barrick C, Karuza J, Leviit J. Impacting quality: assessment of a hospital-based geriatric acute care unit. *Am J Med Qual* 1999;14:133-7.
26. 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.
27. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
28. Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *Br Med J* 2000;321:1107-11.