

Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad

Julián Corral Fernández

Medicina Preventiva y Salud Pública. Grupo de Calidad de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid. España.

El aumento incesante de la esperanza de vida que están experimentando las sociedades desarrolladas —y, entre ellas, de manera especial, la sociedad española— está dando lugar a un envejecimiento progresivo de la población que se acompaña de altas tasas de dependencia, en particular en las personas que alcanzan una edad más avanzada.

En unos momentos en los que la ciencia progresiona vertiginosamente, intentando aliviar la enfermedad y prolongar la vida, los responsables de las finanzas públicas y los planificadores de servicios para la población mayor no ocultan su preocupación por el crecimiento imparable de este colectivo. Sin embargo, mientras el poder omnímodo del mercado nos adormece con sus reclamos publicitarios y crecen los problemas ante unos recursos presupuestarios por naturaleza limitados, nos deberíamos preguntar: ¿qué valor concedemos a las personas más vulnerables?

Como se sabe, las personas mayores en situación de dependencia conforman un segmento especialmente vulnerable de la población; el retrato robot de una persona mayor frágil o vulnerable se caracteriza por: a) tener una edad avanzada (generalmente, mayor de 75 años); b) presentar problemas de salud complejos, agudos y crónicos, e incapacidades funcionales relacionadas con el cuidado personal y el mantenimiento del entorno, y c) su red de apoyo social o no existe o se encuentra en vías de agotamiento¹.

Se sabe, además, que la pérdida de autonomía entraña en la persona mayor y su entorno un aumento de la demanda en términos de evaluación, asistencia, rehabilitación y apoyo psicosocial, así como de otras ayudas imprescindibles para envejecer con dignidad en la comunidad (en su entorno), que es, no lo olvidemos, la opción preferida por la inmensa mayoría de personas mayores, siempre que cuenten con los apoyos necesarios.

Aunque en los últimos años los recursos asignados por las distintas administraciones a este segmento de la población han sido cuantiosos, este despliegue de recursos (incluido un amplio abanico de profesionales) no se ha

realizado de una manera racional y equilibrada —dando prioridad a la atención residencial en detrimento de la atención comunitaria— lo que ha contribuido a generar cuantiosos problemas y enormes desequilibrios territoriales en la asistencia que se dispensa a este colectivo. Así, entre los problemas más relevantes, cabe destacar:

- La existencia de múltiples puntos de entrada al sistema asistencial.
- La prestación de servicios supeditada al recurso solicitado, más que a la necesidad del usuario.
- La deficiente coordinación entre la atención primaria y la atención especializada de salud, y aún más entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.
- La multiplicidad de valoraciones de los pacientes debido a la falta de instrumentos de evaluación estandarizados.
- La utilización inapropiada de recursos costosos (sobreutilización de recursos hospitalarios y de servicios de urgencia, etc.).
- Las excesivas demoras en la obtención de servicios diagnósticos y tratamientos quirúrgicos.
- La transmisión inadecuada de información entre los distintos profesionales y niveles del sistema.
- La respuesta parcial y fragmentada a las necesidades de los usuarios.

Estas deficiencias estructurales y organizativas, unidas al incesante envejecimiento demográfico y a los crecientes problemas de financiación que presenta la sanidad, cuestionan no sólo la hospitalización tradicional, sino también la institucionalización, al tiempo que realzan la importancia de la atención primaria de salud y de la continuidad en la prestación de cuidados de larga duración como las mejores opciones estratégicas para garantizar una atención integral, integrada, eficiente y de calidad a los colectivos más vulnerables de la sociedad.

Como reconocen todos los expertos, nuestro sistema sanitario no está adaptado para ofrecer respuestas adecuadas (integradas) a las múltiples y complejas necesidades asistenciales que presentan las personas mayores en situación de dependencia. Ni el diseño ni la organización

ni los mecanismos para la provisión de cuidados de larga duración resultan los más apropiados para garantizar una atención integrada que permita satisfacer las crecientes demandas asistenciales de este segmento de la población, cada día más heterogéneo y exigente.

En tan sólo unas décadas, unos sistemas sanitarios diseñados para atender a usuarios con patologías agudas —y, por tanto, «equipados» para curar enfermedades— se ven hoy incapaces de dar una respuesta coordinada a una mayoría de usuarios con unas necesidades asistenciales completamente diferentes (personas mayores y muy mayores que presentan pluripatología y dependencia); unos sistemas sanitarios, diseñados exclusivamente para la curación, se enfrentan ahora a personas con enfermedades tratables pero no curables, y no disponen de los «recursos» necesarios (equipamientos, habilidades y destrezas profesionales, etc.) para llevar a cabo las intervenciones más beneficiosas para la mejora del bienestar y la autonomía de este tipo de pacientes, como son la prevención de la dependencia, la capacitación del usuario (*empowerment*), los cuidados continuados, la rehabilitación, la adaptación del entorno, el apoyo a las familias cuidadoras, etc.

Al mismo tiempo, la falta de respuestas coordinadas, tanto en el ámbito de los servicios formales domiciliarios, y de la relación entre éstos y los prestados por otros agentes (hospitales, instituciones, voluntariado, familia, etc.), como en el del cuidado prestado a la propia persona en situación de dependencia —es decir, en el ámbito de las necesidades del paciente y del cuidador— hace que, con demasiada frecuencia, los distintos organismos que intervienen se contemplen (o se traten) como competidores, con el consiguiente riesgo de convertir a la persona en su objeto de cuidado².

Nuevo modelo de prestación de servicios

Ha llegado pues el momento de articular un nuevo sistema de prestación de servicios en el que todos los organismos y entidades implicados en la atención a las personas mayores en situación de dependencia trabajen en un marco asistencial más integrador y convenientemente articulado e interconectado. Un modelo de esta naturaleza, según las experiencias existentes en el ámbito internacional (programas SIPA y PRISMA en Canadá, programa PACE en Estados Unidos, reforma ADEL en Suecia, programas Community Options en Australia, proyecto ROVERETO en Italia, etc.), debe reunir las características siguientes³⁻⁶:

- Un sistema de servicios integrados de ámbito comunitario que ofrezca asistencia social y sanitaria de primer y segundo nivel, y comprenda cuidados agudos y de larga duración ofertados en la comunidad y en instituciones.
- Responsabilidad de los cuidados y servicios de una población definida.
- Modelo asistencial basado en la gestión de casos.

— Financiación mediante prepago por capitación y responsabilidad financiera del conjunto de servicios ofertados.

— Gestión del sistema que respete los principios de universalidad, equidad en el acceso y financiación y provisión mayoritariamente públicas.

Aunque el término «integración» posee muchos significados e interpretaciones (Kodner y Spreeuwenberg, 2002)⁷, en el ámbito que nos ocupa, la atención integrada podría definirse como un conjunto de servicios y procesos asistenciales bien planificados y bien organizados dirigidos a las necesidades y los problemas multidimensionales de un usuario particular o de una categoría de personas que comparten unas necesidades o problemas similares.

Las ventajas de las redes de cuidados integrados residen a priori en su capacidad para organizar los servicios en función de las necesidades del paciente, más bien que en función de las necesidades del sistema. Permiten garantizar, además, una continuidad en los servicios prestados, una mejor utilización de los recursos disponibles, así como una mejora de los vínculos entre los distintos proveedores de cuidados⁸⁻¹⁰.

Los modelos de servicios integrados fundamentan su práctica asistencial en la atención primaria, integran los servicios sociales y de salud que la persona mayor precisa, y garantizan la continuidad y la coherencia de la labor de los diferentes profesionales, organismos y establecimientos de las redes comunitaria, hospitalaria e institucional. Este tipo de modelos favorece la integración de los profesionales en la planificación de los servicios y el desarrollo de cuidados en función de las necesidades expresadas por los pacientes, al basar su práctica asistencial en el desarrollo de equipos de cuidados interdisciplinarios.

En el terreno operativo, esta propuesta implica cambios político-administrativos en el ámbito de la atención primaria, que se traducirían en la necesidad de articular un nuevo marco asistencial nucleado en torno a la existencia de áreas sociosanitarias en lugar de la estructuración actual basada en áreas de salud y áreas de servicios sociales, situación que favorece, como es bien notorio, la fragmentación y la descoordinación del sistema y la imposibilidad de llevar a cabo programas y actuaciones integradas, beneficiosas para los usuarios y sus familias, al tiempo que menos costosas para el conjunto del sistema.

Además de esta nueva configuración del primer nivel asistencial estructurado en áreas sociosanitarias, para que los sistemas de servicios integrados sean eficaces, ágiles y eficientes precisan del concurso de equipos interdisciplinarios comunitarios integrados, al menos, por «un médico de familia, un geriatra, un profesional de enfermería, un trabajador social, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y un psicólogo». Estos equipos comunitarios

suelen contar también con un médico rehabilitador y dietista, y disponen de asesoramiento permanente por parte de un psicogeriatra y un farmacéutico¹¹⁻¹⁴.

Los equipos interdisciplinarios comunitarios, que tienen su base en los centros de salud, se coordinan con el resto de servicios comunitarios y de segundo nivel ubicados en su área sociosanitaria, así como con todos los agentes públicos y privados relacionados con la asistencia a las personas mayores en situación de dependencia.

Finalmente, habría que añadir que en todas las evaluaciones de los programas de atención integrada, que se han realizado hasta ahora, se constata^{15,16}:

- Una disminución de las tasas de institucionalización.
- Una frecuentación menor de las urgencias hospitalarias.
- Una gestión más eficaz y eficiente de los recursos humanos y financieros.
- Una coordinación más ágil en la prestación de cuidados sociosanitarios, al garantizar la continuidad en la provisión de servicios.
- Una mayor satisfacción de los usuarios y sus familias cuidadoras.
- En definitiva, una disminución notable de los costes presupuestarios.

En un contexto de escasez de recursos y ante la evidencia del incesante envejecimiento demográfico y de una creciente e ilimitada demanda de asistencia por parte de la población, es indispensable velar porque los servicios sociales y de salud respondan adecuadamente a las necesidades específicas de cada usuario, y así evitar la duplicidad de recursos y asegurar que su cometido se lleva a cabo de la forma más eficiente posible.

Estamos seguros de que la futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia marcará el inicio de una nueva y apasionante etapa que nos permitirá equipararnos en un breve plazo de tiempo a las prestaciones existentes en los países más avanzados de la Unión Europea. Y todo ello con el fin de que las personas mayores en situación de dependencia puedan disfrutar de un mayor bienestar, autonomía, dignidad y calidad de vida el tiempo que les

quede por vivir. El esfuerzo de toda la sociedad en este crucial desafío bien merece la pena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez R, Zunzunegui MV, Bergman H, Béland F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Quebec: la experiencia SIPA. *Aten Primaria*. 1998;21:405-12.
2. Ducharme F, Lebel P, Bergman H. Vieillissement et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXIe siècle. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 2001;8:2:110-21.
3. Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Brunelle Y, Kaufman T, et al, for the McGill University/Université de Montréal Research Group on Integrated Services for the Elderly. *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie [SIPA]*. Québec: Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 1997.
4. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A, Groupe PRISMA (2003). Frail elderly patients: New model for integrated service delivery. *Canadian Family Physician Journal*. 2003;49:992-7.
5. Branch LG, Coulam RF, Zimmerman YA. The PACE evaluation: Initial findings. *Gerontologist*. 1995;35:349-59.
6. Johansson L. Swedish elder care in transition: results from an ongoing evaluation of legal reforms. Paper presented at the 48th GSA meeting in Los Angeles; 1994 Nov 15-19. Stockholm: National Board of Health and Welfare; 1995.
7. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications: A Discussion Paper. En: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2/November. 2002.
8. Challis D, Chesterman J, Luckett R, Stewart K, Chessum R. Care management in social and primary health care: the Gateshead Community Care Scheme. Aldershot: Ashgate; 2002.
9. Davies BP, Fernández JL, Comer B. Equity and efficiency policy in community care: needs, service productivities, efficiencies and their implications. Aldershot: Ashgate; 2000.
10. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. 2000;1:1-24.
11. Tourigny A, Bonin L, Paradis M, Lemay A, Bussière A, Durand PJ. Le réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs: un changement des pratiques cliniques et de gestion. *Santé, société et solidarité*. 2002;1:113-22.
12. Hébert R. Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées. *Le médecin du Québec*. 2001;36:77-84.
13. Bartels SJ, Levine KJ, Shea D. Community-based long-term care for the older persons with severe and persistent mental illness in an era of managed care. *Psychiatry Services*. 1999;50:1189-97.
14. Bergman H, Béland F, Lebel P, Leibovich E, Contandriopoulos AP, Brunelle Y, et al. L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. *Ruptures: revue transdisciplinaire en santé*. 1997;4:311-21.
15. Hollander MJ. The costs and cost effectiveness of continuing care services in Canada. Ottawa: Queen's University of Ottawa Economic Projects; 1994.
16. Béland F, Bergman H, Lebel P, Contandriopoulos AP, Denis JL, Tousignant P, et al. Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie [SIPA]. *Évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000. Rapport de recherche*, 2001.