

Proyectos para el futuro de la asistencia sanitaria a los ancianos en Inglaterra*

Martin, F. C.

Consultant Physician and Senior Lecturer. St Thomas' Hospital. London.

INTRODUCCIÓN

Después de muchos años difíciles en el Servicio Nacional de Salud (NHS), la política del gobierno actual está dando una gran prioridad a la asistencia sanitaria de los ancianos. Desde luego, es cierto que los fondos públicos para la sanidad están aumentando y lo harán durante varios años. Se proyecta alcanzar el 7,6% del producto interior bruto en el año 2004, aunque este porcentaje aún es menor que la media europea, que es del 9%. En el pasado, los médicos y los gerentes locales podían establecer sus propias prioridades, pero ahora gran parte de los nuevos fondos se emplearán en los proyectos designados por la política nacional gubernamental como describiré más adelante. Se va a conceder una gran importancia a los servicios que promuevan la rehabilitación y reduzcan la dependencia de los ancianos a largo plazo. En conjunto, los geriatras tenemos que dar la bienvenida a esta política general. Para nosotros el reto consiste en obtener beneficios clínicos reales para nuestros pacientes en el complejo entorno del actual NHS, que resulta muy cambiante tanto en el ámbito político, como de gestión y profesional.

En esta revisión pretendo abarcar los cuatro cambios principales que afectarán en el futuro a la asistencia de los pacientes ancianos. Comenzaré con la descripción de los cambios políticos y las tendencias en el NHS durante los últimos veinte años, que han modificado notablemente las características de los servicios sanitarios geriátricos en el Reino Unido de Gran Bretaña y Irlanda del Norte. A continuación describiré brevemente los avances en medicina general y asistencia sanitaria a los ancianos, especialmente cuando estas investigaciones han servido para clarificar las mejores formas de organizar la asistencia sanitaria. También describiré de qué forma algunos cambios más generales de la sociedad afectan a la práctica clínica y hacen que el trabajo de los profesionales se encuentre

bajo un escrutinio público cada vez mayor. En cuarto lugar describiré la política del gobierno actual, sobre todo los planes para los próximos dos o tres años, ya que revisten una particular importancia para los ancianos. Por último, especularé sobre la apariencia que tendrán en el futuro los servicios de asistencia sanitaria a los ancianos.

POLÍTICAS NACIONALES

En la década de 1985 a 1995 se produjeron grandes cambios en el sector público en Inglaterra. El gobierno conservador de la señora Thatcher tenía unas ideas muy firmes sobre la introducción de los principios del mercado en los servicios públicos, especialmente en la sanidad. Este hecho tuvo un gran impacto sobre los servicios de salud locales. Resultó caro de organizar y muy impopular entre los profesionales. Es muy difícil decidir si los pacientes se beneficiaron o no, ya que también influyeron otros muchos factores. Los componentes clave fueron:

1. La separación de la compra de servicios sanitarios de la provisión de éstos.
2. Establecimiento de los National Health Service Trust («Fundaciones del NHS»).
3. El desarrollo de la Carta de los Pacientes.
4. El traslado del poder de decisión desde los hospitales tradicionales a los médicos generales.

La introducción de las fuerzas del mercado

Desde 1973, el NHS se había organizado a través de administraciones sanitarias nombradas por el gobierno; estas administraciones sanitarias eran responsables de un área geográfica con una población que oscilaba entre un cuarto y medio millón de personas. Al principio, estas administraciones gestionaban directamente los hospitales locales y los servicios sanitarios comunitarios de su zona, mediante fondos recibidos del gobierno central, que a su

* Trabajo traducido por el Dr. Pedro Regalado. Médico especialista en Geriatría.

Correspondencia: Prof. Finbarr Martin. Elderly Care Unit. St. Thomas' Hospital. Lambeth Palace Road. SE1-7EH - London (Inglaterra).

TABLA I.

Año	Número de camas del NHS (miles)		Ingresos (millones)	Duración media de la estancia hospitalaria (días)	
	Todas las especialidades	Geriatría		Todas las especialidades	Geriatría
1978	155	56	4,6	10	60
1998	108	30	6,5	5	19

vez los obtenía del sistema tributario general. La distribución del gasto no era equitativa en todo el país, reflejando las grandes diferencias que ya existían antes de que el NHS se creara en 1948. Los grandes hospitales docentes, sobre todo los de Londres, eran más ricos y poderosos. En 1987, el gobierno separó la responsabilidad de adquirir los servicios sanitarios de la responsabilidad de proveerlos. El trabajo de las administraciones sanitarias consistía en decidir las necesidades de la población local y adquirir estos servicios a los hospitales locales y a los servicios comunitarios. Éstos últimos se organizaron en «fundaciones» independientes, similares a compañías privadas salvo en que aún pertenecían al NHS. La idea era aumentar la eficacia mediante la competencia entre los hospitales y la introducción de gerentes generales procedentes del mundo de los negocios.

Los médicos generales (GP-médicos de familia), organizados en grupos, fueron estimulados por el NHS para formar pequeños negocios que gestionaran su propia práctica. Disponían de presupuestos cedidos por las administraciones sanitarias. Esto significaba que, por primera vez, los médicos de familia podían decidir cómo se gastaría el dinero del NHS. El gobierno creía que los GP estaban más capacitados para decidir las prioridades de sus pacientes que los gerentes de las administraciones sanitarias. En la práctica, su capacidad para alterar el patrón de los servicios prestados resultó pequeña. Uno de los resultados de este cambio fue que los hospitales hicieron un mayor esfuerzo para satisfacer a los GP y la comunicación entre estos estamentos mejoró realmente.

La presión sobre los hospitales

En esta época hubo grandes restricciones en el gasto público. Muchos pequeños hospitales cerraron, ya que se consideró que eran clínicamente inadecuados, ineficientes o ambas cosas a la vez. El tratamiento de la fase aguda de las enfermedades se concentró en los hospitales generales de distrito (DGHs) que se hallaban provistos de todas las ramas habituales de la medicina, de cirugía, de pediatría y de obstetricia. Muchos pequeños hospitales, especialmente aquellos que se dedicaban exclusivamente a la geriatría o a la psiquiatría, fueron cerrados. En conjunto, el número de camas hospitalarias disminuyó y los

servicios sociales y sanitarios comunitarios inicialmente mejoraron. Los efectos sobre los servicios que se prestaban a las personas ancianas fueron diversos. Desde luego es cierto que mejoró el acceso de los ancianos a los servicios modernos de los hospitales más grandes. Fue un período de expansión del número de geriatras y por primera vez, muchas escuelas de medicina crearon departamentos académicos de medicina geriátrica.

Al existir menos hospitales, también aumentó la presión para reducir la duración de las estancias de los pacientes ingresados en ellos. En 1948, el NHS tenía 480.000 camas. Cincuenta años después, en 1998, se habían reducido a 190.000. La tabla I muestra cómo las camas geriátricas se vieron especialmente afectadas por esta reducción. Sin embargo, durante el mismo período, los ingresos hospitalarios aumentaron y hubo una marcada reducción del tiempo de estancia hospitalaria.

La presión sobre los recursos hospitalarios de agudos, las altas precoces y el cierre de los hospitales geriátricos de larga estancia provocó el aumento del número de ancianos ingresados en residencias de válidos o en residencias asistidas. En la mayoría de los casos, la asistencia de estas personas se financiaba mediante diversos subsidios de la seguridad social. Durante los años ochenta, por primera vez desde el inicio del NHS, el número de ancianos institucionalizados aumentó (incluso ajustando las cifras para tener en cuenta los cambios demográficos). Gran parte de este incremento se produjo por una valoración y una rehabilitación inadecuadas.

Esta tendencia se aprecia mediante el contraste de dos cifras, una caída del 38% en el número de camas para ancianos en los hospitales generales y un aumento del 500% de las plazas en residencias asistidas entre 1983 y 1996 (1). La situación resultante se ve reflejada de modo notable en el balance entre los hospitales y las instituciones de cuidados de larga duración, con un ahorro global de 482.000 plazas sanitarias, lo que representa aproximadamente cinco plazas por cada 100 individuos mayores de 65 años.

El *NHS and Community Care Act* (Decreto sobre el NHS y la asistencia comunitaria) entró en vigor en 1993 para atajar estos problemas. Se introdujo un control clínico y financiero mucho más estricto. En primer lugar, se exigía al NHS que realizara una valoración multidisciplinar

TABLA II. Estimaciones para 1995 (2)

	Fondos públicos	Fondos privados
Plazas residenciales de válidos (miles)	205	83,5
Plazas residenciales asistidas (miles)	115	42
Camas hospitalarias para ancianos (miles)	34	

individual adecuada antes de que los servicios sociales pagaran la asistencia en residencias tanto de válidos como asistidas. En segundo lugar, muchos ancianos se encontraron pagando su asistencia de larga duración mientras los servicios sociales hacían las averiguaciones pertinentes sobre sus recursos económicos antes de decidir pagar sus plazas. En conjunto, esta política pretendía reducir la dependencia de los cuidados institucionales. Por desgracia, la rehabilitación continuaba siendo deficiente como consecuencia a una inversión insuficiente en los servicios comunitarios (3). Como consecuencia de esta falta de oportunidad para recuperarse óptimamente y a la vista de la presión para acelerar las altas hospitalarias, muchos pacientes se trasladaron prematuramente a residencias asistidas (4). Con el aumento del uso de residencias asistidas privadas, un menor número de geriatras ha mantenido la responsabilidad clínica sobre estos pacientes y en general, los geriatras se han visto menos involucrados en las decisiones que afectaban a estos pacientes.

Integración de la geriatría con la medicina general

Cuando los servicios de geriatría se trasladaron a los hospitales generales de distrito, por lo general se les asignaron las salas más antiguas y una plantilla insuficiente. Gradualmente se fueron integrando con todas las salas de medicina general de adultos. Esto sucedió por diversos motivos. La reducción de las horas de trabajo de los médicos residentes hizo más difícil tener equipos médicos separados dedicados a los ancianos. Una escasez de enfermeras bien preparadas en los hospitales provocó una reducción en el número de salas con un personal adecuado. A medida que los geriatras y otros médicos se dieron cuenta de la importancia de que los pacientes ancianos recibieran un buen tratamiento durante la fase aguda, los enfermos más graves de todas las edades se concentraron en una o dos salas.

Esto ha tenido un efecto muy diverso sobre la asistencia a los ancianos. En primer lugar, actualmente los pacientes de mayor edad tienen más posibilidades de recibir la asistencia intensiva necesaria en los primeros días de

una enfermedad grave. Ha mejorado la formación de los médicos residentes y de las enfermeras sobre los principios de la medicina geriátrica. Los geriatras se han ido involucrando progresivamente en la asistencia de agudos en los servicios de medicina general de adultos. Actualmente la gran mayoría de los médicos adjuntos geriatras en el Reino Unido trabajan como internistas. Esto puede ayudar a que se mantengan las habilidades necesarias de la medicina de agudos, y los pacientes ancianos pueden también beneficiarse de ello.

El aumento de la importancia que se ha dado a la asistencia a los pacientes jóvenes y en la fase aguda de la enfermedad ha reducido el énfasis tradicional en las necesidades de los ancianos en cuanto a una rehabilitación más lenta. Algunos geriatras han mantenido servicios separados dentro de los hospitales de distrito, reservándolos para pacientes a partir de una determinada edad, generalmente superior a los 75 u 80 años. Otros departamentos han mantenido salas separadas para pacientes ancianos seleccionados que necesitaban una rehabilitación más especializada. La rehabilitación se ha descuidado en muchos hospitales. Como consecuencia de esto, muchos geriatras tienen un papel muy escaso tanto en la rehabilitación como en el seguimiento clínico de los pacientes ancianos en las residencias asistidas. ¡Éstas fueron las áreas claves de la geriatría en sus inicios como especialidad!

La introducción de las medidas de calidad

Cuando las administraciones sanitarias se convirtieron en compradores de los servicios de los hospitales locales, en lugar de gestores directos, se introdujeron estándares específicos de calidad en los contratos. Como parte de este cambio, se introdujo la Carta de los Pacientes a escala nacional. Esto estableció una serie de estándares de asistencia a los cuales los usuarios del NHS tenían derecho. Algunos ejemplos de estos estándares son:

- No esperar en el departamento de Urgencias más de cuatro horas una cama hospitalaria.
- No esperar más de dieciocho meses las operaciones quirúrgicas programadas.
- Tener asignada específicamente una enfermera responsable de su asistencia durante su estancia hospitalaria.
- No ser ingresado en salas mixtas.

Algunos de estos estándares estimularon a los hospitales a mejorar sus servicios y esto benefició a los pacientes. Otros reflejaban más la opinión de los creadores de las normas, y tenían un impacto real escaso sobre la asistencia al paciente.

La monitorización de las complicaciones hospitalarias hizo que aumentara la atención sobre algunos temas importantes como:

- La aparición de úlceras por presión nuevas en el hospital.
- Caídas producidas durante la estancia hospitalaria.
- El número de pacientes reingresados en las dos semanas siguientes al alta hospitalaria.

Estos avances en la garantía de la calidad tuvieron resultados diversos. En primer lugar generaron una gran cantidad de trabajo en la preparación de informes. El que esto realmente alterara la calidad de la asistencia es algo que no está claro. En algunos casos se distrajeron recursos y atención hacia áreas menos importantes, simplemente para poder cumplimentar los informes.

Este período también fue un período de expansión de las auditorías clínicas. Ahora todos los doctores del NHS están obligados participar en auditorías clínicas. Esto ha estimulado un escrutinio más abierto de los resultados que se obtienen, a pesar de que muchas de las cosas realmente importantes no son fáciles de auditar.

Un importante avance en la organización de los hospitales fue el establecimiento de la figura de los directores clínicos. Los médicos siempre habían tenido influencia en la gestión pero este paso significó una nueva forma de organizarse. Un médico adjunto con experiencia sería nombrado director clínico de un departamento y tendría la responsabilidad del presupuesto y de la calidad del servicio, trabajando junto a un gerente general y una supervisora de enfermería. Al principio muchos doctores se mostraron cautos sobre esta responsabilidad adicional, aunque también les dio mayores oportunidades de guiar los avances clínicos. No obstante, en momentos de escasez de recursos se colocó a los médicos en la difícil posición de decidir sobre la reducción de dichos recursos. Algunos médicos sentían que esto dejaba a los directores clínicos en una posición que hacía peligrar su compromiso profesional hacia los pacientes como individuos.

AVANCES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Unidades de ictus

La mejoría en la asistencia a los pacientes que han sufrido un ictus ha sido uno de los éxitos de la integración de la medicina geriátrica en los hospitales generales de distrito. En la actualidad, más del 50% de los hospitales generales de distrito del Reino Unido tienen algún tipo de servicio especializado en ictus, que generalmente se denomina Unidad de rehabilitación de ictus. Generalmente los médicos adjuntos responsables son geriatras, aunque a menudo trabajan en colaboración con los neurólogos. A escala nacional se ha dado una prioridad considerable a la mejora de los servicios de ictus. Se han establecido Guías de Práctica Clínica nacionales (5) y se han realizado auditorías clínicas nacionales coordinadas por un ge-

riatra (6). Una serie de ensayos clínicos ha demostrado que la rehabilitación de los ictus salva vidas, reduce la incapacidad a largo plazo y probablemente hace un uso más eficiente de recursos hospitalarios (7). La rehabilitación ubicada en la comunidad también se ha promocionado, de nuevo liderada por los geriatras (8). La investigación ha indicado que la rehabilitación que se lleva a cabo en el domicilio de los pacientes es probablemente más eficaz que la que se realiza en el Hospital de Día geriátrico tradicional. La obtención de los recursos adecuados para estos equipos de rehabilitación ubicados en la comunidad ha resultado difícil. La investigación sugiere que es necesario que se trate de personal especializado trabajando estrechamente con el adjunto especialista. En el futuro, la mayoría de los hospitales tendrán unidades de rehabilitación de ictus que contarán con lazos muy estrechos con la comunidad.

Algunos hospitales también dispondrán de salas de ictus en fase aguda para realizar tratamiento con trombolisis y un seguimiento fisiológico mucho más estricto que el que se lleva a cabo en la actualidad. Otro aspecto importante en la medicina del ictus ha sido el aumento de la utilización de la alimentación artificial, especialmente de las sondas PEG. Este hecho ha suscitado cuestiones éticas importantes sobre el beneficio a largo plazo de ciertos pacientes que pueden tener una recuperación muy incompleta. En conjunto, en el Reino Unido la evidencia sugiere que una adecuada nutrición utilizando sondas PEG mejora los resultados globales de estos pacientes y, por lo tanto, se utilizan cada vez con mayor frecuencia en aquellos pacientes que sobreviven tras la primera semana de ingreso hospitalario (9).

Rehabilitación ortogeriátrica

Este es el ejemplo más antiguo de colaboración entre geriatras y otros especialistas, en este caso, traumatólogos. En la mayoría de los hospitales generales de distrito en el Reino Unido existe algún tipo de enlace clínico entre la medicina geriátrica y la traumatología, aunque aún no está claro cuál es el enfoque más efectivo (10). En uno o dos servicios esta colaboración ha ido incluso más allá. Los pacientes son ingresados bajo la responsabilidad de geriatras, y los cirujanos realizan la intervención y las revisiones postoperatorias. Actualmente la mayoría los hospitales tienen acceso a equipos de rehabilitación comunitaria. En aquellos lugares donde estos equipos se han dedicado a preparar a los pacientes para ser dados de alta precozmente tras sufrir una fractura de fémur o una intervención quirúrgica, los resultados clínicos han sido satisfactorios, pero los costes pueden haber aumentado (11).

En los últimos años el tratamiento de la osteoporosis en los ancianos ha mejorado notablemente (12). Los geriatras están cada vez más comprometidos en la realización de este tratamiento, a menudo trabajando en colaboración con otros especialistas. Algunos geriatras son res-

ponsables de clínicas de osteoporosis y otros se enfrentan con la amplia variedad de problemas que presentan las mujeres menopáusicas. No obstante, el Reino Unido no ha vivido el crecimiento de las clínicas anti-envejecimiento, como ha sucedido en los Estados Unidos o en Alemania.

Progresos en terapéutica

Muchos progresos significativos en terapéutica tienen especial relevancia para los ancianos. Por eso resulta descorazonador que la evidencia disponible para tomar decisiones en pacientes mayores de 80 años sea mucho peor que la disponible para los pacientes más jóvenes. A pesar de esto, en el Reino Unido actualmente es frecuente un enfoque terapéutico activo de muchos de los trastornos metabólicos cardiovasculares crónicos. Muchos geriatras tienen clínicas para la prevención secundaria del ictus, en las que se dispone de pruebas complementarias más sofisticadas y tratamiento médico. Actualmente se reconoce la importancia de la anticoagulación de los pacientes ancianos con fibrilación auricular y es uno de los estándares utilizados en los servicios de ictus, pero la evidencia sugiere que aún se utiliza demasiado poco (13).

Tanto los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), como los betabloqueantes, la espironolactona y la aspirina han resultado ser muy importantes en la enfermedad cardiovascular. Las auditorías clínicas en el Reino Unido demuestran que con frecuencia todavía no se alcanzan la dosis óptimas de IECA o que no se utilizan suficientemente los betabloqueantes en las personas ancianas. En el Reino Unido muchos médicos generales (GP) y algunos geriatras siguen siendo muy cautelosos con estos fármacos a pesar de las pruebas disponibles sobre su eficacia.

En el Reino Unido el aumento de la utilización de las estatinas para el tratamiento de los trastornos lipídicos se ha visto en cierta medida limitado por los costes. Tampoco existen pruebas adecuadas sobre el beneficio a largo plazo en nuestros pacientes de mayor edad, sobre todo en la enfermedad cerebrovascular.

Los fármacos empleados en la demencia, concretamente el Donepezilo, acaban de comenzar a estar disponibles para su uso público en el Reino Unido. Los presupuestos para estos fármacos han sido restringidos por las autoridades sanitarias. Incluso ahora es obligatorio que sean prescritos por especialistas. El gobierno ha establecido un ente nacional, el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica) para revisar los nuevos tratamientos, incluidos los fármacos, y decidir si existen pruebas suficientes para justificar su disponibilidad general en el NHS. Naturalmente, mucha gente sospecha que el NICE es un mecanismo para restringir los gastos. El retraso en disponer del Donepezilo refuerza estas sospechas.

Otra área de grandes avances terapéuticos para los pacientes ancianos ha sido la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Investigaciones en el Reino Unido han demostrado que al menos el 30% de nuestros pacientes ancianos padece algún grado de enfermedad irreversible de las vías aéreas y por lo general ha mejorado con la utilización de esteroides broncodilatadores y de agonistas beta II. Habitualmente estos fármacos son prescritos inicialmente por los GP sin disponer de estudios pulmonares funcionales detallados. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una causa importante de incapacidad en las personas ancianas y existen evidencias prometedoras sobre el éxito de la rehabilitación multidisciplinar de estos pacientes (14). Esta rehabilitación consiste en la educación del paciente, programas de ejercicios y soporte nutricional. Recientemente se han establecido algunos programas a corto plazo financiados por el NSH de ámbito nacional, con esperanza de reducir la presión sobre las camas de los hospitales de agudos. Probablemente éste se trate de un campo de desarrollo de la rehabilitación.

Consultas de valoración de caídas

Tras el trabajo pionero de Tinetti en los Estados Unidos, que demostró que era posible identificar los riesgos (15) y prevenir las caídas en los ancianos (16), ha habido una oleada de actividad en el Reino Unido para establecer consultas de valoración de caídas. Esto se ha visto aun más reforzado con el ensayo de prevención de caídas en pacientes atendidos en urgencias tras sufrir una caída realizado en Londres que resultó un éxito (17). Con frecuencia los programas de ejercicios son un componente de esta intervención. Recientemente la *American Geriatrics Society* (Sociedad Americana de Geriatría) y la *British Geriatrics Society* (Sociedad Británica de Geriatría) han revisado conjuntamente las evidencias disponibles para realizar tanto la identificación del riesgo como los programas de prevención; esta revisión será publicada como un conjunto de guías de práctica clínica a principios del verano de 2001.

Cada vez se reconoce más la importancia de la hipotensión ortostática, del síncope vasovagal y de la hipersensibilidad del seno carotídeo como causa de caídas y lesiones. El grupo de Rose Anne Kenny en Newcastle es el líder mundial en este campo (18, 19). Una de sus observaciones más importantes consistió en que muchos pacientes que sufren síncope durante la prueba del balancín no lo recuerdan a continuación. Esto sugiere que muchos pacientes con caídas sin explicar podrían haber tenido síncopes aunque nieguen la pérdida de conciencia. En un trabajo que será publicado muy pronto han demostrado que la colocación de un marcapasos reduce la incidencia de caídas en pacientes con hipersensibilidad del seno carotídeo. Actualmente existen alrededor de veinte departamentos capacitados para investigar detalladamente estos trastornos, que se denominan en conjunto inestabilidad neurocardiovascular. A menudo estas tareas se

realizan en colaboración con los departamentos de cardiología. Posiblemente estos servicios se desarrollarán en la mayoría de los departamentos a lo largo de los próximos cinco años.

Medicina basada en la evidencia

Internet ha aumentado la disponibilidad de información actualizada de los médicos. Las revisiones sistemáticas, muchas de ellas contenidas en la Cochrane Library (20) han examinado muchos tratamientos, incluyendo terapias farmacológicas y la organización de servicios. Cada vez existen más guías locales y nacionales para influir en la práctica clínica y en la prescripción de los médicos. Las auditorías locales y nacionales se utilizan en un intento de reducir la variabilidad. En el Reino Unido existe un razonable grado de apoyo a estos conceptos y los geriatras han tenido un papel preeminente en el desarrollo de este enfoque en el NHS.

EL PÚBLICO Y LA PROFESIÓN MÉDICA

El NHS siempre ha pensado en sus usuarios como pacientes pero los gobiernos recientemente han preferido referirse a ellos como consumidores cuyos derechos deben ser protegidos. El gobierno pensó que existía una falta de escrutinio público de los estándares de práctica clínica y una falta de apertura frente a los errores. Estas deficiencias se están corrigiendo. El aumento de la vigilancia de los profesionales del NHS, sobre todo los médicos, se ha centrado en la eficacia, la seguridad y la eficiencia. Ya se ha mencionado antes el crecimiento de la medicina basada en la evidencia. Actualmente todos los doctores deben participar en un mínimo de 50 horas de educación médica continuada anualmente y deben llevar un control escrito de estas actividades. Las auditorías clínicas y otros aspectos de la revisión de resultados ahora se agrupan bajo el término *Clinical Governance*. Este es un proceso orientado a:

- Modernizar y fortalecer la autorregulación profesional y cimentar los principios de la revisión de los resultados.
- Fortalecer los sistemas de control de calidad basándose en estándares clínicos, en la práctica basada en la evidencia y en aprender las lecciones de los resultados fallidos.

Esto implica establecer estándares claros sobre los resultados de los servicios y los resultados de cada clínico individual. Además de las auditorías, existe un control rutinario de los resultados de los servicios, de los errores y de las reclamaciones.

Recientemente el *Government's Performance Assessment Framework* (Marco del Gobierno para la Evaluación de los resultados) ha dado cierta prioridad a las necesida-

des de las personas ancianas. Por ejemplo, todos los hospitales deben vigilar la proporción de sus pacientes con icatuz o fractura de cadera que vuelven a su propio domicilio antes de 56 días. Con esta medida se pretende incentivar a los hospitales a organizar la rehabilitación de manera que los pacientes vuelvan a su casa en lugar de ir a una residencia asistida de forma prematura.

NUEVAS POLÍTICAS DE ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL PARA LAS PERSONAS ANCIANAS

Este gobierno ha sido muy activo desarrollando políticas de asistencia sanitaria y social que afectan a las personas ancianas. Existen varias razones para esta atención. En primer lugar existe la preocupación de que los hospitales no puedan asumir el número de ingresos médicos de tipo agudo, que han estado aumentando aproximadamente a un ritmo del 13% anual. A pesar de las múltiples especulaciones realizadas, las razones de este incremento no están claras. En consecuencia, han de cancelarse intervenciones por falta de camas disponibles. Por supuesto que una respuesta sería aumentar el número de camas hospitalarias. El gobierno prefiere verlo desde el punto de vista alternativo, que consiste en que los pacientes aún permanecen en el hospital más tiempo del necesario (21) y deberían recuperarse o rehabilitarse en algún otro sitio. Como ya se ha descrito anteriormente, disponemos de evidencia sólida sobre la eficacia de la rehabilitación especializada, principalmente hospitalaria. Pese a esto, la política del gobierno consiste en transferir la rehabilitación desde los hospitales de agudos a la comunidad, incluyendo las residencias privadas y las residencias asistidas. Estos niveles asistenciales ahora se denominan cuidados intermedios; estos cuidados intermedios se definen como «...el espectro de servicios designado para desviar los ingresos desde un hospital de agudos o facilitar la transición del hospital al domicilio y de la dependencia médica a la independencia funcional, donde los objetivos de la atención no son primariamente médicos, el destino alta del paciente puede anticiparse y se desea un resultado clínico de recuperación completa» (22).

Esta es una característica nuclear del plan nacional del NHS que se publicó en el verano del año 2000. Los principales puntos eran los siguientes:

- 7.000 nuevas camas del NHS en el año 2004, principalmente en niveles de cuidados intermedios. Éstos se situarían en hospitales comunitarios, nuevos centros construidos expresamente para este propósito o utilizando las residencias asistidas de un modo diferente.
- 1.700 plazas extra en proyectos de rehabilitación domiciliaria.
- 7.000 médicos adjuntos más (un 30% de incremento, algunos de los cuales serán geriatras).
- 2.000 médicos generales más.

- 20.000 enfermeras más (un aumento del 7%).
- 7.000 terapeutas y otros profesionales de la salud más (aumento del 12%).

Para conseguir esto se ofrecerán más plazas para formación de médicos, enfermeras, comadronas, educadoras de salud y terapeutas.

Otra sugerencia del plan que ha sido muy bien acogida consiste en estimular a las enfermeras y a las terapeutas a convertirse en especialistas, incluyendo especialidades como la asistencia a los ancianos. Por lo tanto, en el futuro podríamos tener equipos compuestos por adjuntos de geriatría trabajando junto a enfermeras y terapeutas especializadas, todos con formación postgrado en la asistencia a los ancianos. Si esto sucede ciertamente será una mejoría.

El papel de los especialistas en geriatría en los cuidados intermedios está siendo objeto de discusión activa en el NHS y en la British Geriatric Society (Sociedad Británica de Geriatría). El criterio del gobierno sugiere que gran parte de este trabajo se realizará bajo el control de los GP. Los médicos de familia van a reorganizarse en nuevas fundaciones de asistencia primaria, gestionadas por médicos, enfermeras y representantes de otras organizaciones locales. La idea es que las fundaciones de asistencia primaria asuman frente a las administraciones sanitarias la asignación de prioridades para la comunidad, además de la asistencia hospitalaria.

Actualmente estamos esperando la publicación del *National Service Framework for Older People* (Marco Nacional de Servicios para las Personas de Edad Avanzada). Esta es la respuesta del gobierno a la preocupación general sobre la variabilidad de la calidad de la asistencia, sobre todo en los hospitales. Este marco establecerá estándares para los distintos tipos de servicio que se espera que los hospitales y los servicios comunitarios de salud provean. Los geriatras han jugado un importante papel en desarrollo de este documento, aunque el gobierno también se vio influido por los políticos y las necesidades de financiación, además de por el consejo de los clínicos. Un destacado geriatra, el profesor Ian Philp, de Sheffield, ha sido nombrado *National Director of Older People Services* (Director Nacional de los Servicios para la Asistencia a los Ancianos) contratado directamente por el Departamento de Salud para supervisar la implementación del *National Service Framework*. Aunque los geriatras tenemos serias dudas sobre la eficacia de los cuidados intermedios para los ancianos, ésta es una gran oportunidad para nosotros para volver a intervenir en las áreas tradicionales de la rehabilitación y la continuidad de los cuidados.

Nuestras preocupaciones sobre la eficacia se basan en la falta de evidencia sobre qué tipo de cuidados intermedios son eficaces y para qué tipo de pacientes. A pesar de esto, los últimos dos años y los próximos tres años verán una gran expansión. Estos son algunos ejemplos de los nuevos servicios:

Equipos de respuesta rápida. Son equipos de enfermeras y terapeutas que asistirán y tratarán pacientes con enfermedades o lesiones menores en su domicilio en un intento de prevenir su ingreso hospitalario. A los geriatras nos preocupa el hecho de que pueda perderse la oportunidad de realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuados. El reto para nosotros es asegurarnos que el acceso a estos sistemas implique a médicos con preparación suficiente para identificar a los pacientes que necesiten pruebas complementarias y tratamiento. Hablando en general, pienso que deberían ser geriatras. No obstante, existen muchos médicos generales que no comparten este punto de vista. Sólo existe un ensayo controlado aleatorizado de un equipo de respuesta rápida en el Reino Unido (23). Este ensayo demostró que:

- Los resultados clínicos fueron similares.
- La calidad de vida y la satisfacción fueron similares.
- El tiempo durante el que recibieron asistencia fue más corto en aquellos que fueron atendidos a domicilio.
- Los costes fueron similares.

A pesar de esta falta de evidencias claras, el plan nacional exige que cada administración sanitaria del país cree dichos equipos.

Proyectos de hospitalización a domicilio. Estos proyectos intentan proporcionar una gama de tratamientos que incluye antibióticos y líquidos intravenosos a domicilio. La evaluación de estos proyectos ha demostrado que su implantación es posible pero no resultan eficaces respecto a su coste y es poco probable que se expandan apreciablemente.

Equipos de apoyo al alta. La evidencia del éxito de estos equipos es mucho más fuerte. Existen varios ensayos controlados y aleatorizados que indican que puede ofrecerse apoyo a los pacientes en su domicilio de manera segura, con una reducción de la posibilidad de readmisiones en el hospital o de la necesidad ulterior de cuidados de larga estancia (24, 25). Los geriatras generalmente apoyan mucho este tipo de esquemas, especialmente si los pacientes han tenido previamente un tratamiento hospitalario agudo adecuado.

Rehabilitación en residencias asistidas. Las residencias asistidas privadas en el Reino Unido casi no tienen experiencia en rehabilitación. Pese a ello, el gobierno espera que serán capaces de desarrollar las habilidades necesarias para proporcionarla. Los planes para involucrar a geriatras y otros profesionales no están muy claros en este momento. Este es un motivo de preocupación muy claro. La esperanza reside en que esta asistencia sería gratuita para los pacientes durante al menos seis semanas después del alta hospitalaria. Necesitamos más investigación para saber si este tipo de tratamiento puede ser un éxito. Se basa principalmente en el modelo americano de residencias especializadas.

Hasta ahora la investigación se ha concentrado en los resultados funcionales de los pacientes y en los efectos sobre la utilización de los hospitales y otros recursos. Los indicadores más sutiles de recuperación y la medición de la calidad de vida relacionada con la salud serán en el futuro aspectos más importantes de las evaluaciones que se realicen. El gobierno está financiando parte de la investigación sobre los cuidados intermedios y también quiere que se investiguen los efectos sobre los cuidadores y las familias de los pacientes.

Valoración geriátrica integral

La selección de los pacientes para el mejor tipo de rehabilitación depende de una valoración adecuada. Esto es una rutina en los departamentos especializados de medicina geriátrica y en los hospitales de día pero no en otras salas donde los ancianos reciben asistencia. El plan nacional del NHS requiere que los servicios sociales y sanitarios desarrollen un enfoque conjunto de valoración y el *National Service Framework* probablemente exigirá que todos los pacientes ancianos hospitalizados tengan una valoración mejor. La valoración geriátrica integral con un plan terapéutico, incluyendo la rehabilitación, es eficaz (26, 27). Sabemos que pacientes corren mayor riesgo de no recuperar su independencia tras una enfermedad aguda tanto en el Reino Unido como en España (28), así que el uso más regular de la valoración geriátrica integral en los departamentos quirúrgicos y de medicina general será necesario para seleccionar a los pacientes adecuados para rehabilitación en los cuidados intermedios.

DEPARTAMENTOS DE ASISTENCIA AL ANCIANO DEL FUTURO

A continuación me gustaría considerar cómo este espectro de nuevas políticas y avances clínicos conformarán la medicina geriátrica y los servicios de asistencia al anciano en el futuro.

Servicios hospitalarios

Los geriatras por lo general trabajarán integrados con otros médicos para proporcionar asistencia médica durante la fase aguda a adultos de todas las edades. Ha habido un considerable debate en el Reino Unido sobre si existe la necesidad de una especialidad aparte si los pacientes ancianos pueden beneficiarse de toda la alta tecnología disponible en los modernos hospitales generales de distrito y el resto de la asistencia al tratamiento se proporcionan en otro lugar. Como el Profesor Sir Grimley Evans ha dicho, los médicos del futuro deberían ser alguien con «la filosofía y las responsabilidades del geriatra unidos a las habilidades y los recursos del médico general». Y la mayoría, entre la que me incluyo, piensa que especialidad

necesita continuar pero adaptarse al moderno NHS. Algunos hospitales, pero no todos, mantendrán departamentos separados para el tratamiento de la fase aguda o la rehabilitación de las personas ancianas. Si existen departamentos separados para pacientes ancianos en los hospitales es improbable que se denominen departamentos geriátricos, ya que la palabra «geriátrico» es muy impopular entre los ancianos y sus familias. «Departamentos de asistencia al anciano» o «Departamentos de medicina del anciano» serán algunos de los nombres utilizados. Los geriatras, y quizás terapeutas y enfermeras especializadas, también trabajarán en otros departamentos supervisando valoraciones para la rehabilitación multidisciplinar. Con la excepción de los ictus, gran parte de la rehabilitación se hará fuera del hospital.

Cada vez más departamentos de medicina geriátrica en el Reino Unido tendrán adjuntos que no participen en todos los aspectos del servicio. La participación en la medicina de pacientes agudos puede organizarse como una rotación, quizás seis meses, después de 12. Los geriatras también se especializarán en caídas, ictus, ortogeriatría o cuidados intermedios.

Servicios comunitarios

Los geriatras trabajarán en la rehabilitación con una relación más estrecha con los GP, las enfermeras y los terapeutas. Los geriatras no controlarán ya los recursos como lo hicieron en los antiguos departamentos especializados. Volverán a estar implicados en la asistencia de la mayoría de los pacientes incapacitados en las residencias asistidas privadas aunque en la responsabilidad del día a día la retendrán los GP. Se prestará una mayor atención a la rehabilitación tras las caídas, con la utilización de ejercicios y entrenamiento de equilibrio.

Formación de los futuros geriatras

El número de geriatras en el Reino Unido continúa aumentando. Actualmente es la mayor subespecialidad dentro de la medicina general. La formación está organizada a escala nacional y supervisada por el *Royal Colleges of Physicians*. Los médicos tienen que completar una formación específica y se han de registrar en el *General Medical Council* como especialistas antes de que puedan ser contratados como adjuntos. La formación específica comienza tras un período de formación profesional general postgrada que dura hasta tres años. Suelen combinarse con medicina interna general en fase aguda y dura cinco años. Los componentes de esta formación incluyen todas las subespecialidades descritas anteriormente pero en el futuro será frecuente que los hospitales recluten nuevos adjuntos con experiencia y formación específica en alguna de estas áreas.

CONCLUSIONES

La asistencia médica a los ancianos siempre ha versado sobre la organización de los servicios además de tratar de aplicar el mejor tratamiento a cada individuo concreto. Hemos pasado algunos años difíciles en el Reino Unido, durante los cuales los geriatras se deslizaron hacia la medicina de agudos y se alejaron de sus responsabilidades tradicionales en la rehabilitación y los cuidados de larga duración de la mayoría de los pacientes incapacitados. El futuro ofrece una oportunidad para combinar las ventajas de la medicina de agudos para todos los adultos, independientemente de la edad, con el desarrollo de los cuidados intermedios en la comunidad. Los geriatras somos expertos en varias áreas importantes de la práctica clínica. Si podemos desarrollar nuestras propias fortalezas y al mismo tiempo trabajar con los demás, el futuro de la especialidad será brillante.

BIBLIOGRAFÍA

1. UK House of Commons Select Committee, 1995/ 96.
2. The Royal Commission on Long Term Care. With Respect to Old Age: Long Term Care-Rights and Responsibilities. London: The Stationery Office, 1999.
3. Audit Commission. The Coming of Age: Improving Care Services for Older People. Audit Commission, 1997.
4. NHS Executive. Emergency Services Action Team 1998 Report. Leeds: Department of Health, 1998.
5. Rudd AG, Wade DT, Irwin P. The National Clinical Guidelines for Stroke. Journal of the Royal College of Physicians of London 2000;34: 131-3.
6. Wolfe CDA, Rudd A, Beech R. Stroke Audit Package. Journal of the Royal College of Physicians of London 1995;29:67-8.
7. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997;314:1151-9.
8. Rudd AG, Wolfe CDA, Tilling K, Beech R. The effectiveness of an early discharge policy and a package of community care on one year outcome of stroke patients. *BMJ* 1997;315:1039-44.
9. James A, Kapur K, Hawthorne B. Long term outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in patients with dysphagic stroke. *Age Ageing* 1998;27:671-6.
10. Cameron I, Finnigan T, Madhok R, et al. Effectiveness of co-ordinated multidisciplinary inpatient rehabilitation for elderly patients with proximal femoral fracture. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oxford: Update Software, 1997.
11. Hensher M, Fulop N, Coast J, Jefferys E. Better out than in? Alternatives to acute hospital care. *Brit Med J* 1999;319:1127-30.
12. Sahota O, Masud T. Osteoporosis: fact, fiction, fallacy and the future. (Review). *Age Ageing* 1999;28:425-8.
13. Mead G, Wardlaw JM, Lewis SC, McDowall M, Dennis M. The influence of randomised trials on the use of anticoagulants for atrial fibrillation. *Age Ageing* 1999;28:441-6.
14. Yohannes A, Roomi J, Connolly M. Elderly People at home disabled by chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing* 1998;27:523-5.
15. Tinetti M, Speechley M, Ginter S. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England J Med* 1988;319:1701-7.
16. Tinetti M, Baker D, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *New England J Med* 1994;331:821-7.
17. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of Falls in the Elderly Trial (PROFET). *Lancet* 1999;353:93-7.
18. McIntosh SJ, DaCosta D, Kenny RA. Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a syncope clinic. *Age Ageing* 1993;22:53-8.
19. Shaw FE, Kenny RA. The overlap between syncope and falls in the elderly. *Postgraduate Med J* 1997;73:635-9.
20. The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
21. Audit Commission. Lying in Wait. HMSO, 1992.
22. Steiner A. Intermediate Care. A conceptual framework and review of the literature. King's Fund, London, 1997.
23. Wilson A, Parker H, Wynn A, et al. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home compared with hospital care. *Brit Med J* 1999;319:1542-50.
24. Martin FC, Oyewole A, Moloney A. A randomised controlled trial of a high support hospital discharge team for elderly people. *Age Ageing* 1994;23:226-34.
25. Parker G, Bhakta P, Katbamna S, Lovett C, Paisley S, Parker S, Phelps K, Baker R, Jagger C, Lindesay J, Shepperdson B, Wilson A. Best place of care for older people after acute and during subacute illness: A systematic review. *Journal of Health Services & Research Policy* 2000;5: 176-89.
26. Stuck A, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
27. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Sclerf G. A randomised trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalised patients. *Age Ageing* 1999;28:543-50.
28. Alarcon T, Barcena A, González-Montalvo JI, Penalosa C, Salgado A. Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward. *Age Ageing* 1999;28:429-32.
29. Evans JG. High hopes for geriatrics. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1994;28:392-3.