

Ancianos multiingresadores: no hay peor ciego que quien no quiere ver... ni oír

H. Kessel

Unidad de Valoración y Cuidados Geriátricos. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

INTRODUCCIÓN

«Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores.» Así se titula un artículo publicado en *Revista Clínica Española*, que textualmente analiza este asunto «[...] como un problema de costes»¹. Posteriormente el planteamiento del trabajo inicial se reforzó con otro artículo, titulado «La atención especial a los pacientes reingresadores puede ser eficiente. Análisis coste-beneficio de un nuevo modelo asistencial», realizado en esencia por los mismos autores «[...] para evaluar la eficiencia»².

Cuando estos resultados llegaron a mis manos, pensé que podía obtener una visión diferente de uno de los principales problemas que plantea el trabajo clínico diario con ancianos a nivel hospitalario, pero al concluir el análisis del mismo, fui presa de una profunda preocupación que desembocó en cierto grado de desesperanza e irritación. Tuve la impresión de que se estaba especulando con la realidad del mayor sin ningún tipo de conocimiento y lejos de sus problemas objetivos. Y lo peor, sentí que se podrían, presuntamente, violar los derechos constitucionales de los ciudadanos. Reflexioné sobre el tema intentando aunar objetividad, profesionalidad y sentido común, con luz pero sin fuego.

Los artículos señalan algunos aspectos al menos llamativos. Se identifica como «multiingresador» a aquel paciente que ingresa tres veces o más al año como consecuencia de su patología de base. Los pacientes incluidos sumaron 81, con una edad media de 70 años, de los cuales el 80% posee tres diagnósticos principales (¿cuál es la patología considerada clave?), el 60,5% posee un índice de comorbilidad igual o mayor a 3, y el 60% consume 5 o más fármacos. El promedio numérico de las condiciones patológicas que según la evaluación de los

autores padece cada paciente es de 3,14, pero, por citar un ejemplo, no se incluyen la incontinencia, ni las caídas, ni el encamamiento como condiciones patológicas contabilizables.

Luego se establece un llamado «dispositivo asistencial», fundamentado en tres acciones: consulta específica diaria, teléfono directo abierto a las demandas del paciente o del médico de atención primaria, y hospitalización programada. No queda claro en qué consiste la primera acción, pero parece que hace referencia a una valoración inicial clínica y sociofamiliar, sin especificarse tampoco qué escalas se aplicaron para evaluar las capacidades y problemas de los enfermos. El teléfono directo, identificado como «herramienta fundamental de un programa asistencial único, que engloba la atención en el domicilio, atención por el médico de atención primaria, atención especializada e ingreso hospitalario»¹, tiene otra connotación en el anexo 1 que es entregado a los pacientes y familiares, donde reza textualmente: «Usted dispondrá de un teléfono abierto [...]. al que se podrá llamar exclusivamente de 11:30 a 13:30 horas. No llamen fuera de este horario, ni para asuntos poco importantes»¹ (¿quién decide la importancia?).

Por otra parte, se disminuyeron todos los indicadores hospitalarios estadísticos y el número de consultas a urgencias (como es lógico), mientras que la mortalidad en un período de 15 meses fue del 34%. Y para no entrar en demasiado detalle, una de las conclusiones de los trabajos es que «el modelo asistencial propuesto disminuye las necesidades asistenciales de estos pacientes», sin que especifique qué indicadores de satisfacción de los mismos se tuvieron en cuenta. Aunque la familia parece satisfecha, tampoco se evalúa si los intereses de los familiares se correspondían con los de los enfermos.

La publicación de nuestra réplica a dicho artículo, que titulamos «Pacientes multiingresadores: ¿problema o estigma?»³, y la solicitud de un punto de vista por parte de la *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, me dan la posibilidad de transmitir el resultado de estas reflexiones.

Considero que el artículo induce a dos lecturas distintas: el problema de los costes sanitarios por un lado y,

Correspondencia: Dr. Humberto Kessel.
Unidad de Valoración y Cuidados Geriátricos. Hospital Torrecárdenas.
Paraje Torrecárdenas, s/n. 04009 Almería. España.
Correo electrónico: hkessel@cajamar.es

Recibido el 25-07-03; aceptado el 02-09-03.

por otro, las implicaciones de todo tipo, que para los ancianos y para los geriatras se pueden derivar de una iniciativa como ésta, si se implantara como modelo asistencial en una o varias comunidades autónomas.

LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA GESTIÓN ECONÓMICA

A mi modo de ver, la asistencia sanitaria de nuestro país se enfrenta a la misma problemática que otros países desarrollados. La altísima tecnología aplicada, los procedimientos casi extraídos de la ciencia ficción, los fármacos renovados y de síntesis, y las posibilidades de los medios diagnósticos, han encarecido sustancialmente los costes de la asistencia al paciente, impulsados por una población cada vez más impregnada de pseudoconocimientos sobre las posibilidades de la medicina. Los medios de comunicación utilizan cotidianamente los acontecimientos médicos como un indicador de desarrollo, fomentando esa «cultura popular» que en esta materia nos caracteriza. Si sumamos a esto el excelente objetivo conseguido en nuestro país de que el acceso a la sanidad sea universal y gratuito, resulta que los pacientes nos exigen cada vez más, solicitando en ocasiones la excelencia ficticia.

El ejercicio de los derechos de los ciudadanos como enfermos y como personas ha obligado a que se vaya implantando un estilo de medicina defensiva que se inicia desde los servicios de urgencias, y que acarrea todavía más gastos, teniendo en cuenta que las nuevas generaciones de profesionales, extraordinariamente formadas desde el punto de vista técnico, están poco educadas en la relación con el enfermo y en el manejo de la variabilidad. La deuda con la industria farmacéutica, por ejemplo, se multiplica, y las necesidades crecientes de la población en materia de salud no son proporcionales a la disponibilidad económica. En este contexto, el 77,4% del gasto farmacéutico español es consumido por los pensionistas⁴, lo que les hace diana de numerosas especulaciones.

Todos los hechos anteriores, y algunos otros que no vienen al caso, han traído como consecuencia, entre otras medidas, el que se intenten aplicar modelos de dirección empresarial al trabajo con los enfermos. El lenguaje ha cambiado, y se habla de «procesos» en vez de enfermedades, de «gestión» en vez de administración, de «costes» para referirse a gastos, y de «producto» para referirse a resultados no precisamente clínicos. No es que estos temas no sean importantes, por supuesto que lo son, y más cuando en nuestro sistema todos los recursos económicos proceden del mismo lugar: el bolsillo de los ciudadanos. Ahora bien, yo destacaría tres aspectos: los enfermos necesitan cuidados y asistencia, no gestión; las enfermedades se pueden «gestionar», pero centrándolas en el enfermo, personalizándolas, porque existen enfermos, no enfermedades; y los resultados en

sanidad no pueden medirse como si de un producto material se tratara, porque la salud no tiene precio, ni una sonrisa, ni el amor por un familiar, y cada persona vive ese «resultado» de una manera diferente.

Si a esto sumamos la impresión que sentimos a veces al escuchar a los gestores de salud (en ocasiones antiguos compañeros de carrera o de trabajo) que realizan análisis de costes y procesos como si de alumnos de primer año de empresariales por correspondencia se tratara, de espaldas a la realidad que hasta hace poco quizá hayan vivido, se puede pensar que existen contradicciones poco compatibles con la práctica clínica y con las necesidades de los pacientes.

La economía sanitaria se basa en cuatro columnas principales: análisis económico, análisis de políticas y decisiones, investigación de resultados, y concienciación y educación económica del personal sanitario. La evaluación económica consta, siempre, de dos componentes: utilización de recursos, y resultados. Pero hay que tener presente que «los análisis de coste-beneficio requieren que los resultados se expresen en términos monetarios; los análisis de coste-efectividad, en términos no monetarios, y los análisis de coste-utilidad requieren (al menos), QUALY's (calidad ajustada a años de vida), como resultados. El valor potencial de la disminución de los costes, y los argumentos para la implantación de métodos nuevos o más caros, pueden ser desarrollados si éstos son ventajosos, convenientes y útiles, en el contexto de la prevención del progreso de la enfermedad o sus secuelas»⁵. Y esto ya no fue tenido en cuenta por los autores del artículo y, con demasiada frecuencia, parece que no se tiene en cuenta por los planificadores y gestores de salud.

EL ANCIANO DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

Como es de suponer, los ancianos dentro de este «sistema» constituyen un problema. Y aquí habría que analizar muchos factores.

La expectativa de vida se ha incrementado en nuestra población, y este hecho, del que la sociedad española se siente —o se debe sentir— orgullosa, lleva consigo un lógico aumento de los gastos sanitarios para este grupo. La sanidad es más cara, pero trágico hubiera sido lo contrario, que los avances del siglo xx hubieran acarreado una juventud cada vez más enferma y una reducción de la esperanza de vida, como ha ocurrido en algunos países africanos. Una anotación: existen publicaciones que atribuyen el aumento del gasto sanitario de las últimas décadas más a los costes de la tecnología, que al envejecimiento de las poblaciones.

Los mayores de 65 años produjeron el 48,2% de las estancias hospitalarias españolas en 1999⁶. Es lógico considerar que la población anciana, cada vez mayor, demande más servicios médicos, porque sencillamente,

a mi modo de ver, se ha conseguido prolongar la vida de manera extraordinaria, pero no en la misma medida la vida libre de incapacidad. El 32,2% de los mayores de 65 años presenta algún grado de dependencia, y de éstos, el 47% manifiesta grave dificultad para la ejecución de las actividades de la vida diaria⁷. En los grupos de más edad estos datos se multiplican como consecuencia de patologías crónicas –repito, patologías–, lo que irremediablemente establece en la opinión pública un vínculo con la asistencia médica; «y si es hospitalaria, mejor». Y sobre todo, recordemos que a partir de cierta edad no existe expectativa de conseguir ningún año más de vida libre de enfermedad, no existen «QUALY's», excepto alguna rara excepción, y esta unidad de medida falla conceptualmente, también en los ancianos. De eso ya se tiene amplia experiencia en Estados Unidos.

La falta de formación de las diferentes especialidades sobre el proceso de enfermar del anciano, el rechazo inconsciente o no a la patología crónica y degenerativa, a sus reagudizaciones, y a la incapacidad que generan y que no se sabe prevenir o resolver, la imposibilidad del «triumfalismo tecnológico», el pesimismo sobre las posibilidades de recuperación de este grupo, o, por otra parte, el sesgo derivado de conceptos erróneos como «mi planta está llena de viejos, siempre he visto ancianos, tengo experiencia y lo hago bien», no permite una solución acertada para los procesos que afectan a este grupo, propiciando la entrada en una espiral de errores que termina en rechazo hacia los más viejos, y frustración profesional. El informe del Defensor del Pueblo Español⁸ es tajante al señalar «[...] áreas como la medicina geriátrica, en la que el desconocimiento no reconocido es la norma más que la excepción». Atender ancianos no es aplicar en la práctica los principios de la asistencia médica general que nos han enseñado.

El reingreso puede ser en muchas ocasiones un hecho evitable. El alta hospitalaria que se lleva a cabo sin realizar una completa valoración de los problemas del anciano, que no incluya un análisis detallado de sus capacidades residuales y nivel de dependencia, del grado de vulnerabilidad más allá del motivo de ingreso, la situación social y en el domicilio, y que se haga sin planificar una asistencia continuada, progresiva y escalonada que no deje lugar a resquicios, «constituye una praxis obsoleta y una medicina hospitalaria inadecuada por incompleta»⁸, además de traer como resultado un reingreso casi garantizado. El alta, una vez resuelto solamente el motivo de ingreso (al más puro estilo tradicional), no evita en el anciano un nuevo reingreso.

Por otra parte, el empleo de centros de asistencia no claramente definidos, como hospitales reconvertidos e infradotados, con un nivel tecnológico escaso y con un personal sin programas de actuación específicos, que siempre aspira a desarrollar su trabajo como en el centro de referencia, da como resultado una asistencia insuficiente, más gastos, y rechazo de la población por estos

centros. Pensar que un «hospital de descarga» o de «crónicos» puede hacer las veces de unidad de media o larga estancia, o que es un nivel asistencial «más barato» donde ubicar al anciano incapacitado, «multiingresador» o «pluripatológico» (que quiere decir generador de muchas estancias hospitalarias) sin establecer los programas pertinentes a la demanda y necesidades de estos pacientes, ni las coordinaciones necesarias para mantener la continuidad de los cuidados, no sólo es un error, sino que constituye un derroche de recursos y una mala asistencia al anciano. Aunque muchos especialistas se queden tranquilos por haber librado al hospital de una «répota», y a ellos mismos de un serio problema clínico que no saben cómo afrontar.

Las soluciones «impactantes» desde el punto de vista social y político, que intentan resolver la supuesta contradicción entre gastos y necesidades y conseguir «la eficacia», han llenado de iniciativas «novedosas» (o no tanto) el campo de la práctica sanitaria. Consultas de alta resolución, hospitales públicos con gestión privada, hospitales de día, centros de atención integral, cirugía ambulatoria, o el modelo presentado en la revista referenciada que nos ocupa, todas éstas y muchas más pueden ser buenas iniciativas, pero, tal vez, alejadas del proceso real de enfermar, de curar y de convalecer del mayor. «En cualquier caso, los principales afectados por este *estado de la cuestión* no son otros que las personas mayores, que corren el riesgo de verse incluidos en redes paralelas, de inferior calidad técnica, sin una oportunidad previa de evaluación especializada que valore sus posibilidades de tratamiento preventivo, curativo o rehabilitador»⁸.

Si el anciano necesita asistencia debe recibirla «en el sitio justo, el tiempo justo», pero no partiendo de estimaciones de coste, sino de sus problemas de hoy y de mañana, que en su mayoría son producidos por la enfermedad y no por la edad u otras condiciones. Y no olvidemos que el anciano no reingresa por sí mismo en el hospital; somos los médicos los que decidimos este ingreso, los que aplicamos criterios, y los que a veces dejamos problemas por resolver dentro de la peculiar situación del mayor, que sumados quizás a una infraestructura deficitaria y poco coordinada con atención primaria, carente de recursos para dar solución a sus necesidades, derivan en una nueva visita al hospital y en un reingreso.

Por último, abordar el asunto de los ancianos «multiingresadores» como un problema de costes me parece simplista y poco humano. Pienso que un anciano reingresa porque no se siente mejor de su enfermedad, porque se encuentra más incapacitado, porque existen síntomas que no se han controlado, porque la información que posee no se ajusta a la percepción de su evolución, porque la familia se siente desbordada por los cuidados que el enfermo necesita, porque cuidar no es asistir, porque los domicilios no están dotados con los recursos necesarios para atender las necesidades de los ancianos incapacitados, porque el médico de urgencias que deci-

de el ingreso no quiere enfrentarse a la familia, porque los recursos de atención primaria son —o son percibidos— como insuficientes por el enfermo y sus familiares, porque el enfermo busca protección en el sistema sanitario, por la insistencia de los cuidadores, por las deficiencias de algunas residencias de ancianos, porque no tenemos conciencia económica, porque llega a urgencias a la hora precisa y es atendido por el médico de guardia preciso, y así muchos más factores que solos, combinados entre sí, o todos juntos, harían la lista interminable.

Sería recomendable estudiar estos supuestos, pero, en resumen, traducen un desequilibrio en la dimensión biológica, psicológica y social de la persona, condición indispensable a tener en cuenta en el concepto de salud, y que demanda una inexcusable y profunda perspectiva profesional y humana a la hora de ser abordada, y de tomar decisiones que sean efectivas. Cosa de médicos.

El problema del anciano multiingresador no es de costes, como tampoco el problema de los gastos sanitarios es culpa de los ancianos. Es un asunto de todos, y eso incluye desde el bolígrafo del médico, el mayor cheque al portador del mercado, hasta el uso inadecuado del tratamiento intravenoso, la falta de protocolos de actuación que consensúen los tratamientos y los criterios de ingreso, la presumible poca eficacia de las comisiones de evaluación hospitalaria, la falta de unificación de criterios a la hora de hablar de futilidad o inutilidad de los procedimientos, el derroche de material fungible, el uso inadecuado de sondas vesicales, la falta de conciencia en el uso del material administrativo, la política de «pan para hoy» a la hora de planificar servicios sanitarios de cara al elector, y, mirando con lupa, hasta la falta de sensibilidad al dejar una luz encendida durante el día en el pasillo de un hospital.

El ahorro sanitario no puede fundamentarse en la restricción de las prestaciones, y ningún grupo puede ser la diana de una política que intente fomentarlo. Por no entrar a considerar que el porcentaje fundamental del gasto sanitario se ubica en la inmutable partida de personal, por lo que se plantea un problema de equidad distributiva al distinguir si el anciano merece o no beneficiarse de un recurso tan caro que está disponible para el resto de conciudadanos de otros grupos etarios.

Ojalá el asunto de los multiingresadores fuera sólo un problema de costes, porque no podemos olvidar que el «problema» no afecta al sistema sanitario, universal y gratuito, sino que afecta al que tiene la desgracia de tener que buscar solución a su situación en ese sistema y se encuentra frente a sí a un profesional que considera un estorbo al propio enfermo que demanda asistencia. La solución no estriba en ahorrar quitándole al que necesita más porque parece que consume más, sino que está en racionalizar el uso de recursos con acciones que garanticen la satisfacción del paciente y sus cuidados. Cosa de gestores.

Integrar la práctica clínica, las demandas del anciano y sus necesidades reales de todo tipo con el uso adecuado de los recursos disponibles partiendo de fundamentos técnicos y humanos, daría un enfoque más objetivo del asunto y, tal vez, el embrión de una solución más acertada. Cosa de todos.

BUSCANDO SOLUCIONES

Como mal que afecta a todos, en otros países se han puesto en marcha iniciativas centradas en el anciano y para el anciano, intentando buscar el equilibrio entre beneficio para el paciente y beneficio para el sistema sanitario. A la luz de la actualmente tan demandada evidencia, se multiplican los metaanálisis y las publicaciones a este respecto.

Los beneficios de las unidades geriátricas de agudos, en cuanto a menor deterioro funcional e institucionalización al alta, y la reducción de la estancia media y los costes hospitalarios, ya fueron reseñados por Landefeld en 1995⁹. Los mismos resultados reportó Antonelli para las unidades de traumatología, desde que se incorpora la intervención del «equipo consultor geriátrico»¹⁰. Saltvedt, en el *Journal of the American Geriatrics Society*, concluye que se consigue una reducción de la mortalidad al alta, a los 3 y a los 6 meses, en la unidad geriátrica de agudos en comparación con las unidades tradicionales de medicina interna¹¹, mientras que Cohen¹² demuestra, estableciendo un productivo debate por correspondencia^{13,14}, no una reducción de la mortalidad al alta, pero sí del deterioro funcional y mental sin incremento de costes, con el efecto combinado de media estancia y seguimiento en consulta externa.

En nuestro entorno también se han analizado las posibilidades de las intervenciones geriátricas. Por citar dos ejemplos, baste señalar el artículo de Baztán, González Montalvo, Solano y Hornillos¹⁵ publicado en *Medicina Clínica*, o la referencia del informe sobre la asistencia sociosanitaria en España, que textualmente señala que «no puede considerarse la geriatría como una especialidad gravosa para el sistema sanitario, salvo desde un desconocimiento profundo de la misma (Rivera Casado, 1995), ya que cuando se ha evaluado su eficiencia, el resultado ha sido de una superior calidad asistencial a un coste menor que cuando los pacientes ingresan en otros servicios o son atendidos por otros sistemas de atención sanitaria tradicional»⁸.

Me resultó curioso que en los artículos publicados en *Revista Clínica Española*^{1,2} no se hiciera ni una sola referencia a estas publicaciones. Y eso que algunas aparecen en *New England*, la «biblia» de los internistas.

Ninguna de estas soluciones resulta novedosa para los geriatras. Ni siquiera el PACE¹⁶, criticable desde mi punto de vista en algunos conceptos básicos. Y es que

nuestra formación, y la filosofía asistencial que aplicamos y en la que fuimos instruidos, nace de estos planteamientos que ahora están siendo valorados fuera de nuestras fronteras. Y tampoco preocupa a estos autores foráneos mencionar las palabras «asistencia especializada al anciano», «asistencia geriátrica», o simplemente «geriatras», que se repiten en cada uno de estos artículos citados. En nuestro país, en este aspecto no sucede lo mismo, aunque a muchos les fascine la literatura anglosajona.

A mi modo de ver, la gerontofobia incluye en sus matices a la «geriatrofobia», y estoy seguro de que en mayor o menor grado todos hemos tropezado alguna vez con esta actitud en nuestra vida profesional. No es casual que en el más alto nivel del Estado, al debatirse y aprobarse la «Ley de Calidad Asistencial», no se incluyera la asistencia geriátrica en la cartera de servicios de atención especializada, a pesar de los esfuerzos, las conversaciones, las firmas, las entrevistas y los compromisos verbales. ¡Qué queda para el resto!

En cada Comunidad Autónoma, en cada provincia, en cada ciudad, se ponen en marcha diferentes intervenciones asistenciales dirigidas al anciano, y ya existen desigualdades abultadas entre unas comunidades y otras que conducen a la inequidad en la asistencia en diferentes zonas del Estado. En algunas se continúa un poco con lo heredado, en otras un poco con lo creado, y en otras se sigue sin nada, y los geriatras no nos ponemos de acuerdo para definir una recomendación aplicable a todos los niveles. O no nos oyen. O no utilizamos los recursos necesarios para ser escuchados. En los procesos editados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (a la que pertenece el centro de trabajo de los autores del artículo de *Revista Clínica Española*), dirigidos a «Pluripatológicos» (!) y «Fractura de cadera», por citar dos ejemplos, no se menciona la palabra «geriatra», ni «asistencia geriátrica», ni «valoración geriátrica». Esta especialidad no se tuvo en cuenta para nada a la hora de elaborar dichos procesos, ni los beneficios que podrían derivarse para el anciano o el propio sistema sanitario.

Y no acepto ni siquiera pensar, por bárbaro y obtuso, el planteamiento de que estoy haciendo una reclamación «corporativista»; reclamo que los geriatras ocupemos el sitio que nos corresponde dentro del amplio grupo de profesionales implicados en la planificación, puesta en marcha, ejecución y control de programas dirigidos al anciano. Porque tampoco desestimo al resto de especialidades. El trabajo con el anciano es por excelencia un trabajo de equipo, donde cada miembro tiene un cometido específico, pero también cada uno una formación y un perfil específicos.

Tampoco es casual que hayamos sido ignorados, y probablemente nosotros mismos tengamos la culpa, en cierto modo. Discusiones inútiles, divisiones, siglas, intereses personales o de grupo, desgana para trabajar y re-

solver discrepancias, poca definición de objetivos y estrategia, abandono de los perfiles laborales en cada puesto de trabajo, mirar por uno mismo perdiendo el horizonte, y a veces problemas de credibilidad, han terminado, en mi opinión, en dificultades para localizar interlocutores válidos o una voz común, al menos de cara a la calle. Y de esas nubes salen estos truenos.

Considero que ya es momento de que los geriatras unifiquemos criterios profesionales y de actuación sobre la asistencia al anciano en nuestro entorno, de forma que ocupemos una posición única, una estrategia única, alejada de protagonismos y pesimismo, y asumamos de una vez el rol que nos compete. Aunque para ello haya que hacer uso de los recursos que sean necesarios, incluidos los medios de comunicación, porque ya es hora, a mi modo de ver, de hacernos oír.

Y no estoy hablando de «insubordinación profesional», pero más de una vez he pensado, a título personal, mientras escuchaba una mesa redonda sobre deterioro cognitivo leve, o la sempiterna incontinencia urinaria, si no sería más productivo dedicar un Congreso, o una reunión de consenso, o un taller, o una comisión, ¡o un poco de tiempo!, a ponernos de acuerdo de una vez en el debate de estos temas que constituyen un problema fundamental y básico de asistencia al anciano, y también nuestro trabajo. Y me parece que los mayores nos lo agradecerían tanto o más que un brillante diagnóstico aprendido por un algoritmo calcado anoche de una página web.

Y creo que el momento es bueno, porque ya no hay que preocuparse por las plazas, ni por los títulos, ni por caerle mal a nadie, cuestiones que de todas formas son secundarias. Y considero que se puede conseguir esta aglutinación; lo demostró la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología con la recogida de firmas de cara a la Ley de Calidad Asistencial, y lo he vivido yo, con las cartas que he recibido de otros geriatras sobre la réplica a la que hacemos referencia.

Las sociedades científicas tienen un reglamento establecido, y unas funciones, y unas posibilidades limitadas, pero quizá, si las nuestras son las únicas organizaciones con que contamos, podríamos utilizarlas para conseguir acuerdos concretos, y desde ellas intentar dejar clara nuestra posición, y más que eso, unirnos alrededor de un planteamiento único.

Si no llegamos a un acuerdo, se van a multiplicar las «iniciativas» como las del artículo de *Revista Clínica Española*, y pienso que no nos podemos permitir perder más oportunidades. Los ancianos tal vez piensen lo mismo. «Las cosas de palacio van despacio», pero en cuestión de asistencia al anciano, el motor somos y tenemos que ser los geriatras. La asimilación por la sociedad, por los gestores y por los políticos del rapidísimo envejecimiento poblacional y los problemas que este fenómeno

trae consigo puede ser un proceso difícil y escabroso, pero los geriatras tenemos que llevar la iniciativa en todas las iniciativas, enseñando a pensar en el futuro de una sociedad envejecida y exigente, a ver más allá de los ojos y a escuchar más allá de los oídos. Podemos hacerlo y necesitamos actuar ya.

Pienso que se nos escapó la posibilidad de ocupar una posición profesional ante la sociedad sobre las decisiones al final de la vida, en ocasión del debate surgido por la muerte de Ramón Sanpedro, mientras otros grupos técnicos, como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, dejaron claros sus argumentos al margen del sensacionalismo, y se hicieron oír. Se echa de menos en ocasiones un punto de vista profesional, representativo de grupo, o institucional, al leer artículos de *El Mundo* o *El País* referentes a situaciones de violencia doméstica o residencial que afectan a ancianos y tienen una gran trascendencia social; y particularmente he echado de menos el que se hubiera producido una reacción más enérgica y contundente, en bloque, frente a una iniciativa que basa sus acciones en la exclusión del sistema sanitario andaluz de los ancianos más necesitados, para resolver un problema de costes, como traduce el artículo al que hacemos referencia; una respuesta bastante más inmediata que una réplica publicada casi un año después, y escrita por dos voces de Almería, que ya algunos mal intencionados etiquetan de contestatarias o mesiánicas.

De esta manera, bien poco se nos va a escuchar, y lo peor es que tal vez a alguien se le ocurra un día decir que los geriatras no tienen papel alguno en el diagnóstico, tratamiento y asistencia de los pacientes con demencia, y esto no es un supuesto; o reciclar las prótesis de cadera de los ancianos fallecidos, y esto no es un supuesto; o que se designe a un intensivista que viene de vuelta de todo, como coordinador de un proceso asistencial dirigido al anciano, creado por una Consejería autonómica, y esto no es un supuesto; o convertir las residencias de ancianos en unidades de larga estancia, y esto tampoco es un supuesto; o utilizar la edad como criterio para decidir actuaciones médicas, tampoco es un supuesto; o crear guetos para ancianos incapacitados; y lo peor, no son estas decisiones en todo caso discutibles, sino que no se van a tener en cuenta las opiniones de los expertos que se han formado a tales efectos. No es de extrañar que en más de una comunidad autónoma (por ejemplo, Andalucía y País Vasco) no consideren la geriatría como una especialidad necesaria.

Todas estas reflexiones constituyen un punto de vista personal que puede estar equivocado por desconocimiento, pero en cualquier caso se fundamentan en la evidencia científica y en la vivencia real y objetiva de una situación que estoy seguro que desayuna, come, cena y

duerme con casi todos nosotros. Y con los ancianos. Y si esto es así, algo no estamos haciendo bien, y nadie puede sentirse ofendido porque se diga.

Es una pena que sólo los geriatras leamos estas reflexiones.

Y ni siquiera todos.

AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecer las opiniones referentes a este artículo de los Dres. Joaquín Midón Carmona, Juan Ignacio González Montalvo y Nicasio Marín Gámez. Gracias por su sinceridad, y por la fe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. *Rev Clin Esp* 2002; 202(4):187-96.
2. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, López Alonso R, Polo J. La atención a los pacientes reingresadores puede ser eficiente. Análisis coste-beneficio de un nuevo modelo asistencial. *Rev Clin Esp* 2002;202(6) 320-5.
3. Kessel Sardiñas H, Marín Gámez N. Pacientes multiingresadores: ¿problema o estigma? *Rev Clin Esp* 2003;203(7):357-60.
4. Instituto Nacional de Salud. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, vol II, n.º 2. Madrid: INSALUD, 2000; 102-3.
5. Beeler I, Szucs TD. Medical economy: a new challenge for physicians. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 2000;89(20):861-7.
6. INE: INEBASE. Encuesta de mortalidad hospitalaria 1999. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2002.
7. INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001.
8. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo Español. Madrid, 2000.
9. Landefeld CS, Palmer R, Kresevic D, 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.
10. Antonelli R. Continuous geriatric care in orthopedic wards. *Aging Clin Exp Res* 1993.
11. Saltvedt I, Opdahl ES, Fayes P, Kaasa S, Setvold O. Reduced mortality in treating acutely sick frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):792.
12. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002;346:905-12.
13. Champion EW. Specialized care for elderly patients. *N Engl J Med* 2002;346:874.
14. Stuck AE, Egger M, Beck JC, Bernabei R, Gambassi G, Carbonin P, et al. A controlled trial of geriatric evaluation. *N Engl J Med* 2002;347:371-3.
15. Baztán JJ, González-Montalvo JJ, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-17.
16. Eng C, Pedulla J, Beazer GR, McCann RM, Fox N. Program of all inclusive care for the elderly (PACE): an innovative model of geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:223-32.