

## Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología (SOGGEX) (III)

T. Alonso<sup>a</sup>, M.T. Alonso-Ruiz<sup>a</sup>, A. Arana<sup>a</sup>, R. Gallego<sup>b</sup>, N. Gálvez<sup>c</sup>, G. Lozano<sup>b</sup>, J.L. Herrero<sup>a</sup>, E. Jaramillo<sup>c</sup>, J. Martín<sup>c</sup> y F. Saiz<sup>d</sup>, como miembros del Grupo de trabajo de la Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología (SOGGEX)

<sup>a</sup>Unidad de Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

<sup>b</sup>Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura. Cáceres.

<sup>c</sup>Unidad de Geriatría. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

<sup>d</sup>Unidad de Cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

### CUIDADOS CONTINUADOS (LONG-TERM CARE)

En sentido amplio, los cuidados continuados son una respuesta a la presencia de enfermedades crónicas y a la incapacidad que producen. Las personas mayores que requieren este tipo de cuidados son más frágiles y habitualmente acumulan varias enfermedades crónicas. Debe distinguirse entre enfermedad crónica y limitación funcional; se ha estimado que en Estados Unidos, en 1996, entre las personas mayores el 28% se encontraba bien, un 55% vivía en la comunidad con enfermedades crónicas sin incapacidad, un 12% vivía en la comunidad con enfermedades crónicas e incapacidad y un 5% vivía institucionalizada con enfermedad crónica e incapacidad. La mayoría de las personas viven, por tanto, en la comunidad donde se proporcionan tres cuartas partes de los cuidados. Sin embargo, al final de la vida, la mayoría fallece en instituciones<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista económico, la espiral de costes de los servicios de cuidados continuados en la actualidad supone un enorme coste para el individuo y la sociedad.

Los servicios prestados deben tener las siguientes características<sup>2</sup>:

– El soporte debe ser continuo o por intervalos de tiempo que van más allá del problema agudo.

– El acceso debe ser flexible y estar disponible con prontitud.

– Deben existir mecanismos para valorar las necesidades individuales a nivel comunitario.

– El ambiente debe ayudar al individuo a hacer uso de sus capacidades funcionales.

– Debe haber un seguimiento de las necesidades continuas del individuo.

– Los servicios deben ser apropiados a la población a la que van dirigidos.

– Los servicios deben variar en su grado de complejidad y debe evitarse su duplicación.

El concepto de cuidados continuados es muy amplio y abarca a una población muy heterogénea de pacientes con diferentes necesidades y que reciben distintos cuidados a través de todo el espectro del sistema de atención: hospitales, comunidad y residencias.

Los hospitales proporcionan unos cuidados —diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y servicios de prevención secundaria— que constituyen una parte limitada pero crítica de los cuidados continuados. Aunque en el pasado los hospitales se habían limitado a los cuidados agudos y, de hecho, manejaban los problemas agudos en el curso de las enfermedades crónicas y la incapacidad, según van siendo controladas las enfermedades agudas y las infecciones, la actividad de los hospitales se dirige a cubrir eventos clínicos que producen incapacidad y, a través de la rehabilitación, pueden ser considerados como parte de los cuidados continuados<sup>1</sup>.

### Cuidados de salud domiciliarios (CSD)

Los CSD ofrecen una amplia variedad de servicios y programas, constituyendo un grupo heterogéneo que cubren distintas necesidades: algunos pacientes requieren estabilización durante un breve plazo tras un episodio agudo, en otros el riesgo de desestabilización de una enfermedad crónica requiere un tratamiento más agresivo de la enfermedad, otro pequeño grupo necesita servi-

cios de alta tecnología en el domicilio —servicios que antes sólo podían proporcionarse en el hospital—, pero la mayor parte de los pacientes presenta un deterioro funcional crónico que precisa cuidados durante mucho tiempo para evitar un mayor deterioro funcional, úlceras por presión, evitar hospitalizaciones innecesarias o el deterioro de la calidad de vida del paciente o satisfacción con los cuidados, y preparar el ingreso cuando es necesario. Los CSD deben ser evaluados con criterios de medicina basada en la evidencia, al igual que otras intervenciones o tratamientos.

Los estudios iniciales realizados en los años 1970 y 1980 demuestran que en casi todos los casos no aumentaban la supervivencia ni revertían ni enlentecían el deterioro, algunos estudios observaban una reducción en las necesidades no satisfechas y pocos mejoran la satisfacción de la vida del paciente o el cuidador. Sólo algunos encontraban una disminución en la utilización de residencias u hospitales, y estas disminuciones fueron pequeñas, con unos mayores costes de la intervención. Además, no hubo evidencia de que los CSD fueran sustitutos de los cuidados en el hospital o en residencias<sup>3</sup>.

Estudios posteriores en los que se ha utilizado una metodología más correcta y más dirigida a poblaciones de riesgo han mostrado resultados prometedores, y se ha realizado una serie de propuestas para mejorar su eficacia y controlar los costes<sup>2,3</sup>:

- Necesidad de coordinación e integración de los servicios.
- Selección del grupo de pacientes que más se benefician de la intervención.
- Cualificación y formación del equipo sanitario que proporciona los cuidados.
- Prevención de la hospitalización innecesaria, lo que requiere una planificación adecuada y servicios específicamente diseñados.
- Control de los costes de la intervención.

Se ha identificado una serie de barreras para el desarrollo de sistemas de cuidados comunitarios<sup>3</sup>:

- La transferencia entre los distintos niveles —comunidad, hospitales y residencias—, entendida de una forma bidireccional, debe ser más estrecha y mejor planeada, con servicios más flexibles y mejor adaptados a las necesidades de los individuos.
- Consideración de los hospitales como componentes críticos de la red de cuidados continuados.
- La atención primaria es la base lógica del cuidado de los pacientes en su domicilio. Sin embargo, se corre el

riesgo de colocar demasiada responsabilidad sobre ella, dada la complejidad de los pacientes y sus necesidades (por la interrelación de cambios fisiológicos del envejecimiento, varias enfermedades crónicas y la presencia de incapacidad son, en la actualidad, los pacientes más complejos que maneja la medicina).

- Concentración y coordinación de los distintos tipos de servicios.
- Se requiere una amplia gama de servicios de transporte.
- La mejoría del sistema debe cubrir las necesidades de los pacientes y las de los que proporcionan los cuidados y las instituciones.

### Cuidados continuados de salud en residencias

La decisión de institucionalización de una persona mayor, tanto por sus consecuencias para el individuo (necesidad de adaptación a un nuevo sistema de vida, limitaciones en su autonomía y complicaciones asociadas a la institucionalización) como para la sociedad (incremento de los costes), es una decisión difícil y debe ser considerada como el último recurso de la cadena de los cuidados continuados. Si se considera a la persona mayor como miembro activo e integrado en la sociedad, así como su derecho a la autonomía (las personas mayores tienen derecho a ser cuidadas tanto como sea posible donde deseen y la mayoría, al igual que en cualquier otra edad, prefieren su domicilio), la institucionalización debe entenderse como un fracaso de los sistemas tanto de salud como sociales en el soporte del paciente, si bien es cierto que está indicada en personas con alta necesidad de cuidados en los que la red de soporte en domicilio puede ser insuficiente. Se desconoce el grado en que la población institucionalizada aumentará en el futuro, pero es indudable que las residencias continuarán siendo una parte vital y cara de cualquier red de cuidados continuados.

En distintos estudios se ha demostrado una alta tasa de ubicación inadecuada del anciano en residencias, y se han publicado cifras del 25, 45 y hasta del 75%<sup>4-6</sup>. En la actualidad hay estrategias para reducir la institucionalización. La Sociedad Británica de Geriatría aboga por que todas las personas mayores en las que se contempla el ingreso en una residencia sean sometidas previamente a una valoración especializada para asegurar que no hay posibilidades de mejoría adicionales<sup>4</sup>. Por otro lado, en Estados Unidos, algunos estados, en los que se han buscado fórmulas creativas enfocadas a los cuidados basados en la comunidad y en el domicilio, reduciendo la proporción de la inversión en cuidados institucionales e incrementándola en cuidados comunitarios y domiciliarios, han permitido la vuelta de personas a la comunidad con la consiguiente liberación de camas en residencias (300 camas en Washington, 130 camas en Colorado o 150 camas en Mariland)<sup>7</sup>.

Está bien documentado que los cuidados de salud en las residencias son con frecuencia inadecuados, como, por ejemplo, visitas del médico cortas y superficiales, escasa documentación de la historia clínica, infradiagnóstico de condiciones tratables, sobreutilización y mala utilización de psicofármacos (con una elevada tasa de prescripción de tranquilizantes mayores y una baja utilización de antidepresivos) y utilización inadecuada de los servicios de urgencia y hospitalizaciones que podrían haber sido prevenidas mediante la valoración especializada y el tratamiento previo<sup>8</sup>.

Se han comunicado una serie de barreras para la mejora de los cuidados en residencias<sup>9</sup>:

- Escasa preparación del personal auxiliar (que presta el 90% de los cuidados).
- Alto recambio del personal de la residencia.
- No hay estándares basados en la evidencia de ratios personal-residente.
- El personal encargado de la supervisión (personal de enfermería, médicos) con frecuencia carece del entrenamiento, la habilidad y el tiempo necesarios para promover un cambio significativo.
- Poca disponibilidad de tiempo por parte de la enfermería para proporcionar los cuidados directos al paciente.
- Aunque los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional y recreacional pueden mejorar la calidad de vida de los residentes, los pocos datos existentes muestran que estas terapias tienen una eficacia limitada.
- Ausencia de buenos sistemas de información y de guías de práctica clínica.
- Pérdida de incentivos para la investigación en programas que mejoren la calidad de los cuidados.

Hay diversas estrategias para mejorar los cuidados de salud en las residencias:

1. Considerar y adaptar los objetivos de los cuidados e individualizarlos a la situación de cada residente<sup>10</sup>.
2. Utilización sistemática de medidas de cribado y prevención para personas dependientes<sup>10</sup>.
3. Valoración global estandarizada y adecuada de la capacidad funcional y las necesidades de cada residente a su ingreso y, con posterioridad, de forma periódica. En este sentido, hay instrumentos ampliamente validados y difundidos, como el Conjunto Mínimo de Datos (*Minimun Data Set [MDS]*) y el Instrumento de Valoración de Residentes (*Resident Assessment Instrument [RAI]*)<sup>8</sup>.

4. Guías y medidas de auditoría como las contenidas en el documento *Continus Assessment Review and Evaluation (CARE)* realizados por el Royal College of Physicians of London y la British Geriatric Society<sup>11</sup>.

5. Regulación de los cuidados residenciales como ocurre en Estados Unidos con el documento OBRA 87: *Nursing Home Reform Amendements of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987*<sup>12</sup>.

### Cuidados del paciente con demencia

La prevalencia de demencia se incrementa con la edad y afecta al 25% o más de los mayores de 85 años. Las personas afectadas de demencia consumen más recursos sanitarios y sociales que las personas sanas de la misma edad<sup>13,14</sup>. Los costes familiares directos e indirectos son muy elevados.

La fragmentación del cuidado y la ausencia de servicios comunitarios aumentan el uso de hospitales y la institucionalización. El conocer la situación funcional, psicosocial y los factores ambientales del anciano con demencia puede ser crucial en su cuidado. Por ejemplo, la sobrecarga del cuidador conduce precozmente a ingresos hospitalarios y en residencias. En este caso, una alternativa efectiva a una hospitalización e institucionalización inadecuadas puede ser la temprana identificación de pacientes y cuidadores en riesgo con el fin de recabar el apoyo de los servicios sociales de la comunidad<sup>15</sup>.

La atención a los enfermos con demencia requiere una estructura sanitaria permeable y accesible. Su objetivo principal es el de servir como elemento de cambio en la percepción de la enfermedad, al mismo tiempo que realiza trabajo asistencial, docente e investigador, para alcanzar cotas de intervención terapéutica en su más amplio sentido. Ha de ser capaz de valorar el grado de dependencia física y psíquica de la persona, la fragilidad y el desequilibrio familiar, tanto emocional como económico, y dar una respuesta terapéutica adecuada<sup>16</sup>.

Más allá de las cargas de cuidado asociados con la enfermedad, estos pacientes presentan problemas especiales a la hora de desarrollar un acercamiento racional a sus cuidados. La sobrecarga del cuidador está exacerbada por la naturaleza de la enfermedad, en especial para cuidadores informales, quienes conviven íntimamente con personas con un estado cognitivo deteriorado. El cuidado y las cargas de la enfermedad hacen que las familias sean tan víctimas de la enfermedad como los propios afectados.

Desde un punto de vista médico, muchos pacientes con demencia están físicamente bien, excepto por sus problemas cognitivos. En ocasiones, corren el riesgo de ser evitados por la comunidad médica a causa de la impotencia y el desconocimiento del tratamiento de sus problemas<sup>17</sup>.

## Nuevas formas de cuidado para personas con demencia

La mayoría de los enfermos con demencia permanece en sus hogares, un deseo generalmente apoyado por sus familias. La institucionalización suele aparecer cuando el cuidador está sobrecargado o enfermo<sup>18</sup>, o bien cuando el paciente, después de un ingreso hospitalario, se vuelve difícil de manejar en su domicilio<sup>19</sup>.

En los últimos años están emergiendo nuevas formas de asistencia que pueden mejorar la calidad de vida y asegurar la continuidad del cuidado. En el modelo de gestión de casos se designa a un miembro del equipo para diseñar el plan de cuidados y coordinar las respuestas ante los cambios de necesidades del paciente cuando la enfermedad progrese<sup>15</sup>. Los gestores de casos pueden intervenir para prevenir el desarrollo de mayor discapacidad y movilizar los recursos de la comunidad con el fin de prevenir o retrasar la institucionalización<sup>17</sup>.

**Unidades de cuidados especiales (special care units).** Las unidades de cuidados especiales (UCE) fueron desarrolladas en 1980 como lugares de cuidados de larga estancia cuyo objetivo era intentar conocer mejor las necesidades de pacientes con demencia y proteger a los residentes sin demencia en las residencias asistidas. El envejecimiento de la población, el reconocimiento de que las personas con demencia tienen diferentes necesidades de cuidados que los ancianos frágiles, y la preocupación de que los cuidados residenciales tradicionales no han sabido dar respuesta a estas necesidades, ha hecho que en las familias y los cuidadores se haya creado un interés creciente en el establecimiento de un tipo especial de cuidados dirigidos a este grupo de pacientes<sup>20</sup>. Muchas instituciones de cuidados continuados han desarrollado UCE para enfermos con demencia con objeto de proporcionar cuidados de soporte a los que desarrollan dependencia funcional o trastornos del comportamiento irreversibles. El tratamiento médico es conservador y paliativo, con especial atención a la calidad de vida y al bienestar más que a intervenciones dirigidas a prolongar la vida. Un estudio de cohorte prospectivo a 2 años en el que se comparó una UCE con una unidad de cuidado continuado tradicional se encontró que los pacientes tratados en una UCE desarrollaron menos malestar, mientras que tenían un alto índice de mortalidad en comparación con los pacientes que habían recibido unos cuidados continuados tradicionales<sup>21</sup>.

Parece ser que el coste de un paciente con demencia es menor en este tipo de unidades que en un centro de larga estancia. Un estudio comparativo de los 2 modelos mostró que, aunque el uso de recursos era aproximadamente el mismo para ambos modelos, el ahorro en las UCE se conseguía a través del menor uso de medicación, de pruebas de laboratorio y de cuidados agudos<sup>22</sup>. Otro estudio mostró que los costes de las UCE eran aproximadamente la octava parte de los costes de un

modelo de cuidados continuados tradicionales, ahorro que era debido al menor uso de los cuidados agudos<sup>21</sup>.

Hay una considerable variedad en cuanto a la organización y forma de actuar de las UCE, por lo que es difícil generalizar los hallazgos de los pocos estudios realizados sobre estas unidades. En general, parece ser que son menos costosas que las unidades tradicionales de cuidados de larga estancia. Los pacientes de estas unidades y sus cuidadores experimentan los beneficios de un incremento del bienestar y la satisfacción con el cuidado, aunque los índices de mortalidad pueden ser mayores debido a la filosofía paliativa del cuidado de las UCE. Éstas no parecen que enlentezcan el declive funcional de los pacientes con demencia<sup>15</sup>.

Se necesitan más estudios para determinar qué elementos de los programas de cuidados de estas unidades son más beneficiosos y con una mejor relación coste-efectividad.

**Viviendas tuteladas (assisting living).** Son viviendas ocupadas por grupos de personas que incluyen entre 4 y 10 individuos. Este tipo de recurso está dirigido a personas mayores que, por problemas de vivienda, soledad o pérdida de autonomía, optan por la solución más parecida a su modo de vida habitual.

Los estudios indican que, comparados con las residencias asistidas, estas unidades preservan más la función<sup>23</sup>, ya que evitan la ansiedad, mantienen la orientación y ofrecen más oportunidades para la interacción social y el desarrollo de las actividades de la vida diaria, retrasando la institucionalización<sup>24</sup>. Se necesitan más estudios que los comparén con las residencias asistidas, que determinen qué tipo de pacientes con demencia son más apropiados para esta ubicación y la relación coste-efectividad de pisos pequeños comparados con otros más grandes<sup>17</sup>.

Otras formas de sistemas alternativos de alojamiento, como la acogida familiar, precisan de estudios que demuestren su beneficio en este tipo de pacientes.

La experiencia de otros países corrobora que estos recursos han de asumir una evolución hacia situaciones de necesidad de ayuda de muchos de sus ocupantes, por lo que sería conveniente una reformulación de los objetivos y filosofía de estos sistemas de alojamiento.

**Centros de día.** Los centros de día son un tipo de recurso que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual. Ofrecen programas comunitarios para los individuos con demencia. Algunos siguen un modelo médico, mientras otros ofrecen un modelo social. La disponibilidad para controlar el estado de sa-

lud, habitualmente por una enfermera, distingue un modelo del otro. En los últimos años, los centros de día han ampliado sus horarios y se han adaptado a los horarios de trabajo de los cuidadores.

Comparados con las residencias asistidas, los centros de día son menos caros (aproximadamente la mitad del coste diario) y son más el reflejo de una vida normal, en la que el paciente deja su casa por la mañana y regresa por la noche<sup>15</sup>. Se ha demostrado que reducen la sobrecarga del cuidador<sup>25</sup>, algo muy importante en la enorme dificultad que rodea el cuidado de personas con demencia.

En 1996 se elaboraron unas recomendaciones sobre las prioridades en investigación y política sanitaria en relación con la enfermedad de Alzheimer (EA), recomendaciones que aún hoy siguen vigentes<sup>17</sup>:

- Realizar investigaciones específicas dirigidas a explorar la gran variabilidad de situaciones de vida de estos enfermos y los efectos en la función y la calidad de vida asociadas con estas situaciones.
- Investigar en servicios de apoyo para los enfermos con demencia y sus familias.
- Trabajar en la necesidad de valorar la efectividad relativa de medidas alternativas a los cuidados de larga estancia (p. ej., viviendas tuteladas) para enfermos con EA.
- Estudios de investigación sobre las UCE y los centros de día.

### **Consideraciones sobre el coste de los cuidados sanitarios a las personas mayores con enfermedades crónicas y/o incapacidad**

En España se estima que el gasto originado por la atención sanitaria a mayores supone el 40% del gasto total en sanidad<sup>26</sup>. En Estados Unidos, los estudios han mostrado que el 82-88%<sup>27,28</sup> de la población mayor de 65 años tiene una o más enfermedades crónicas, que el 50-65% de éstas son múltiples y que más del 75% de los gastos en salud están relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas. En Gran Bretaña, los gastos de salud per cápita de los mayores de 65 años son 3 veces más elevados que para la población de 50 a 64 años<sup>29</sup>. Estudios previos han mostrado que, además del crecimiento de la población mayor, los gastos per cápita han aumentado desproporcionadamente entre los mayores de 65 años en comparación con los de las edades medias. Sin embargo, en un reciente estudio realizado en Inglaterra, el incremento del gasto en los mayores fue menor que en los de edad media (8 frente a 31%), de forma que la proporción de los gastos destinados a la población mayor de 65 años disminuyó del 40 al 35% entre 1986 y 1999<sup>29</sup>. El incremento del gasto fue mucho menor que en otros países (Japón, Canadá y Australia), lo que indica posibles diferencias en el acceso y la ges-

tión de los cuidados de los pacientes en estos países. Diversos estudios han sostenido que la relación entre gastos de salud y edad puede ser en parte explicada por la concentración de los gastos en el período inmediatamente previo a la muerte<sup>30-32</sup>, de forma que la población anciana consumiría más recursos hospitalarios porque su tasa de mortalidad es mayor que en otros grupos.

La prevalencia de enfermedades crónicas va a continuar aumentando en el futuro. Además, las personas con varias enfermedades crónicas sufren deterioros más rápidos en su estado de salud y mayor probabilidad de incapacidad. En poblaciones amplias de personas mayores con fragilidad, los costes agregados de los cuidados son inversamente proporcionales al estado funcional<sup>33</sup>. Así, en las personas que sufren deterioro funcional progresivo, las intervenciones no médicas que son continuas y costosas, por ejemplo, el ingreso en una residencia, toman el mando del modelo que determina los gastos totales. En los Países Bajos, los costes por habitante aumentan exponencialmente con la edad hasta edades muy avanzadas (mayores de 94 años) y los costes en los cuidados agudos de salud sólo descienden en los mayores de 85 años. Sin embargo, aunque descienden en edades muy avanzadas, los gastos de los cuidados institucionales aumentan drásticamente<sup>34</sup>.

La cobertura universal del sistema sanitario actual protege a los pacientes de la infratratilización de sus prestaciones (no siempre lo hace; así, p. ej., enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la incontinencia urinaria están infradiagnosticadas e infratratadas), pero no garantiza su adecuación. Como ejemplo, en la actualidad ocurre con frecuencia que el sistema puede no prestar atención a un paciente que sufre deterioro funcional en sus actividades de la vida diaria, lo que contribuye a una caída en la que se fractura una cadera; el sistema cubrirá los costes de la hospitalización y de la intervención quirúrgica a través de los servicios sanitarios, así como los gastos de la institucionalización en una residencia a través de los servicios sociales. Puede considerarse que los costes son demasiado caros o que no es práctico o rentable el tratamiento. Sin embargo, antes debería haberse considerado el coste de haber atendido el deterioro funcional en las actividades de la vida diaria.

Como se ha comentado con anterioridad, los ancianos ingresan con más frecuencia, más adecuadamente y con enfermedades más graves en el hospital que grupos de edad más jóvenes, y aunque su estancia media es superior, el porcentaje de estancias inadecuadas no es más elevado que en otras edades<sup>35</sup>. Así, se ha sugerido que en lugar del término «bloqueadores de camas» o el criterio de «uso inapropiado» debería hablarse de «tratamiento o cuidados inapropiados»<sup>36</sup>.

En Estados Unidos, un estudio de ámbito nacional mostró que la hospitalización por condiciones evitables

aumentó sustancialmente entre 1980 y 1998, con tasas de incremento más dramáticas en la población de 65 años o más<sup>37</sup>. En otro análisis reciente realizado sobre más de un millón de pacientes en Estados Unidos, el número de hospitalizaciones evitables mediante el tratamiento adecuado de condiciones tratables ambulatoriamente, y el número de complicaciones de la hospitalización prevenibles, aumentaba de manera drástica con el número de enfermedades crónicas. Después de ajustar para la edad y el sexo, las personas con 4 enfermedades crónicas tienen 99 veces más probabilidad de presentar una hospitalización que podía haber sido evitada mediante unos cuidados primarios adecuados<sup>28</sup>. La hospitalización por condiciones que pueden ser evitadas es ampliamente considerada como un indicador sensible de la calidad de los cuidados primarios. Según los autores de dicho estudio, esto sugiere que los individuos con varias enfermedades crónicas es menos probable que reciban unos cuidados primarios adecuados que eviten eventos agudos que requieran hospitalización.

Dada la presión asistencial que soportan los hospitales y los costes de la asistencia hospitalaria, con frecuencia se plantea la necesidad de aplicar fórmulas alternativas a la hospitalización más baratas para los ancianos con enfermedad crónica o incapacidad. Debe tenerse en cuenta que, a la hora de estimar el coste y la efectividad de una nueva intervención, debe ser posible determinar si el procedimiento es menos costoso y al menos tan efectivo, en cuyo caso debe ser considerado como mejor (técnica más eficiente), o más costoso y más efectivo, en cuyo caso debe considerarse si los costes adicionales justifican la ganancia alcanzada (una cuestión de eficiencia en la distribución de recursos)<sup>38</sup>. Por otro lado, si la intervención es menos efectiva, no es racional plantearla. En este sentido, cabe mencionar 2 ejemplos. En primer lugar, en Gran Bretaña se ha planteado el desarrollo de Unidades de Enfermería para Servicios de Agudos (*Nursing-Led Inpatients Unit for Acute Services*) que, como se mencionará más adelante, no han demostrado una reducción de las estancias ni de los costes, así como tampoco una disminución de la mortalidad ni de la mejoría en el estado funcional del paciente o cambios en la ubicación<sup>39,40</sup>. Otro ejemplo es la rehabilitación de los ictus en los cuidados subagudos o en centros residenciales frente a las Unidades geriátricas de rehabilitación funcional (UGRF), que no ha mostrado beneficios en la recuperación funcional<sup>41,42</sup>.

### **Nuevas fórmulas para la atención sanitaria en los cuidados continuados**

En los últimos años se han publicado diversas revisiones sobre la organización de los cuidados continuados<sup>1,3,43</sup>. Se trata de experiencias principalmente en Estados Unidos, donde su estudio ha sido más desarrollado. A continuación se mencionan aquellas revisiones de las que se han publicado estudios sobre su eficacia:

- Cuidados Domiciliarios Interdisciplinarios (*Interdisciplinary Home Care*)<sup>44</sup>.
- Programas de Automanejo de la Enfermedad (*Self Management Programmes*)<sup>45</sup>.
- Grupos de Cuidado (*Group Care Approach*)<sup>46</sup>.
- Programas de Hospitalización Domiciliaria (*Hospital Home Programmes*)<sup>47,48</sup>.
- Programas de Manejo de la Enfermedad (*Disease Management Programmes*)<sup>49,15</sup>.
- Cuidados Transicionales (*Transitional Care*)<sup>51</sup>.
- Gestión del Caso (*Case Management*)<sup>52,53</sup>.
- Programas de Cuidados Integrales (*Programmes for All-Inclusive Care of Eldery [PACE]*)<sup>54</sup>.
- Unidades de Enfermería para Cuidados de Agudos (*Nursing-Led Inpatient Units for Acute Care Services*)<sup>39,40</sup>.

### **CONCLUSIONES**

- La prevalencia de la enfermedad crónica es elevada entre las personas mayores y va a seguir aumentando en el futuro. Además, con frecuencia, las personas mayores tienen varias enfermedades crónicas y sufren deterioros más rápidos de su estado de salud; asimismo, presentan una mayor probabilidad de incapacidad. En la actualidad, la mayor parte de los gastos en salud están relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas.
- Los cuidados continuados son una respuesta a la presencia de enfermedades crónicas y a la incapacidad que producen. Su espectro es muy amplio y atienden a una población muy heterogénea que recibe los cuidados a través de todo el sistema de cuidados: hospitales, comunidad y residencias.
- Los hospitales constituyen una parte limitada pero crítica de los cuidados comunitarios en la actualidad.
- Los CSD deben ser evaluados con criterios de medicina basada en la evidencia, al igual que otras intervenciones o tratamientos. No hay evidencias de que los CSD sean sustitutos de los cuidados en el hospital o en residencias. Si bien en el pasado no demostraron beneficios significativos, estudios más recientes y mejor diseñados han mostrado resultados prometedores, y se ha realizado una serie de propuestas para mejorar su eficacia y coste. En los últimos años se están desarrollando nuevas formas de CSD.
- La decisión de institucionalización de una persona mayor debe contemplarse como el último recurso de los

cuidados continuados. Todas las personas mayores en las que se contempla la institucionalización deben ser sometidas previamente a una valoración especializada para asegurar que no hay posibilidades adicionales de mejoría.

– Se dispone de diversas estrategias para mejorar los cuidados de salud en las residencias y que, en resumen, incluyen: consideración de los objetivos de los cuidados, utilización sistemática de medidas de prevención, valoración global estandarizada y periódica de la capacidad funcional, guías de práctica y medidas de auditoria y regulación de los cuidados residenciales.

– La atención de los pacientes con demencia requiere una estructura sanitaria permeable y accesible. En ocasiones, estos pacientes tienden a ser evitados por la comunidad médica a causa de la impotencia y el desconocimiento del tratamiento de sus problemas. En los últimos años están emergiendo nuevas formas de asistencia que pueden mejorar la calidad de vida y asegurar la continuidad de su cuidado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ford AB. Overview of community-based long-term care. En: Calkins E, Boult C, Wagner EH, Pacala J, editors. *New ways to care for older people. Building systems based on evidence*. Springer Publishing Company, 1999; p. 35-42.
2. Boling PA. The case for medical home care. *Annals of long-term care*. 2000. Disponible en: [www.mmhc.com/nhm/articles/NHM0007/boling.html](http://www.mmhc.com/nhm/articles/NHM0007/boling.html).
3. Weissert W, Hedrick SC. Outcomes and cost of home and community-based long-term care: implications for research-based practice. En: Calkins E, Boult C, Wagner EH, Pacala J, editors. *New ways to care for older people. Building systems based on evidence*. Springer Publishing Company, 1999; p. 143-57.
4. British Geriatrics Society. Submission of evidence to the Royal Commission on Long-Term Care for the elderly. 1998. Disponible en: [www.bgs.org.uk/commain.html](http://www.bgs.org.uk/commain.html).
5. Newham DM, Berrington A, Primore WR, Seymour DG. Selfunding and community care admissions to nursing homes in Aberdeen. *Health Bull* 1996;54:301-6.
6. Hutchinson G, Tarrant J, Severs M. An impatient bed for acute nursing home admissions. *Age Ageing* 1998;27:95-8.
7. Coleman B, Fox-Grage W, Folkelmer D. State long-term care: recent developments and future directions. En: Pound WT, executive director. *National Conference of State Legislatures*, 2002.
8. Jaramillo E. Atención sanitaria al anciano con incapacidad crónica no reversible. En: Rodríguez L, Solano JJ, coordinadores. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. SEMEG 2001;183-206.
9. Schnelle JF, Reuben DB. Long-term care in the nursing home. En: Calkins E, Boult C, Wagner EH, Pacala J, editors. *New ways to care for older people. Building systems based on evidence*. Springer Publishing Company, 1999; p. 168-81.
10. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Nursing home care. En: *Essentials of clinical geriatrics*. 3th ed. McGraw-Hill, 1994; p. 445-78.
11. Research Unit of the Royal College of Physicians. The CARE Scheme (Continuos Assessment Review and Evaluation) Royal College of Physicians of London 19. Evans JM, Chutka DS, Fleming KC, Tangalos EG, Vittone J, Heathman JM. Medical care of the nursing home residents. *Mayo Clin Proc* 1995;70:694-702.
12. Philip I, McKee KJ, Meldrum P, Ballinger BR, Gilhooly ML, Gordon D, et al. Community care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supports. *BMJ* 1995;310:1503-6.
13. Souetre EJ, Qing W, Vigoureux I, Dartigues J, Lozer H, Lacomblez L, et al. Economic analysis of Alzheimer's disease in outpatients: impact of symptom severity. *International Psychogeriatrics* 1995;7:115-22.
14. Johnston D, Reifler BV. Comprehensive care of older people with Alzheimer's disease. En: Calkins E, Boult CH, Wagner E, Pacala J, editors. *New ways to care for older people. Building systems based on evidence*. Springer Publishing Company, 1999; p. 158-67.
15. Boada M. Dinámica de los recursos sociosanitarios para la atención al paciente con demencia. *Rev Gerontol* 1995;40:6.
16. Advisory Panel on Alzheimer's disease. *Alzheimer's disease and related dementias: acute and long-term care services*. NIH Pub No 96-4136. Washington, DC: Supt of Docs, US Govt Print, 1996.
17. Brown LJ, Potter JF, Fosher BC. Caregiver burdens should be evaluated during geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:455-60.
18. Thienhaus OJ, Rowe C, Wowlert P, Hillard JR. Geropsychiatric emergency services: utilization and outcome predictors. *Hosp Community Psychiatr* 1988;39:1301-5.
19. Ory MG. Changing care settings: special care unit research results. Paper presented at the Fourth National Alzheimer's Education Conference. Chicago, 1995.
20. Volicer L, Collard A, Hurley A, Bishop C, Kern D, Karon S. Impact of special care unit for patients with advanced Alzheimer's disease on patients' discomfort and costs. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:597-603.
21. Mehr DR, Fries BE. Resource use on Alzheimer's special care units. *Gerontologist* 1995;35:179-84.
22. Collins C. Adult foster care for persons with dementia: family perceptions of care quality. Paper presented at the Gerontological Society of America. Atlanta, 1994.
23. Kihlgren M. Long-term influences on demented patients in different caremilietus, a collective living unit and a nursing home: a descriptive study. *Dementia* 1992;3:342-9.
24. Wimo A, Asplund K, Mattson B, Adolfsson R, Lundgren K. Patients with dementia in group living: experiences 4 years after admission. *Int Psychogeriatr* 1995;7:123-7.
25. Stephens MAP. Day care and family strain: testing the effects of intervention. Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America. Washington DC, November 1996.
26. Baztán JJ, García FJ, Echevarría I, Solano JJ, coordinadores. *Informe sobre la necesidad y calidad asistencial de recursos hospitalarios para pacientes geriátricos* [en prensa]. SEMEG.
27. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and cost. *JAMA* 1995;276:1473-9.
28. Wolf JL, Starfield B, Anderson A. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162:2269-76.
29. Seshamani M, Gray A. The impact of ageing on expenditures in the National Health Service. *Age Ageing* 2002;31:287-94.
30. Lubitz J, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med* 1993;328:1092-6.
31. McGrail K, Green B, Batet ML, Evans RG, Hertzman C, Notmand C. Age, cost of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia. *Age Ageing* 2000;29:249-53.
32. Himsworth RL, Goldacre MJ. Does time spent in hospital in the final 15 years of life increase with age and death? A population based study. *BMJ* 1999;319:1338-9.
33. Lachs MS, Ruchlin HS. Is managed care good or bad for geriatric medicine? *J Am Geritr Soc* 1997;45:1127.
34. Meierding WJ, Polder J, Bonneux L, Koopmanschap M, Maas P. Health-care cost of ageing. *Lancet* 1998;351:1410-1.
35. González-Montalvo JL, Baztán JJ, Rodríguez-Mañas L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103:441-4.
36. Evans JG, Tallis RC. A new beginning for care for elderly people? *BMJ* 2001;322:807-8.
37. Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalisations, 1980-1998. *Health Aff (Milwood)* 2001;20:225-32.
38. Donaldson C, Currie G, Mitton C. Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. *BMJ* 2002;891-4.
39. Griffiths P, Harris R, Richardson G, Hallett N, Heard S, Wilson-Barnett J. Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomised

- controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age Ageing* 2001;30:483-8.
40. Steiner A, Walsh B, Pickering RM, Wiles R, Ward J, Brooking JI. Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a post-acute intermediate care unit. *BMJ* 2001;322:453-9.
41. Echevarría I. Atención al anciano con incapacidad establecida potencialmente reversible. En: Rodríguez-Mañas L, Solano JJ, coordinadores. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. SEMEG 2001;145-82.
42. Kramer A. Rehabilitation. En: Calkins E, Boult C, Wagner EH, Pacala J, editors. *New ways to care for older people. Building systems based on evidence*. Springer Publishing Company, 1999; p. 118-32.
43. Boult C, Kane R, Brown R. *Managed care of chronically older people: the US experience*. *BMJ* 2000;321:1011-4.
44. Cummings JE, Hughes SL, Weaver FM, Manheim FM, Conrad KJ, Nash K, et al. Cost-effectiveness of Veterans Administration hospital-based home care: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 1990; 150:1274-80.
45. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalizations: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
46. Beck A, Scott J, Williams P, Robreston B, Jackson D, Gade G, et al. A randomized trial of group outpatients visits for chronically ill older HMO members: the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:543-9.
47. Caplan GA, Ward JA, Brennan NJ, Coconis J, Board N, Brown A. Hospital in the home: a randomized controlled trial. *Med J Aust* 1999; 170:156-60.
48. Stessman J, Ginsberg G, Rozemberg-Hammerman R, Friedman R, Ronen D, Israeli F, et al. Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. *J Am Geriatr Soc* 1997; 44:591-8.
49. Rich MV, Bekham V, Witemberg C, Leven CV, Freeland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;333:1190-5.
50. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knigh K, Hasselblad V, Gano A, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325:925-33.
51. Naylor M, Broaten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized trial. *JAMA* 1999;281:613-20.
52. Boult C, Rassen J, Rassen A, Moore RJ, Bouquillon S. The effect of the case management on the costs of health care for enrolles of Medicare HMO. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:996-1001.
53. Gagnon AJ, Schein C, McVey L, Bergman H. Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:1118-24.
54. Chatterji P, Burstein NR, Kidder D, White AJ. *Evaluation of the program for all-inclusive of the elderly (PACE)*. Cambridge: Abt Associates, 1998.

## RECOMENDACIONES

– El envejecimiento de la población debe ser entendido como un fenómeno claramente positivo y deseable para todos, fruto del desarrollo tecnológico y social. Ante este hecho, todas las administraciones y responsables políticos deberán tomar conciencia del tamaño y las características de una situación que les compete y que previsiblemente aumentará.

– Debe evitarse la «des-medicalización» de los problemas de salud de los ancianos. En los países desarrollados y con alto nivel sanitario no hay excusa para ignorar los problemas médicos de las personas mayores o intentar redefinirlos como problemas sociales, remitiéndolos fuera de la medicina. El modelo biopsicosocial que utiliza la medicina geriátrica es el más útil para el entendimiento

de los complejos problemas de salud que presentan los ancianos.

– El objetivo principal de la atención al anciano debe ser evitar y limitar la aparición o el desarrollo del deterioro funcional a través de la prevención, la detección precoz y el tratamiento adecuado de la incapacidad. Un mayor acceso a los cuidados médicos de las personas mayores dará como resultado reducciones de la mortalidad y la incapacidad.

– La incapacidad no debe entenderse como algo estático, sino que es un proceso dinámico, interactivo y evolutivo. Debe identificarse el estadio preclínico de la incapacidad y la fragilidad como una situación de riesgo sobre la que puede actuarse para prevenir la aparición o el agravamiento del deterioro funcional.

– La enfermedad aguda y su manejo inadecuado son, en muchos casos, las causas del comienzo de la incapacidad o de su agravamiento en las personas mayores. Es importante prevenir precozmente la aparición o el agravamiento del deterioro funcional durante el ingreso hospitalario y realizar cuidados prolongados tras el alta. Los hospitales, en la actualidad, deben ser considerados una parte crítica de los cuidados continuados.

– Las características particulares de la enfermedad en el anciano hacen necesaria su atención en diferentes niveles, según la fase de ésta. En este sentido, y como se pone de manifiesto en publicaciones previas y en el presente informe, las intervenciones geriátricas han sido sistemáticamente evaluadas en ensayos múltiples aleatorizados.

– Debe cumplirse el objetivo, contemplado en el Plan de Salud de Extremadura 2001-2004, del desarrollo de unidades de geriatría hospitalarias dotadas de diferentes niveles asistenciales. Este objetivo, además de necesario por el imperativo demográfico y por las características de la enfermedad en el anciano, es acorde con la evidencia científica disponible.

– Las Unidades geriátricas de agudos (UGA) mejoran la situación funcional de los pacientes, disminuyen la hospitalización al alta y se asocian con una menor mortalidad, una menor tasa de reingresos y un mayor tiempo entre rehospitalizaciones. Además, consiguen una estancia significativamente menor, lo cual es aún más acusado en pacientes mayores de 75 años. Las UGA deben estar localizadas en los hospitales generales.

– Las UGRF han demostrado beneficios consistentes. Se asocian a una mejor situación funcional y función cognitiva, así como a una reducción de la mortalidad. Deben funcionar de acuerdo con unos criterios mínimos establecidos y su actividad debe ser evaluada en términos de ganancia funcional.

– El hospital de día geriátrico proporciona ventajas con un control más exhaustivo y una mejor valoración del paciente, y facilita el alta del paciente. En un análisis de coste-beneficio se ha demostrado que los beneficios superan los costes.

– El desarrollo de unidades de geriatría no debe basarse en los equipos de valoración y cuidados geriátricos. Éstos no son una alternativa eficiente a las UGA.

– La atención primaria es la base lógica de la atención domiciliaria. Sin embargo, se corre el riesgo de colocar demasiada responsabilidad sobre ella. Los equipos de AGD constituyen un apoyo a los equipos de atención primaria.

– Todas las personas mayores en las que se contempla la institucionalización deben ser sometidas previamente a una valoración especializada para asegurar que no hay posibilidades adicionales de mejoría.

– Debe cumplirse el objetivo, contemplado en el Plan de Salud de Extremadura 2001-2004, de mejoría de la calidad de los cuidados de salud en las residencias. En la actualidad, hay diversas estrategias para mejorar dichos cuidados.

#### **Resumen de las recomendaciones de distintos organismos nacionales e internacionales sobre la atención sanitaria al anciano**

En documentos, tanto oficiales como de otro tipo, destinados a ofrecer soluciones a este problema, se repiten de modo sistemático 2 términos: carga y cuidados. Se proyecta una imagen de la vejez como la etapa de la vida inmersa en la dependencia. Se continúa actuando en la creencia de que la posibilidad de tratamiento de las enfermedades asociadas al envejecimiento es escasa y que la incapacidad es la compañera inseparable de la edad avanzada.

Desde los principales organismos internacionales se ha puesto de manifiesto la necesidad de considerar a las personas mayores como un grupo de población con unas necesidades sanitarias especiales, de defender su derecho a la alta tecnología y a la atención especializada en los casos que se beneficien de ella y de proyectar una imagen positiva de la vejez en todos los ámbitos sociales, pero especialmente en el sanitario.

Sin duda alguna, los principales afectados por esta cuestión no son otros que las personas mayores, que corren el riesgo de verse incluidas en redes paralelas de asistencia de inferior calidad técnica, sin una oportunidad previa de evaluación especializada que valore sus posibilidades de tratamiento preventivo, curativo o rehabilitador.

#### **RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS**

##### **Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena, 1982**

La ONU establece una serie de principios generales que deben regir el desarrollo de las denominadas políticas de vejez:

– La necesidad de proteger los derechos de los ancianos y garantizar su bienestar.

– Considerar a los ancianos como parte integrante de la sociedad.

– La conciencia de que el bienestar económico y social se vería amenazado de no tomarse en consideración las crecientes necesidades de este grupo de edad.

Los principios generales sobre la asistencia sanitaria al anciano se pueden resumir en los siguientes puntos:

– El anciano requiere una atención especial.

– Se debe poner un especial énfasis en la prevención.

– Se deben aplicar criterios globales en el desarrollo y análisis de los servicios.

– Debe haber servicios de geriatría de alto nivel que formen parte de los servicios sanitarios generales.

– Integración y coordinación.

– Debe haber niveles asistenciales que permitan una atención progresiva y continuada.

– Accesibilidad.

– Evaluación continuada.

Para obtener resultados óptimos se requiere un diagnóstico temprano de la enfermedad asociada y el desarrollo de un plan de cuidados en el hospital, en la comunidad o en el medio residencial.

Cuando se necesita atención hospitalaria, la aplicación de la medicina geriátrica permite evaluar el estado general del paciente y, mediante la labor de un equipo multidisciplinario, elaborar un programa de tratamiento y rehabilitación orientado a facilitar un pronto retorno a la comunidad y proporcionar allí toda la atención continua necesaria.

La integración es una de las principales características exigibles a estas estructuras.

Para mantener las capacidades funcionales entre las personas de edad avanzada, un requisito fundamental es

la evaluación de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Esta evaluación promoverá la prevención de las incapacidades, el diagnóstico precoz y la rehabilitación.

## II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento. Madrid, abril 2002

### *Envejecimiento activo: marco político*

El «envejecimiento activo» es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Mantener la autonomía e independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial, tanto para los individuos como para los responsables políticos.

El marco político para el «envejecimiento activo» se guía por los principios de Naciones Unidas para las personas mayores, que son la salud, la participación y la seguridad.

Las propuestas políticas fundamentales en lo que se refiere al apartado de salud son:

1. Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
2. Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el ciclo vital.
3. Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud, accesible, de gran calidad y respetuoso con la edad, que trate las necesidades y los derechos de las mujeres y los varones a medida que van envejeciendo.
4. Proporcionar formación y educación a los educadores.

### *Plan de acción internacional sobre el envejecimiento*

El objetivo del Plan de Acción consiste en garantizar que, en todas partes, la población pueda envejecer con seguridad y dignidad, y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades, como ciudadanos con plenos derechos.

Plantea varios temas centrales, de los que destacan:

1. Recomendaciones en el fomento de la salud y el bienestar en la vejez:

– Las personas de edad tienen pleno derecho a contar con acceso a la atención preventiva y curativa incluida la rehabilitación.

– Se debe disponer de servicios de salud concebidos para atender las necesidades especiales de las personas de edad teniendo en cuenta la introducción de la medicina geriátrica.

– Las actividades dirigidas al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades deben concentrarse en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas con discapacidad.

#### Objetivos:

– Reducir los efectos acumulativos de los factores que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades y, por consiguiente, la posible dependencia en la vejez.

– Elaboración de políticas para prevenir la mala salud entre las personas de edad.

– Acceso de todas las personas de edad a los alimentos y a una nutrición adecuada.

2. Acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud: el objetivo es un «continuo asistencial» que va desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la prestación de atención primaria, tratamiento de enfermos agudos, los problemas crónicos y rehabilitación, incluyendo personas con discapacidades y atención paliativa.

#### Objetivos:

– Garantizar el acceso universal y en condiciones de igualdad a la atención a la salud.

– Desarrollo y fortalecimiento de servicios de atención primaria.

– Instituir un continuo de la atención a la salud, con evaluación sistemática de las necesidades básicas, prestación de atención paliativa y establecimiento de servicios de geriatría.

3. Capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud. Ampliar las oportunidades educacionales en geriatría y gerontología para todos los profesionales de la salud.

4. Necesidades relacionadas con la salud mental: en todo el mundo, los problemas de salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y reducción de la calidad de vida, por lo que se recomienda el desarrollo de los servicios de atención de la salud

mental que comprendan desde la prevención hasta la intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental de las personas de edad.

5. Las personas de edad y las discapacidades: mantenimiento de una capacidad funcional máxima durante toda la vida y promoción de la participación plena de las personas de edad con discapacidad, con medidas como fórmulas políticas, legislación, planes y programas nacionales y locales para tratar y prevenir las discapacidades, servicios de rehabilitación física y mental, educación sobre las causas de las discapacidades, entre otras.

## CONFERENCIA DE MINISTROS DE SALUD DE EUROPA

### Necesidad de un Envejecimiento Saludable. Atenas, mayo 1999

El cuidado de la salud es un derecho humano fundamental y tiene que estar asegurado el acceso a la curación y a la asistencia. Se necesita desarrollar una imagen positiva de la vejez y transmitirla a la sociedad, si queremos que prevalezca el espíritu de la solidaridad entre las generaciones y que se garantice la cohesión social. Se deben evitar criterios de acceso relacionados con la edad, a menos que estén justificados por razones médicas.

La autonomía es el factor más importante del bienestar y es esencial para salvaguardar la dignidad. Se debe dar una gran prioridad a que las personas conserven su autonomía e independencia, y con estos objetivos:

– Fomentar estilos de vida sanos y actuar de manera preventiva en la vida antes de que surjan los problemas de salud.

– Asegurar una fuerte ayuda para evitar la temprana pérdida de autonomía.

– Establecer una amplia gama de servicios de apoyo a los que puedan acudir para cubrir sus necesidades.

Los ancianos con autonomía limitada necesitan más asistencia para no caer en la marginalidad. Hay que llevar a cabo esfuerzos para conservar la limitada autonomía, y para conseguirlo, la asistencia domiciliaria deberá reemplazar lo más posible a la institucionalización.

Para tratar las necesidades de las personas mayores debemos desarrollar una estructura política amplia y coherente que tenga en cuenta un cambio en las relaciones entre la prevención, la curación y la asistencia, así como también un equilibrio entre las redes de asistencia formales e informales.

Una valoración multidisciplinaria debería, por tanto, ser el componente integrante de todos los servicios sanitarios y sociales.

La experiencia demuestra que el desarrollo de los servicios geriátricos especializados y psicogeriátricos es beneficioso, especialmente como suplemento y apoyo a la asistencia primaria.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades deberían ser iniciadas antes de que surja la necesidad de asistencia.

## DOCUMENTO DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE MÉDICOS EUROPEOS

### Envejecimiento y Enfermedad (1997)

La heterogeneidad de la respuesta que hasta el momento se ha dado a las necesidades sanitarias de las personas mayores hace necesario el establecimiento de unas condiciones básicas que garanticen la calidad de los servicios:

– Cualquier servicio dirigido a los ancianos debe tener en cuenta las preferencias de éstos.

– Debe haber una opción clara para el mantenimiento en la sociedad.

– La adecuada atención hospitalaria es importante para mantener la continuidad de los cuidados. Por ello, debe considerarse el desarrollo de los servicios hospitalarios.

– Los ancianos tienen derecho a la equidad en el acceso y a los beneficios del proceso científico.

– La atención primaria desempeña un papel crucial en la provisión de atención a los ancianos.

– Todos los trabajadores sanitarios deben estar adecuadamente formados en el ámbito del envejecimiento: prevención, diagnóstico, tratamiento médico y rehabilitación.

– Los servicios de geriatría deben formar parte de los servicios de salud generales y deben desarrollarse en el contexto de los planes nacionales de salud.

– Debe conseguirse una coordinación efectiva entre los sistemas sanitarios y sociales.

## RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO E INFORME DE LA SEGG

### Mayo 2000

La realidad de la situación en cuanto a la coordinación en la atención sanitaria a las personas mayores en España

ña hasta la actualidad, podría resumirse como ausencia de ésta. Los motivos más relevantes son la incomunicación entre los profesionales, el recelo entre unos sistemas y otros, y la carencia de recursos a coordinar.

– Planificación de una asistencia sanitaria que reconozca las diferencias de las personas mayores y ofrezca un sistema de cuidados de salud adaptados a dichas diferencias.

– La asistencia a las personas mayores debe ser al menos de la misma calidad en cuanto a tecnología, métodos diagnósticos y terapéuticos, que la de los adultos más jóvenes.

– Debe garantizarse la equidad en el acceso a los recursos.

– Desarrollo de los modelos asistenciales que hayan demostrado científicamente su eficacia.

– Es esencial que las personas mayores puedan acceder a un diagnóstico y a un tratamiento precoz.

– Es deseable la aplicación de un sistema homogéneo y homologado de evaluación de las necesidades sanitarias que incluya no sólo su estado de salud, sino también su situación funcional y mental y sus necesidades de atención social.

– La asistencia geriátrica debe ser integral, continua, integrada y coordinada con atención primaria y los servicios sociales.

– Se recomienda la creación de servicios de geriatría integrados en la red sanitaria general en todas las áreas de salud.

– Los servicios de geriatría deben constar al menos de los siguientes niveles asistenciales: unidad de agudos, hospital de día, unidad de media estancia, consulta externa y programas de atención geriátrica domiciliaria.

– Deben evitarse las desigualdades interterritoriales en la asistencia geriátrica.

## **BASES PARA LA ATENCIÓN SANITARIA AL ANCIANO**

### **Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) 2001**

La SEMEG considera, entre otras, las siguientes conclusiones:

1. Considera urgente la adaptación de nuestro sistema de salud a las necesidades de los ancianos. Dicha urgencia se justifica tanto por el imperativo demográfico como por las características específicas de la enfermedad en el anciano.

2. Existe un volumen suficiente de conocimientos relativos a la organización y eficiencia diferencial de los servicios de atención al anciano y éstos deben guiar las labores de planificación. Se trata tanto de un imperativo ético como de supervivencia del sistema.

3. Propone como unidad de análisis y objetivo de la planificación el «episodio de cuidado completo», en función de la interdependencia entre los distintos dispositivos asistenciales y la consiguiente repercusión que cualquier decisión tomada en alguno de ellos tiene sobre los restantes.

4. La solución de los problemas sanitarios derivados del envejecimiento de la población no se encuentra en un solo punto del sistema asistencial. El desarrollo compensado y coordinado de varios dispositivos, capaces de atender a las diferentes manifestaciones de la enfermedad y la incapacidad, debe ser la piedra angular sobre la que cimentar un modelo adecuado de atención sanitaria al anciano.

5. El análisis de las evidencias disponibles hace que conceda el máximo grado de prioridad (grado de recomendación A) al desarrollo, en el ámbito hospitalario, de las UGA y de las UGRF. El mismo análisis conduce a otorgar un grado de recomendación B a la hospitalización de día, los dispositivos especializados de atención domiciliaria y a los equipos de consultores en los servicios de cirugía ortopédica y traumatología.

## **JUNTA DE EXTREMADURA**

### **Plan de Salud de Extremadura (1997-2000 y 2001-2004)**

La asistencia sanitaria en nuestra comunidad al anciano se contempla en los planes de Salud 1997-2000 y 2001-2004. En particular, y en el capítulo de problemas asociados al envejecimiento, se contempla:

– Implementación en cada área de salud de una unidad de geriatría hospitalaria.

– Desarrollo e implantación de un programa específico de mejora de la calidad de los cuidados sanitarios en residencias.

– Desarrollo y ejecución de programas sobre algunos problemas considerados como emergentes (osteoporosis y fractura de cadera, deterioro cognitivo y demencia, enfermedad cerebrovascular, promoción de la salud y prevención de la incapacidad, y rehabilitación y atención a la dependencia).

## **AGRADECIMIENTO**

La SOGGEX quiere agradecer la colaboración de Leocadio Rodríguez-Mañas, Jesús Pérez del Molino e Isabel Galán, por su revisión crítica del documento total.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Asamblea Mundial del Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1982;17 (Suppl):279-314.
- Envejecimiento activo: marco político. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento 2002. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37:74-105.
- Envejecimiento y enfermedad. Comisión Permanente de Médicos Europeos 1997. Comisión Nacional de Especialidad de Geriatría. Documento definitivo.
- Envejecimiento y problemas asociados. En: Plan de Salud de Extremadura 1997-2000. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura 1997; p. 179-84.
- La Atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: Publicaciones, 2000.
- Necesidades de un planteamiento para un envejecimiento saludable. 6.º Conferencia de Ministros de la Salud de Europa. Atenas 1999. Programa de Atención a la Personas Mayores. Instituto Nacional de la Salud, 1999.
- Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento 2002. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(Suppl 2):12-38.
- Problemas asociados al envejecimiento. En: Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura, 2000; p. 222-5.
- Rodríguez- Mañas L, Solano JJ, coordinadores. Bases de la atención sanitaria al anciano. SEMEG 2001;254-60.