



EDITORIAL

La geriatría puede salvar la medicina

Geriatrics can save medicine

José Augusto García Navarro *

Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Director General del Consorcio de Salud y Social de Cataluña, Barcelona, España



Los sistemas sanitarios de todo el mundo occidental están experimentando unas presiones que son muy similares, entre las que destacan el envejecimiento de la población¹, la introducción de terapias farmacológicas cada vez más caras y difíciles de financiar², la mayor exigencia de los ciudadanos para una atención sanitaria rápida y eficaz³, la escasez de profesionales en los centros sanitarios⁴ o el impacto que los determinantes sociales⁵ (entre los que destacan la pobreza y la soledad no deseada) tienen en la salud y en la mortalidad.

Sin hacer cambios profundos en el modelo sanitario que tenemos, y que ha funcionado en las últimas décadas, estas presiones nos afectarán gravemente y producirán efectos muy negativos, que ya hemos empezado a notar: profesionales cansados y desmotivados, largas listas de espera, atención parcial y episódica de los problemas de salud y un coste económico cada vez mayor para todos nosotros, que somos los que financiamos nuestra sanidad a través de los impuestos.

Y el sistema sanitario ahora ya no mejorará ante acciones parciales y reactivas y de bajo calado, como una mejora de las condiciones laborales de los profesionales, un incremento de las ratios de atención, una mejor utilización de las nuevas tecnologías o una política de comunicación con los ciudadanos más transparente y efectiva. No es momento ya de pequeñas acciones.

El modelo sanitario que hemos conocido hasta ahora está agotado y ya no mejorará, sino que irá a peor, salvo que cambiemos radicalmente nuestra orientación y pasemos de un modelo basado en la actividad a un modelo basado en el valor⁶. En este nuevo modelo ya no se tratará de hacer más cosas y más rápido (altas hospitalarias, listas de espera, consultas externas, radiografías, analíticas, intervenciones quirúrgicas, etc.), sino de dar más valor al paciente (aliviar el dolor, hacer posible volver a caminar, mejorar la autonomía de las personas con problemas de salud mental, reducir el insomnio o la ansiedad, etc.).

Este será un nuevo modelo basado en centrar la atención en el paciente, y no en las políticas de los grupos de interés que manejan la medicina, que suelen estar mediatizadas por las presiones

de profesionales, políticos y empresarios. Si queremos mejorar el sistema debemos reorientarlo hacia dar valor al paciente.

En este nuevo entorno la geriatría puede convertirse en un protagonista de primer nivel. La geriatría puede ser una de las locomotoras de esta reorientación al paciente basada en aportar valor⁷. La geriatría puede ser la tabla de salvación de nuestro sistema sanitario.

En el nuevo entorno la asistencia sanitaria se debe centrar en dar resultados positivos en salud y no en bajar los costes⁸. La medicina pública no se ha montado para satisfacer los intereses de los políticos o de los gestores (la mayoría de ellos controladores de gastos y no verdaderos gestores), sino de los pacientes. En estos momentos nuestro sistema está centrado en medir los costes de intervenciones aisladas y no en el ciclo global de atención y resultados del cuidado: medimos, por ejemplo, cuánto nos cuesta el ingreso de un paciente con fractura de cadera, pero no el coste total del ingreso, la rehabilitación, la fisioterapia posterior y, lo que es más importante, si el paciente ha vuelto a caminar y a rehacer su vida social. Hay que comenzar a decir con la voz muy alta que las intervenciones de alto coste económico que evitan otros costes mantenidos en el tiempo (por ejemplo, una intervención rápida de una fractura de cadera, con los medios técnicos más adecuados, aunque sean de alto coste, con una rehabilitación intensiva y soporte domiciliario) si evitan un ingreso prolongado en una residencia de mayores son intervenciones adecuadas y correctas. Gastar mucho cuando toca, si evita efectos secundarios y costes posteriores, es ahorrar.

Además, hemos caído en una trampa al creer que la tecnología es muy importante, que lo es, pero lo realmente importante es la gestión clínica. Esa gestión de las personas enfermas que hacen los profesionales que están en el día a día de la atención de los enfermos. Qué hacer en cada momento con una persona y cómo orientar un tratamiento curativo, rehabilitador o paliativo depende de los clínicos, no de la tecnología. Y en esta orientación, que se hace miles de veces al día, es donde nuestro sistema sanitario se juega su futuro.

Los hospitales han entrado en la carrera de quién tiene el último sistema de diagnóstico por imagen o de endoscopia o de intervención vascular o cirugía mínimamente invasiva, pero se van dando cuenta de que la competición está realmente en quién tiene a los mejores profesionales⁹, los profesionales capaces de elevar la mirada más allá del diagnóstico y el tratamiento de un episodio en

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jagarcia@segg.es

concreto para ver cómo evolucionará el paciente, qué necesitará y cómo podremos cubrir sus necesidades.

Para esto es necesario basar el foco en los resultados en salud... y comparar el rendimiento de unos servicios respecto a otros¹⁰. Se trata, por lo tanto, de mirar los resultados de salud (calidad, no costes) y no el cumplimiento de un protocolo o de un estándar de cuidados o rendimiento como la estancia media. La pregunta aquí es si hemos controlado el dolor de nuestro paciente, si le hemos rehabilitado lo suficiente para volver a caminar, si le hemos empoderado para volver a una vida independiente... Este es el único camino para evitar los errores médicos (la tan de moda ahora seguridad del paciente), el infratratamiento o el sobretatamiento que tanto afecta a los pacientes mayores.

La visión debe ser global, de todo el ciclo de cuidados, desde el domicilio a la atención hospitalaria y a la fase de final de vida. Hoy nuestro sistema sanitario está muy centrado en la atención hospitalaria, pero el día a día de nuestros pacientes nos enseña que deberíamos considerar la gestión de todas las enfermedades de un adulto mayor, desde las fases más iniciales a las más avanzadas. Esto introduce los elementos que tanto trabajamos en geriatría de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la atención en la fase de final de la vida, una visión holística que no todas las especialidades tienen¹¹.

No hay que olvidar que el eje central es el conocimiento médico y que hay que dar valor a la experiencia y a la especialización. La epidemia del coronavirus nos lo han enseñado: durante el período de tiempo en el que las decisiones dependían de los comités clínicos que diariamente se reunían en todos los hospitales para dar respuesta a la epidemia todo fue mejor; es decir, cuando las decisiones las toman los clínicos las cosas van mejor, más rápido y tienen un impacto más positivo en el paciente que si las toman las estructuras jerárquicas de gestión¹².

En la atención a las personas mayores enfermas más complejas las mejores decisiones las toman los clínicos más entrenados y especializados, que son los especialistas en geriatría. Sin ninguna duda el sistema funcionará mejor con los mayores enfermos si en las decisiones realmente complicadas (como la decisión de ingresar en un hospital o en una residencia de mayores, o de hacer un tratamiento curativo o paliativo o continuar una rehabilitación) hay un geriatra trabajando en un equipo interdisciplinar¹³.

Sería muy bueno, además, que se sobrepase la escala local y se dé paso a escalas nacionales e internacionales. No es bueno que un servicio clínico de geriatría se compare solo con los de su comunidad autónoma o con los de España. La comparación debe establecerse con los mejores del mundo, para poder avanzar; ser ambicioso mejorará la atención a nuestros pacientes, no solo a nuestros egos.

Por último, no tenemos que olvidar una regla de oro que no admite discusión: las innovaciones que demuestran mejora del paciente se deben introducir en el sistema sin ninguna duda, tengan el precio que tengan. No se debe dejar hueco a los discursos sobre si se pueden financiar o no estas innovaciones: si mejoran de forma clara a los pacientes, no hay duda. Nadie dudaría ahora de introducir en nuestro sistema y financiar los tratamientos de la hepatitis C o las nuevas terapias para el cáncer de colon o de mama. De igual manera no podemos dudar ni un minuto en introducir en nuestro sistema las unidades de geriatría de agudos o de recuperación funcional o de hospitalización domiciliaria geriátricas que han demostrado ampliamente su eficacia y su eficiencia^{14–16}. Lo que mejora los resultados no puede estar vetado en el nuevo sistema que viene, que es un sistema basado en aportar valor y no actividad.

No lo olvidemos nunca: lo que es bueno para el paciente es bueno para el sistema y cuesta menos.

Por cierto, este nuevo sistema sanitario que se avecina... ¿No es muy parecido a la orientación que siempre ha tenido la geriatría? Los principios son idénticos: basado en los resultados clínicos globales y no parciales, con aproximación holística a los cuidados, con alto componente de gestión clínica, innovador y menos costoso si se mira globalmente.

En este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA tenéis claros ejemplos de innovación positiva, atención centrada en el paciente, visión global y holística, orientación clínica y adaptación al entorno. Los artículos de Mateos-Nozal y Mas^{17,18} son un claro ejemplo que anticipa este nuevo paradigma y que demuestra la capacidad de la geriatría para adaptarse y liderarlo.

Sí, sin ninguna duda, la geriatría puede salvar la medicina. Solo depende de que nos lo creamos y de que lo lideremos.

Bibliografía

1. Howdon D, Rice N. Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: Implications for an ageing population. *J Health Economics*. 2018;57:60–74.
2. Research and development in the pharmaceutical industry. Congressional budget office. Nonpartisan analysis for the U.S. Congress; 2021.
3. El-Haddad C, Hegazi I, Hu W. Understanding patient expectations of health care: A qualitative study. *J Patient Exp*. 2020;7:1724–31.
4. World Health Organization. Health Workforce [consultado 14 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab.1>.
5. World Health Organization. Social determinants of health. [consultado 14 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab.1>.
6. Porter ME. What is value in healthcare? *N Eng J Med*. 2010;363:2477–81.
7. Kotsani M, Kravvariti E, Avgerinou C, Panagiotakis S, Bograkou Tzanetakou K, Antoniadou E, et al. The relevance and added value of geriatric medicine (GM): Introducing GM to non-geriatricians. *J Clin Med*. 2021;10:3018.
8. Robert Kaplan value marterclass. Costing and the pursuit of value in healthcare. Healthcare costing for value institute. 2015. [consultado 14 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.hfma.org.uk/docs/default-source/our-networks/healthcare-costing-for-value-institute/institute-publications/costing-and-the-pursuit-of-value-in-healthcare>.
9. Health and Social Care Committee, House of Commons. Workforce: recruitment, training and retention in health and social care; 2022.
10. Majeed A, Allwood D, Foley K, Bindman A. Healthcare outcomes and quality in the NHS: How do we compare and how might the NHS improve? *BMJ*. 2018;362, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k3036>.
11. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. *King's Fund*. 2014 [consultado 14 Ene 2023]. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf.
12. Metlay JP, Armstrong K. Clinical decision making during the COVID-19 pandemic. *Ann Intern Med*. 2021;174:691–3, <http://dx.doi.org/10.7326/M20-8179>.
13. Sorbero ME, Saul MI, Liu H, Resnick NM. Are geriatricians more efficient than other physicians at managing inpatient care for elderly patients? *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:869–76.
14. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>.
15. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital at home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4:e2111568.
16. Bachmann S, Bosch R, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010;340:c1718, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1718>.
17. Mateos-Nozal J, Bermejo Boixareu C, Pérez-Panizo N, Hormigo Sánchez AI, Martínez Peromingo FJ. Situación y actividad de las unidades de geriatría de enlace con residencias de mayores en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.11.001>.
18. Mas MA, Sabaté García RA, Manjón H, Arnal C. Developing new hospital-at-home models based on Comprehensive Geriatric Assessment: Implementation recommendations by the Working Group on Hospital-at-Home and Community Geriatrics of the Catalan Society of Geriatrics and Gerontology. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.12.004>.