

## Coordinación social y sanitaria en la asistencia a los ancianos: ojo, que la mayoría llegaremos

**Susana Lorenzo**

*Fundación Hospital Alcorcón y Editora de la RCA*

Un recién nacido europeo tiene ante sí una esperanza media de vida de 78 años, mientras que un bebé chino, indio o vietnamita vivirá entre 60 y 70 años; y uno keniano, nigeriano o senegalés sólo vivirá como media 50 años. Los beneficios del desarrollo de las sociedades avanzadas han traído consigo el incremento de la esperanza de vida en nuestro ámbito, cuya consecuencia directa ha sido el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas. Dichas patologías actúan como determinantes de limitaciones funcionales físicas, psíquicas y en muchos casos sociales. En nuestro medio la esperanza de vida es de las más altas de los países desarrollados. En la actualidad<sup>1</sup> el 16,5% de los españoles tiene más de 65 años, justo el doble que en 1960. Y es a partir de esa edad cuando aparece una mayor incidencia de problemas de salud (cardiopatías, diabetes mellitus, EPOC, hipertensión arterial, trastornos del sueño, etc.).

Por esta razón, aunque ya era evidente, hay algunos datos ilustrativos que nos deberían hacer reflexionar, como son el destino al alta de los pacientes ancianos, la habitabilidad del domicilio de acuerdo a las características de cada individuo y sus condiciones (barreras arquitectónicas, etc.), el mayor desarraigo de la población anciana o las necesidades de integración social de los pacientes una vez recibida el alta médica, que no siempre permite el alta hospitalaria cuando se cumplen los criterios médicos para la misma. Todo ello agravado por el llamativo cambio demográfico al que asistimos en las denominadas sociedades desarrolladas.

La edad constituye un elemento importante pero insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma<sup>2</sup>. Ha tenido que ser la economía -el gasto generado por los problemas de salud de los mayores- la vía para poner de manifiesto este problema e intentar buscarle soluciones. Por ello, en la actualidad se están desarrollando instrumentos<sup>3</sup> para definir el conjunto mínimo básico de datos para evaluar a la población anciana. Sin embargo, la fragilidad constituye el determinante fisiopatológico básico que caracteriza las manifestaciones de la enfermedad en la población anciana<sup>4</sup> y los problemas secundarios a la hospitalización pueden ser muy importantes. No obstante, sorprende el destino al alta en algunos de los trabajos publicados en pacientes nonagenarios<sup>5</sup>: el 72,5% de los mismos regresaron a su

domicilio, un 12,5% fueron a convalecencia, un 10,5% se trasladaron a residencias geriátricas, y un 1,5% ingresaron en centros de larga estancia. Sólo un 7% de los nonagenarios participantes en el estudio que sobrevivieron perdieron la capacidad de volver a su domicilio. Otro de los estudios publicados<sup>6</sup> sobre el tema, en el que se analizan las caídas en pacientes ancianos suecos que vivían en casa sin ascensor, confirma una mayor prevalencia de caídas en aquellos que residían en domicilios que no tenían ascensor, y al realizar un análisis en el que sólo se tenían en cuenta los costes tangibles, los autores llegaron a la conclusión de que resultaba más barato trasladar a los pacientes de domicilio (incluyendo en el análisis los costes derivados de la mudanza), realizando una inversión en salud, que tratar a los pacientes una vez que hubieran sufrido la caída y la subsiguiente fractura de cadera. Todo ello sin tener en cuenta la mejora de la calidad de vida de los mismos y la mejora derivada de evitar el daño que ocasionarían las patologías eludidas, y que supondría un enfoque hacia mejora en "estados de salud" en la cual nos prodigamos poco en la actualidad.

Estos trabajos no hacen sino poner de manifiesto la necesidad de integración entre los aspectos sociales y sanitarios, con la potenciación de perfiles de profesionales que desarrollen su labor en estos ámbitos. Un ejemplo de los mismos sería la evaluación física y sociofamiliar que desarrollan los trabajadores sociales de nuestros centros. Está demostrada la necesidad de la detección precoz de los pacientes con riesgo social al ingreso en centros hospitalarios, con el fin de coordinar los recursos existentes y procurar ubicar a los pacientes en el nivel asistencial que precisan. Su objetivo es bien simple: contribuir a la adaptación mutua entre los individuos y su medio social, en permanente evolución. Este trabajo, poco valorado en algunos centros, participa de todas las tareas asistenciales de las organizaciones sanitarias y especialmente se caracteriza por técnicas de promoción social de individuos, grupos y comunidades que no han alcanzado su normal desarrollo. Para ello resulta crítica la detección de los pacientes con riesgo social de la forma más precoz posible durante su ingreso en centros hospitalarios, para conseguir la ubicación de los pacientes en el nivel asistencial que requieren, siempre que sea posible. En los hospitales de agudos<sup>7</sup> es significativa la demanda de recursos de hospitales de apoyo (estancia media, paliativos, cuidados míni-

mos, etc.) y el problema se acentúa en algunas Comunidades Autónomas. Al mismo tiempo, las residencias de ancianos de titularidad pública tienen una gran demanda, debida principalmente a la escasez de plazas en las mismas, y a veces es necesaria una solución provisional intermedia rápida, que deje libre la cama de hospitalización de agudos, mientras se presta asistencia al anciano/a en un nivel asistencial inferior o en el propio domicilio familiar (para el que los recursos de apoyo de los ayuntamientos juegan un papel indiscutible).

Parece por ello incuestionable la necesidad de potenciar el trabajo asistencial en equipo, coordinado por los trabajadores sociales de forma multidisciplinar, considerando no sólo los aspectos sanitarios de la asistencia sino aquellos otros que interactúan (sociales, familiares, etc.). La coordinación inter-institucional (de organizaciones sanitarias y no sanitarias como los ayuntamientos), la coordinación interniveles de organizaciones asistenciales (atención primaria, especializada, centros de media y larga estancia, etc.), en la que los trabajadores sociales juegan un papel no sólo de coordinación, sino de nexo de unión, y la disminución de la demora en la obtención de un recurso tan escaso, desempeñan un papel fundamental. Al mismo tiempo, merecería la pena incrementar los recursos residenciales y los apoyos domiciliarios socio-sanitarios públicos (que proveen tanto los ayuntamientos como atención primaria, e incluso algunos centros de atención especializada). Más aún cuando los cambios demográficos que mencionábamos van en aumento. Ya no es sólo cuestión de mayor número de ancianos y mayor edad de los mismos, sino de menor número de jóvenes y de cambios en los roles sociales que han rees-

tructurado el papel tradicional de los cuidadores de la unidad familiar.

### Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. *Anuario estadístico 1999*. Madrid, 2000.
2. Ribera JM. Nonagenarios: del nihilismo médico al qué hacemos con ellos. *Med Clin (Barc)* 2000;115:697-8.
3. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. Minimum data set for home care. A valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000;38: 1184-90.
4. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-17.
5. Formiga F, López A, Sacanella E, Jacob X, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:695-6.
6. Ahlstrand I. Cost effectiveness of improved housing for the elderly. An example on the use of a model to present decision materials including effects on quality. *Quality Assurance in Health Care* 1990; 3/4:393-401.
7. Henríquez T, Rodríguez MJ, Bermúdez M, Sánchez T, Amate C, Lizcano C. Programa de Riesgo Social al ingreso. Experiencia en un hospital de 400 camas. *Trabajo Social Hoy* 2000;29:98-108.