



## EDITORIAL

## La geriatría ante los nuevos retos del sistema sanitario: ¡ Hay que moverse ya!



### Geriatrics faces new challenges within the healthcare system: we must act now

José Augusto García Navarro

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Si empiezo este escrito diciendo que es necesario que el médico tenga establecido un plan de cuidados para el paciente anciano con múltiples problemas crónicos y que este plan ha de contemplar: la valoración médica, funcional, social y mental del paciente y de su familia y entorno; el listado con los principales problemas y objetivos de tratamiento; la gestión adecuada de fármacos y el manejo de síntomas; y, por último, la revisión periódica del paciente, ¿ Qué pensaría el lector?

Muy probablemente pensaría que estoy hablando de la valoración geriátrica, el instrumento substancial de nuestra práctica diaria.

Pero no. Lo descrito anteriormente son los requisitos necesarios que Medicare (la gran aseguradora federal norteamericana) exige a sus médicos para el pago de los servicios de atención ambulatoria a pacientes con dos o más enfermedades crónicas<sup>1</sup>. Por cierto, si se cumplen los anteriores requisitos, Medicare acepta cualquier especialidad médica para cuidar a estos enfermos, no sólo la geriatría.

Estamos asistiendo en los últimos años al advenimiento de nuevos liderazgos centrados en la “novedosa” atención al enfermo crónico desde varias especialidades diferentes de la geriatría<sup>2-4</sup>. Y es el eje de las políticas sanitarias de la mayoría de comunidades autónomas<sup>5-7</sup>. ¿ Cómo nos hemos de recolocar en el nuevo mundo de la atención al enfermo crónico? ¿ Dónde hay que situar la geriatría?

Es un hecho que los geriatras somos un grupo muy especial de profesionales. Muy dedicados al cuidado de nuestros ancianos enfermos. Muy preparados científica y personalmente para tal fin... Pero un poco hartos de que no nos entiendan desde las gerencias de los hospitales. Siempre reivindicativos ante un sistema que consideramos que nos trata mal. Quejosos de que no valoren nuestra gran aportación a la salud de la población. En el fondo, nos sentimos poco valorados y poco entendidos. Pero, ¿ no es verdad que somos “un poco raritos”? ¿ Y poco flexibles ante nuevas formas de provisión de servicios sanitarios? En general, adoptamos una actitud de resistencia ante cualquier iniciativa de atención a

los ancianos que no venga de nosotros. Es cómo si tuviésemos la exclusiva del tratamiento a este segmento de la población.

A pesar de que en los últimos cinco años no hemos parado de recibir información a través de todos los canales disponibles (prensa científica y no científica, congresos médicos, charlas con las direcciones de los centros sanitarios, etc.) sobre la imperiosa necesidad que nuestro sistema sanitario tiene de gestionar mejor a sus pacientes crónicos, de disminuir las ineficiencias, de incrementar la coordinación entre atención primaria y especializada, de centrar más la atención en el paciente, etc. todos hemos pensado que eso era lo que nosotros ya hacemos desde hace mucho tiempo. Que no hay nada que aprender en este campo. ¡ Al fin lo han entendido los gestores! ... ¿ O no lo han entendido y se lían otra vez con eso de la atención geriátrica?

¿ Quién de nosotros no ha visto en algunos compañeros actitudes casi caricaturescas de negación de la realidad y no admitiendo lo que los enfermos crónicos representan en nuestro sistema?; ¿ O mensajes grotescos, por su escaso contenido científico y sentido común, lanzados por algunos profesionales de atención primaria pretendiendo ser los únicos garantes de la atención a estos enfermos?; ¿ O de algunos especialistas hospitalarios en medicina interna o geriatría, también disputándose este alto honor de la exclusividad?

Pero la realidad es clara y tozuda: nuestro sistema sanitario tiene en la atención integrada a pacientes ancianos, con múltiples enfermedades y dependencia el principal reto de estos inicios de siglo. Y aún no lo ha cumplido. A todos se nos ocurre que en la atención a los enfermos crónicos ancianos con mayor complejidad en la toma de decisiones, los geriatras deberíamos tener un gran protagonismo. Pero tampoco nosotros hemos cumplido este reto.

En este número de la revista, bajo el título sobre un tópico clásico en gestión como es la reducción de ingresos hospitalarios, se esconde toda una reflexión mucho más amplia y completa acerca de los cambios que necesita nuestro sistema sanitario<sup>8</sup>. El artículo insinúa algunas líneas que permitirían la mejora de la atención al anciano si somos capaces de ponerlas en práctica. Y ofrece pistas para situar a la geriatría en el momento de transformación del sistema que estamos viviendo.

¿ Por dónde empezar el cambio?

Durante el año 2012, se produjeron en España más de 5,2 millones de altas hospitalarias y 82,6 millones de consultas a diferentes

Véase contenido relacionado en DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.05.001>  
 Correo electrónico: [jagarcia@consorci.org](mailto:jagarcia@consorci.org)

médicos especialistas; 26,2 millones de urgencias y se realizaron 4,7 millones de intervenciones quirúrgicas<sup>9</sup>.

En el año 2010 (últimos datos disponibles hasta la fecha), se gastaron 101 mil millones de euros en atención sanitaria, lo que representa el 9,6% del PIB y con un gasto por habitante de 1.622 euros. El gasto sanitario público (que representa el 74,2% de las cifras anteriores) se dedica mayoritariamente a la atención hospitalaria y especializada (56,0% y 38.588 millones de euros, por un 19,4% de prestación farmacéutica y 15,5% en atención primaria de salud)<sup>10</sup>.

Desde hace tiempo, además, sabemos que el gasto por paciente es mayor en los ancianos. Y se acumula en el último año de vida, siendo para mayores de 65 años del mundo occidental alrededor de un 25% de todo el gasto sanitario en dicha edad<sup>11</sup>. Además no se han experimentado cambios en este comportamiento en los últimos 30 años (suponía un 28,3% en 1978 frente a un 25,1% en 2006)<sup>12</sup>. Es importante también señalar que dicho gasto se acumula en unidades de internamiento (76,3% del gasto total en el último año de vida en el año 1978 era atribuible a la atención en hospitales, frente a un 70,3% del año 2006).

Es decir, el gasto se acumula en ancianos, en el último año de vida y en el hospital. Ante estas cifras a nadie le debe extrañar que una de las prioridades del sistema sanitario sea reducir las hospitalizaciones evitables. La razón es clara: hay que buscar el ahorro allí donde se acumula el mayor gasto<sup>13</sup>.

En nuestro país el panorama de las hospitalizaciones evitables es muy variado y desolador (por ejemplo, para la insuficiencia cardíaca, oscila entre 6,34 y 67,93 ingresos por cada 10.000 habitantes)<sup>14</sup>. Las causas son una prestación de servicios de atención primaria manifiestamente mejorables, y donde la actividad de los médicos de atención primaria las mejoran en algo y la de las enfermeras parece que en nada<sup>15</sup>. Esta es la realidad de las cifras. En su descarga, hay que señalar que el objetivo no es fácil y su reducción ha sido imposible para muchos de los programas de gestión de casos que, en un principio, se diseñaron para reducirlas<sup>16</sup>. No hay que olvidar que está demostrado ampliamente que en la disminución de estas hospitalizaciones evitables juega un papel fundamental no sólo la falta de integración que señala Amblás en su artículo, sino también el potente atractivo del hospital<sup>17</sup>:

- Cuantas más camas hospitalarias tiene una región determinada, más ingresos se realizan.
- Más recursos de atención de media estancia-convalecencia, más residencias de ancianos, más consultas especializadas o más servicios domiciliarios, por sí mismos, no logran disminuir los ingresos hospitalarios potencialmente evitables.
- Por último, si no se hace nada, cada vez se ingresará más y más.

Dicho de otro modo (a pesar de lo que puede sugerir el artículo): es una buena manera empezar por el hospital y vigilar las hospitalizaciones evitables. Sin perder la visión global del sistema, para cumplir este objetivo se debe actuar, también, en la comunidad. Y los geriatras tendríamos algo que decir tanto en la comunidad como en el hospital.

¿Qué otras acciones hemos de emprender?

Es evidente que no sólo se puede actuar en las hospitalizaciones evitables. El camino hacia sistemas integrados de salud que acaben con la fragmentación primaria-especializada y sistema sanitario y social sigue siendo largo y tortuoso<sup>18</sup>.

Las organizaciones integradas que son un ejemplo de elevada calidad de atención a un coste razonable, que evitan el abuso de la hospitalización y potencian la atención comunitaria (como es el caso de Kaiser Permanente o Mayo Clinic Health System) también presentan problemas regionales de sobreutilización de recursos hospitalarios y escasa coordinación<sup>19</sup>.

Existe una evidencia clara de la enorme variabilidad local en la puesta en marcha de la integración de servicios para atender a pacientes ancianos complejos. Los sistemas que funcionan en un lugar pueden fallar en otro y es necesario adaptar a los recursos disponibles y a los liderazgos clínicos de cada región la solución final<sup>20</sup>.

No obstante, en todos ellos son necesarios algunos elementos de éxito: la existencia de liderazgos clínicos locales, la correcta difusión del programa, la evaluación del mismo (con corrección si es necesaria) y un apoyo decidido de los gestores y planificadores para realizar el cambio<sup>21</sup>. Los geriatras también deberíamos implicarnos en la generación de estos cambios.

¿Cómo debemos adaptarnos al nuevo escenario?

Para hacer frente al creciente número de pacientes ancianos con complejidad clínica que son atendidos en nuestro sistema debemos abordar dos grandes cambios: cambios que afectan directamente a los profesionales de la geriatría y cambios que afectan a nuestros sistemas de organización y trabajo.

Los geriatras deberíamos centrarnos en aquellos pacientes ancianos donde es más difícil la toma de decisiones clínicas, bien sea por su carga de patología y dependencia o por las dudas sobre la eficacia de ciertos tratamientos en pacientes con pronóstico incierto. Y esto incluye también los pacientes en situación de final de vida. Si no lo hacemos nosotros, otros lo harán. Inicialmente puede que peor pero, a la larga, con la misma efectividad.

No podemos seguir ofreciendo respuestas parciales y reactivas a los problemas que afectan a nuestros pacientes ancianos complejos, especialmente cuando se requiere una respuesta rápida (ante situaciones de crisis). En estos momentos es necesario acercarse al profesional en el tiempo y en el espacio al lugar en el que se toman las decisiones. Eso quiere decir dar respuestas rápidas allí donde se producen las crisis: en los servicios de urgencias y en el domicilio del paciente. También en las residencias de ancianos en las que, no lo olvidemos, la carga de enfermedad es elevadísima y la respuesta del sistema es muy insatisfactoria. ¿Cuántos geriatras integrados en sistemas hospitalarios visitan de forma regular el servicio de urgencias de su hospital para ayudar en la toma de decisiones sobre un anciano complejo? ¿Cuántos geriatras de un hospital visitan de forma conjunta con el equipo de atención primaria a los ancianos complejos de la comunidad? ¿Cuántos geriatras ayudan a establecer un plan de cuidados coherente a los residentes de una residencias de ancianos?

¿Cómo adaptar los servicios de geriatría?

El cambio en el sistema de atención es urgente. El servicio clásico de geriatría que recibe un paciente en una UGA (unidad geriátrica de agudos), lo rehabilita en una unidad de media estancia y lo envía a domicilio o a una residencia de ancianos se debe revisar. Y debemos hacer esta revisión de forma urgente.

En la defensa de este modelo asistencial clásico de la geriatría hemos centrado más nuestros intereses en los recursos instalados que en las necesidades del paciente. En muchos casos hemos ofrecido una respuesta incompleta (sólo dando cobertura a una parte muy escasa de ancianos candidatos), poco coordinada con los equipos de atención primaria, a veces de difícil acceso y de respuesta irregular.

Para comenzar, la atención debe ser proactiva y no reactiva. Desde la crisis del paciente se debe diseñar qué hay que hacer, si es posible sin pasar por el hospital. El inicio no debe ser una UGA. El inicio debe ser el domicilio del paciente (incluyendo la residencia de ancianos) o el servicio de urgencias del hospital. Desde este inicio, se debe acompañar al paciente por todo el continuo asistencial (incluyendo como es lógico la UGA y la unidad de rehabilitación que han demostrado su efectividad ampliamente<sup>22-24</sup>) con el objetivo de su ubicación y seguimiento comunitario lo antes posible.

Además, nuestros hospitales están mal diseñados para atender a los pacientes complejos que atiende la geriatría. Los hemos

construido pensando en enfermedades y no en enfermos. Así, tenemos los hospitales organizados por especialidades médicas basadas en el conocimiento de un órgano o sistema y no organizados en función de las necesidades de los pacientes que ingresan.

Este diseño erróneo ya ha sido admitido por los propios médicos de algunos países, que reconocen que la organización por especialidades médicas no cubre las necesidades de los pacientes más complejos<sup>25</sup>. Es por lo tanto probable que se evolucione a unidades de geriatría de agudos médico-quirúrgicas como ya han hecho algunos servicios de geriatría. Y a que se especialicen algunas unidades de media estancia para dar respuesta a enfermos con problemas médicos de baja intensidad de tratamiento, en forma de unidades de subagudos. Y otras formas novedosas de atención domiciliaria con participación o coordinación con los servicios de geriatría. Y trabajar de forma conjunta con otras especialidades médicas para maximizar el valor de nuestra atención: la suma de conocimientos aporta más que la exclusividad<sup>26</sup>.

En estos momentos de transformación del sistema sanitario hay que empezar a moverse de forma urgente. Aún no vemos de forma clara el camino. Pero ya adivinamos que hay que cambiar profundamente nuestros hospitales, mejorar la integración con los servicios comunitarios sanitarios y sociales, actuar de forma proactiva en los puntos calientes del sistema (las urgencias, las residencias de ancianos, el domicilio del paciente) y considerar el valor que aportamos al paciente.

La provisión clásica de los servicios de geriatría, de base únicamente hospitalaria, de talante reactivo y de actuación episódica, debe desaparecer. Sólo así se dará paso a la nueva geriatría.

## Bibliografía

1. Bindman AB, Blum JD, Kronik R. Medicare payment for chronic care delivered in a patient-centered medical home. *JAMA*. 2013;310:1125–6.
2. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Recomanacions en l'abordatge del pacient amb patologia crònica. Barcelona. Febrero 2012.
3. Consorci de Salut i Social de Catalunya. L'abordatge infermer del 'pacient crònic complex. Barcelona. Abril 2012.
4. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D. Coordinadores del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Sevilla: MERGABLUM. Edición y Comunicación, S.L., 2011.
5. SACYL. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid: JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN Consejería de Sanidad Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2012.
6. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut 2011-2015. Barcelona, 2012.
8. Amblás Novellas J, Espauella Panicot J, Blay Pueyo C, Molist Brunet N, Lucchetti GE, Anglada Arisa A, et al. Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 2013;48:290–6.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 (monografía en internet). Madrid, 2012. Disponible en [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es) (último acceso 22 de agosto de 2013).
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
11. Hogan C, Lunney J, Gabel J, Lynn J. "Medicare Beneficiaries' Costs of Care in the Last Year of Life.". *Health Affairs*. 2001;20:188–95.
12. Riley GF, Lubitz JD. Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. *Health Services Research*. 2010;45:565–76.
13. Wennberg JE. *Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care*. New York: Oxford University Press; 2010.
14. Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridao-López M, Seral-Rodríguez M, Peiró-Moreno S, et al. y Grupo VPM-SNS. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables en el Sistema Nacional de Salud según sexo. Patrones comunes y discrepantes. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud* 2011; 4: 331-41.
15. Gervás J. Hospitalizaciones evitables en España: el poderoso atractivo del hospital y la debilidad de la atención primaria. En: Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con las reagudizaciones de enfermedades crónicas. *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica Vol 8*. 2011; 4:329-30.
16. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare Beneficiaries. 15 randomized trials *Jama*. 2009;301:603–18.
17. Baker LC, Elliott SF, Wennberg JE. Variations in Hospital Resource Use for Medicare and Privately Insured Population in California. *Health Affairs*. 2008;27:123–34.
18. Curry N, Ham C. Clinical and Service Integration: the route to improved outcomes. London, 2010. The King's Fund. Disponible en [www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration](http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical-and-service-integration). (último acceso el 12 de agosto de 2013).
19. Stiefel M, Feigenbaum P, Fisher ES. The Darmouth Atlas Applied to Kaiser Permanente: analysis of variation in care at the end of life. *The Permanente Journal*. 2008;12:4–9.
20. Ham C, Walsh N. Making integrated care happen at scale and pace. London 2013. The King's Fund. Disponible en [www.kingsfund.org.uk/publications/making-integrated-care-happen](http://www.kingsfund.org.uk/publications/making-integrated-care-happen). (último acceso el 25 de julio de 2013).
21. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A, et al. *Integrated care for patients and populations: improving outcomes by working together* London. The King's Fund y The Nuffield Trust. 2013.
22. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b50.
23. Ellis G, Whitehead M, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553.
24. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck A, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010;340:c1718.
25. Royal College of Physicians. *Hospitals on the edge? The time for action*. London: RCP; 2012.
26. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business Review Press; 2006.