



INFORME: SANIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA

# La asistencia sanitaria a los ancianos en Castilla-La Mancha

*Antonio Carbonell Collar*

*Jefe de Sección. Hospital Geriátrico «Virgen del Valle», Toledo*

Nuestra Comunidad, según los datos demográficos, es la tercera más envejecida del país. En 1991, un 16,3% de la población castellano manchega era ya mayor de 65 años. El predominio rural en este grupo supone una dificultad añadida en la organización sociosanitaria que responde a las necesidades del anciano y su cuidador natural (habitualmente, la familia).

La presencia de enfermedades de alta morbimortalidad y gran capacidad distorsionadora de la autonomía del paciente, junto con enfermedades menos severas, pero muy incapacitantes y temidas por el anciano (ceguera, sordera, dificultad en el marcha, presencia de dolor...), justifican datos tales como un mayor uso de servicios médicos, tanto en atención primaria (el anciano visita cuatro veces más a su médico de cabecera que el resto de la población), como en atención especializada (el 28% de las altas hospitalarias y el 35% de sus estancias son ocasionadas por mayores de 65 años), así como un mayor consumo farmacéutico (el anciano consume un promedio de tres veces más fármacos que la media del país). No olvidemos que la evolución demográfica previsible en nuestra Comunidad no hará sino incrementar estos datos, fiel reflejo de una mayor demanda de quien más lo necesita. Nuestros mayores no abusan de la estructura sociosanitaria actual: sencillamente, usan lo que necesitan y, generalmente, la oferta que se les brinda queda corta para las necesidades reales existentes.

De las cinco provincias que constituyen la Comunidad, Albacete, Guadalajara y Toledo tienen Unidades de Geriátrica que atienden, en su área correspondiente, los cuidados geriátricos especializados. En la actualidad, con distintos grados de fortuna, se está planteando la creación de nuevas Unidades en otras localidades que, en caso de prosperar, ayudarán a cubrir íntegramente el territorio castellano-manchego.

Tanto el Plan Gerontológico Nacional como el Plan Geriátrico de la Comunidad Autónoma (en fase de propuesta) prevén la necesidad de creación de estructuras

hospitalarias desde las que garantizar los cuidados especializados para aquella población que cumple el perfil del paciente más necesitado de la Geriátrica: pluripatología, dificultad en su manejo físico, problemas mentales asociados... En resumen, necesidad de cuidados globales que no puedan ser aportados por otros especialistas y/o sistemas de atención.

Estas estructuras asistenciales están constituidas por camas dedicadas a atender las necesidades de los pacientes en período agudo de enfermedad, que precisen un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado que impida, en la medida de lo posible, la cronificación de los problemas, aparición de secuelas o complicaciones que favorezcan la presencia de los llamados síndromes geriátricos (incontinencia urinaria, alteración de la marcha, caídas, inmovilización, deterioro mental...). Además, debe disponerse de camas para los cuidados recuperadores del paciente, con especial énfasis en las técnicas de rehabilitación y de enfermería del anciano. Estas unidades de recuperación funcional precisan medios físicos, estructurales y personales diferentes del resto de las camas y unidades del Hospital.

Otra unidad exponente del tipo de cuidado especializado geriátrico es la que en régimen de Hospital de Día atiende al anciano. Ya no es precisa la permanencia continua del paciente en el hospital, sino que éste se beneficia de las técnicas hospitalarias durante la mañana y la tarde, regresando a su domicilio al atardecer donde descansará en compañía de su familia. Se logra así una más fácil reintegración en el entorno sociofamiliar.

Las Unidades de Geriátrica cuentan también con un área de consulta a la que son derivados (fundamentalmente desde Atención Primaria) pacientes que precisan una evaluación geriátrica integral (enfermedades, movilidad, situación mental, relación familiar...).

En los Servicios de Geriátrica un grupo de profesionales se dirige hacia el domicilio del paciente y/o al Centro de Salud para evaluar a quienes no pueden trasladarse al Hospital a causa de su marcado deterioro funcional,

estableciendo una relación profesional con el personal sociosanitario del Área.

Esta variada organización estructural asegura que un paciente con problemática aguda, crónica con (o sin) posibilidad de recuperación o en fases muy avanzadas de enfermedad, sea adecuadamente evaluado, asignándole la localización y el tipo de cuidados idóneos en cada caso (ingreso, seguimiento ambulatorio, permanencia domiciliaria...).

Desde el Ministerio de Sanidad se está potenciando otra forma de asistencia de más fácil organización por el menor desarrollo estructural que precisa. Consiste en la creación de un equipo de valoración y cuidados geriátricos (médico geriatra, enfermera y asistente social con experiencia geriátrica) que, a lo largo de tres fases de desarrollo, vaya organizando una labor de asesoría a otros profesionales del hospital y de la comunidad. Inicialmente no dispondría de camas para el desarrollo de su función y a medida que fuese pasando el tiempo (¿y mejorase la situación económica sanitaria?) iría añadiendo nuevas prestaciones: atención en fase aguda, de convalecencia, Hospital de Día, cuidados paliativos... Esta asistencia progresiva dependería de múltiples factores y aunque la propuesta resulta interesante no queda claro que la eficacia real sea elevada, especialmente en los primeros momentos de su implantación.

La Atención Especializada cuenta con un reto a superar por los facultativos actuales y por la administración sanitaria, tanto en lo que se refiere al mantenimiento de las estructuras ya existentes como a la creación y potenciación de las que están por venir.

Está claro que los otros especialistas no geriatras desempeñan una importante papel en la atención al anciano con problemas «de su especialidad» pues, conocedores de las modificaciones que la enfermedad puede tener por el proceso del envejecimiento y de las peculiaridades terapéuticas correspondientes, atenderán adecuadamente la enfermedad o problema orgánico o mental del anciano. Pacientes alejados del perfil geriátrico ya comentado pueden y deben ser atendidos por los correspondientes especialistas, asegurándose una calidad, accesibilidad y seguridad en la prestación de servicios o técnicas (ingreso en unidades de cuidados intensivos, exploraciones cardiológicas, técnicas endoscópicas, tratamientos sustitutivos, terapias mentales...).

Lamentablemente, en ancianos con múltiples enfermedades y secuelas, las necesidades son variopintas, interfiriendo en el funcionamiento sociofamiliar del anciano. Por ello se necesita un equipo homogéneo y bien coordinado que resuelva estas múltiples necesidades. Este equipo, junto con los niveles asistenciales comentados anteriormente, aseguran una red de cuidados integral, completa y adaptada a las



Carlos Monroy

necesidades cambiantes del anciano. La comprensión de qué es lo que le sucede al anciano, basada en una evaluación completa —que se realiza a través de una historia clínica, mental y social, junto con el uso de escalas y técnicas de medición complementarias— constituye la piedra angular en que se apoya el resto de la asistencia. Los geriatras trabajamos para la identificación y resolución de las necesidades existentes en los ancianos, gestionando los medios de que disponemos (camas y otras modalidades de atención) a través de una planificación del trabajo de los diferentes profesionales que participan del tratamiento.

La mayor parte de los cuidados sanitarios que precisan los ancianos no implican la utilización de técnicas hospitalarias. Afortunadamente nuestra población, gracias a los cuidados preventivo-educativos realizados cada vez más profunda y extensamente (control de la

tensión arterial, consejos dietéticos, control de glucemia, colesterol, descalcificación ósea...) y a la mejor calidad de vida alcanzada en nuestro país, tiene un nivel de salud bastante aceptable. Su cuidado debe ser asegurado por la Atención Primaria. Nada más cercano a un anciano que su médico de cabecera quien, en su posibilidad de conocer más profundamente al paciente, sus antecedentes de salud y enfermedad, su entorno (personas y domicilio), etc. puede asegurar un cuidado más ágil, rápido y —en la mayor parte de los casos— más adecuado.

Dotado el médico de cabecera de los conocimientos precisos para identificar rasgos de enfermedad, distinguiéndolos de aquellos aspectos compatibles con el envejecimiento y teniendo sensibilidad suficiente para derivar hacia la Atención Especializada aquel paciente que precise estos cuidados, asegura la calidad asistencial que el anciano requiere.

Desde la Atención Primaria se deben impartir cuidados de carácter preventivo (higiene, dietas, ejercicio, detección precoz de enfermedades...), curativo (dolencias o enfermedades) y rehabilitador (mantenimiento físico, estímulos mentales, tareas físicas a realizar...). El énfasis se pondrá en uno u otro aspecto de acuerdo a la situación personalizada del anciano.

La elaboración de programas de atención al anciano se va extendiendo de manera lenta pero continua. En 1992, sólo un 4% de los ancianos de nuestra Comunidad había sido incorporado en un programa específico, a pesar de que más del 65% estaba atendido por equipos de Atención Primaria en Centros de Salud. Un objetivo básico a desarrollar en los próximos dos o tres años es aumentar significativamente el grupo de ancianos bajo programa, obtener una adecuada historia clínico-social y realizar técnicas de evaluación multidimensional que favorezcan el conocimiento de problemas orgánicos, pérdida de autonomía, necesidad de ayudas, detección precoz de enfermedades incapacitantes, depresión, deterioro mental o cuidados sociales.

El cuidado domiciliario dependiente de la asistencia primaria es aspecto fundamental para asegurar un nivel de cuidados adecuados a quienes no pueden salir a la calle. Si bien hasta la fecha menos del 16% de los ancianos castellano-manchegos han contado con un programa de atención domiciliaria, éste se verá fuertemente potenciado en un futuro cercano, pues el cuidado domiciliario de los viejos con problemática discapacitante, alta cronicidad y mayor deterioro, será un objetivo prioritario a cumplir. Recordemos aquí que en la actualidad un 3,5% de nuestros mayores tiene más de 80 años y la prevalencia de patología cardiorrespiratoria, tumoral o con alto índice de secuelas en ellos es muy importante. Estadísticas recientes demuestran cómo el deseo del anciano es verse en su domicilio, rodeado de lo

que siempre le ha rodeado, en su entorno, hasta su fallecimiento. Obligación del sistema sociosanitario es asegurar que este deseo se cumpla. Es básica la colaboración de los familiares y cuidadores, así como el contar con una infraestructura domiciliaria mínimamente adecuada. El equipo de asistencia primaria garantizará este cuidado domiciliario. La potenciación de apoyos y estructuras sociales que trabajen en cercana colaboración con ellos asegurará una red asistencial adecuada. Lamentablemente, la existencia en la actualidad de esta red es anecdótica.

El cuidado social es básico, tanto en los ancianos que no pueden salir a la calle, como en aquellos que con más o menos dificultad se valen en sus actividades cotidianas. Con diferente intensidad, hasta un 60% de los mayores precisa algún grado de vigilancia, ayuda o sustitución en dichas actividades (cuidado personal, salir de casa, deambulación...). Distintas intervenciones sociofamiliares deben proporcionar apoyo, distracción, continuidad en los cuidados e, incluso, si el medio familiar falla, las instituciones sociales deberán asegurar aspectos tales como la alimentación, higiene, limpieza de la casa, etc., quedando como último recurso la institucionalización del anciano, es decir, su ingreso en una residencia. Estas siempre asegurarán el cuidado sanitario cuando el anciano lo precise, amén de aquellos que sustituyen parcialmente al hogar en un ámbito de participación democrática y estimuladora de la autonomía de los ingresados.

España y Castilla-La Mancha cuentan en la actualidad con unos datos sobre el envejecimiento cada vez más preocupantes. El déficit de cuidados sociales domiciliarios, comunitarios y de institucionalización, es aún acusado, aunque se van realizando mejoras en los mismos. El anciano es un ser que precisa cuidados múltiples, familiares, económicos, afectivos, preventivos de enfermedad, promotores de salud y, ante la presencia de enfermedad, curativos, recuperadores o paliativos de síntomas. Habitualmente, estas necesidades múltiples se entrelazan las unas con las otras. La respuesta exclusivamente social o exclusivamente sanitaria está condenada al fracaso en gran medida. Se hace obligatoria la coordinación e integración de cuidados para asegurar una respuesta sociosanitaria homogénea y adaptada a cada necesidad. Tal vez en el futuro las Comisiones sociosanitarias de Área (en las que participarán las distintas entidades que proporcionan asistencia al anciano) sean elementos que favorezcan esta integración de cuidados. De momento, habrá que crear las estructuras sobre las cuales estas Comisiones se fundamenten, mediante el establecimiento de una buena red primaria de cuidados (tanto sanitarios como sociales) y asegurar una red especializada (social y sanitaria) para aquellos casos que lo requieran. ■