

Insuficiente asistencia sanitaria al mayor en la Comunidad Madrileña

Arbelo López de Letona A

Médico, ex-director gerente del Hospital Guadarrama
a.arbelo.11@terra.es

“La vejez es la etapa más ignorada y descuidada de nuestro trayecto vital.”

L. Rojas Marcos

Recientemente la prensa ha informado de la crítica situación de una clínica privada de más de 300 camas situada al norte de la capital concertada con el Servicio Regional de Salud. La noticia resaltaba la mala atención prestada a los enfermos crónicos y terminales en ella ingresados. Se mencionaban y daban a entender igualmente al menos cuatro de sus causas, a nuestro juicio principales, sobre las que precisamos algunas reflexiones que exponemos a continuación:

Insuficiente financiación vía concierto de la Consejería de Sanidad de la Comunidad con la consecuente falta de medios y personal asistencial por parte del proveedor del servicio

Resulta paradójico que sea la propia Administración Pública quien concierte servicios con tarifas ínfimas, sabiendo que obviamente esta situación provocará maltrato al paciente mayor al no poder alcanzarse con determinados costes la prestación del servicio con

unos mínimos estándares de calidad. Paradójicamente la misma Administración se ve obligada a intervenir por vía de su propia inspección realizando el expediente sancionador correspondiente, habiendo sido ella la causante en gran medida de la delicadísima situación creada. Curiosamente se admite casi a priori que el concierto vigente habrá de ser actualizado.

Queda meridianamente claro para el lector que resulta hasta poco ético que el financiador público se empeñe en conseguir una provisión de servicios imprescindibles para determinados ciudadanos a menos de la mitad de su coste real. ¿Quién puede sorprenderse en estas circunstancias de los resultados de este dislate asistencial?

Falta de planificación teniendo presentes la morbilidad y demografía imperantes

El 14,7% de la población madrileña supera actualmente los 65 años de edad, variando esta proporción desde el 21,3 al 7,5 en las once áreas sanitarias establecidas, siendo su índice de envejecimiento global de 103,8 y de 20,7 el de dependencia. Las patologías

que padece este segmento poblacional son bien conocidas en todos sus aspectos tanto clínicos, como evolutivos y pronósticos, así como, y epidemiológicos.

En nuestra comunidad sólo existen tres hospitales públicos denominados históricamente como de media y larga estancia (hallándose esta última modalidad de larga poco definida). Estos hospitales proporcionan asistencia a enfermos mayores una vez superada la fase aguda de su proceso tratando el mismo en su fase de convalecencia, habitualmente acompañada de otros (pluripatología de la vejez), requiriendo gran parte de los mismos medidas rehabilitadoras y cuidados específicos de enfermería.

Los procesos prevalentes asistidos constituyen síndromes geriátricos bien delimitados: enfermos cardiopulmonares reagudizados, fracturas de cadera, prótesis de rodilla, amputaciones, inmovilismo, úlceras de decúbito y accidentes cerebrovasculares que requieren tratamiento rehabilitador mediante fisioterapia, terapia ocupacional y/o logopedia, de ahí que también se denomine a este tipo de hospital como geriátrico-rehabilitador. También disponen igualmente de unidades de cuidado paliativo para enfermos con procesos irreversibles o terminales que precisan un entorno adecuado y cuidados no menos propios.

El hospital de día geriátrico completa la cartera de servicios de estos centros, constituyendo en sí una gran oportunidad para los mayores de las zonas básicas cercanas, siendo así también una oferta valiosa para sus médicos de Atención Primaria de los distintos centros de salud.

En Madrid existen también otras tres unidades de media estancia ubicadas en hospitales de agudos: Universitario

Clínico San Carlos, Central de la Cruz Roja y Canto Blanco.

En esta modalidad asistencial, en conjunto, la estancia media de los enfermos ingresados es de unos cuarenta días frente a los nueve habituales de los hospitales de agudos, si bien los mayores en éstos últimos la superan en otros cuatro días.

Es cierto que en los hospitales periféricos del IMSALUD La Fuenfría, Guadarrama y Virgen de la Poveda se ha realizado un importantísimo esfuerzo inversor en los últimos años, lográndose un modelo encomiable según el estado del arte geriátrico actual, habiéndose conseguido avances muy significativos en la gestión de este tipo de enfermos, si bien, sorprendentemente pese a su gran demanda potencial, su ocupación es todavía insuficiente por razones históricas de postergación y su no correcta sectorización.

Al margen de otros recursos concertados, junto a las tres unidades citadas, estos centros suponen un total de casi 700 camas, que brindan asistencia integral y personalizada al perfil de enfermo descrito en número cercano a 4.000 anuales. Todos estos recursos constituyen un eslabón imprescindible para asegurar la correcta continuidad asistencial, que, a través de la convalecencia y recuperación funcional, permite a los pacientes volver a su entorno habitual donde lógicamente muchos de ellos deberán seguir siendo asistidos por la Atención Primaria y los servicios sociales (apoyo domiciliario, cuidado del cuidador principal, centro de día o residencia), según proceda. Este último tramo de la cadena asistencial ha sido denominado sector sociosanitario, que hoy en día es un espacio virtual pero cuya necesidad de ampliación y mejora debería constituir un objetivo primordial. Su falta de concreción no ha permitido establecer flujos de pacien-

tes bidireccionales y criterios homogéneos de evaluación dándose una variabilidad tremendamente arbitraria. La no cobertura universal de lo social representa un gran escollo para el correcto entronque de los distintos servicios.

Gestión ineficiente

Datos sanitarios oficiales recientes (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de la Asistencia Especializada permiten conocer cómo anualmente los hospitales de agudos de la región "retienen" innecesariamente a 12.000 enfermos mayores con estancias medias superiores a 25 días, causando este tipo de enfermos unas 300.000 estancias de un altísimo coste y, lo que es peor, sin garantizar muchas veces la atención adecuada una vez superada su fase aguda (no rehabilitación precoz continuada, no atención específica, etcétera).

Ni qué decir tiene que de existir recursos suficientes del modelo anterior que propugnamos con un coste sensiblemente inferior a la mitad de estas "estancias inapropiadas" o potencialmente evitables, la ubicación eficiente de los pacientes en su más adecuado nivel asistencial resolvería muchos de los problemas históricos de los hospitales de agudos, demostrándose asimismo que también existe inteligencia fuera de ellos y que su coordinación con el exterior es, igualmente, sumamente mejorable.

Creemos que el mantenimiento de la situación actual supone un gasto ineficiente del dinero público que todos pagamos a través de impuestos, lo que implica irresponsabilidad política y gestora. Para consuelo de nuestros mayores, sólo un partido político representado en la Asamblea de Madrid ha propuesto el desarrollo de hospitales geriátrico-rehabilitadores en la zona sur de Madrid en su programa electoral.

La sanidad madrileña debería demostrar que el sector sanitario no es un "pozo sin fondo" reordenando los recursos actuales y trazando una estrategia más lógica de futuro para la correcta asistencia de los mayores.

Insuficiente desarrollo asistencial geriátrico

Lejos de nuestra intención medicalizar aun más a la sociedad. El anciano debe siempre disfrutar de su entorno habitual, pero también precisa de cuidados específicos cuando enferma y se hace transitoriamente dependiente.

En Madrid los geriatras hospitalarios públicos no alcanzan en total los cincuenta, no existiendo su oferta en ninguna medida en ocho centros. Basta con lo referido, sin tener que insistir en otros indicadores sobradamente conocidos, para diagnosticar la carencia de medios disponibles así como su irregular distribución y ordenación.

La geriatría, pese a ser una especialidad médica relativamente joven, está llamada a jugar un papel de primer nivel en nuestro diseño asistencial, ya en el momento actual y todavía mayor en el inmediato futuro, puesto que Madrid, como bien sabemos, posee una población envejecida y con alto índice de dependencia social (mayores de 65 por cada cien habitantes de 15 a 64 años).

Además de ampliar los recursos, la Administración y los profesionales sanitarios deberán definir y protocolizar a la población geriátrica diana tributaria de mejorar su asistencia mediante una red totalmente integrada en el sector. Igualmente, resulta necesaria una mejor clasificación específica de estos pacientes (método RAJ/RUG III) que permita al financiador establecer un justiprecio por proceso a la par que implantar planes específicos de calidad que eviten

situaciones ignominiosas dentro del estado de bienestar alcanzado.

El momento para mejorar la asistencia al mayor no admite dilación alguna y además parece muy oportuno al contar con dos próximas medidas de índole general vitales para lograrlo:

reconocimiento de la especialidad de la enfermería geriátrica y la aprobación del Sistema Nacional de Dependencia, que habrán de ser pilares fundamentales en la ordenación y consolidación de la asistencia a nuestros mayores, generación que bien se lo merece.