



***Sobre la coordinación
socio-sanitaria en la
atención a los mayores***

El ya comienzo clásico de cuanto se escribe sobre personas mayores en este final del siglo XX sigue siendo válido también en esta ocasión: «el creciente aumento en cifras de las personas ancianas»... Tras de él siguen consideraciones de corte social, económico, político o sanitario.

Unido a lo «cuantioso» del grupo de mayores es necesario destacar su perfil de morbilidad y mortalidad que se traduce en una mayor demanda de servicios sanitarios, pero sobre todo, de necesidad de cuidados.

La atención integral a las personas de edad, objetivo marco de toda política social y sanitaria, excede en muchas ocasiones el ámbito de los servicios sanitarios. Reconocemos que la tasa de ingresos hospitalarios es al menos el doble que en otras edades, su estancia media es infinitamente más prolongada y los reingresos son frecuentes. El por qué se dilatan las estancias en el hospital encuentra respuesta en la combinación de diversos factores: por una parte las características de la enfermedad del paciente anciano, su pluripatología, su evolución, pero, en demasiadas ocasiones por la imposibilidad de reubicar al anciano en su domicilio o en otro nivel asistencial extrahospitalario, máxime cuando el grado de dependencia que presentan es alto.

El nivel primario de la asistencia al anciano todavía no ha respondido con diligencia a las demandas que requieren este grupo de ancianos. Colapsos en los centros, descoordinación con el hospital y con otros servicios sociales de la Comunidad, ausencia real de programas específicos del anciano, insuficiencia en «recursos» para una correcta ejecución del programa de visita domiciliaria y, seguro, un largo etcétera, completarían el panorama actual.

Nadie, a estas alturas, discutirá las enormes ventajas que una adecuada provisión de servicios reporta en el paciente geriátrico, reduciendo índices de mortalidad, mejorando su funcionalidad, ubicándolo o devolviéndolo realmente al nivel preciso y disminuyendo la utilización de recursos institucionales. Esta clara fórmula vislumbrada y requerida por todos los que trabajamos en el campo del anciano, tiene una sola escritura: es preciso una identificación precisa de los ancianos tributarios de cada uno de los servicios sanitarios y sociales existentes y además de esto, será necesario desarrollar los mecanismos que posibiliten esta intervención. Reorientación y reorganización de los servicios sanitarios y sociales en torno al anciano que descansaran obligatoriamente en la COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA.

Se hace necesario un esquema de trabajo que canalice con racionalidad las demandas de cuidados del anciano a través de una única vía de entrada, y dé respuesta a través de una única «bolsa de recursos».

Compartimos con los responsables del documento de «Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores» del Ministerio de Sanidad y Consumo (mayo 1993), las bases previas para la reordenación de los servicios de atención a este grupo de mayores.

Un sistema creado para ser integral, interdisciplinar y rehabilitador, y cuyo esquema de organización velará por «garantizar una red articulada de servicios que cubran las necesidades de atención de las personas mayores».

Este primer manifiesto que abrió una puerta a la esperanza de muchos de los que lo leímos ya que recogía algunas líneas maestras de un plan de futuro en la asistencia al anciano, iba acompañado de la habitual sombra de duda. ¿Algún día dejaría de ser un recital de buenas intenciones y acertadas líneas teóricas para solucionar «problemas»? o ¿quedaría en un informe técnico más? La primera confir-

mación operativa fue dada con la firma de un Convenio de colaboración entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales a los pocos meses (14 diciembre 1993), para la atención socio-sanitaria de las personas mayores.

Sus objetivos son: coordinar los servicios, optimizar los recursos y gastos favoreciendo un adecuado equilibrio, según palabras textuales, entre eficacia y eficiencia, elaboración, desarrollo y financiación de programas de formación y reciclaje del profesional en este ámbito. Establecer como campos básicos de actuación coordinada, la promoción de la salud, la rehabilitación funcional y social, el desarrollo de recursos alternativos al internamiento y de sistemas de cuidados que permitan al anciano permanecer en su medio, conceder aparatos, ayudas técnicas y elementos que mejoren la autonomía de las personas mayores, reconvertir o adaptar centros destinados a los ancianos, con criterios actualizados en el campo de la Geriátrica y Gerontología e invertir en investigación en este área.

A través de la Comisión Mixta de Cooperación y Coordinación, se proponen crear comisiones sociosanitarias en cada ámbito territorial como verdadero instrumento coordinador de esta «política».

Este primer «paso hacia adelante», va a ponerse en marcha con cuatro iniciativas piloto de coordinación sociosanitaria.

Deseamos y confiamos que esta clarividencia en considerar el término coordinación como palabra clave para la adecuación de los servicios dirigidos al anciano, sea sólo el prólogo de un futuro plan global para todos los integrantes de este grupo de mayores. El desarrollo puntual de cada uno de esos terrenos de actuación, es como contempla el propio documento, lo que resta: el despliegue de servicios a partir de la Atención Primaria, el reconocimiento del pilar que representan los recursos sociales, sobre todo los referidos a cuidados domiciliarios, residencias y hogares y el esquema de atención hospitalaria al anciano, con criterios de atención y orientación del anciano por parte de un equipo interdisciplinario (figura propuesta del Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos), con reordenación de servicios y puesta en marcha de servicios específicos como hospitales de día geriátricos, unidades de hospitalización de agudos, unidades de convalecencia, unidades de cuidados paliativos, y respondiendo organizativamente a la necesaria coordinación entre la asistencia hospitalaria y comunitaria.

Esta esquematización del «quehacer» y la puesta en funcionamiento de experiencias piloto, además de actualidad, han de ser consideradas como buenas noticias.

J. Javier Soldevilla Agreda
Presidente S.E.E.G.G.