

EL PLAN DE SOSTENIBILIDAD Y LA ATENCIÓN GERIÁTRICA EN MADRID

Desde hace unos meses los facultativos sanitarios de la Comunidad de Madrid estamos asistiendo atónitos a la falta total y absoluta de planificación, conocimientos técnicos y reflexión por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Todo ello se ha asociado al más absoluto desprecio a las opiniones generosamente aportadas por los diferentes colectivos profesionales. Profesionales que en un intento por generar un cambio, permitiese adaptar un modelo de atención sanitaria desafortunadamente obsoleto a las necesidades asistenciales actuales: el envejecimiento y el abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas, conceptos sanitarios apenas conocidos hasta hace apenas unas décadas.

Este cambio resulta imprescindible para poder dar la respuesta más adecuada a las necesidades reales de salud de la sociedad de hoy en día y necesario para favorecer la sostenibilidad real del sistema sanitario público, de forma que garantizando la mejora en la calidad técnica de la asistencia se pueda producir una reducción real del gasto sanitario.

Preocupados como están con este cambio de modelo asistencial en otras comunidades autónomas y países de nuestro entorno (la propia Comisión Europea recientemente ha emitido un informe en el que se explican pormenorizadamente dichas necesidades: *Commission Communication, Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing — COM(2012) 83 final*) vemos cómo sorprendentemente en la Comunidad de Madrid se inicia un cambio sin precedentes en el modelo sanitario y, probablemente por la falta de conocimientos, se estrellan contra una de las principales necesidades internacionales, lo que ellos denominan como “la adecuada gestión sanitaria de los individuos ancianos”.

¿Qué más podemos hacer para demostrar que la gestión de la sanidad requiere algo más que conocimientos de gestión empresarial, que por cierto aún no han sido demostrados, y que la gestión clínica, es decir la aplicación científica de los conocimientos económicos y empresariales al campo específico de la sanidad, es imprescindible para hacer las cosas de forma adecuada en nuestro sector? Huelgas de características hasta ahora desconocidas en medicina, manifestaciones masivas y reiteradas, firmas masivas por ciudadanos y profesionales, huelgas de hambre, encierros, cartas, propuestas alternativas...

En un intento desesperado por seguir intentando desmontar esto que algunos llaman plan sanitario y yo llamaría plan de insalubridad, que tendrá claras consecuencias, tanto sanitarias como económicas, en el corto, medio y largo plazo, me gustaría revisar los puntos específicos que nuestra Consejería de Sanidad ha dedicado a la atención de lo que ellos llaman “población mayor”:

Aprovechamiento de los recursos para mejorar la atención de la población mayor

§ Transformación del Hospital de La Princesa en un hospital de alta especialización para la patología de las personas mayores

No voy a dedicar mucho espacio a explicar lo que brillantemente denunciaron las Sociedades Madrileña, Españolas y Europea de Geriátría (<http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/geriatria.pdf>).

Simplemente me quedo con una frase: *los hospitales monográficos para la atención a personas mayores están prácticamente desterrados en el mundo occidental desde hace varias décadas por razones, entre otras, funcionales, económicas y éticas.*

Y digo yo, ¿es que no hay técnicos en la consejería que hayan desaconsejado dicha transformación antes de hacerla pública?, ¿es que no pudieron leerse el Plan Estratégico de Geriátría presentado tan solo unos meses antes de esta sinrazón?, ¿es que no se les cae la cara de vergüenza de proponer algo así?, ¿es que esta falta de criterio no es suficiente para que la persona que haya escrito dicha propuesta sea inmediatamente cesada de su cargo?

Sin embargo, en la Consejería, no satisfechos con la respuesta, siguen adelante con un plan de 29 programas de atención especializada a los ancianos que no cuenta con el consenso de ninguna de las sociedades científicas especializadas en la atención a estos pacientes.

§ Transformación del Hospital Carlos III en un hospital de estancia media.

No voy a entrar a hacer sangre sobre la irresponsabilidad de hacer 10 nuevos hospitales de agudos en menos de cinco años, porque es una crítica fácil que ya hemos oído desde diferentes puntos del planeta (sí, también ha sido criticado a nivel internacional). Tampoco voy a entrar en lo que pueda significar el desmantelamiento de las unidades que allí están funcionando, porque sería desviarme del objetivo claro de mi carta.

Lo que no puedo es por lo menos hacer una reflexión respecto a lo que implica transformar un hospital como el Carlos III en un centro de media estancia cuando se están desmantelando centros de media estancia ya funcionantes.

Desconozco las características arquitectónicas del Hospital Carlos III y su adecuación técnica a un centro como el que se pretende poner en marcha. Lo que sí sé es que desde el año 2005 en el Instituto Provincial de Rehabilitación se ha dispuesto de dos unidades punteras en cuanto a la asistencia geriátrica se refiere, la Unidad de Ortogeriatría y la de Convalecencia, y que pese a los excelentes resultados que han venido aportando durante los últimos años, estamos viviendo como desde hace unos meses ambas unidades se están desmantelando.

La Unidad de Ortogeriatría, que disponía de 14 camas, estaba destinada a la convalecencia y rehabilitación de los pacientes que han sufrido una fractura de cadera. Permite prevenir y tratar las posibles complicaciones postoperatorias y a través de un plan de rehabilitación integral busca conseguir la máxima recuperación funcional posible en el postoperatorio, de forma que al alta de dicha unidad los pacientes hayan recuperado un adecuado grado de independencia funcional que permita no tener que

continuar el tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria. Así mismo, permite atender la problemática social que pueda derivarse del cambio en el estado funcional. Esta unidad ha permitido mejorar en hasta 5 días la estancia hospitalaria en la unidad de agudos del servicio de traumatología, liberando camas que pueden ser ocupadas con otros procesos agudos urgentes o bien para intervenciones programadas, que de otra forma según el actual sistema de lista de espera serían derivadas a centros privados. Además esta unidad, dadas las características de menor complejidad, reduce el coste por estancia y los costes indirectos derivados de un alta en una fase de menor independencia funcional.

La Unidad de Convalecencia de Geriatría, que disponía de entre 26 y 52 camas, da la respuesta asistencial más adecuada a aquellos pacientes que ingresados como consecuencia de la reagudización de un proceso crónico, presentan un deterioro general y funcional que dificulta el alta hospitalaria. Así mismo, permite evitar dicho deterioro en aquellos pacientes trasladados en las fases iniciales de dichas reagudizaciones, con el objetivo de vigilar la evolución clínica cuando ya no requieren procedimientos propios de una unidad de agudos. Esta unidad permite completar tratamientos médicos en una unidad de menor complejidad y por tanto de menor coste, reducir el número de camas en las unidades de agudos, el control de patologías crónicas y promover la recuperación funcional que permita la reintegración a su entorno tras el periodo de convalecencia.

En la actualidad y a pesar de la alta demanda y clara necesidad de la existencia de unidades de atención al paciente anciano con deterioro funcional agudo y subagudo en el contexto de enfermedades agudas y/o crónicas, como la propia Consejería de Sanidad parece indicar con sus propuestas, estamos asistiendo al cierre de diferentes unidades de dichas características en el Instituto Provincial de Rehabilitación. De la capacidad total de 90 camas de hospitalización actualmente sólo se cuenta con 38 camas abiertas.

Este hecho, que por razones obvias no lleva asociado una disminución de la demanda, conlleva la paradoja de que en la actualidad se estén trasladando a los pacientes que requieren estas unidades, bien a camas de hospitales privados concertados o a hospitales de la red pública localizados fuera de la ciudad de Madrid (Guadarrama, Cercedilla o Villa del Prado). Resulta un absoluto contrasentido que mientras se infrutiliza un centro con una buena dotación y ubicación, se pretenda repetir dicho modelo otro centro distinto, y mientras además se estén derivando los pacientes a otros centros públicos y privados.

Además y como última reflexión, no puedo obviar la reciente respuesta de la Consejería a la denuncia que hace AFEM sobre el desmantelamiento del IPR (<http://ecodiario.economista.es/interstitial/volver/acierto-abril/salud/noticias/4731562/04/13/AFEM-denuncia-el-cierre-de-52-camas-de-Instituto-Provincial-de-Rehabilitacion.html>): “parte de la actividad del Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR) se ha trasladado al Hospital General Universitario del Gregorio Marañón, centro del que es dependiente, como medida para mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes”

(<http://www.lavanguardia.com/local/madrid/20130408/54371045598/sanidad-replica-a-afem-que-parte-del-ipr-se-ha-trasladado-al-maranon-y-que-no-se-ha-dejado-de.html>). ¿Quiere esto decir que la atención que se da a los ancianos en este centro no es de la calidad adecuada? Entonces, ¿podría alguien explicarme qué criterio hay que cumplir ahora para ser candidato a traslado al IPR y no permanecer en el Marañón, donde, en palabras del consejero, se presta mejor calidad de atención? O, lo que es peor, si la atención no es de la calidad deseada ¿por qué se mantiene abierto y se quiere repetir este modelo en el Hospital Carlos III?

A la espera de respuesta a éstas y tantas preguntas previas, seguiremos trabajando por la mejora de la calidad de la atención a nuestros pacientes y la sostenibilidad real del sistema.

Patricia Alonso Fernández (Médico geriatra del Hospital Infanta Leonor, Madrid)