

Variabilidad clínica en las hospitalizaciones de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud

Jordi Colomer i Mascaró. Hospital de Viladecans. Profesor asociado de la Universitat Oberta de Catalunya.

Uno de los retos de nuestro sistema sanitario es el aumento de la población envejecida y su relación con el uso de los servicios sanitarios. Desde hace unos años este aumento ha conllevado diferenciar a un subgrupo de pacientes dentro del clásico corte consistente en pacientes mayores de 65 años. Es habitual en nuestros centros una frecuentación de pacientes por encima de los 75 años que puede llegar a alcanzar el 30% de las altas totales (8% mayores de 85 años). En este estudio sobre la variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud se ha observado en primer lugar que la tasa de hospitalizaciones sigue aumentando con la edad en ambos sexos. Pese a las semejanzas observadas en nuestro Sistema Nacional de Salud existe un comportamiento dispar entre las distintas Comunidades Autónomas; sin embargo, de su lectura no se puede desprender inequidad relacionada con componentes políticos al observar, también, una importante variabilidad intra-Comunidad Autónoma asociada al volumen de recursos disponibles, productividad y renta disponible de cada área estudiada. En este sentido, sería interesante poder conocer, además, el número de estancias relacionadas con hospitalizaciones potencialmente prevenibles o evitables debidas a las descompensaciones de las enfermedades crónicas (diabetes, EPOC, bronquitis, insuficiencia cardíaca, etc) y su relación con los recursos y las funciones propias de la atención primaria.

Los ingresos hospitalarios se agrupan entre patrones agudos (quirúrgicos y médicos), y patrones propios de procesos crónicos. En el grupo de pacientes mayores de 80 años se observa una mayor proporción entre los procesos compatibles con la reagudización de enfermedades crónicas (insuficiencia cardíaca, EPOC y bronquiectasias) que se acompaña de numerosos procesos agudos (cataratas, fractura de cadera, infarto agudo de miocardio, neumonía, enfermedad cerebrovascular aguda). En este grupo de mayores de 80 años la variabilidad global es mayor y parte de este comportamiento podría ser debido a una mayor presencia de diagnósticos con mayor variabilidad en su codificación (por ejemplo EPOC, bronquiectasias o insuficiencia cardíaca). En cualquier caso, la moderada variabilidad existente entre grupos de personas mayores indistintamente de su edad pone de manifiesto una realidad y la necesidad de acometer alguna acción, con la finalidad de adecuarse mejor a las necesidades de estos pacientes y afrontar el enorme impacto que supone esta variabilidad en la utilización hospitalaria entre las distintas áreas (una variación entre 600.000 o 710.000 ingresos en dependencia de situarse en el área que menos o más tiene en el estudio presentado).

La mayoría de los sistemas hospitalarios responden más bien a premisas establecidas en los años 80. Nuestro sistema sanitario fue diseñado para atender pacientes agudos, con factores de éxito basados en diagnósticos certeros y conocimientos específicos. Desde entonces y de forma progresiva nuestro perfil de los pacientes ha cambiado sustancialmente. La mayoría son pacientes crónicos, que presentan fundamentalmente reagudizaciones de su cronicidad, y por ello requieren una atención aguda delimitada en el tiempo y cuidados posteriores, integrales y a lo largo del tiempo, resituando el papel del hospital como un dispositivo más del sistema sanitario. Sin embargo, las dos tendencias, la demográfica (envejecimiento progresivo) y la organizativa (modelo asistencial) no avanzan a la misma velocidad.

En la década de los 90 se ha observado un cambio en el sistema hospitalario orientado a dar respuesta al criterio de adaptar los recursos a las necesidades de los pacientes. En este sentido, muchos hospitales españoles disponen en la actualidad de infraestructuras pensadas para nuevos pacientes ambulatorios, como son los hospitales de día y las unidades de cirugía sin ingreso, rompiendo el esquema clásico del hospital consistente en urgencias, hospitalización y consultas externas. Este paso realizado en el diseño de los hospitales ha sido relevante, llamativo, discutido y ha contribuido a relativizar el papel terapéutico de la cama. Junto a estas alternativas a la hospitalización, ha existido otro factor ligado a las innovaciones tecnológicas (cateterismo cardíaco, laparoscopia, etc), que de forma mediática y aceptada por todas las partes, ha representado de forma silenciosa una disminución mucho más importante de camas hospitalarias. En sentido contrario, con excepción de algunas Comunidades Autónomas, no disponemos de una red de infraestructuras socio-sanitarias específicamente pensadas para las necesidades de las personas mayores. Este hecho podría explicar la diferencia de los resultados observados en el estudio *Ageing and Retirement in Europe (Share)* sobre España respecto a otros países de nuestro entorno y la ausencia de la clara caída del uso de los servicios sanitarios a partir de los 80 años (variabilidad influida por decisiones familiares, clínicas y de poder atender adecuadamente los pacientes terminales).

De la misma forma que la atención ambulatoria exige una selección predeterminada de pacientes para prestar una atención idónea, las unidades de hospitalización convencional, deberían dar un paso más y ser capaces de disponer de criterios de selección para adecuarse al perfil de una sociedad que alcanzará un porcentaje de mayores de 65 años del 30% en el año 2050, y que se acompañará con un envejecimiento de la propia vejez. Esto significa repensar la hospitalización convencional del paciente adulto y evitar un patrón similar de cuidados indistintamente de la edad. Este cambio representa disponer de alguna unidad de hospitalización orientada más y mejor a pacientes mucho más mayores y con necesidades de atención ligadas a las reagudizaciones de su patología crónica. Con estancias cortas y con dispositivos socio sanitarios complementarios para su posterior convalecencia y restablecimiento a su domicilio o residencia de larga estancia. Se habla hoy en día mucho de la medicina personalizada y cómo no, ligada a la tecnología, y poco de lo que podríamos denominar la medicina individualizada, más cercana a cambios sociales, con distintos hábitos, valores y conductas. Las necesidades cognitivas o de movilidad en los pacientes mayores de 75 años son relevantes y mucho más homogéneas que los motivos del ingreso. Semejanzas en la necesidad de cuidados bien se merecen unidades de hospitalización individualizadas con perfiles de profesionales con una visión integral, longitudinal y sensibilidad para evitar ofrecerles el mismo patrón de atención respecto al resto de los pacientes adultos ingresados. Unas unidades de hospitalización basadas en los cuidados, y no tanto en áreas de conocimiento. Este es el reto, que se puede deducir de este estudio: adecuar los recursos a las necesidades de los pacientes con la finalidad de disminuir la variabilidad que responde a otros criterios.