

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 69

Los servicios integrados para la población mayor con dependencia

Autor: Zunzunegui Pastor, María Victoria
Filiación: Universidad de Montreal, Québec, Canadá
Contacto: maria.victoria.zunzunegui@umontreal.ca
Fecha de creación: 04-12-2006

Para citar este documento:

ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria (2006). "Los servicios integrados para la población mayor con dependencia". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 69. [Fecha de publicación: 05/12/2006].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zunzunegui-servicios-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003
ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



Los servicios integrados para la población mayor con dependencia

Maria Victoria Zunzunegui,
Profesora, Departamento de Medicina Social y Preventiva
Universidad de Montreal, Québec, Canadá.

En este trabajo se presenta una breve revisión de las experiencias de integración de servicios para personas mayores con dependencia y se resumen los resultados de investigación de los estudios más recientes en Italia, país con el que compartimos valores de la cultura mediterránea y Canadá, con quien compartimos la universalidad del sistema de salud y la heterogeneidad de la red de servicios, resultante de un Estado compuesto por provincias o Comunidades Autónomas.

Recién aprobada la Ley de Dependencia, nos referimos a estas experiencias para examinar los problemas encontrados y las soluciones aplicadas por estos grupos de investigación. Sin duda, estas experiencias en sociedades similares a la nuestra nos pueden orientar en la fase de implantación de la Ley.

Antecedentes

En 1993 se publicó el Plan Gerontológico Nacional en el que se abordaba al envejecimiento de la población española y las nuevas necesidades de servicios (Plan Gerontológico Nacional, 1993). En este Plan se establecían objetivos orientados a la provisión de servicios sanitarios y sociales para promover un envejecimiento saludable y prestar la atención necesaria a aquellos mayores con discapacidades que requieren servicios de larga duración. El Plan Gerontológico Nacional sirvió de inspiración para la elaboración de diversos planes en las Comunidades Autónomas.

Actualmente, nos encontramos con un desigual desarrollo de servicios en el territorio nacional. Solo en algunas comunidades autónomas, los planes gerontológicos se han visto acompañados de los recursos necesarios para su ejecución. En Navarra se ha publicado recientemente una evaluación del Plan Gerontológico para el periodo 1997-2000 (Oslé & Anaut, 2003). En esta evaluación se observa que los mayores desean permanecer en sus domicilios el mayor tiempo posible y que los programas de adecuación de la vivienda y el servicio de ayuda a domicilio (SAD) son muy demandados por la población mientras que los centros de día tienen menor demanda. La inversión en nuevas plazas de residencias ha sido mayor que la presupuestada. Se han puesto en marcha algunos servicios y se ha ampliado la cobertura de otros pero no existe suficiente integración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales ni entre los distintos niveles de atención sanitaria (primaria o especializada) o social (comunitaria o residencial). La preocupación actual se centra en integrar los nuevos servicios para mejorar la continuidad y la calidad de los mismos asegurando el coste efectividad de las nuevas inversiones.

La Ley de Dependencia

En diciembre de 2006, se aprueba en las Cortes la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, conocida como La Ley de Dependencia con el apoyo de la práctica totalidad de los partidos políticos. La ley regula las condiciones básicas que garantizan los derechos de las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema Nacional de Dependencia con la colaboración de las Comunidades Autónomas y en su caso, las Entidades Locales.

La red de servicios del Sistema Nacional de Dependencia deberá ofertar los servicios que establece la ley en su artículo 15, mediante centros y servicios públicos o privados concertados. Estos servicios incluyen:

- a) Servicios de Prevención de situaciones de dependencia;
- b) Servicios de Teleasistencia;
- c) Servicios de Ayuda a Domicilio;
- d) Servicios de Centro de Día y Centro de Noche;
- e) Servicio de Atención residencial.

Esta Ley marca un antes y después en la Atención a las personas con dependencia y muy especialmente a las personas mayores de 65 años, cuyos cuidados han sido hasta ahora una responsabilidad familiar. La puesta en marcha de los servicios que especifica la Ley requiere una transformación de la organización y provisión de los servicios de salud y sociales. La Ley especifica los servicios prestados en la comunidad y garantiza un Programa Individual Atención (PIA) para cada persona con dependencia moderada o severa. El PIA será el fruto del trabajo de equipos interdisciplinarios que tengan como objetivo evaluar, prevenir, tratar y rehabilitar, pero sobre todo, mantener la calidad de vida de las personas mayores afectadas por discapacidades que con lleven dependencias.

La Ley no prevé la integración de los servicios médicos (médicos, hospitalizaciones, medicamentos) en los servicios de apoyo a la dependencia y nos parece vital desarrollar y conseguir esta integración en las fases iniciales de la puesta en marcha de los servicios que marca la ley.

La Ley de Dependencia responde a una preocupación ciudadana y ha sido posible gracias a la voluntad política, expresada por una aceptación casi unánime. Estamos de acuerdo en que esta Ley es necesaria pero ahora nos preguntamos: ¿Como se puede poner en marcha? ¿Cuanto va a costar?

Para contestar a estas preguntas, podemos inspirarnos en los resultados obtenidos en estudios realizados en otros países que comparten con nosotros un rápido envejecimiento poblacional. La revisión de estas experiencias nos ayudara a planificar, identificar necesidades, identificar barreras y facilitadores a la implementación de esta gran transformación de los servicios y estimar sus costes.

La situación internacional

Los países de la Comunidad Europea y los países de la OCDE han iniciado un movimiento hacia la desinstitucionalización de las personas mayores para hacer frente a las presiones económicas de los cuidados de larga duración en el medio residencial (Johri, 2003). Al mismo tiempo se invierte para reforzar los servicios comunitarios de forma que las personas mayores continúen viviendo en sus domicilios el mayor tiempo posible. En los últimos años la proporción de personas mayores en instituciones ha descendido mientras aumenta la proporción de personas que se mantienen en su domicilio (Anderson and Hussey, 2000).

Las consecuencias de estas reformas no son claras. Desde un punto de vista económico, los primeros estudios sobre los cuidados comunitarios como alternativa a la institucionalización fueron realizados en Estados Unidos, con un sistema de servicios donde se paga cada servicio en el acto (*fee for service*). Estos primeros estudios concluyeron que los programas de cuidados comunitarios no servían para abaratar costes, puesto que entre los residentes en la comunidad, solo una pequeña proporción estaba a riesgo de institucionalización (Johri y cols, 2003) y los programas de cuidados comunitarios no identificaban bien a este pequeño número de personas a alto riesgo de institucionalización (Chernew y cols, 2001) . En esta situación, los cuidados comunitarios eran consumidos principalmente por personas que no serían institucionalizadas y las tasas de institucionalización no se reducían de forma suficiente como para compensar la inversión en servicios comunitarios. Del punto de vista del paciente, los resultados en salud y en satisfacción con los cuidados eran poco claros y limitados. Otros estudios más recientes, han demostrado que los servicios comunitarios reducen también los días de hospitalización y en países donde existe un sistema público de servicios sanitarios y sociales, los cuidados comunitarios pueden ahorrar costes a los gobiernos (Johri y cols 2003, Chatterji y cols, 1997; Wieland y cols, 2000; Branch y cols, 1995, Challis y cols, 1991,a,b; Eng C y cols, 1997, Bernabei y cols, 1998; Landi et cols 1999; Tourigny et al, 2004; Hebert & Veil, 2004 y Beland y cols, 2006). Hollander y Payan (1999) afirman que establecer una red de cuidados comunitarios de forma eficaz y eficiente requiere modificar todo el sistema de cuidados y no solo establecer nuevos servicios en la comunidad.

Además de la estructura y el funcionamiento de los sistemas de servicios sanitarios y sociales, el éxito de los cuidados comunitarios, tanto desde la perspectiva económica como desde la perspectiva del paciente, depende de los valores y las normas sociales sobre el cuidado de las personas mayores.

Estas normas varían en diferentes culturas. En los países mediterráneos la familia es el centro de la vida social de las personas mayores, relativamente pocas personas mayores viven solas, tradicionalmente las familias se han responsabilizado del cuidado de las personas mayores y los mayores pasan a vivir con los hijos u otros familiares a medida que disminuye su capacidad funcional. En los países nórdicos y anglosajones, la dependencia interfamiliar es menos acusada a lo largo de la vida, las personas mayores tienden a vivir solas a medida que envejecen y recurren a fuentes formales de apoyo para las actividades de la vida diaria a medida que pierden su capacidad funcional. En 1992, Suecia aprobó la Ädel reform (Reforma para los Mayores), que favorecía la integración de los servicios ya existentes, basándose en la descentralización y transfiriendo la responsabilidad de los cuidados de salud y

sociales al Municipio, quien organiza la producción de servicios a nivel local con financiación que procede principalmente de los impuestos locales (Andersson & Karlberg, 2000). En Suecia, la familia ayuda a prestar servicios de mantenimiento pero la responsabilidad de los cuidados es del Gobierno municipal.

La situación en España:

La problemática social de la persona mayor dependiente en España es diferente a la de otros países desarrollados, debido a la fuerte presencia de la familia en la red social de nuestros mayores y al tardío y escaso desarrollo de los servicios sociales de ayuda a las personas mayores con pérdidas de autonomía. Por otro lado, el Estado español está compuesto por comunidades autónomas con variaciones culturales y sociales que influyen en las formas de participación comunitaria, las relaciones entre instituciones e individuos y los sistemas de servicios sociales y sanitarios. En el periodo 1993-2004, mientras que la proporción de mayores de 65 años ha pasado de 13% a 17,5% en la población española, la proporción de personas mayores residiendo en residencias ha subido ligeramente de 2,3% a 3,3%. Los servicios comunitarios han aumentado también ligeramente pero el aumento es muy inferior al marcado en los objetivos del Plan gerontológico de 1993 donde se fijaba que el 8% de los mayores de 65 años deberían recibir ayuda a domicilio para las tareas del hogar y para los cuidados personales. La ayuda del entorno familiar a los ancianos españoles es inmensa, a pesar del poco apoyo recibido del Estado. A pesar de ello, alrededor del 15% de los ancianos incapaces de realizar las Actividades de la Vida Diaria quedan sin ninguna ayuda (Otero et cols, 2002). Estas personas, que están entre las más vulnerables, representan para todas las políticas sociales y todas las agencias responsables del bienestar de los mayores una urgencia absoluta.

La ayuda familiar proviene de pocas fuentes; esencialmente, de la esposa y de la hija y de aquellos que comparten el domicilio (Béland y cols, 1995; IMSERSO, 2000; Rodríguez Rodríguez, 2006). Esta observación es particularmente cierta en el caso de las actividades de higiene corporal que suponen las tareas más pesadas. Ni las otras personas cercanas, ni las agencias del Estado ni las empresas privadas tienen verdaderamente peso. Para las actividades domésticas, la esposa y la hija, y en menor medida el esposo, son las fuentes de ayuda más importantes. Sin embargo, aparecen aquí los hijos varones y las fuentes de ayuda pagadas. Las instituciones estatales están poco presentes.

El estudio de las fuentes de ayuda demuestra una conjunción de dos factores muy característicos de la sociedad española (Béland y cols, 1995): 1) la responsabilidad de las mujeres (esposas e hijas) de las que depende el bienestar de las personas mayores vulnerables, 2) la cohabitación como requisito para recibir ayuda. Esto hace que las personas sin hijos que viven solas constituyan el grupo en mayor riesgo. Esta situación puede todavía mantenerse hoy, pero las transformaciones demográficas y los cambios de valores la harán inviable en el futuro. En efecto, la disminución del número de hijos por familia, las necesidades económicas para mantener el nivel de vida de la familia, el trabajo de las mujeres y su deseo de participar en el mundo profesional, la penetración cada vez mayor de los valores de autonomía e

independencia en las personas mayores, disminuirán fuertemente en las próximas generaciones la disponibilidad de ayuda femenina y la cohabitación.

En una estimación de las necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores se identificaron las características de los ancianos dependientes con mayor riesgo de no recibir la ayuda necesaria para mantener una vida digna en la comunidad (Otero et cols, 2002). El 40% de las personas que necesitan cuidados diarios no los reciben o los reciben con menos frecuencia de la necesaria. Este resultado refleja fundamentalmente las dificultades que suponen los cuidados para la higiene y el aseo personal. Las necesidades de cuidados no cubiertas son independientes de la edad y del sexo de la persona mayor, y además, los indicadores de salud están débilmente asociados con ellas. Los análisis de los datos demuestran que hay dos factores que determinan de forma independiente el no tener las necesidades de ayuda cubierta: 1) las barreras económicas, indicadas por los bajos ingresos y el bajo nivel educativo, y 2) la ausencia de una mujer de la familia como fuente de ayuda. Estos resultados apuntan a la existencia de grandes desigualdades en la disponibilidad de ayuda esencial para mantener una vida digna en la comunidad y al origen claramente social y económico de estas desigualdades.

Recientemente, la inmigración parece ser la principal fuente de recursos humanos para el cuidado de las personas mayores que desean continuar en sus domicilios pero contamos con escasos estudios sobre las condiciones de vida y trabajo de estos cuidadores, así como de su formación. En un reciente trabajo cualitativo, Martínez Buján (2006) explica como el trabajo domestico de la mujer inmigrante sirve de complemento a la creciente integración de la mujer nativa española en el mercado laboral. La contratación de una inmigrante extranjera, preferiblemente latinoamericana, ha sido la solución preferida para cuidar a los mayores en las familias españolas donde la mujer nativa no tiene disponibilidad para realizar el trabajo doméstico o prestar asistencia personal en la medida que sería necesario. Pero la mayoría de estas trabajadoras extranjeras carece de seguridad jurídica o laboral, y por su propia naturaleza su trabajo es invisible.

La heterogeneidad en el estado de salud de la población mayor y en los sistemas de servicios de salud y sociales en las diferentes Comunidades Autónomas del Estado Español no debería impedir la realización de investigaciones que permitan identificar cuales serían los modelos de atención mas apropiados a la población española y a nuestros sistemas de salud y servicios sociales para conseguir un sistema de atención integral a los mayores con discapacidades.

La Ley de Dependencia es un gran reto y se deberían desarrollar experiencias piloto en algunos ayuntamientos para allanar su implementación en la atención a la dependencia moderada y severa.

Los sistemas de servicios integrados: Definición y componentes

Los servicios integrados han sido definidos por Kodner como: “Un conjunto discreto de técnicas y modelos organizativos diseñado para crear conectividad, alineamiento y colaboración dentro y entre los sectores curativos y de cuidados en los niveles de financiación, administración y provisión. Sus metas son aumentar la calidad de los cuidados y la calidad de vida, la satisfacción del consumidor y la eficiencia del sistema en pacientes con problemas complejos que necesitan de múltiples sectores y múltiples proveedores (Kodner, 2000).

Las personas mayores con discapacidades plantean retos al sistema sanitario actual, en el que predomina una orientación curativa de los problemas agudos de salud. Estas personas mayores requieren una cierta complejidad en su atención. Pueden padecer varios trastornos crónicos, algún grado de déficit cognitivo, sintomatología depresiva, pérdidas de movilidad y déficits sensoriales. Sus necesidades de cuidados médicos es compleja y pueden beneficiarse de intervenciones multidisciplinares de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud con experiencia en el manejo de procesos crónicos y en prevención de discapacidades (Rodríguez y cols, 1998).

Se han realizado ya varias experiencias internacionales utilizando diferentes métodos de financiación y organización del trabajo. Entre ellas destacan dos experiencias italianas a las que dedicaremos una atención especial dada la similitud cultural de los países del área mediterránea y una experiencia canadiense realizada en Québec, con quienes compartimos un Estado descentralizado en provincias (Canadá) o Comunidades Autónomas (España) y un sistema de servicios de salud y sociales, de cobertura universal. Antes de explicar los resultados de integración de servicios en Italia y Québec, expondremos algunos elementos comunes a los sistemas integrados de cuidados de larga duración.

En las experiencias internacionales se ha intentado establecer *un punto de entrada único* al sistema de cuidados de una *población mayor bien definida*, generalmente sobre una base territorial. En este punto de entrada se realiza una *evaluación interdisciplinar* del estado de salud, de la capacidad funcional y de los recursos sociales de la persona mayor con discapacidades. El resultado de esta evaluación es proponer un *plan de cuidados de larga duración* y asignar a la persona mayor a un *gestor de caso*. El gestor del caso se encargará de asignar los *recursos necesarios* a la persona según se haya establecido en la evaluación, garantizar la continuidad de los servicios en la comunidad y gestionar la entrada en una residencia en el caso de que sea necesario (Rodríguez y cols, 1998). Además, y jugando un papel importante, existe un equipo interdisciplinar compuesto por el gestor de caso, enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, médicos y cuidadores familiares. El equipo es parte de una organización de servicios de proximidad que asume la responsabilidad financiera y clínica de las personas mayores con dependencia. Los geriatras, como especialistas, están implicados en estos servicios de proximidad para resolver los casos complejos. La responsabilidad clínica y financiera no se limita a los servicios de la dependencia sino a todos los servicios sociales y de salud.

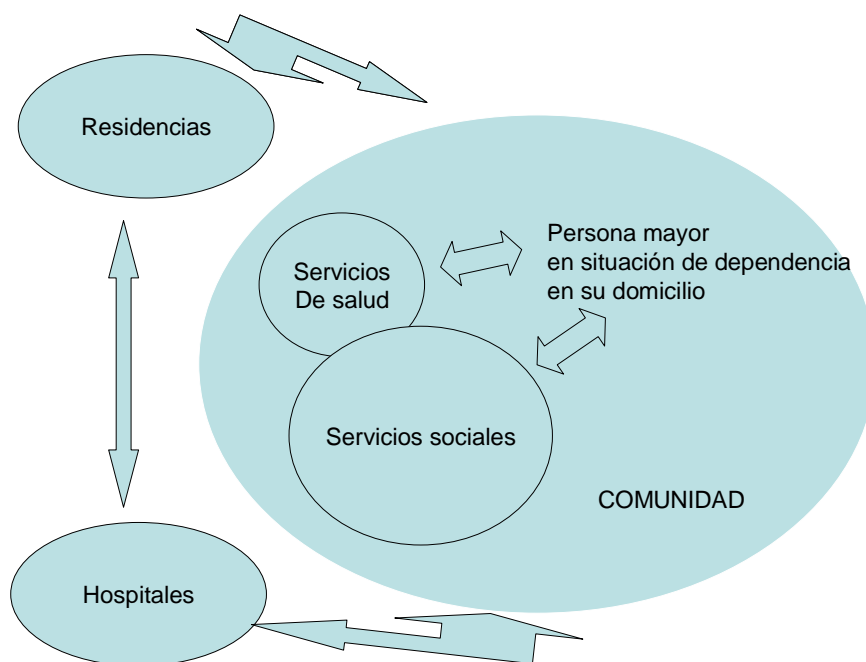


Figura 1. Sistema de servicios integrados

Las experiencias italianas

Dos intervenciones para establecer servicios integrados de atención para las personas mayores se han llevado a cabo en Italia. El primero de ellos en Rovereto y el segundo en Vittorio Veneto. Ambos utilizan un punto de entrada único, un gestor de caso, la evaluación geriátrica y el equipo interdisciplinar para integrar y coordinar los cuidados a las personas mayores con discapacidades que viven en una comunidad. Los pacientes podían continuar recibiendo la atención de sus médicos de Atención Primaria y estos médicos generales eran incorporados al equipo interdisciplinar. En Rovereto se utilizó un diseño experimental donde se asignaron aleatoriamente 200 personas al grupo de intervención (servicios integrados) y al grupo control, los cuidados habituales que ya recibían en la comunidad (Bernabei y cols, 1998). Al cabo de un año de seguimiento se compararon los resultados de salud, utilización de servicios y costes. Se encontraron disminuciones significativas en utilización de servicios comunitarios e institucionales en el grupo de intervención. El grupo que recibía los cuidados integrados experimentó menos hospitalizaciones y menos institucionalizaciones, aunque la diferencia en la proporción de institucionalizaciones no era significativa entre los dos grupos. Además, el grupo que recibía los cuidados integrados tardaban más en ser hospitalizados e institucionalizados y lo hacían con menor frecuencia. Los resultados de salud también eran mejores para el grupo que recibía los servicios integrados. Este programa era capaz de ahorrar dinero, es decir no solo era coste –efectivo sino también permitía el ahorro por año por paciente.

La segunda intervención italiana tiene un diseño quasi experimental donde se compara la situación antes y después de la intervención de integración de cuidados para examinar sus efectos en el uso de las hospitalizaciones y los costes (Landi y cols, 1999). Se observaron mejoras en varias medidas del estado funcional en 115

pacientes recibiendo servicios en el sistema de atención a domicilio en Vittorio-Veneto en 1997-1998. Cuando se compararon los periodos de seis meses antes y después de la intervención, se observaron reducciones significativas tanto en el número de hospitalizaciones como en el número de días de hospitalización. Todo ello produjo un ahorro considerable por paciente y año.

Debemos destacar que estos dos estudios italianos han sido los únicos que han demostrado un ahorro en el sistema de servicios integrados. Ni los estudios realizados en Norteamérica ni los realizados en el Reino Unido han demostrado ser capaces de producir un ahorro cuando se comparan costes en el sistema de cuidados integrados con el sistema convencional de cuidados. Sugerimos una hipótesis para explicar esta diferencia. En Italia, así como en España, la familia presta más del 90% de los cuidados que reciben las personas mayores con discapacidades y esto ocurre sin formación específica en estos cuidados y con escasa coordinación con los servicios sanitarios y sociales. Estos cuidados familiares son mucho más reducidos en Norteamérica o en el Reino Unido, donde algunas investigaciones estiman que entre el 50 y el 70% de los cuidados recibidos por las personas mayores con discapacidades que residen en la comunidad proviene de la familia. Sugerimos que en la cultura mediterránea, el apoyo familiar puede ser la causa del éxito de los sistemas de cuidados integrados. La familia inmediata y en particular los hijos sienten la obligación de cuidar a sus padres en la medida de lo posible como parte de un contrato intergeneracional. Por ello, cuando se ofrece un apoyo en la organización de cuidados por parte de las instituciones, la familia colabora maximizando los beneficios en salud e integración social de la persona mayor y reduciendo la utilización de los servicios más costosos: los hospitales y las residencias. Esta hipótesis de trabajo podría ser puesta a prueba en nuestro país, mediante comparación de resultados de intervenciones en poblaciones con distinto grado de urbanización, situación económica, condiciones de vivienda y tipos de cuidadores familiares.

Las experiencias canadienses

Canadá está lejos de aprobar una Ley de Dependencia. El sistema de salud y servicios sociales canadiense no existe como tal, y en su lugar se deben considerar 10 distintos sistemas, tantos como provincias canadienses, que comparten los principios de universalidad y equidad. Además existen subsistemas, como el creado para atender a los veteranos de guerra y sus familias, y el sistema de atención para la población Nativa-Americana que depende directamente del Gobierno Federal. Existen servicios pero la provisión de estos servicios está fragmentada lo que da lugar a un uso poco eficiente y a una dilución de responsabilidades.

Canadá, como todos los países desarrollados, es una nación envejecida: 13,5% de su población tiene más de 65 años. Las experiencias de servicios integrados se han multiplicado en los últimos años, desde Vancouver en la costa Oeste, pasando por Alberta, hasta las provincias marítimas del Este como Nova-Scotia, sin olvidar las dos provincias mayores de Ontario y Québec. En Octubre de 2006, se celebró en Toronto un symposium para presentar estas experiencias con el título "Proporcionando cuidados integrados y apoyo a las personas con necesidades continuas de cuidados: Políticas, evidencias y modelos de cuidados. Hollander concluyó su presentación con estas conclusiones: a) Necesitamos pensar en sistemas de cuidados integrados o coordinados, no únicamente en uno o dos servicios, tales como la atención a

domicilio o los cuidados residenciales. No hay evidencia de que los sistemas fragmentados produzcan buen cuidado o sean coste-efectivos; b) Los servicios de salud a domicilio son servicios esenciales para mantener a las personas fuera de los hospitales y las residencias. Una pequeña cantidad de apoyo sanitario en el domicilio puede llegar muy lejos; c) Existe suficiente evidencia que demuestra que los cuidados a domicilio son coste efectivos y aumentan la eficiencia y la efectividad no solo del sistema de cuidados continuos sino también de todo el sistema de salud; d) Se puede organizar los servicios para personas con necesidades continuas mejorando los cuidados y reduciendo costes (Hollander,2006).

La experiencia SIPA

En Québec, un grupo de investigación de la Universidad de Montreal y de la Universidad de McGill, trabajando en colaboración con un grupo de gestores y clínicos, concibieron un modelo de atención integrada para personas mayores y diseñaron un experimento para comparar los efectos de este modelo sobre la utilización de servicios y los costes con los resultados obtenidos en la practica habitual. Este grupo multidisciplinar mantuvo conversaciones con todos los actores de la red de servicios de salud y sociales de la región de Montreal y obtuvo financiación del Fondo para la adaptación de los servicios de salud, del Ministerio de la Salud y de los Servicios sociales de la Provincia de Québec y de los Institutos Canadienses de Investigación de Salud para implementar y evaluar el experimento.

El modelo SIPA (Sistemas Integrados para Personas Mayores, acrónimo en francés) está basado en los servicios comunitarios de atención primaria, la definición de una población sobre un territorio, un equipo interdisciplinar, la gestión del caso con responsabilidad financiera y clínica y la capacidad de movilizar los recursos que se requieren de acuerdo a unos protocolos acordados previamente por todas las partes implicadas (Béland y cols, 2006).

El proyecto de demostración se realizó en dos Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC) de Montreal. Se reclutaron 1230 personas mayores en situaciones de dependencia moderada y grave (con discapacidades en las actividades básicas de la vida diaria y/o problemas cognitivos) y se les asignó aleatoriamente al programa SIPA o a los cuidados habituales. El periodo de seguimiento fue de 22 meses. Los principales objetivos del estudio fueron comparar la utilización de los servicios comunitarios, hospitalizaciones y residenciales en ambos grupos y hacer también una comparación de costes. En segundo lugar se comparaban la satisfacción de las personas mayores y sus cuidadores familiares con los cuidados recibidos.

SIPA aumentaba la accesibilidad a los servicios de salud y sociales a domicilio. Se observó también una reducción del 50% en estancias hospitalarias originadas por personas mayores que no tenían residencia para darles el alta hospitalaria (bed blockers). No se observaron diferencias significativas en el uso de urgencias, admisiones hospitalarias o estancias en residencias pero se han reducido los costes de forma importante en la utilización de estos servicios: 5000\$ en hospitalizaciones por personas con dependencia y 14000\$ en cada caso de institucionalización en personas que vivían solas. .

Las actividades de puesta en marcha para la implantación del modelo se realizaron durante 1998-1999. Estas actividades incluyeron: la planificación de recursos humanos, financieros, reinformación, el equipamiento de los locales; el reclutamiento de los responsables de la gestión, del personal clínico y administrativo, incluyendo médicos de familia y geriatras, el reclutamiento de las personas mayores en situación de dependencia, la elaboración de protocolos de intervención interdisciplinar y del proceso de prestación de servicios, la formación del personal en el modelo SIPA y la puesta en práctica de un sistema de garantía de calidad, la identificación preliminar de dispositivos de pilotaje para facilitar el seguimiento clínico y administrativo, la puesta en marcha de un comité regional de seguimiento y de grupos de trabajo sobre temas concretos (por ejemplo, las viviendas tuteladas), la negociación de acuerdos entre los establecimientos asociados al programa SIPA, la puesta en marcha de un mecanismo de intervención rápida con funcionamiento 24 horas al día y 7 días por semana y la identificación gradual de los médicos de familia que atienden habitualmente a las personas mayores que entran en el SIPA y el establecimiento de acuerdos formales de colaboración con ellos (Béland y cols, 2006).

Los componentes de los cuidados institucionales del SIPA fueron: urgencias, admisiones en hospitales, camas hospitalarias en espera de alta, residencias, hospital de día, rehabilitación hospitalaria, cuidados paliativos, transporte en ambulancia. Los componentes de los cuidados en la comunidad fueron: Cuidados de salud en el domicilio (medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionista), cuidados sociales en el domicilio (servicio doméstico, trabajo social, atención psicosocial), centros de día, ayudas técnicas, medicamentos, viviendas tuteladas).

El reclutamiento de las personas mayores en el SIPA se hizo principalmente a través del programa de visitas domiciliarias del CLSC. La integración de los elementos del modelo SIPA en la práctica clínica de los médicos tuvo dificultades. Cada sitio de intervención (CLSC) atendía alrededor de 300 pacientes con dependencia moderada o severa y contaba con cuatro gestores de caso (personal de enfermería o trabajo social) y dos enfermeras a domicilio a tiempo completo, junto con otros profesionales contratados a medio tiempo (trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico, farmacéutico, educador) y 15 auxiliares de cuidado y trabajo doméstico (Béland y cols, 2006).

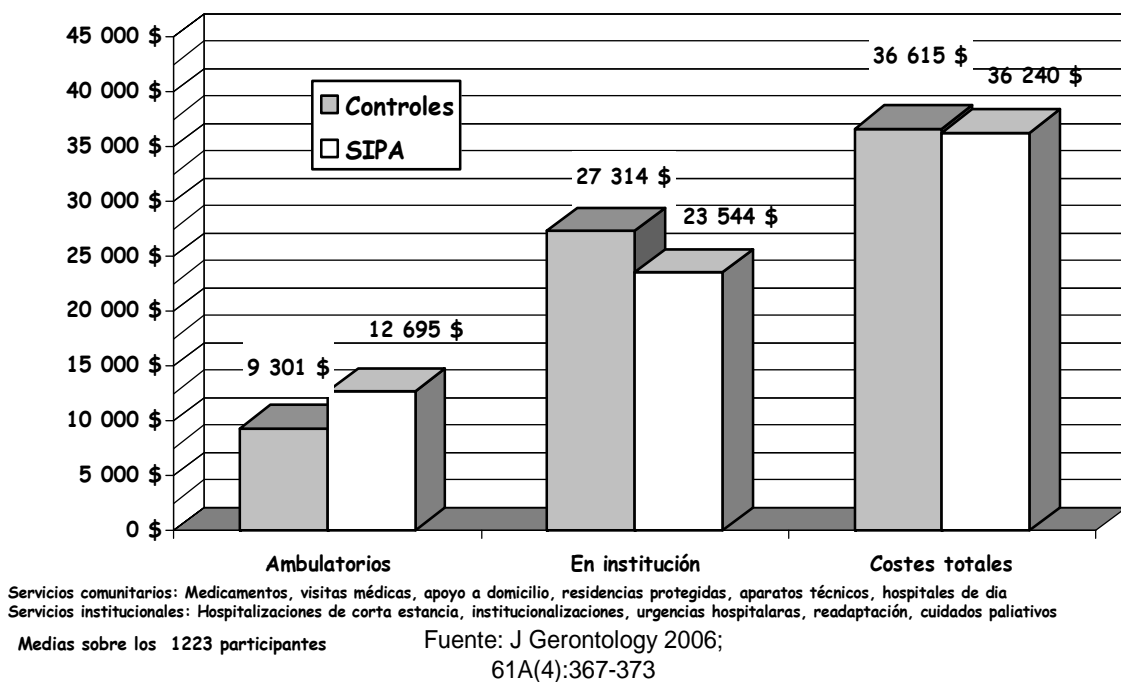
El SIPA tiene la responsabilidad clínica de todos sus pacientes, estén donde estén, ya sea en su domicilio, en el centro de día, en el hospital o en una residencia. El seguimiento médico, por el médico de familia o el especialista, así como el consumo de medicamentos es también responsabilidad del SIPA. Esta responsabilidad está asegurada por el trabajo del gestor del caso y el Plan Individual de Atención. La intervención del gestor de caso ha requerido la negociación de protocolos de intervenciones entre establecimientos. Estos protocolos definen el derecho del gestor de caso de intervenir en la toma de decisiones que eran competencia anterior exclusiva de estos establecimientos (Béland y cols, 2006). A veces, el trabajo del gestor de caso ha sido difícil debido a problemas de comunicación dentro de los hospitales. Se han creado herramientas específicas para el manejo de los síndromes geriátricos (demencia, caídas, incontinencia, depresión, poli-medicación) y una guía para evaluar el seguimiento del Plan Individual de Atención, un instrumento para filtrar las llamadas al servicio de guardia de 24 horas y una lista del coste aproximado de los servicios más frecuentes. Los gestores de caso aseguran la gestión administrativa

(monitorización del trabajo del equipo) y la gestión clínica (establecer un plan de servicios y asegurar su cumplimiento, introducir los cambios necesarios según la situación clínica del paciente). Las personas mayores admitidas en el SIPA y sus cuidadores familiares han participado en las decisiones de los servicios recibidos y se han respetado sus decisiones.

El SIPA ha aumentado la utilización de los servicios en la comunidad aumentando su coste pero también ha disminuido el coste por la utilización de hospitales y residencias. Así, los participantes en el grupo SIPA originaron más gastos en servicios en la comunidad pero menos gastos en hospitales y residencias (Figura 2) pero no se observaron diferencias en costes totales en los dos grupos. La satisfacción de los cuidadores de las personas mayores fue mayor en el grupo SIPA.

En conclusión, la lectura de los dos artículos del SIPA nos hace entrever la complejidad de la puesta en marcha de un sistema de servicios integrados, y los retos que se plantean: La escasez de recursos humanos, y en especial profesionales (enfermería, trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional, expertos en nutrición), para prestar la atención de calidad que nuestros mayores necesitan, la formación de equipos multidisciplinares capaces de seguir los protocolos clínicos de atención, la consecución de convenios entre instituciones, la garantía de calidad y el coste-efectividad de las intervenciones.

Figura 2. Costes totales, costes de los servicios ambulatorios y en institución (en dólares canadienses)



La experiencia de Québec no es directamente extrapolable a la de España. Tenemos menor desarrollo institucional y menor experiencia en el trabajo interdisciplinar pero de nuevo, debemos resaltar el plan central de la familia en España. Según los datos publicados sobre la población del SIPA en Québec, más del 40% de los mayores admitidos en el programa todos ellos con grados moderados o graves de dependencia y deterioro cognitivo, vivían solos. Esta cifra es muy inferior en España, donde la convivencia es una constante en el cuidado familiar de las personas dependientes y donde son los mayores sin familia cercana los que se encuentran viviendo solos en situaciones de dependencia.

Perspectivas de futuro para España

Algunas características del sistema de servicios sanitarios en España pueden facilitar la implantación de un sistema de servicios integrados: la cobertura universal del Servicio Nacional de Salud, la partición geográfica del territorio en distritos y barrios municipales y en Zonas Básicas de Salud, la libre elección de médico de familia y la existencia de las consultas de enfermería (Rodríguez y cols, 1998). Otras características del actual sistema sanitario requieren cambios importantes: la orientación curativa, el escaso desarrollo de la atención a los problemas crónicos y a la prevención de la discapacidad, la falta de experiencia en el trabajo multidisciplinar y la insuficiencia de servicios de geriatría y de profesionales de la salud cuya actividad se centra en la prevención y la utilización de las funciones.

En cuanto al sistema de servicios sociales, la Ley de Dependencia establece un catalogo de servicios. Se prevé aumentar la cobertura de los SAD, adecuar las viviendas para personas con discapacidades y coordinar las intervenciones con el sistema de salud y la familia para lograr el mantenimiento de la autonomía, la integración social y evitar el aislamiento de las personas mayores con discapacidades.

Las revisiones y los artículos sobre sistemas de servicios integrados rara vez tienen en cuenta a la familia como proveedora de la mayor parte, en el caso de los países mediterráneos casi la totalidad, de la ayuda que reciben las personas mayores. En estos países, donde las familias tienen la voluntad de cuidar a sus mayores, bastaría una ayuda profesional, organizada e integrada, para que las familias siguieran ejerciendo su importante papel de ayuda el mayor tiempo posible. Las encuestas realizadas por el IMSERSO demuestran que los mayores desean continuar en sus domicilios con la ayuda de la familia y los servicios.

Referencias

Anderson GF, Hussey PS. Population aging: a comparison among industrialized countries. *Health Affairs (Millwood)* 2000;19:191-203.

Andersson G, Karlberg I. Integrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care for the elderly 2000;1(1) en línea: www.ijic.org

Béland F, Zunzunegui MV. La ayuda recibida por las personas mayores. *Rev. Gerontol.* 1995; 5:294-308.

Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Toussignat P, Contandriopoulos AP, Dallaire L. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *J Gerontol* 2006;61A: 367-373.

Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, Toussignant P. Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Can J Aging* 2006;25(1):5-24.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of a model of integrated care and case management for older people living in the community *BMJ* 1998 ;316 :1348-1351.

Branch LG, Coulam RF, Zimmerman YA. The Pace evaluation: initial findings. *The Gerontologist* 1995; 35:49-359.

Challis D, Darton R, Johnson L et al. An evaluation of an alternative to long stay hospital care for frail elderly patients: I The model of care. *Age Ageing* 1991;20:236-244.

Challis D, Darton R, Johnson L et al. An evaluation of an alternative to long stay hospital care for frail elderly patients: II Costs and effectiveness. *Age and Ageing* 1991;20:245-254.

Chernew ME, Weissert WG, Hirth BA. Heterogeneity of risk in a managed home health care population. *Medical Care* 2001;39(9):1002-1013.

Eng C, Pedulla J, Eleazer GP et al. Program of all-inclusive care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of American Geriatrics Society* 1997;45:223-232.

Hébert R, Veil A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* 2004; 4. (en línea). www.ijic.org

Hollander, MJ. Substudy I. Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Services. National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care Study Series. Published by the Health Transition Fund, Health Canada. www.homecarestudy.com/reports/index.html

IMSERSO. Las personas mayores en España, Informe 2000. Vol II. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

Johri M, Béland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18:222-235.

Kodner D, Kyriacou CA. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 2000;1, en línea www.ijic.org

Landi F, Gambassi G, Pola R et al. Impact of integrated home care services on hospital use. *Journal American Geriatrics Society* 1999; 47:1430-1434.

Landi F, Lattanzio F, Gambassi G et al. A model for integrated home care of frail older persons: The Silver Network project SILVERNET-HC Study Group. *Aging (Milano)*; 1999; 11:262-272.

Martínez Bujan R. Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia a personas mayores. En: *Envejecimiento y dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española*. Puyol Antolín R, Abellán García A. Páginas 186-201. Mundial Assistance. Madrid, 2006.

Oslé C, Anaut S. Revisión de un Plan Gerontológico. El caso de Navarra. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 2003; 38: 243-304.

Otero A, García de Yébenes M J, Rodríguez Losada A, Zunzunegui MV. Unmet home care needs of older people in Spain. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:234-242.

Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Lázaro P. Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista española de Salud Pública* 2004;78:201-211.

Plan Gerontológico Nacional. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1993.

Rodríguez R, Zunzunegui MV, Bergman H, Béland F. Sistema de servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA. *Atención primaria* 1998;21:405-412.

Rodríguez Rodríguez P. El apoyo formal y su complementariedad con los recursos formales. En: *Envejecimiento y dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española*. Puyol Antolín R, Abellán García A. Páginas 148-168. Mundial Assistance. Madrid, 2006.
2006.

Tourigny A, Durand P, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly *Can J Aging* 2004;23:231-246.