

RESIDENCIAS SOCIO- SANITARIAS

*Necesidades percibidas y
propuestas de mejora*

PODEMOS
ASTURIAS

**PODEMOS
ASTURIES**

Las proyecciones demográficas para el futuro de Europa, España y especialmente Asturias implican un envejecimiento de la población. Algo que arrastra mayores necesidades de servicios de larga duración. Una necesidad que en la actualidad ya empieza a ser evidente.

El modelo de residencias pequeñas, hogareñas y familiares ha ido dando paso a otro que las acerca cada vez más a las de pequeños hospitales. La medicalización, la creación de macro-edificios, de plantas especializadas, etc. marcan un camino alejado del concepto de “hogar” que se parece más a los medios sanitarios. En este escenario son muchas las incógnitas y las preguntas que surgen: ¿Cuál debe ser el papel del personal de las residencias? ¿Qué tipo de cuidados queremos? ¿Qué tipo de recursos son: sociales, sanitarios, socio-sanitarios? En medio de esta vorágine se abre un debate que va más allá de cuestiones más pragmáticas, sobre la naturaleza/función social y/o sanitaria de estos centros. La realidad que rodea este campo, las propias residencias y las personas que viven en ellas han sufrido un gran cambio. Un cambio que bien podría necesitar la redefinición de las necesidades de infraestructura y de personal.

Nosotros creemos que las residencias deben ser el hogar de las personas que viven en ellas. Todas las medidas que las alejan de un ambiente acogedor, personalizado y más cerca de la comunidad, de forma que no exista una desvinculación de las personas con su entorno, las convierten en un medio más hostil e impersonal. Es el concepto conocido como housing con la idea de vivir durante toda la vida integrados en el entorno, partiendo de las iniciativas sociales avanzadas que protegen los deseos de las personas de permanecer viviendo en su casa y en su entorno de forma que pueda garantizarse el mantenimiento del control sobre sus propias vidas y la autonomía.

El coronavirus ha puesto en jaque la seguridad de las personas que residen en las residencias sociosanitarias, quienes han sufrido con especial dureza las consecuencias de la pandemia. Durante la primera oleada vimos que las consecuencias del virus no solo eran más severas en las personas institucionalizadas, sino que la propagación del virus en éstas resultaba complicada de controlar debido al estrecho contacto entre los residentes entre sí y de éstos con el personal. Prueba de ello son los múltiples brotes detectados en este tipo de dispositivos.

Por eso, para que podamos aprender y mejorar el sistema actual, queremos proponer algunas medidas que, en nuestra opinión, contribuirían a mejorar la gestión y el funcionamiento de este tipo de residencias en el contexto actual. Las recomendaciones son las siguientes:

1. Sería importante que el plan de actuación implicara a todas las residen-

cias, de régimen público, concertado o privado.

2. Medidas para las instalaciones e infraestructuras:

- + Por razones de intimidad y satisfacción de los residentes; así como en situación de últimos días, o necesidades de aislamiento; se recomienda que el diseño de la residencia tenga un elevado porcentaje de habitaciones individuales, superior al 25 % de las plazas.
- + Al menos un sesenta por ciento de habitaciones entre individuales y dobles. Todas las habitaciones dispondrán de instalación para conexión de televisión, y servicio higiénico en la misma planta en que estén ubicadas en número no inferior a un servicio por cada cuatro personas usuarias.
- + Los circuitos de limpio y de sucio deben de estar claramente definidos y separados por barreras que permitan diferenciar los flujos de entrada y salida de ropa, comida, utensilios en todos sus circuitos.

3. Necesidades en el personal: :

- + La plantilla debe ser adecuada y acorde con el tamaño del centro y fijada cumpliendo la normativa vigente y siguiendo criterios de adecuación profesional, exigiéndose la titulación correspondiente y los conocimientos necesarios, de acuerdo al tipo de actividad y usuarios del centro. Cada profesional tiene una capacitación y debe desarrollar las labores propias de la misma.
- + La ratio de profesionales/usuarios debería ampliarse. Los requerimientos según la legislación actual indican: “0,15 profesionales por persona usuaria no dependiente, 0,31 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado I, 0,45 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado II y 0,47 profesionales por persona usuaria en situación de dependencia de grado III”. Nos parece insuficiente.
- + Según la estructura física y tamaño de la residencia, impulsar las medidas legislativas necesarias para establecer la presencia de un facultativo médico en función de parámetros de ocupación, proximidad a centro asistencial y otro tipo de parámetros.
- + Legislar en relación a la presencia de personal de enfermería 24h los 7 días de la semana, fundamental en la prestación de cuidados y soporte de medicación, sobre todo en situación de urgencia o en horario nocturno. Hay serios problemas por la falta de enfermeras demandantes de empleo. Este problema hace que varios centros no hayan podido cubrir los puestos de enfermería que terminan siendo aten-

didados por las del Centro de Salud de referencia. La atención de estos centros implica una carga de trabajo importante que no sólo repercute en la organización de los propios Centros de Salud, sino que también hace que las enfermeras puedan dedicar menos tiempo al resto de pacientes a su cargo. Teniendo en cuenta que la titularidad de estas residencias es privada, y el funcionamiento de régimen concertado o privado, esta forma de atención resulta un tanto abusiva (cobran por un servicio que no ofrecen, sobrecargan los Equipos de Atención Primaria, etc.). Si bien es cierto que desde nuestra perspectiva sería más adecuado un modelo de atención en la que la atención sociosanitaria corriera a cargo de los Equipos de Atención Primaria, también lo es que ello debería implicar reforzar el personal y adecuar las ratios de profesionales/pacientes que garantizaran una mayor calidad asistencial. Las residencias geriátricas han resultado ser el talón de Aquiles en esta pandemia, siendo uno de los colectivos más vulnerables y más frágiles. Por ello, se debería garantizar la cobertura de los cuidados de estas personas con especial énfasis. Y esto resulta imposible si la gestión del personal se sigue llevando a cabo en la forma en la que se está haciendo. Los cupos de los Equipos de Atención Primaria llegan, en muchos casos, a las 1.700 cartillas. Teniendo en cuenta estas cifras, parece evidente que compatibilizar y ofrecer cuidados de calidad a todos estos pacientes, es difícil, sino imposible. Todo ello hace que los pacientes institucionalizados se vuelvan más frágiles y se encuentren en una situación más vulnerable que, en el contexto actual, puede repercutir gravemente en la salud individual y colectiva.

- + Potenciar la figura del auxiliar de enfermería/geriatría: mejorar su capacitación y desarrollo de competencias, establecer cursos de formación continuada (cambios posturales, primeros auxilios, maniobras de reanimación cardiopulmonar...).

4. Medidas de coordinación con la red sanitaria:

- + Se propone la creación de la figura de enlace socio-sanitario que facilite la comunicación y la atención de las necesidades sociales y particulares de cada residente. Durante la primera oleada de la pandemia nombraron a varias enfermeras comunitarias para cumplir esta función. No obstante, el planteamiento que se ha utilizado entraña un problema: sería preferible que la figura de enlace fuera del mismo Centro de Salud de la Zona Básica de las residencias. Esta vez movilizaron a personal de algunos Centros de Salud para cubrir funciones de coordinación y supervisión en varias residencias fuera de su zona y fueron sustituidas de las labores asistenciales en sus respectivos

centros. Si se hiciera de la manera que proponemos, se garantizaría la continuidad y habría una mayor fluidez en la coordinación entre los Centros de Salud y las residencias.

Otro aspecto destacado sería que al evitar las ausencias de los puestos asistenciales que desde el Sespa se han tenido que sustituir, los Centros de Salud se podrían dotar de más personal, sobredimensionando las plantillas.

- + Se debe intentar mantener la longitudinalidad en la Atención a los Usuarios Institucionalizados. La longitudinalidad está asociada con una variedad de beneficios, que incluyen un menor uso de los servicios, una mejor atención preventiva, un mejor reconocimiento de los problemas de los pacientes, menos hospitalizaciones y menores costos totales. Para ello, cada equipo debe diseñar estrategias adecuadas para la atención a este tipo de usuarios adaptándose a la diversidad de cada una de las zonas básicas. Es importante garantizar estabilidad en el personal sanitario de referencia de forma que estos puestos de trabajo no se vean comprometidos con cada proceso de movilidad, para que los profesionales actúen como referentes y haya fluidez en la relación con los usuarios y los propios centros.
- + Otra pieza clave para ello sería fomentar la Atención Programada Activa y Concertada, evitando en lo posible el trabajo a demanda salvo urgencias. Desconocer la casuística.
- + Cada Centro debe disponer de una Historia Clínica Individual y actualizada de cada uno de los residentes. Asimismo, se debería habilitar el acceso en remoto a la Historia Clínica Electrónica: OMI-AP (el software de uso en Atención Primaria), Historia Unificada por Paciente (HUP) y Receta Electrónica. Facilitaría la cumplimentación de protocolos y la conciliación terapéutica y ayudaría en el proceso de atención, ya que, al no contar con ello, no se puede consultar la historia del paciente.
- + Se precisan ayudas técnicas necesarias según la complejidad de cuidados necesarios como la oxigenoterapia, el acceso a medicación crítica (cloruro mórfico, midazolam, etc.) o disponer de desfibriladores semiautomáticos.
- + También sería interesante abrir canales de comunicación con suministros u otros servicios sanitarios resultaría más práctico y eficaz que hacerlo mediante los Centros de Salud de referencia, donde estas cuestiones entrañan un trabajo administrativo y organizativo importante.

5. Medidas para los usuarios:

- + Valorar incluir un Protocolo en OMI específico para paciente Institucionalizado, que debería incluir:
 - i. Valoración Geriátrica Individual
 - ii. Valoración Funcional
 - iii. Historia Socio-Familiar
 - iv. Necesidad de Ayudas Técnicas
 - v. Costumbres alimenticias
 - vi. Estilos de vida
 - vii. Creencias
 - viii. Testamento Vital

- + Minimizar los llamados “Resultados Negativos asociados a la Medicación”, que en la población mayor al estar frecuentemente polimedica-
cada, representan un problema grave al conllevar un elevado número de efectos adversos y también iatrogenia, valorando establecer un procedimiento de Conciliación Terapéutica mediante la revisión individualizada de métodos explícitos como los Criterios STOPP/START (Screening Tool of Older Persons Prescriptions/Screening Tool to Action the Right Treatment) o STOPP/FRAIL (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy).

6

Algunos de estos aspectos que se comentan vienen recogidos en “El Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021”, como la planificación de las consultas médicas de los residentes o la atención farmacológica con sistemas que minimicen los riesgos que entraña la polimedicación y los errores que puedan surgir de ello. No obstante, estas acciones no han sido desarrolladas plenamente. Además, cabe destacar que el ámbito de aplicación del plan son las residencias del ERA, de titularidad pública.

En relación a nuestras residencias públicas es necesario revertir aquellos servicios privatizados en relación con el cuidado de las personas mayores ante la inexistencia de estudios económicos que justifiquen dichas privatizaciones y las evidencias de empeoramiento en la calidad del servicio para avanzar hacia un servicio público de calidad que garantice a las personas vivir con dignidad la etapa final de su vida.

Finalmente, hay que llevar a cabo un estudio pormenorizado de las cargas de trabajo que han de asumir los y las profesionales de las residencias de mayores en todas categorías y realizar una valoración periódica de la evolución de los residentes para evitar las inasumibles cargas de trabajo que se ven obligadas a soportar las trabajadoras de estos centros y garantizar una calidad asistencial óptima a los y las usuarias en función de sus necesidades y grado de dependencia.



PODEMOS ASTURIES