

ATENCIÓN MÉDICA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS: ¿RED PARALELA O ATENCIÓN PRIMARIA?

Dr. Juan Carlos Méndez Cabezas

Médico de Atención Primaria. C. de S. Talavera de la Reina (Toledo)

La población de personas mayores seguirá aumentando en los próximos años, pero dentro de ellos toman especial importancia los muy mayores, los mayores de 80 años que, proporcionalmente, crecerán aún más. La dependencia y las afecciones invalidantes se relacionan con la edad y, a la vez, la proporción de posibles cuidadores familiares cada vez es menor y como consecuencia, la soledad en estas personas muy mayores cada vez más frecuente. Es por todo ello que esperamos que el número de personas mayores que demanden vivir en residencias de ancianos crecerá y, además, presentarán alta prevalencia de falta de autonomía, de incapacidades y de enfermedades crónicas en avanzada fase.

Actualmente para satisfacer estas nuevas necesidades del colectivo de mayores se está trabajando en dos líneas principales: una, el apoyo a las personas mayores y a sus familias para permanecer en el domicilio el mayor tiempo posible con las mejores condiciones y, una segunda, de reconversión de plazas de válidos en plazas de atención asistida en las residencias de ancianos.

Que la edad media actual de los residentes esté entorno a los 83 años y que, según cifras del INSERSO, en el año 1988 una de cada 20 plazas ofertadas fuera para personas asistidas y en el año 1994 sea una de cada tres; junto a que la ratio de personas mayores de 65 años / plazas de residencia en España no llegue actualmente a tres, siendo deseable llegar a cinco: son indicadores de que en el futuro deberán crearse más plazas en residencias, que serán ocupadas principalmente por personas muy mayores con alto grado de incapacidad y gran prevalencia de enfermedades. Parece obvio que el papel del área sanitaria cada vez será más determinante en las residencias y en sus criterios de calidad.

Pero, ¿quién debe ser el responsable médico? Y más en concreto, ¿quién debe ser el responsable médico de las residencias de pequeño y mediano tamaño?. -Me refiero especialmente a estas residencias por ser las más habituales, a las que debe tenderse y:

Si tenemos en cuenta que la mayoría de los residentes son pacientes geriátricos o ancianos frágiles un especialista en geriatría podría ser el profesional idóneo, pero sería un recurso infrautilizado. No obstante, trabajar con este tipo de paciente y dentro de una organización multidisciplinaria tan particular, requiere que el profesional facultativo tenga conocimientos geriátricos y de organización específicos en este área. Así en la actualidad son médicos generalistas orientados a la geriatría los que, cada vez con mayor calidad, se encargan de la atención sanitaria en estas residencias.

Estos médicos suelen ser contratados por las residencias a tiempo parcial y como complemento a los servicios sanitarios públicos y, por tanto, fuera de éstos últimos. Aquí nos encontramos con la contradicción de que: en numerosas ocasiones, si no existen acuerdos con los grandes proveedores sanitarios como, las diferentes Comunidades Autónomas o el INSALUD, difícilmente podrán lograr la mejor coordinación de los recursos necesarios para cada anciano y, su función primordial – la atención al anciano enfermo - se verá muy limitada, al carecer directamente de instrumentos esenciales para el diagnóstico y tratamiento del enfermo, tales como el acceso a pruebas diagnósticas, capacidad de derivación a especialistas, recetas oficiales, material y transporte sanitario etc. En el mejor de los casos obliga a una duplicación de atención, por parte del médico de la residencia y por la Atención Primaria, o a una delegación de funciones de la AP que puede

comprometer el cumplimiento normativo de las instituciones sanitarias públicas o, cuando menos, surgirán desacuerdos en las actitudes diagnósticas y terapéuticas, así como en los recursos necesarios, que pueden enrarecer la relación entre ambos dificultando su coordinación y, en definitiva la atención prestada.

Creo que, si las directrices gubernamentales continúan en esta línea de complementariedad de servicios es necesario dotar a los médicos de residencia de todos estos recursos asistenciales que hasta ahora, en mayor o menor medida, les han estado vetados. Y hay que buscar soluciones para que éstos compañeros estén lo más relacionados y coordinados posible con los Equipos de Atención Primaria

Si tan sólo el 5% de las personas mayores viven en estos centros sociosanitarios, significa que aproximadamente el 95% de las personas mayores viven en domicilios familiares y, por tanto con los cuidados asistenciales de la Atención Primaria de Salud (AP). Ciertamente es que en las residencias están agrupadas personas con alto grado de incapacidad y de enfermedades crónicas avanzadas, pero, indudablemente, el número de personas de estas mismas características que atiende la AP es mucho mayor. Todos los médicos de AP tratamos a pacientes de este tipo y, algunos, sobre todo de los que trabajan en el medio rural, son responsables de un número bastante similar al de residentes que pueda tener una residencia de pequeño-mediano tamaño; además, en algunas comunidades autónomas aquellas residencias de menos de un número determinado de residentes no tienen la obligatoriedad de contratar servicios médicos complementarios y es el Equipo de Atención Primaria el único responsable.

Por otro lado, si analizamos algunos "principios" de la Atención Primaria en este país:

- La AP tiene, con una base de igualdad y responsabilidad, carácter universal (es decir, para todos los ciudadanos) ¿porqué las residencias deben tener un sistema complementario?
- La AP desarrolla su trabajo en el medio comunitario, y lo óptimo es que el medio residencial sea lo más abierto e integrado posible en la comunidad e incluso, se está luchando por que el ingreso en la residencia sea lo más cercano posible al lugar de procedencia, ¿por qué la atención sanitaria debe cambiar y separarse del sistema?
- Si la AP debe ser la puerta de entrada al sistema sanitario y el eje fundamental de coordinación de los diferentes niveles de atención, si tiene la capacidad de usar y/o activar todos los recursos socio-sanitarios de la zona de salud, y es la única que puede (y debe) garantizar los cuidados continuados en cualquier momento del día durante los 365 días al año, ¿por qué dificultar aún más la coordinación con más niveles intermedios y tramos horarios?.
- El trabajo de la AP debe ser multidisciplinar, con un enfoque global e integral de la atención y con funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, al igual que debe suceder en las residencias. Aquí pueden existir diferencias de matices, pero la principal diferencia que se me ocurre, es que en la residencia se cuenta con más disciplinas, y por lo tanto más servicios, de lo que habitualmente cuenta la AP (auxiliares, gerocultores, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, podólogos etc.). ¿Acaso los pacientes en sus domicilios tienen menores necesidades?. ¿No sería muy beneficioso -para todos los ciudadanos- que la AP tuviese experiencias en estas áreas y aprendiese y trabajase en coordinación con estos profesionales?.

A mi parecer, y de forma muy general, tres son las cuestiones que están originando la creación de redes complementarias de atención sanitaria en residencias:

- La calidad de la atención. Lograda mediante una mayor formación técnica y organizativa de los médicos de las residencias; pero al alcance de los profesionales de AP y con la posibilidad de que repercuta en todos los ciudadanos.
- La falta de recursos de la AP. Pues la atención a este tipo de paciente requiere un consumo de tiempo importante y gran parte de la AP actual se encuentra saturada.
- Elevado gasto público en salud. Que en nuestro caso se incrementaría considerablemente con la dotación necesaria de la AP y, a la vez, se está disminuyendo con la participación económica de la residencia.