

Diciembre 2000

Cuadernos de la buena praxis

Cómo prestar una asistencia de calidad a personas que están en residencias geriátricas

Expertos redactores de este cuaderno

Coordinador: Jaume Padrós Selma

Secretario Junta de Gobierno del COMB y director de la Unidad de Valoración Geriátrica. Fundació Conviure

Pedro Ignacio Anton Gorostidi. Vocal de la Sección Colegial de Médicos de Residencias Geriátricas.

Josep Benet Travé. Médico colaborador del Área de Praxis, COMB.

Miquel Colomer Giner. Presidente de la Sección Colegial de Médicos de Residencias Geriátricas.

Magda Martínez Pardo. Gerente del Área de Praxis, COMB.

José Luis Monserrat Delgado. Ex presidente de la Sección Colegial de Médicos de Residencias Geriátricas.

Joan Carles Rovira. Vocal de Residencias de la Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia.

Ramon Sàrrias Ramis. Médico de residencia y director adjunto del web www.forumgeriatric.org.

Jordi Trelis Navarro. Presidente de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives y coordinador de curas paliativas (UFISS) del Hospital Universitari Trias i Pujol-Institut Català d'Oncologia.

Revisión y asesoría científica de este cuaderno

Antonio M. Cervera Alemany. Ex presidente de la Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia y director del Instituto de

Atención Geriátrica y Sociosanitaria del IMASS y jefe del Servicio de Geriátrica del IMAS.

Xavier Esteva Ollé. Director médico de MUTUAM.

Dolors Garolera Bruguera. Unidad de Atención Domiciliaria Geriátrica del ICS.

Àngel Gil. Subdirector General de Programación y Evaluación del ICASS, Departament de Benestar Social, Generalitat de Catalunya.

Ramon Morera Castell. Presidente de la Societat Catalano-Balear de Medicina Familiar i Comunitària.

Josep de Martí. Gerente/director del web inforesidencies.com.

Francesc Patricio Domínguez. Jefe del Servei Vellesa ICASS, Departament de Benestar Social, Generalitat de Catalunya.

Antoni San José Laporte. Cap UFISS Geriátrica del Hospital Vall d'Hebron.

Josep Sánchez Aldeger. Presidente de la Coordinadora de Residències Geriàtriques del Vallès.

Pau Sánchez Ferrin. Director Asistencial CSS Creu Roja del Hospitalet y director del web www.forumgeriatric.org.

Jaume Sellarès Sallas. Médico de familia, coordinador del ABS Sardenya.

Miquel Vilardell Tarré. Catedrático de Medicina Interna de la UAB.

Edita

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA

Centro de Estudios Colegiales y Servicio de Responsabilidad Profesional

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

Coordinación: Àlex Ramos Torre

Secretaria: Lydia Camats Garcia

Cuadernos de la Buena Praxis es una publicación periódica del COMB, constituida como una herramienta de formación continuada que ayude a alcanzar un comportamiento profesional de acuerdo con la esperada protección de los ciudadanos en las áreas temáticas tratadas. Contribuye, por consiguiente, a la formación y al desarrollo profesional continuo de los médicos.

Índice

- 1. Introducción**
 - 2. Ingreso en el centro y firma del contrato de prestación de servicios o contrato asistencial al residente**
 - 3. Atención al/los residente/s durante la estancia en el centro**
 - 4. Recomendaciones específicas**
 - 5. Actuaciones en el momento del alta**
 - 6. Responsabilidades éticas y legales de los médicos**
 - 7. Conclusiones**
 - 8. Glosario**
 - 9. Bibliografía**
- Anexo I. Funciones de los médicos según el contrato de trabajo con la residencia**

Introducción

La prolongación de la esperanza de vida en los últimos decenios, junto con la disminución de la natalidad, tiene como consecuencia el incremento progresivo de la proporción de personas mayores en el conjunto de la sociedad. Además, el cambio de características de la sociedad en que cada vez más a menudo todos los miembros de la unidad familiar desarrollan una actividad profesional fuera del domicilio, dificulta la atención por parte de las familias a los miembros más mayores y, por consiguiente, es preceptivo que la atención a las personas mayores se establezca a través de otros recursos. Estos recursos son ofrecidos principalmente por las residencias geriátricas.

Las residencias geriátricas tienen la consideración de establecimiento de carácter social. No obstante, en estos centros, y debido a las características de las personas ingresadas que presentan, en muchos casos, morbilidad de tipo crónico, existe una creciente demanda de asistencia sanitaria.

La disonancia entre establecimiento social y establecimiento donde a menudo se requiere atención médica casi permanente presenta en la práctica bastantes dificultades en tanto que no está prevista en el sector sanitario una modificación de los recursos específicos que proveen la asistencia médica a estos residentes, así como la normativa jurídica que regula estos establecimientos obliga a la presencia física en el centro de un médico para prestar la asistencia médica.

Según la normativa administrativa y sanitaria vigente la prestación de la asistencia médica corresponde al médico de familia del Centro de Atención Primaria del territorio en el que radica la residencia. Dejar a este único recurso la carga asistencial que a menudo genera una residencia geriátrica provoca disfunciones asistenciales y puede

comprometer la calidad de la asistencia médica, sobre todo en situaciones de incrementos de la demanda sanitaria.

Los responsables de las residencias con recursos suficientes suelen reforzar la asistencia médica mediante la contratación, a tiempo completo o parcial, de un médico específico en el que recae la obligación de la atención médica. En otras ocasiones, es al propio responsable higiénico-sanitario (cuando es médico) a quien se encarga de forma más o menos explícita la tarea de atención médica.

La confluencia de estamentos médicos (intra y extraresidenciales) genera en la práctica muchos problemas de coordinación, susceptibles de causar daños y perjuicios a los residentes y, por consiguiente, de repercutir en posibles situaciones que podrían interpretarse como mala praxis profesional.

El Colegio de Médicos de Barcelona (COMB), consciente de las responsabilidades asistenciales y legales que pueden derivar en los médicos con responsabilidades (directas e indirectas) sobre los residentes y de la necesidad de dar a éstos una atención médica de la máxima calidad, ha creído oportuno la elaboración de un documento de referencia para los médicos con responsabilidades en este ámbito. El contenido del documento se estructura en función de la cronología de la estancia de un residente en el centro. También se contempla el objetivo de asegurar los derechos que tienen los residentes de estos establecimientos en cuanto a su derecho al acceso total y sin obstáculos a las prestaciones sanitarias: atención médica, prescripción farmacéutica, etc. que garantiza nuestro sistema sanitario a todos los ciudadanos. Finalmente, el COMB aconseja la incorporación de cláusulas especiales en los contratos de los médicos con las residencias geriátricas que minimicen la conflictividad profesional y patronal y aclaren el carácter y contenido de la prestación médica contratada. Es decir, si se contrata exclusivamente

como responsable higiénico-sanitario, como médico asistencial o como director técnico.

Ingreso en el centro y firma del contrato de prestación de servicios o contrato asistencial al residente

2.1 Acogida del candidato a residente. Información

Las funciones de acogida –previas al ingreso– tienen un carácter administrativo e informativo y las realizará la persona que el director del establecimiento determine.

Es recomendable dedicar el tiempo necesario para realizar la visita mostrando al candidato el Centro, el Reglamento de Régimen Interior y los programas de actividades. En el caso del Reglamento de Régimen Interior, es necesario además explicar su contenido al residente y a su familia y facilitarles la copia.

El ingreso de una persona en una residencia geriátrica –como en cualquier otra clase de establecimiento social o sanitario (no urgente)– debe producirse en circunstancias y con la información previa que garantice el conocimiento del servicio que se va a contratar y el respeto a la autonomía (decisión) personal.

Por este motivo es necesario que el candidato a residente conozca, como mínimo, y previamente a la firma del contrato:

- El Centro y las instalaciones, el organigrama, los servicios y las actividades.
- Que el Centro disfrute de las preceptivas autorizaciones de funcionamiento extendidas por las Administraciones públicas correspondientes.
- Las condiciones económicas. Tarifas y precios.

- Otra información complementaria a la acogida y sobre relaciones personales y sociales. Por ejemplo: horarios de atención a familiares por parte del personal del establecimiento, etc.

El debido respeto a los derechos del posible residente requiere que la información que se facilite sobre el establecimiento, sus recursos y personal, las prestaciones y actividades, sea veraz. También hay que recordar que el Artículo 18.9 del Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema catalán de Servicios Sociales (en adelante Decreto) obliga a todos los centros a disponer de un tablero de anuncios en un espacio conocido por los residentes y usuarios en el que, como mínimo, deberán exponer:

- La autorización del establecimiento o servicio.
- La organización horaria de los servicios generales que se presten.
- La tarifa de precios actualizada y, si procede, de los servicios complementarios.
- El organigrama del establecimiento.
- El aviso sobre la disponibilidad de hojas de reclamación y sobre la posibilidad de reclamar directamente ante el departamento competente.
- El calendario con el horario de actividades y la concreción semanal, quincenal o mensual de éstas.
- Las instrucciones para casos de emergencia con especificaciones para el personal del establecimiento y para los usuarios teniendo en cuenta sus características.
- El horario de atención a los familiares y usuarios por parte del director técnico y del responsable higiénico-sanitario y médico asistencial (propio o de primaria).

El Artículo 18.4 del Decreto 176/2000 exige a los establecimientos residenciales que dispongan de un programa anual de actividades en las áreas funcional, cognitiva, motora, emocional y de participación

comunitaria, en relación con el usuario, así como el calendario, métodos y técnicas de ejecución y sistemas de evaluación. Estas actividades tienen que orientarse al confort, la convivencia y todo lo que pueda implicar una mejora de la calidad de vida de las personas.

Las funciones que se acaban de describir, relativas a la presentación y a la información sobre el Centro, sus servicios y actividades, tienen un carácter marcadamente gerencial y administrativo y, como tales, debería efectuarlos el personal no sanitario del establecimiento formado a este efecto por la propiedad o dirección administrativa del Centro.

Hay que tener en cuenta que la explicación detallada de los recursos del Centro, régimen de funcionamiento y tarifas económicas evitará futuras tensiones y malentendidos entre residentes, familiares y dirección del establecimiento y su personal.

2.2 Preingreso

La fase denominada "preingreso" se inicia cuando, después de ser informada y conocer las instalaciones del centro, la persona (candidata a residente) manifiesta libremente su interés y voluntad de ingresar en el centro en las condiciones informadas. En este sentido, el Artículo 7.1 del Decreto de continua referencia establece que "para efectuar el ingreso en un establecimiento residencial será condición necesaria la previa y libre manifestación de voluntad de la persona que tenga que ingresar o la de su representante legal".

Es necesario que un médico efectúe las actuaciones que se incluyen en esta fase de atención a la persona para que recoja la información de carácter personal y médica del candidato prevista legalmente (Artículo 7.2 del Decreto) y que se complete su estado de salud con

la exploración y los registros que constan en el Cuadro 1 que se muestra posteriormente.

Es necesario insistir en que, a pesar de que la normativa jurídica vigente no requiera la contratación de un médico en el establecimiento residencial —únicamente prevé que el responsable higiénico-sanitario pueda tener esta titulación o la de diplomado en Enfermería u otra titulación secundaria—, las carencias a nivel de salud y, por lo tanto, las necesidades asistenciales y de seguimiento de las personas mayores que se encuentran ingresadas la hacen recomendable.

Es previsible también que en las residencias pequeñas confluyan en una misma persona las funciones de director técnico, responsable higiénico-sanitario y, muy probablemente también, las de médico asistencial. A pesar de la dificultad que puede comportar es necesario no confundir el rol con el que se está interviniendo en cada ocasión y esforzarse para que los intereses de una y otra posición sean complementarios y no lesionen los derechos de las personas ingresadas.

En cada caso hay que correlacionar los recursos existentes y las prestaciones del establecimiento con las características personales y asistenciales del candidato, a fin de asegurar la idoneidad del centro al residente.

Como ya se ha dicho en la introducción, la realidad de los grandes establecimientos residenciales recomienda una directa vigilancia médica de los residentes, o como mínimo coordinar adecuadamente, es decir, con un tiempo de respuesta mínimo de prestación de asistencia médica al residente, sin que —a menudo— sea suficiente la aportación del informe médico que se prevé en el Artículo 7.2 del Decreto de continua referencia.

El grupo de expertos asesores de este cuaderno ha convenido la necesidad de completar el informe médico aludido con la información que resulte de la aplicación de los instrumentos y las exploraciones médicas para tender a valorar cognitiva y funcionalmente al residente, así como su audición y agudeza visual. También ha convenido que con periodicidad anual (salvo casos concretos que aconsejen otro tipo de control) habría que proceder a una revisión médica de los paciente ingresados, estudiando los parámetros y actuando según las directrices que se determinan dentro del párrafo Atención Médica.

A continuación se describe la entrevista médica previa al ingreso, que incluye petición y evaluación del informe médico previsto en el Artículo 7.2 del Decreto.

Entrevista clínica previa al contrato

El objetivo de esta entrevista es crear un proceso de comunicación y de seguridad asistencial entre el centro¹ y el candidato, dirigido a iniciar el conocimiento exhaustivo de los datos asistenciales, actuales y antiguos, que pueden ser relevantes para la futura asistencia clínica.

Se inicia con la recopilación de información de carácter personal y social del residente y genograma, si el personal directivo o administrativo no la ha solicitado previamente en la fase anterior. Su objetivo es crear un proceso de comunicación entre el responsable asistencial (licenciado en medicina) y el candidato, dirigido a identificar el estado de salud de éste con la petición expresa del informe médico previo al ingreso (Artículo 7.2) e informes sociales de que disfruta el residente. El informe médico -de necesaria

¹ A menudo en residencias pequeñas, el médico, director técnico y responsable higiénico-sanitario serán la misma persona.

aportación- debe efectuarse como máximo en los tres meses anteriores al ingreso, salvo en casos urgentes.

El informe médico tiene que contener como mínimo:

- Datos personales
- Enfermedades activas
- Alergias y contraindicaciones
- Medicación prescrita
- Régimen dietético
- Atenciones sanitarias o de enfermería que necesita
- Valoración de la disminución, cuando proceda

A la vista de este informe, habría que completar la información y los registros que constan en el siguiente cuadro (Tabla 1). Estos registros identifican el perfil sanitario del residente y permitirán la elaboración del informe médico para la dirección del centro, donde conste la idoneidad del candidato con respecto al tipo de centro.

Este informe médico se integrará en el denominado expediente asistencial previsto en el Artículo 18.8 del Decreto siendo su contenido mínimo obligatorio el siguiente: Datos identificativos, Familiar o persona responsable del usuario, Prescripción médico-farmacéutica, Pautas de alimentación y Prescripción médica y supervisión en caso de inmovilización o restricciones físicas.

Información clínica que debería constar en los registros médicos

- Razones para solicitar la admisión
- Problemas médicos (activos y crónicos)
- Antecedentes médicos (incluye alergias)
- Medidas de prevención: vacunación, visión, estado dental, cuidado de los pies, etc.
- Revisión de síntomas

- Estado nutricional (peso/altura)
- TA (¿ortostatismo?)
- Valoración fuerza muscular

Valoración funcional

- Utilizar instrumentos para valorar AVD y AIVD
- Corroborar las respuestas con lo que aparenta el paciente y ante la duda interrogar a la familia

Movilidad

- Utilizar observación directa
- Decir al paciente que se levante de la silla, camine, dé la vuelta y se siente nuevamente
- Utilizar escala de Tinetti

Valoración cognitiva

- Utilizar un instrumento de valoración de cribaje como en MMSE o en MEC y si lo creemos indicado una escala de valoración de estado de ánimo (GDS Yesavage)

Audición

- Hacerle una pregunta sin mirarlo directamente
- Audiometría

Visión

- Utilizando la carta de Jaeger

Tabla 1

Pueden acceder a este expediente asistencial los servicios de inspección del Departamento de Bienestar Social o del Departamento de

Sanidad y Seguridad Social en el cumplimiento de su actividad inspectora

Nota: Hay que diferenciar el expediente asistencial de la historia clínica que tenga abierta el médico responsable de la atención médica a los residentes. Recordar que esta historia clínica puede estar en el Centro de Atención Primaria si el médico obligado a la asistencia médica es el médico de familia, en la consulta del médico de cabecera que haya diseñado el residente o en la propia residencia, si tiene contratado específicamente a un médico o las tareas del responsable higienico-sanitario están ampliadas para esta función.

2.3 Firma del contrato de prestación de servicios o contrato asistencial

Manifestada la voluntad de la persona de ingresar en el centro y constatado su perfil sanitario según su idoneidad para las condiciones asistenciales del centro, habrá que proceder a formalizar el contrato de prestación de servicios o contrato asistencial (Artículo 18.6 y 18.7 del Decreto).

El contrato tipo que se adjunta deberá incluir los siguientes elementos:

- Tipo de plaza: puede ser una plaza de concertación pública, como centro colaborador, como plaza subvencionada (por ej. Ayuntamientos), estrictamente privada, etc.
- Estado de salud del residente: teniendo en cuenta que es preciso notificar el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria. Habrá que prever cómo podrían incidir los cambios futuros del estado de salud en el contrato.
- Régimen de hostelería: si se puede ubicar en una habitación individual o doble, etc.

- Familiar o personal de referencia del residente a efectos de recibir información y en los casos en que legalmente corresponda sustituir su consentimiento.
- Derechos y deberes de cada una de las partes con aceptación expresa por parte del residente del Reglamento de Régimen Interior.
- Contraprestación económica a los servicios. Precio cierto y medio de pago, actualización.

Se pueden prever cambios en la ubicación, dependiendo de las necesidades, por lo que se pueden incorporar criterios en el contrato que tengan en cuenta estos cambios. Por consiguiente, hay que determinar en el momento del ingreso la situación económico-financiera del residente o el familiar que éste designe para recibir información y completar, si procede, sus decisiones.

El contrato de prestación de servicios o contrato asistencial siempre deberá ser firmado por el residente, familiar responsable o representante legal (en el supuesto legal de incapacitación) y un representante de la entidad titular del establecimiento (Artículo 18.7 del Decreto). Este contrato asistencial o de prestación de servicios es incompatible con la formalización, entre la entidad y el usuario, de cualquier modalidad contractual que tenga por objeto la transferencia de bienes del usuario a la entidad como prestación de los servicios, con carácter vitalicio o no (Artículo 18.7 del Decreto).

Aviso:

El residente o familiar no debe firmar el contrato hasta la primera evaluación médica.

Atención al/los residente/s durante la estancia en el centro

Las funciones de atención al/los residente/s tienen carácter higiénico, higiénico-sanitario, alimentario, social, programa de actividades, etc., pero no se prevé la obligación de prestar funciones de atención médica dado el carácter social (no sanitario) de estos centros. Para la prestación de asistencia médica con personal de la residencia será necesario que el propietario o director del establecimiento contrate específicamente estas funciones. No siendo suficiente a este efecto que el responsable higiénico-sanitario sea un médico. El responsable higiénico-sanitario no está obligado a prestar asistencia médica si expresamente no se pacta en contrato la prestación de asistencia médica y ésta corresponde al médico de familia del centro de atención primaria o al médico que haya designado el residente.

3.1 Atención higiénico-sanitaria

La atención higiénico-sanitaria puede dispensarla un médico siempre que haya sido contratado a estos efectos como responsable higiénico-sanitario. Entre las funciones del responsable higiénico-sanitario previstas en el Artículo 20.4 del Decreto están las siguientes:

- Acceso de los usuarios a los recursos sanitarios públicos.
- Correcta organización y administración de los medicamentos.
- Supervisión de los menús y su ajuste a las pautas de alimentación establecidas.
- Actualización de los datos del documento de control asistencial de cada residente.
- Condiciones higiénicas del establecimiento, de los usuarios y del personal.
- Elaboración de los protocolos necesarios para una correcta atención (acogida y adaptación, incontinencias, caídas, contenciones, lesiones

por presión, higiene, administración de medicación [Artículo 18.10 Decreto]), prevención de riesgos en las salidas del centro y prever situaciones de emergencia.

- Creación y mantenimiento de registros de residentes con incontinencia de esfínteres, lesiones por presión (con indicación de la causa originaria, el tratamiento, fecha de aparición y fecha de curación), caídas y sus circunstancias y sistemas de prevención de éstas, de residentes con medidas de contención con indicación de la medida más idónea para llevarla a cabo, con indicación de la duración y pautas de inmovilización, de actividades dirigidas a mantenimiento de higiene personal (Artículo 18.10 Decreto), de medicación que debe tomar el usuario, con constancia de quien lo administra.

Los registros deben ser fácilmente accesibles, pero hay que garantizar al mismo tiempo la confidencialidad y el cumplimiento de las normas deontológicas.

3.2 Atención médica

La atención médica corresponde a aquel médico que tenga la obligación de la asistencia médica, ya sea el cabecera indicado por el residente al director de la residencia cuando se formaliza el contrato de prestación de servicios o contrato asistencial, el médico del CAP correspondiente o el médico contratado directamente por la residencia para esta función. En cualquier caso, habrá que respetar el derecho del residente a la libre elección del médico. Corresponde a la Dirección del Centro facilitar el ejercicio de este derecho.

Durante la estancia del residente en el centro es altamente recomendable que el médico contratado para la atención sanitaria (no el responsable higiénico-sanitario, salvo que contractualmente asuma las dos funciones) realice una revisión clínica periódica a todos los ingresados en el establecimiento.

Es recomendable utilizar para la valoración funcional, física, psicoafectiva, etc., las escalas validadas o aceptadas por sociedades científicas: I. Barthel y I. Kats (AVD), I. Lawton (IVD), MMSE o MEC o Pfeiffer o Set-Test para screening de función cognitiva, GDS o FAST Reisberg para estadiaje de deterioro cognitivo, E. geriátrica depresión de Yesavage, I. Norton o Arnell para riesgo de úlceras. En cualquier caso, habrá que realizar un tratamiento individualizado de cada residente y adaptar el seguimiento a sus necesidades. Si no hay incidencias destacables, habría que hacer como mínimo una valoración anual con una propuesta como la que sigue y reformular los objetivos terapéuticos (Tabla 2).

Si se presentan problemas puntuales o situaciones de dependencia habrá que reformular los objetivos terapéuticos más a menudo (cada 3 o 4 meses o incluso más a menudo).

3.3 Supuestos especiales de atención médica

a Incapacidad de un residente

En caso de presunta incapacitación (sobrevvenida en el ingreso), será necesario que el profesional que lo presuma realice un informe dirigido al familiar responsable del residente, o al juzgado, si aquél no existe, guardando copia en el expediente asistencial y efectuando un registro de esta actuación.

Si hay un médico contratado por la residencia tendrá que ser este profesional quien lo efectúe.

b Traslado de la residencia geriátrica a un centro sanitario o sociosanitario

En caso de necesidad de traslado a un centro sanitario o sociosanitario, el médico responsable de la asistencia tendrá que realizar un informe donde consten: antecedentes patológicos

significativos, situación clínica y funcional que motiva el traslado y tratamiento actual. La hoja puede ser informatizada, excepto los dos últimos apartados que se llenan en el momento del traslado. En cualquier caso, en la historia habrá que registrar estas incidencias. En el expediente asistencial es recomendable hacer constar la necesidad del traslado y donde se realiza.

c Traslado temporal del residente por necesidad sanitaria o especializada urgente

1 Cualquier traslado de persona necesitada de atención médica específica -fuera de domicilio- tiene que realizarse mediante transporte adecuado y solicitar su prescripción por un médico.

2 Habrá que tener en cuenta la necesidad de tener identificados los centros sanitarios de referencia, hospitalarios, de atención primaria u otros recursos como el 061, emergencias médicas, etc.

3 El responsable higiénico-sanitario (o quien haya con presencia física en el centro) requerirá la presencia del médico responsable del paciente o del médico de urgencias que esté disponible, para que valore los requerimientos asistenciales y emita un informe que recoja claramente la situación del paciente (situación actual, medicación, antecedentes, situación funcional, nivel de intervención, etc.) y el tipo de transporte solicitado.

4 El centro debe registrar los traslados a urgencias (fecha, hora y motivo) y los informes de asistencia que efectúe el centro receptor al alta.

5 Para las visitas a los especialistas hay que adjuntar breve informe que incluya: motivo de la visita, situación y tratamiento actual.

Agradecer que devuelvan respuesta por escrito, no oral. Este informe tendrá que efectuarlo el médico responsable de la persona que requiera la visita especializada.

d Relación con los familiares del residente

Hay que mantener un proceso de información accesible y constante con la persona que consta y suscribe el

Revisión médica anual de pacientes internados en una Residencia

1 Listado de problemas activos

2 Historia médica

a) descripción de situaciones médicas agudas en el último año

b) comentarios a los resultados de laboratorio realizados para monitorizar problemas

c) listado de la medicación actual

3 Revisión de síntomas

a) Revisión de los síntomas más habituales en pacientes institucionalizados

4 Examen físico

a) registrar nuevos hallazgos físicos

5 Estado funcional

a) resumir estados resaltando los cambios

- AVD

- movilidad

- continencia

- función cognitiva

- estado afectivo

b) valorar el potencial rehabilitador

6 Situación social

a) revisar situación del entorno familiar

7 Prevención de salud

a) revisar resultados de evaluaciones y screening

- audiológico

- oftalmológico
- dental
- podología
- test TBC

8 Analítica de screening (resumen de resultados)

9 Existencia de directivos

- Decisiones en participación sobre la atención de la propia salud
- Intensidad de atenciones (ej. no CPR)

10 Plan de objetivos

Deberá tenerse especial consideración ante situaciones especiales como: incapacidad del residente, traslado de la residencia a un centro sanitario o consulta especializada, utilización de restricciones físicas o farmacológicas, alertas sanitarias, etc., que se verán más adelante.

Tabla 2

contrato (Artículo 18.6 del Decreto) o con el familiar de referencia que haya asumido determinadas obligaciones en relación con el usuario, sobre las incidencias significativas del residente, informando siempre de los cambios sucedidos en el seguimiento.

Es preciso informar y preparar a la familia de los residentes en los casos en que se aproximen sucesos críticos (muerte o deterioro irreversible).

Con respecto al colectivo de residentes, es preciso tener en cuenta la conveniencia de mantener y establecer un contacto periódico con los familiares de referencia y efectuar valoraciones periódicas sobre el grado de satisfacción.

e Restricciones físicas y farmacológicas

Es necesario supeditar exclusivamente las sujeciones o restricciones físicas de los residentes a la protección de su salud. En el caso de que un residente necesite cinturón magnético para su seguridad, deberá disponerse de una hoja en que conste el día y el motivo de su utilización. Habría que informar a la familia y que firme que está informada de ello.

Es necesaria una prescripción médica de la medida de contención que en caso de urgencia corresponda, donde conste el nombre, apellido y número de colegiado del médico que la indica, la medida más idónea, su duración y las pautas de movilización. Esta prescripción deberá formar parte del expediente asistencial (Artículo 18.10 del Decreto).

f Alertas sanitarias

Deben comunicarse a la Dirección General de Salud Pública aquellas situaciones de enfermedades de declaración obligatoria y de posible situación de brote epidémico, instando a la adopción de las medidas adecuadas.

Recomendaciones específicas

4

En cuanto a la documentación clínica: historia clínica y expediente asistencial del residente

4.1 Historia clínica

Por historia clínica se entiende el documento de registro de la historia médica de las personas residentes en centros sociales.

4.1.1. Custodia

La custodia de la historia clínica es responsabilidad de la dirección del centro. Corresponde a ésta establecer un mecanismo de custodia activo y diligente, que permita la recogida, la recuperación, la

integración y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad (Artículo 14 de la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica).

El centro tiene que tomar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales recogidos y evitar su destrucción o pérdida accidental y, también el acceso, la alteración, la comunicación o cualquier otro procesamiento que no sea autorizado (Artículo 9.4 de la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica).

4.1.2. Acceso

Corresponde a la dirección de la residencia regular el procedimiento para garantizar el acceso al contenido de la historia clínica a personal autorizado (Artículo 9.4 y 13.1 de la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica). El contenido mínimo es el que se prevé en el artículo 10 de la anterior ley.

Tienen acceso a la historia clínica del residente, salvo los datos de terceros que consten en ella y las observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas del médico:

1 El mismo residente o persona autorizada (Artículos 13.1 y 13.3 de la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica).

2 Los profesionales asistenciales del centro que están implicados en el diagnóstico o el tratamiento del residente (Artículo 11 de la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación

clínica). También aquellos profesionales del centro que le atienden (Artículo 11.2).

3 El organismo competente cuando el acceso sea con finalidades epidemiológicas, de investigación o docencia, con sujeción a la Ley de protección de datos de carácter personal, es decir, preservando los datos de identificación personal del residente, separados de los de carácter clínico-asistencial, salvo existencia de consentimiento en este sentido.

No tienen acceso al contenido de la historia clínica:

- personas no autorizadas;
- la inspección de Bienestar Social (véase diferencia historia clínica y expediente asistencial);
- el personal encargado de las tareas de administración y de gestión de la residencia, que sólo tendrá acceso a los datos de la historia clínica relacionados con sus funciones.

Todo el personal que accede a los datos de la historia clínica, en uso de sus competencias, resta sujeto al deber de guardar el secreto (Artículo 11.6 de la Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica).

4.1.3. De actualización del seguimiento de la historia clínica

- Registrar cronológicamente el curso clínico. Es conveniente que en el curso clínico puedan registrarse conjuntamente las observaciones de todos los profesionales que intervienen. Siempre con la fecha y la identificación de la persona que registre, por orden cronológico y con letra clara. Hay que tener en cuenta la necesidad de notificar por escrito los cambios de dieta.
- Prever una hoja de tratamiento o de órdenes médicas, donde conste la fecha de inicio del tratamiento si es el médico quien lo

prescribe; por otro lado, hay que incorporar las administraciones de fármacos que se efectúen en las recetas correspondientes a la historia clínica. Es preciso definir el circuito de recetas para la prescripción médica. En cualquier caso esta hoja de órdenes médicas forma parte de la historia clínica y debe archivar con ella.

El instrumento adecuado para el seguimiento del tratamiento, en el caso de una residencia asistida en la que el responsable higiénico-sanitario es una enfermera y tiene un médico de cabecera asignado, será una hoja de seguimiento (hoja de órdenes de medicación).

- Habrá que anotar valoración en curso clínico, indicaciones para enfermería y cambios en el tratamiento que deberán registrarse en la hoja de medicación. Las correcciones en el curso clínico u hoja de tratamiento tienen que realizarse a mano, y es ilegal la utilización de correctores.

4.2 Expediente asistencial

Por expediente asistencial se entiende la documentación que según la normativa debe contener la información que se describe a continuación con el objetivo de poder ser evaluada por la inspección del Departamento de Bienestar Social.

- Informe médico del residente realizado en los últimos tres meses previos al ingreso
- Datos identificativos del residente
- Familiar o persona responsable
- Prescripción médico-farmacéutica actualizada
- Pautas de alimentación
- Prescripción médica de inmovilización o restricciones físicas

4.2.1. Custodia

La custodia del expediente asistencial es responsabilidad de la dirección del centro. Corresponde a ésta establecer un mecanismo de custodia activo y diligente.

4.2.2. Acceso

Al contenido del expediente asistencial, definido anteriormente, tienen acceso:

- la inspección de Bienestar Social, en ejercicio de sus funciones inspectoras;
- los profesionales que atienden al residente durante su estancia.

Actuaciones en el momento del alta

5

Incluyen una serie de actuaciones médicas burocráticas que principalmente se dan en supuestos de alta por éxitus, alta por traslado y alta forzosa.

5.1 Alta por éxitus

- Confirmación éxitus
- Emisión de certificado/s de defunción. Pasar a pasivo el expediente asistencial.
- Cierre de historia clínica: fecha y hora, causa inmediata, intermedia y fundamental de la muerte.
- Evitar aumentar la angustia de la familia con trámites burocráticos. Ofrecer apoyo.
- Despedirse de la familia, poniéndose a su disposición y resolver sus dudas o necesidades que puedan surgir.
- Comunicación al juzgado del éxitus en caso de corresponder a un residente internado por orden judicial.
- Comunicación del éxitus al centro.

- Incluir una fotocopia del certificado de defunción al cierre de la historia clínica.

5.2 Alta por traslado (domicilio u otro centro)

Es preciso realizar informe, ya sea el otro centro, o el médico de atención primaria que deba continuar la asistencia, indicando tiempo de estancia como residente (fecha de ingreso - fecha de alta), antecedentes familiares y personales (fisiológicos y patológicos), enfermedad/es actual/es, evolución durante el ingreso, tratamiento después del alta, recomendaciones, valoración de enfermería, fisioterapia y social (los dos últimos sólo si el centro dispone de estos profesionales), medicación para 48 horas y pauta de medicación y despedirse del residente y familia.

Finalmente, hay que tener en cuenta que el alta en el domicilio se corresponda con el interés del residente o su familia. Si son coincidentes no hay problema, si no fueran coincidentes habrá que hacer prevalecer el interés del residente si mantiene la capacidad mental conservada. Las limitaciones físicas tendrán que valorarse conjuntamente con los servicios de atención a la vejez del sistema público.

5.3 Alta forzosa (incumplimiento de las cláusulas de rescisión del contrato o del Reglamento de Régimen Interior)

Procede para la acreditación previa fehaciente de la concurrencia de alguno de los supuestos previstos en las cláusulas de rescisión del contrato o del RRI. Es preciso recordar que no puede acordarse unilateralmente el centro sin haber mediado el trámite de contradicción al residente y al familiar responsable. También habrá que facilitar al residente y familiar responsable un informe donde consten los datos mencionados en el apartado anterior.

Responsabilidades éticas y legales de los médicos

6.1 Responsabilidades legales

Los médicos, como cualquier otro profesional, están obligados por el derecho común a actuar responsablemente en el ejercicio de su profesión, evitando tanto la imprudencia como la ignorancia, la impericia y la negligencia.

Los requisitos y los presupuestos que con carácter general son necesarios para la existencia de la responsabilidad legal-médica en el ámbito de las residencias geriátricas –tanto en el ámbito del sector concertado como en el sector privado– son los mismos que en el sector estrictamente sanitario (centros sanitarios).

Concretamente son requisitos:

- La existencia de conducta activa u omisiva de naturaleza médica.
- La producción de un daño de cualquier tipo y especie (lesión de un derecho, daño físico, daño moral, etc.).
- La relación de causalidad o nexo entre la conducta y el daño producido.
- La no incidencia de causa de fuerza mayor o caso fortuito.

Establecer los supuestos de responsabilidad médica de los diferentes médicos que pueden incidir en la atención a los residentes, así como otros profesionales y directores de los centros, exige determinar las fronteras que delimitan las obligaciones de cada uno de los intervinientes y que, en muchas ocasiones, son difíciles de trazar.

En este documento consta que el objeto de las residencias geriátricas está constituido principalmente por lo que podríamos denominar prestación hotelera y de ocio, prestación higiénico-sanitaria y, a menudo también, la prestación estrictamente médica o asistencial.

Lo primero que hay que poner de relieve es que, cuando la residencia geriátrica asume la prestación médica o asistencial, este

establecimiento tiene que prestar este servicio mediante el médico que consta en el organigrama contratado a tal efecto. Como consecuencia, debería estar en el contenido del contrato celebrado entre el representante legal de la residencia geriátrica y el médico para poder concretar las posibles responsabilidades de este médico y también para conocer si las prestaciones contratadas se corresponden con el servicio asumido por la residencia geriátrica.

La responsabilidad del médico deberá ser analizada siguiendo los elementos que conforman la responsabilidad civil médica (incumplimiento de deberes médicos: diligencia, conocimientos, habilidades, etc.). En este ámbito no hay que olvidar que el cumplimiento de los deberes deontológicos también se incorpora al contrato (deber de información, secreto profesional, priorización del derecho del paciente, etc.). También hay que tener en cuenta que la responsabilidad se tiene por hechos propios (responsabilidad directa) o por hechos de otros que podrían haber evitado o intentado evitar (responsabilidad indirecta).

La responsabilidad de la residencia geriátrica, mayoritariamente, podrá producirse por daños procedentes de actos de deficiente funcionamiento del alojamiento, del personal auxiliar, de la custodia y seguridad de los residentes, etc. También habrá que analizar si los daños ocasionados se deben a deficiencias en la contratación de personal cualificado, ratios de personal adecuados para las prestaciones que se asumen, así como adecuada contratación de servicios de mantenimiento.

En conclusión, se puede indicar que para determinar la responsabilidad civil del centro es necesario establecer en primer lugar cuáles son las prestaciones asumidas por éste, en función principalmente del contrato de servicios o concierto que tenga constituido o, en general por los requisitos que este centro debe

reunir –definidos principalmente por el Departamento de Bienestar Social y el ICASS– en cuanto a sus instalaciones, equipamientos, personal, registros, etc. Cualquier deficiencia en el ejercicio de las prestaciones asumidas dará lugar a más o menos responsabilidad en función del grado de negligencia (incumplimiento de obligaciones) y del deber de prevenir que se acredite y la categoría del daño producido.

Para finalizar este apartado hay que indicar también que pueden existir casos en que a pesar de la causación efectiva de un daño a un residente éste puede no ser imputable al centro o a su personal. Principalmente estos casos los constituyen el incumplimiento de deberes que afectan a los residentes: defectos de productos a pesar de estar homologados, etc.

6.1.1. Supuestos especiales de responsabilidad

a Omisión del deber de socorro o denegación de auxilio sanitario

La denuncia o la imputación del delito de denegación de auxilio sanitario (profesionales obligados a prestar asistencia sanitaria) o del delito de omisión del deber de socorro (cualquier otro profesional o persona del centro conocedor de la situación desvalida del residente) son, a menudo, las conductas de carácter más grave que trascienden el sector residencial.

Su fundamento radica en la creencia (si es probancia se daría delito) de que el médico o el profesional habría podido o puede evitar el resultado dañoso al residente o residentes con su actuación, dada la preparación y competencia que racionalmente tiene que esperarse de su titulación y función en el centro. También se les culpa a menudo de un exceso de confianza en el responsable gerencial del centro. Hay que tener presente que estas omisiones únicamente serán punibles cuando constituyan una infracción de la acción debida jurídicamente,

es decir, cuando el médico esté obligado a prestar asistencia. El médico que estará obligado a prestar la asistencia –si la Residencia Geriátrica no disfruta de ningún médico contratado para esta prestación– será el médico de Atención Primaria del CAP, el APD o el médico de guardia según corresponda para la organización asistencial. Cuando el médico no se encuentra en el ejercicio de su profesión en el servicio en el cual tiene posición de monopolio de ayuda, su obligación se asimila a la de cualquier ciudadano.

Es imposible describir los supuestos que en la práctica podrían dar lugar a una situación de imprudencia profesional, al ser éstas infinitamente variables. En cualquier caso, las circunstancias en que el profesional se encuentre y en relación con el caso concreto en que se considera que debía intervenir serán los elementos clave para determinar su conducta conforme a la Lex Artis Profesional y contractual.

El "quantum" de inexcusable negligencia determinará el grado de responsabilidad penal y civil y, si procede, también laboral.

b Requerimientos de restricciones físicas o farmacológicas a algunos residentes

La limitación de un derecho fundamental como es la libertad y dentro de ésta la de movimiento y conciencia, única y exclusivamente está legalmente autorizada cuando se dirija a impedir en el residente la causación de un daño a sí mismo o a un tercero de entidad superior al cual la limitación de derecho a que se le somete supone.

A título de ejemplo, se puede decir que en cualquier caso será legal o éticamente correcto proceder a una restricción de este tipo por insuficiencia o comodidad de los profesionales del centro.

Será preciso que su necesidad de adopción conste establecida –por escrito– por el médico responsable del residente y que se prevea la revisión periódica de su mantenimiento. También pueden estar autorizados por el juez.

En conclusión, hay que manifestar que la adopción de estas medidas por personas diferentes a las mencionadas será causa de responsabilidad penal y civil por quien las acuerde y, si procede, pudiendo evitarlo o denunciarlo los tolere.

c Negativas de residentes al ingreso a la residencia o a su mantenimiento

La negativa de una persona al ingreso en un centro del tipo que sea, única y exclusivamente puede efectuarse previa declaración judicial a este efecto. Está previsto un trámite de urgencia para algunos casos muy tasados que no afecten al ámbito residencial.

Asimismo, la manifestación expresa de un residente, de su deseo de abandonar la residencia –si disfruta de las facultades mentales conservadas– tiene que ser respetada. En el caso de que la familia se opusiera a ello, es recomendable poner esta circunstancia en conocimiento de los Servicios Sociales o del Juzgado.

La existencia de alguna disminución física u otra situación de riesgo (enfermedad) no deberían ser impedimento para que el residente vuelva a su domicilio, y se ha de contactar con los servicios de apoyo de los servicios sociales y sanitarios.

d Elaboración de informes y certificados sobre el residente no ligados directamente a sus necesidades sanitarias

Un residente no debe ser sometido –por tratarse de una persona mayor– a ninguna restricción de sus derechos a recibir información y

consentir cualquier acción o actividad que lo afecte y que se respeten sus deseos. Los profesionales del centro tienen la obligación de defenderlo ante las imposiciones de terceras personas que puedan tener intereses de algún tipo finalista o que intenten coartar su libertad.

Cuando sea preciso informar o certificar algo habrá que ceñirse a la más estricta objetividad y certeza. No tiene que informarse ni certificar nada con convencimientos demasiado subjetivos o haciendo constar hechos no demostrables. Habrá que evitar dar credibilidad o valorar como hechos ciertos las afirmaciones de otros, si los hechos no están contrastados o no tienen características de verosimilitud. Especialmente, hay que ser cuidadoso en no certificar "por complacencia" estados de salud física o psíquica a petición del residente o su familia o centro sin tener la certeza que se corresponde a la realidad del residente que nos consta y no será utilizada para los propósitos de personas interesadas. Por ejemplo, a alguien puede interesarle la incapacitación de un residente para disponer de sus bienes o para que no otorgue un testamento u otros similares.

Certificaciones de estados de salud física o psíquica no reales pueden llegar a ser calificables de delito de falsificación de documentos y de concurrir con algún otro delito.

e Confidencialidad de la información médica al residente

En circunstancias normales sólo el propio residente y su médico tienen derecho a información de este tipo. La divulgación de información confidencial puede comportar que el médico sea denunciado por revelación de secretos que afecten a la propia intimidad.

Hay que introducir información sobre la confidencialidad en todos los estatutos laborales de los centros como una norma.

También es responsabilidad ética del médico la incorporación de conocimientos sobre los valores y preferencias de los pacientes respecto a su calidad de vida.

También se puede incurrir en responsabilidad penal por el hecho de "dejar acceder a esta información que al médico le ha sido confiada por el residente a personas sin la debida autorización" y en tanto que supone una custodia inadecuada de historias clínicas.

Las circunstancias excepcionales en que se puede facilitar información a personas diferentes al enfermo son:

1 Necesidad de conocimiento de otros médicos, profesionales de la salud, que intervienen en el diagnóstico o tratamiento del residente.

2 Investigación judicial penal, si bien habrá que salvaguardar las cuestiones ajenas a la investigación judicial en curso.

3 Inspección médica en el cumplimiento de sus tareas de control y evaluación, pero salvaguardando las cuestiones ajenas al objeto de la inspección.

4 Proceso judicial de incapacitación del residente y exclusivamente dirigido al Juzgado.

5 Obligación legal por razón de Salud Pública (enfermedades de Declaración Obligatoria).

f Prescripción farmacéutica y recetas

En tanto que la importancia principal de la receta médica es su constitución como medio de seguridad que garantiza el aprovechamiento de los beneficios y la reducción de los riesgos que los medicamentos son susceptibles de causar en una persona y que, por consiguiente, tienen que ser extendidos por el médico que atiende al paciente, ningún médico está obligado en general a transcribir en sus recetas las prescripciones de otro médico. Resulta inconveniente que —en aquellos casos de residentes controlados por el médico contratado por

la Residencia Geriátrica para prestar la atención médica- la extensión de la receta financiada con fondos públicos tenga que efectuarla el médico del CAP.

Razones de control de la prescripción o de las recetas públicas, así como la única disposición de éstas por médicos del sistema público, no parecen suficientes para el obstáculo a los derechos de los residentes que comportan. Bien al contrario, estas razones parecen desconocer que el derecho a la financiación pública de la prescripción farmacéutica no nace de la relación que el médico mantiene con la Administración sanitaria sino del paciente como contribuyente.

Tampoco se impide -se permite el uso de recetas públicas por el médico de la residencia- el debido control de la prescripción y el uso adecuado de las recetas.

De esta realidad ya son ejemplos, actualmente, los centros sanitarios concertados y los centros sociosanitarios concertados que disponen de recetas públicas y, por consiguiente, habría que avanzar para posibilitar su uso por los médicos de las residencias geriátricas, para no obstaculizar el ejercicio pleno del derecho a la prescripción y a la financiación de los residentes, así como no olvidar desplazamientos innecesarios al CAP o del médico de Atención Primaria a la Residencia Geriátrica.

Es especialmente relevante en este apartado la racionalización de los recursos respecto al gasto farmacéuticos en estos pacientes, en la gran mayoría de los casos, con pluripatologías de carácter crónico. También es importante remarcar que es preciso evitar prácticas comisionistas en el gasto farmacéutico porque son difícilmente defendibles desde el punto de vista deontológico y administrativo.

6.2 Responsabilidades éticas

La responsabilidad ética o deontológica mantiene como elemento diferencial más importante de la responsabilidad legal o jurídica, la no necesidad de ocurrencia de un daño en un paciente. Se incurre en ella si se constata la existencia de incumplimiento de alguno de los preceptos deontológicos o de transgresión de los principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficiencia, justicia).

Responsabilidades legales

- Omisión del deber de socorro o denegación de auxilio sanitario.
- Requerimientos de restricciones físicas o farmacológicas a algunos residentes.
- Negativas de residentes al ingreso a la residencia o a su mantenimiento.
- Elaboración de informes y certificados sobre los residentes no vinculados directamente a sus necesidades sanitarias.
- Confidencialidad de la información médica del residente.
- Prescripción farmacéutica y recetas.

Tabla 3

Es evidente que el primer deber ético es el respeto a la vida y que ésta sea digna, a pesar de la posible vulnerabilidad o fragilidad de algunos residentes en estos casos.

De los preceptos deontológicos vigentes interesa relatar el referente al concepto general de salud (norma 1) e intervención en ésta del médico (1,3,4), así como el de respeto, protección (defensa) y promoción de la vida humana de las personas que se atienden (5).

El contenido de estos preceptos obliga al médico de la Residencia Geriátrica y, si procede, al médico para la prestación asistencial a tener en cuenta la dimensión interpersonal, participando activamente en el bienestar físico, psicológico, social y espiritual del

residente, así como el respeto humano, es decir, su dignidad como ser humano.

También el precepto 39 obliga a declinar testificar ante un Tribunal sobre la información de carácter médico de que se dispone de un residente y, por consiguiente, el deber –a menos que lo autorice el residente– dentro de los límites legales establecidos a actuar en conciencia arriesgándose, pero, a ser condenado por delito de desacato al Tribunal.

Finalmente, el capítulo VII sobre la muerte orienta al médico sobre la pauta de actuación médica ética y deontológica dirigida principalmente a facilitar al residente que muera de acuerdo con lo que ha dado significado a su vida.

El incumplimiento manifiesto y probado de conductas contrarias a los preceptos deontológicos son causa de sanción disciplinaria colegial de conformidad con lo que se prevé en los correspondientes estatutos de la corporación médica.

Conclusiones

7

- Es altamente recomendable que el médico contratado como responsable higiénico-sanitario o como director técnico para una residencia incorpore en el contrato como una CLÁUSULA ESPECIAL un texto que manifieste claramente y sin ambigüedades que las funciones de la prestación de actos de asistencia sanitaria a los residentes queden excluidas de sus funciones, salvo en situaciones excepcionales de urgencia.
- Las funciones quedan limitadas a la prestación de las condiciones higiénico-sanitarias, en el caso del responsable higiénico-sanitario, o a las de organización, administrativas o de dirección del servicio de atención, en el caso del director técnico. Las funciones de ambas

figuras están descritas en el Decreto 284/96 de 23 de julio de regulación del sistema catalán de Servicios Sociales, modificado por el Decreto 176/00 de 15 de mayo y en el contrato.

- Es altamente recomendable que el médico extrarresidencial en cuyo ámbito de actuación esté situada la residencia geriátrica tenga especial cuidado en atender las solicitudes de asistencia y los motivos que, desde la residencia, se le formulen, así como en las instrucciones de cuidados de residentes en tratamientos que convenga seguir, identificando al profesional del centro a este efecto.

En el momento de un litigio o proceso judicial, suele ser muy difícil delimitar las responsabilidades por omisión o por comisión del centro y del personal interviniente, existiendo en la práctica la tendencia a imputar al médico la máxima responsabilidad.

Glosario

El servicio de residencia asistida para personas mayores está definido en el artículo 4 (Modificaciones del anexo) del Decreto 176/2000, de 15 de mayo como "servicios de acogida residencial, con carácter permanente o temporal, y de asistencia integral a las actividades de la vida diaria para personas mayores con dependencias" con los objetivos de "facilitar un entorno sustitutivo del hogar, adecuado y adaptado a las necesidades de asistencia" y "favorecer la recuperación o el mantenimiento del máximo grado de autonomía personal y social". Las funciones que cumplen este tipo de servicios son "alojamiento, manutención, acogida y convivencia, atención personal en las actividades de la vida diaria, hábitos de autonomía, dinamización socio-cultural, mantenimiento de las funciones físicas y cognitivas, lavandería y repaso de ropa, higiene personal, apoyo social, atención familiar dirigida a favorecer las relaciones de la

familia con el usuario y su entorno y garantizar la asistencia sanitaria”.

Responsable higiénico-sanitario

El Artículo 20.4 del Decreto 284/1996 modificado en el Decreto 176/2000 establece que los servicios de centros residenciales deberán contar con el apoyo de un responsable higiénico-sanitario con titulación idónea que se responsabilice juntamente con el director técnico de los aspectos organizativos del servicio.

Informe médico previo al ingreso

Se exige un informe, efectuado como máximo en los tres meses anteriores al ingreso (salvo casos urgentes) y con un contenido mínimo.

Expediente asistencial

El contenido mínimo, según el Decreto, es el siguiente. Datos identificativos, familiares o persona responsable del usuario, prescripción médico-farmacéutica, pauta alimentaria (Artículo 20) y circunstancias del ingreso de personas que no pueden manifestar libremente su voluntad (Artículo 7.3 párrafo final).

Reglamento de Régimen Interior

Contenido mínimo que se recoge en este trabajo:

- Normas de funcionamiento del establecimiento
- Causas de suspensión o cesamiento de la prestación del servicio
- Sistemas de admisión y bajas
- Sistemas de cobro del precio de los servicios complementarios si procede
- Mecanismos de información en todos los servicios y la participación democrática de los usuarios o sus representantes legales en aquellos servicios que así se establezca.

Bibliografía

- **Ouslander JG y Osterweil D.** Medical care in the nursing home. Mc Graw Hill. 2a. edición 1997.
- **Wesdine R, rubinstein LZ, Cassel Ch.** Nursing home residents need physicians' service. Annals of Internal Medicine 1997; 120:616-617.
- **Reuss JM.** Manual de medicina geriátrica en residencias. Edimsa 2000.
- **Libow LS, Starer T.** Care of the nursing home patient. New England Journal of Medicine 1989; 321:93-96.
- **Departament de Sanitat i Seguretat Social.** Activitats preventives per a la gent gran. Llibre blanc. Generalitat de Catalunya 1999.
- **San José A, Jacas C, Selva A, Vilardell M.** Valoración geriátrica. Medicina 1999; 7:5797-5802.
- **Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.** Guía práctica para la prevención de caídas y accidentes. Madrid 1999.
- **Societat Catalano-Balera de Geriatria i Gerontologia.** Valoración geriátrica ante el proceso de rehabilitación. Rehabilitación Geriátrica. Barcelona 1997.
- **Fontanals MD, Martínez-Mateo F, Vallés Forcada E.** Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995; 30:189-198.
- **Hawes C, Morris JN, Philips CD et al.** Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age Ageing 1997; 26:19S-26S.
- **DECRET 284/1996**, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales modificado por el **Decreto 176/2000**.
- **Ley 21/2000**, de 29 de diciembre, sobre los **derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica** (DOGC nº 3303, de 11.01.2001, p. 464 ss. Corrección de erratas DOGC nº 3353, de 22.03.2001, p. 4211).

Anexo 1. Funciones de los médicos según el contrato de trabajo con la residencia

10

| Funciones | Director Técnico | Responsable HS | Médico del CAP |
|--|------------------|----------------|----------------|
| Organizativas administrativas | SÍ | NO | NO |
| Correcta organización y administración de medicamentos | SÍ | SÍ | NO |
| Supervisión de los menús y adecuación a las pautas de alimentación contenidas en el expediente asistencial | SÍ | SÍ | NO |
| Actualización de los datos que constan en el documento de control asistencial de cada residente | SÍ | SÍ | NO |
| Condiciones higiénicas del establecimiento de los usuarios | SÍ | SÍ | NO |

| | | | |
|--|----|--------|----|
| y del personal | | | |
| Elaboración de los protocolos necesarios para una correcta atención de los usuarios y de su aplicación | SÍ | SÍ | NO |
| Asistencia sanitaria | NO | NO (*) | SÍ |
| Elaboración y mantenimiento expediente asistencial | NO | SÍ | NO |
| Mantenimiento de registros obligatorios | NO | SÍ | NO |
| | | | |

- Cuando se trate de establecimientos residenciales de entidades de iniciativa social con 25 usuarios o menos, el director del establecimiento podrá asumir la responsabilidad de los aspectos previstos en la tabla anterior.

- Las funciones de director técnico y las de responsable higiénico-sanitario podrán recaer en la misma persona cuando ésta reúna la capacitación requerida para ejercer las dos, siempre que sea compatible con la dedicación horaria de ambas.

(*) Salvo que en su contrato de trabajo conste específicamente esta función.