



Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado

La residencia como espacio de convivencia y de salud



Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado

(La Residencia como espacio de Convivencia y de Salud)



AUTORES:

Primitivo Ramos Cordero

*Director Médico de la Residencia de Personas Mayores La Paz, Servicio Regional de Bienestar Social.
Consejería de Servicios Sociales*

Olga Larios González

Asistente Social. Residencia La Paz. Servicio Regional de Bienestar Social

Sotero R. Martínez de la Mata

Director Médico de la Residencia Nuestra Sra. del Carmen. Servicio Regional de Bienestar Social

Manuel López Martínez

Director Médico de la Residencia Vallecas. Servicio Regional de Bienestar Social

José Antonio Pinto Fontanillo

Responsable del Programa de Prevención y Promoción de la Salud en las Personas Mayores. Consejería de Sanidad

SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. CONSEJERÍA DE SANIDAD

ISBN: 84-451-2482-X

Depósito Legal: M. 27.162-2003

Impreso en España - Printed in Spain

Imprime: NUEVA IMPRENTA, S.A.

Avda. de la Industria, 50 - 28108 Alcobendas (Madrid)

Presentación

Es indudable que los cambios sociales, y sus efectos en los estilos de vida, vienen afectando de una manera especialmente significativa a las personas mayores y a su entorno. Otro proceso que también se viene observando es que los Centros Residenciales, en cualquiera de sus modalidades, se están convirtiendo progresivamente en una alternativa que quiere responder a las nuevas necesidades de este amplio grupo de edad, a través de la adecuación de sus servicios y la cualificación de sus profesionales.

Por ese motivo, la prevención y la promoción de una vida saludable en los mayores alcanza hoy la necesidad de contemplar el ámbito residencial como un espacio idóneo para la intervención.

Este documento, no ha de interpretarse como un instrumento rígido que encorsete a los profesionales privándoles de su propia creatividad; sino que pretende la reflexión y orientación para que cada cual lo desarrolle y complete de la forma más coherente con aquellas peculiaridades de su entorno específico.

Ha sido elaborado por un equipo de profesionales que conoce desde dentro ese ámbito residencial, y quiere aportar una serie de criterios a tener en cuenta, tanto en lo que se refiere a los procesos de adaptación, como a la optimización de las estrategias de atención. Un paso más en el objetivo común de elevar el bienestar y la salud de los mayores.

José Ignacio Echániz Salgado
CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**Celebramos el aumento de la esperanza de vida
en muchas regiones del mundo
como uno de los mayores logros de la humanidad...**

**II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
Resolución 1. Madrid, 12 de abril de 2002**

Índice

1	Introducción: una aproximación social al envejecimiento	9
2	La Residencia: un espacio para la convivencia y la salud	11
	El proceso de adaptación	12
	Fases en el proceso de adaptación	13
	La participación	16
3	Problemática del anciano institucionalizado	19
	Tipos de Residencia	23
	Situación actual y futuro	25
	Causas de ingreso en Residencias	26
	Objetivos esenciales de un Centro Residencial	29
	Principales problemas de salud a detectar	29
	Filosofía asistencial de las Residencias	31
	Metodología de trabajo	34
	Plan de cuidados del residente	35
4	Cartera de Servicios de Salud en Centros Residenciales	37
	Bibliografía recomendada	45

1

Introducción: Una aproximación social al envejecimiento

La GERONTOLOGÍA en el siglo XXI se desarrollará probablemente en un escenario donde el aumento de la esperanza de vida, autonomía y bienestar de los mayores, tendrán que convivir con una mayor presencia de problemas de dependencia y soledad, unido a graves dificultades familiares para prestarles cuidados.

En un futuro próximo las previsiones demográficas de envejecimiento se situarán en torno a los siete millones y medio de personas frente a los seis millones setecientos mil actuales. En un futuro inmediato, entre los próximos ocho o diez años, se producirá además un fuerte proceso de envejecimiento interno entre personas de 70-80 años, y en consecuencia, mayor incremento de deterioro y dependencias.

Tendríamos que reflexionar respecto a la heterogeneidad de este colectivo, diferenciando entre **vejez autónoma**, relativamente satisfecha con su salud, colchón y soporte familiar y económico de los suyos, con representación activa en la sociedad, y lo que estamos denominando **cuarta edad** (mayores entre 75-85 años), actualmente 1.700.000 personas en España, con graves problemas físicos, psíquicos y sociales cuyos cuidados se hacen indispensables.

La dependencia es también social y, generalmente, antecede y/o acompaña a la incapacidad física y psíquica.

Conviene recordar algunos **componentes sociales**, que están contribuyendo en la actualidad a limitar el normal desarrollo de las personas mayores en su entorno:

- **El aislamiento y la soledad.** Disminuye la capacidad de afrontamiento de situaciones y sus demandas no se exteriorizan. Permanecen invisibles para la sociedad.

- **Escasas posibilidades educativas** de muchos mayores, que hacen complejas actividades cotidianas en una sociedad cada vez más tecnológica.
- **Estructura vertical de las viviendas en las ciudades** y escasas adaptaciones en las mismas que dificultan el acceso dentro y fuera del hogar, disminuyendo las relaciones sociales.
- **Barreras arquitectónicas.** Recordemos que en España, una buena parte de la población de edad vive en municipios de más de 10.000 habitantes.
- **Insuficiencia económica.** Limita las posibilidades de afrontar con éxito las consecuencias del deterioro.
- **Crisis del sistema familiar.** La mayor parte de los cuidados, aún hoy en nuestro país, son asegurados por la familia, pero este fenómeno se está transformando, augurando que en poco tiempo, la oferta de cuidadores informales se verá reducida sustancialmente.
- **Transformaciones laborales, familiares, y convivenciales.** La movilidad geográfica en el trabajo, el acceso de la mujer al mercado laboral, la sustitución del modelo de familia tradicional por otros, son fenómenos nuevos, no conocidos por ninguna otra generación, que están revolucionando el sistema de cuidados que, hasta ahora, recaía fundamentalmente en la mujer.

Además, los grandes problemas de deterioro que plantean los mayores, no siempre tienen fácil abordaje por parte de la familia, precisando cuidados profesionales o formales.

Partiendo de estas reflexiones, introducimos **la Residencia** como recurso necesario en determinadas circunstancias, que está viviendo un proceso de transformación en el ámbito asistencial, ambiental, y conceptual o de filosofía (que incluye el pleno respeto por los derechos fundamentales del individuo).

2

La Residencia: Un espacio para la convivencia y la salud

El momento del ingreso en una residencia suele coincidir con un proceso vital que, en la mayoría de los casos, conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales del sujeto. Esto trae consigo un complejo sistema de **adaptación** al nuevo entorno, tanto por parte del **mayor**, como de la **familia**, del **personal del centro** y del propio **ambiente**.

Las residencias intentan hoy cuidar especialmente aspectos y detalles que parecen cubrir las necesidades, tanto básicas como específicas, del individuo, lo que supone que existen nuevas condiciones para que el ingreso en este medio se viva de manera satisfactoria. Sin embargo, no siempre es así.

Existen **variables internas fundamentales**, que harán al sujeto más o menos vulnerable frente a la adaptación a un ámbito residencial y, por tanto, frente a la integración o no integración al mismo:

- 3 La voluntariedad y preparación previa del usuario.
- 3 El estado de salud físico y psíquico.
- 3 La acogida en la residencia. El trato individualizado al mayor.
- 3 El tipo de centro: Tamaño, cultura organizativa. La oferta.
- 3 La temporalidad del ingreso.
- 3 La presencia e implicación de familiares. Las redes de apoyo.
- 3 El estilo de vida dentro del centro.
- 3 La capacitación de los componentes del equipo.

El concepto de Residencia ha evolucionado mucho a lo largo del tiempo, siendo muy difícil ofrecer una definición que responda a las necesidades de todos los actores que intervienen en ellas: profesionales sanitarios, sociales, familiares, expectativas de los futuros residentes, mercado...

No obstante, este nuevo concepto sí debería incluir tres dimensiones:

- **Dimensión ambiental o ecológica:** “Crear ambientes humanos cargados de estímulos”.
- **Dimensión asistencial:** Con equipamientos humanos y técnicos para atender correctamente las necesidades de los residentes, afectados por problemas de autonomía.
- **Dimensión bioética:** Ser garantes de derechos y deberes fundamentales, respeto, escucha, cuidado de la imagen, tratamiento individual, secreto profesional, privacidad.

Quizá la clave esté en ofrecer **modos de vida** más cercanos a lo **cotidiano**, en **contacto** con la **comunidad**, con actividades organizadas por los propios mayores, **con presencia activa** de las **familias**, de **voluntariado** que participen en la dinámica de la residencia, con **profesionales** capaces de dejar desarrollar al mayor sus capacidades desde una **relación de ayuda**, alejada del paternalismo, sin olvidar la prestación de todos los **cuidados asistenciales** que precise el anciano durante su estancia en la residencia.

PILAR RODRÍGUEZ, en su libro *Residencias para personas mayores*, hace esta definición de la Residencia:

“CENTRO GERONTOLÓGICO **ABIERTO**, DE **DESARROLLO PERSONAL Y ATENCIÓN SOCIO SANITARIA** EN EL QUE **VIVEN TEMPORAL O PERMANENTEMENTE PERSONAS MAYORES CON ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA.**”

EL PROCESO DE ADAPTACIÓN

El **ingreso en una residencia**, está considerado un momento de transición en la vida de la persona, un **rito de pasaje**, semejante al momento del nacimiento de una hijo, el matrimonio, la jubilación o el fallecimiento de un ser querido. Significará por tanto un cambio muy importante en el ciclo de su vida, y habrá que cuidar durante largo tiempo muchas cosas.

Trasladarse a un medio residencial, implica “**rupturas**”, de tipo **afectivo** (las amistades, la familia, disminución de relaciones sociales), **materiales** (dejar el hogar, los objetos personales) y de **posición social**: En ocasiones cambia el concepto que uno tiene de sí mismo, adoptando posturas de desvalimiento, que posteriormente no se corresponden con la realidad. También, no siempre adecuadamente, la sociedad asocia ingreso en residencia con dependencia, debilidad, pérdida del control de la propia vida.

Adecuarse a la vida en residencias es especialmente difícil cuando hablamos de una tercera edad, caracterizada por su gran heterogeneidad, que

tiene que dejar espacios, posesiones personales y rutinas y adaptarse a una serie de normas más homogéneas, con un conjunto de individuos muy diferentes”.

A estas **pérdidas** hay que sumar, que en muchos casos se ingresa en la residencia tras el fallecimiento del cónyuge, por lo que la elaboración del duelo es doblemente dificultosa.

El residente tendrá que **incorporar** nuevos sonidos, nuevos olores, informar de ciertas cuestiones íntimas, acomodarse a vivir en un espacio reducido en muchos casos compartido, acostumbrarse a escenas perturbadoras, a la desnudez ajena, y a la muerte.

Tendrá que aprender nuevas rutinas, en muy poco tiempo, sobre el modelo de funcionamiento de ese lugar, y todo ello ocurre normalmente sin ceremonia de admisión. Otros ritos de pasaje como son la jubilación, el matrimonio, el nacimiento, etc., se celebran, y se preparan durante largo tiempo.

FASES EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN

Existen diferentes **momentos importantes** en este proceso, con características bien diferentes:

Pre-ingreso.

Ingreso.

Periodo de adaptación.

Integración.

El pre-ingreso

Comienza desde el momento en el que se hace la gestión de la residencia.

Se caracteriza por ser un fenómeno muy estresante tanto para el anciano como para el cuidador, generalmente provocado por la falta de información respecto a lo que va a acontecer. Por ello, lo que hay que facilitar, fundamentalmente, es: **información**.

- 3 El profesional tendrá que mantener entrevistas, previas al ingreso, con el residente, siempre que sea posible, y también con los familiares.
- 3 Ofrecer un amplio conocimiento del centro, mediante visita al mismo, y mostrar si es factible las dependencias que va a utilizar el residente: la habitación, los comedores, las salas comunes, etc.

- 3 Recopilar información básica previa, sobre el estado de salud general del anciano, motivo del ingreso, hábitos, cuidados que va a necesitar y apoyo social, con objeto de transmitir al equipo una información básica sobre el futuro residente.
- 3 Informar de toda la documentación que deberá preparar el día del ingreso, y de los aspectos generales que debe conocer. Es conveniente facilitarlo además por escrito.
- 3 Es muy importante que la familia sepa que su apoyo es clave en la adaptación e integración del residente. Por tanto, les diremos que contaremos con ellos para afrontar las situaciones que se vayan produciendo.
- 3 Debemos tener en cuenta que el proceso comienza en esta fase, no sólo para el residente sino también para la familia. Suelen traer un sin fin de sentimientos contradictorios, de culpa, de rechazo al deterioro..., además de estrés, y los profesionales debemos estar preparados para ir acompañándoles en su propio proceso de adaptación al medio residencial, conteniendo, reforzando, invitando a la participación o en ocasiones, proporcionando apoyo y facilidades para una adaptación más tranquila.
- 3 Fijaremos la fecha de ingreso, la hora y el medio de transporte en el que llegará al centro, procediendo al intercambio de teléfonos e identificando personas de contacto.
- 3 Si lo consideramos oportuno, solicitaremos información complementaria, a través de otros profesionales que hayan conocido al usuario desde otros servicios: Centros de Día, Residencias, Hogares, Servicios Sociales, Centros de Salud y otros.

El ingreso

Ya hemos señalado que el **ingreso** en una residencia supone muchos cambios y está cargado de **sentimientos muy fuertes**, tanto para el usuario, como para la familia. Los profesionales que intervenimos en un ingreso, también lo vivimos como un día diferente. Sin embargo, no siempre le damos la importancia que tiene, y para la organización de la residencia, es un día más, cargado de procedimientos.

Desde el punto de vista de la **acogida**, destacaríamos:

- 3 Cuidar, **quién y cómo se le recibe**.
- 3 La importancia de la **valoración inicial** multidimensional para ubicarle correctamente en habitación, comedor, pautas iniciales de cuidados básicos.

- 3 **La presentación** de algunos residentes que le den la bienvenida. (En algunos centros existe el Comité de bienvenida, que se ocupa de la primera acogida, ofreciendo al residente nuevo, una visión práctica desde la vivencia cotidiana.)
- 3 El personal del centro debe **ofrecer su apoyo** al residente.
- 3 **Mostrarle las dependencias.** Reduce el estrés inicial.
- 3 Los acompañantes y profesionales dedicaremos el **tiempo** suficiente al nuevo usuario.
- 3 Es importante la **presencia de familiares**, o personas de confianza del residente en el ingreso. Disminuirá la ansiedad.
- 3 Convendría disponer de la máxima información administrativa, antes del ingreso, con objeto de **no “cansar”** con cuestionarios, test y documentación, a la persona que acabamos de recibir

El periodo de adaptación

La adaptación es continua. El residente tendrá que ir acoplándose a nuevas exigencias ambientales, problemas de organización, cambios de habitación, compañeros diversos, y también a su propia evolución en el centro.

Administrativamente existe un periodo de adaptación, fijado entre uno y tres meses, aunque este dato es variable según cada persona. Hay individuos que no se adaptan nunca a este medio, y otros que lo hacen rápidamente.

No obstante es interesante tener en cuenta algunas cuestiones sobre esta fase, tales como:

- 3 **Valorar nuevamente** al residente **transcurridos quince días** desde el ingreso. La valoración inicial tiene componentes emocionales, que después van desapareciendo.
- 3 Desarrollar **un plan de cuidados más ajustado**, derivado de esa valoración multidimensional.
- 3 Realizar un **estrecho, pero discreto seguimiento** durante el primer mes, desde todas las disciplinas.
- 3 **Orientar** al residente hacia actividades o programas que favorezcan las relaciones interpersonales.
- 3 **Trabajar con residentes afines al residente** con quienes pueda conectar.
- 3 Favorecer una **implicación familiar**, frecuente, positiva y gratificante para todos.

- 3 **Cuidar la relación con la familia.** Los profesionales, no debemos olvidar que esta formará parte en muchas ocasiones del proceso terapéutico con el residente.
- 3 **Apoyo interdisciplinar a los familiares.** Orientándoles en su actuación en el centro y ante el propio residente.

La integración

El concepto integración es muy **difícil de valorar**, sobre todo porque quienes lo valoramos no tenemos la experiencia vital de residir en una institución con unas características concretas, y con una edad avanzada donde la adaptación a los cambios es mucho más complicada.

Cuando un residente expresa que su habitación o el conjunto de la residencia es “su casa”, los profesionales solemos pensar que la fase de adaptación está finalizando, sin que ello quiera decir que esté plenamente integrado. En ocasiones no se integran nunca, aunque sí entienden que va a ser el lugar donde pasarán el resto de su vida.

Existen **parámetros sociales** que nos ayudan a valorar el grado de integración al nuevo entorno, aunque esta valoración, en ocasiones, no se puede contrastar con el residente, perdiendo validez (demencias).

Las relaciones sociales con compañeros, mantener vínculos con los familiares, participar activamente en las actividades del centro, un buen estado de ánimo, preocupación por el buen funcionamiento del centro, entablar adecuadas relaciones con el personal, las salidas de la residencia para realizar actividades diferentes a las pautadas en la institución y la colaboración en los cuidados diseñados para el mismo, nos pueden ayudar a testar hasta dónde llega el estado de bienestar o malestar del residente tras el ingreso.

La fase de integración no es el final del camino, pueden existir retrocesos y situaciones inesperadas que haya que readaptar nuevamente; por tanto el seguimiento y la evaluación de la persona que ingresa en un centro tiene que hacerse mientras viva en la residencia.

LAPARTICIPACIÓN

Participación y animación

En nuestro país no hay una gran tradición participativa ni asociativa, por tanto, los mayores que viven actualmente en residencias tampoco tienen hábitos adquiridos respecto a estas cuestiones, y, lógicamente, aún hoy,

no hacen demandas explícitas sobre cómo les apetece disfrutar del tiempo de ocio.

La planificación del ocio se deja normalmente en manos de determinados profesionales, que convierten momentos lúdicos o culturales, en otros tantos momentos de disfrute para los residentes mientras se desarrolla esa actividad. Cuando finalizan estos actos recreativos, observamos cómo la soledad, falta de comunicación, pasividad y escaso dinamismo vuelven a hacerse protagonistas en estos centros.

Cuanto mayor dependencia presente el residente, más difícil es crear ambientes estimulantes, y más riesgo existe de que la institución involuntariamente, marcada por su propia inercia, programe al residente todas las actividades cotidianas, a través de normas y horarios.

Complementar entornos estimulantes, con el cumplimiento de objetivos de los centros, es una tarea harto difícil, pero no imposible; existen **nuevos conceptos de animación** que nos pueden ayudar.

El Programa de animación debería recorrer de forma transversal todos los departamentos de una residencia: “**la animación es un concepto amplio de vida**”, es enriquecer la vida cotidiana, con la participación del residente y la colaboración de todos los profesionales del centro, según la actividad que realice en ese momento la persona. Así, todos los departamentos, pueden ser idóneos para implicar al residente en tareas cotidianas que posiblemente ha desarrollado siempre: organizar la habitación, ayudar a cuidar el jardín, hacer pequeñas gestiones útiles para la residencia, etc. Los pequeños momentos de la vida cotidiana, tendrían que cargarse de **normalidad**.

La dinamización de la vida en residencias no puede encargarse a dos o tres profesionales, pues se convierte entonces en la animación de momentos concretos.

También somos conscientes, de que para llevar a cabo este planteamiento, es clave que la **misión** del centro, gire en torno al anciano; tanto en el desarrollo de oferta de actividades, como en la búsqueda de centros de interés en cada residente. Además, requiere una flexibilidad en el funcionamiento de los centros y la mayor capacitación profesional de todos los componentes de la residencia.

Participación en residencias

Si deseamos buscar fórmulas para que los centros respiren climas de normalidad, tenemos que facilitar la participación de los **profesionales**, el **residente**, la **familia** y la **comunidad o entorno**.

Participación de residentes

Que se traducirá en:

- 3 El consentimiento en sus propios planes de cuidados.
- 3 El diseño y propuestas en actividades lúdicas y organizativas.
- 3 La participación activa con su presencia en actos organizados.

Participación de profesionales

- 3 En reuniones interdisciplinarias.
- 3 En el diseño y evaluación de planes de cuidados individualizados
- 3 Estando presentes en acontecimientos de convivencia.
- 3 Manteniendo el máximo compromiso y aceptación del usuario.

Participación de la familia

La familia une al residente con el mundo de lo afectivo, le proporciona seguridad y confidencialidad; constituye una proyección de la vida personal del sujeto en el centro, le conecta con el exterior. Su presencia en los centros es un derecho del residente.

Los profesionales necesitamos contar con su opinión y consentimiento, en numerosas ocasiones (en la modificación sustancial de un tratamiento médico, en casos de incapacitación, cambios de habitación, autorizaciones para salir fuera del centro, gestiones, etc.).

Debemos facilitar a las familias la colaboración, tanto con el propio residente, como en las cuestiones generales de funcionamiento del centro.

Participación de la comunidad

A través de:

- 3 El ofrecimiento a la propia comunidad de los servicios de la residencia.
- 3 La apertura del centro al exterior, utilizando los recursos que nos ofrece la comunidad.
- 3 Potenciando el voluntariado social.

3

Problemática del anciano institucionalizado

Por cuanto hemos mencionado hasta aquí, entender lo que acontece y caracteriza al anciano institucionalizado, requiere llevar a cabo un ejercicio de reflexión sobre las características de “mundo” institucional y de los procesos que allí se viven.

En general cuando hablamos del proceso de institucionalización, de una forma genérica y extensiva nos referimos a la institucionalización permanente y definitiva, en la mayoría de los casos, de las personas mayores en Centros Residenciales.

Otras modalidades de atención, como los Centros de Día, han adquirido denominaciones en el ámbito profesional como semi-institucionalización ó institucionalización parcial ó incompleta.

Así pues, cada vez que mencionamos el ámbito institucional, nos referimos obviamente a los Centros Residenciales.

Las Residencias han sufrido una transformación importante; baste constatar las sucesivas definiciones que han adquirido a lo largo del tiempo:

“Institución total de Goffman”: Centro donde residen personas con características comunes, separadas de la sociedad y en el que transcurren sus vidas en régimen cerrado y formalmente administrado.

En el momento actual, las Residencias y el mundo Institucional en general, nada tienen que ver con estas concepciones; sino que, por el contrario, la evolución que han experimentado, les ha llevado a ser la antítesis de las mismas.

No obstante, resulta interesante detenerse en el análisis de las transformaciones que han sufrido las Residencias tanto conceptual como normativa y reglamentariamente.

Estas transformaciones de los Centros Residenciales, no traducen más que la demanda que la sociedad ha ido haciendo, en función de la problemática dinámica y cambiante del colectivo al que atienden.

Atrás quedan los tiempos de la concepción Asilar de las Residencias, en las que éstas atendían a usuarios con un perfil de marginalidad social y económica, “desprotegidos” del sistema, y que dependían de la Beneficencia Provincial de las respectivas Diputaciones Provinciales.

Estos Centros Asilares prestaban servicios por personal predominantemente religioso (órdenes religiosas, cáritas, y otros,) , no sujetos a normativas ni convenios laborales y a los que dedicaban gran parte de sus vidas de forma vocacional. Carecían de algunas categorías profesionales imprescindibles en la actualidad: Médicos, D.U.Es., Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, etc.

En este período, no existía una planificación en la atención o asistencia, dándose un servicio de cobertura exclusiva de sus necesidades básicas (alimentación - manutención).

Desde esta concepción de Residencia, hasta la actual, ha habido numerosas transformaciones. Vamos a pasar a describir las más relevantes, definidas por las principales entidades públicas encargadas de la provisión de servicios residenciales a personas mayores:

INSERSO. 1985-1987: *“Establecimientos que sirven de vivienda permanente a mayores, desde los que se presta asistencia integral y continuada a quienes no pueden satisfacer esta necesidad por otros medios”.*

No obstante, como ya hemos reflejado, el carácter dinámico de las necesidades y demandas de las personas mayores hace que en cada momento histórico, social, económico y cultural un mismo organismo o entidad deba adaptarse a éstas. Así el propio INSERSO debió adaptar su concepción de Centros Residenciales en un corto espacio de tiempo pasando a esta definición:

INSERSO. 1993: *“Establecimientos que ofrecen una atención integral y vivienda permanente a mayores, que por su problemática familiar, social y/o económica no pueden ser atendidos en el domicilio”.*

Vemos pues cómo, en tan sólo cinco años, modifica su concepción de Centro Residencial, y ya no es un Centro que sirviendo de vivienda perma-

nente puede prestar una atención integral, sino que el concepto de atención integral está tan considerado como el de servir de vivienda permanente en su definición. Es decir, los usuarios que alberga, necesitan tanto de una atención integral como de un lugar donde vivir; muestra de la mayor complejidad de la población a la que atienden.

Del mismo modo otro servicio público como el Servicio Regional de Bienestar Social, ente u organismo autónomo que se encarga de la gestión de los Centros Residenciales Públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid, se pronuncia al respecto a través del Reglamento de Organización y Funcionamiento de Centros, así como a través del Reglamento de Régimen Interior, y los define como:

SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL. 1993: *“Establecimientos que sirven de alojamiento estable y común a personas mayores en los que se presta una asistencia integral y continuada supe - rando la meramente asistencial”*.

Continuando en esta línea de definición de los Centros Residenciales, otro organismo o ente de relieve, INSALUD, con motivo de determinar los Criterios de Ordenación de los Servicios para la Asistencia a las Personas Mayores, los define como:

INSALUD. 1995: *“Centro Gerontológico abierto, de desarrollo per - sonal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven tem - poral o permanentemente personas mayores con algún grado de de - pendencia”*.

Por último, cada Comunidad Autónoma ha desarrollado un Plan de Atención para Personas Mayores, que nace al amparo del Plan Gerontológico Nacional, adecuándose a las necesidades intrínsecas de cada región. En este sentido la Comunidad Autónoma de Madrid definió en el mismo a los Centros Residenciales:

PLAN MAYORES COMUNIDAD DE MADRID. 1999: *“Centros Sociales Especializados, de Alojamiento Temporal o Permanente a Personas Mayores con Problemas de Soledad, Vivienda, Dificultades económicas ó bien con Problemas de Salud especialmente Invalidan - tes Físicos ó Psicológicos que le impiden vivir independientemente en su hogar”*.

Vemos pues que cualquiera de las definiciones actuales, pasa por la consideración de Centros de Atención Integral que van más allá de la cobertura de sus necesidades básicas personales.

El concepto de atención integral se desarrolla en paralelo a la considera - ción de integralidad o multidimensionalidad de la persona, en las que ya

se contempla una atención en la esfera física, psíquica, social y funcional. Además, este modelo hace una apuesta por aquellos usuarios que no pueden satisfacer de forma autónoma sus propias necesidades; es decir, se orienta hacia los mayores en situación de discapacidad ó dependencia.

Atrás quedan etapas, en las que los Centros Residenciales eran centros sociales, concebidos exclusivamente para la convivencia. Este modelo caído, propugnaba la institucionalización como un modo de vida.

Hoy en día, tan sólo se concibe el ingreso en Centros Residenciales como una alternativa ante el agotamiento de los diferentes servicios comunitarios previos a la institucionalización.

Es más, hoy la demanda de la institucionalización no lleva implícita su consecución; sino que viene determinada por un baremo o selección que determina la necesidad prioritaria de la misma.

Aquí destacamos un importante inconveniente del proceso de Institucionalización como es la falta de universalización.

Los Centros Residenciales dependen de la red de Servicios Sociales, y se trata de recursos con una accesibilidad restringida, limitada a un cupo de plazas. Los usuarios se seleccionan a través de baremos. Se trata pues de servicios no universales y además sujetos a una ley de tasas públicas para las diferentes modalidades de plazas residenciales: públicas, cofinanciadas, a precio tasado, etc., en las que el usuario contribuye al co-pago junto a las administraciones públicas.

Este modelo choca frente al de los Servicios de Salud, de carácter universal, de accesibilidad ilimitada según las necesidades de los usuarios, sin selección a través de baremos y de gratuidad completa; financiados en su totalidad a través de los presupuestos del estado.

Este último efecto analizado, conlleva en ocasiones a algunas de los déficits del sistema, de difícil solución; como es la de encontrar idénticas tipologías de usuarios ingresados en redes diferentes (Servicios de Salud frente a Servicios Sociales) con gratuidad completa de la estancia en unos casos, frente a la aportación en mayor o menor cuantía en los otros.

Baste como ejemplo de lo anterior la observación de que muchos Hospitales de Larga Estancia se han sustituido por Centros Residenciales Asistidos o Sociosanitarios, en los que los efectos analizados cobran especial trascendencia.

Ello invitaría a una continua búsqueda en la mejora del Sistema, de cara a evitar discriminaciones entre los usuarios.

Además, este efecto genera un bloqueo de la cadena asistencial o del sistema globalmente considerado, ya que la falta de altas de los Centros de Larga Estancia, satura el paso hacia éstos de otros eslabones de mayor cualificación o tecnología, como son las Unidades de Agudos y Media Estancia-Convalecencia.

TIPOS DE RESIDENCIA

Podemos contemplar múltiples clasificaciones de los Centros Residenciales en función de los criterios que se elijan para ello: tamaño, usuarios, titularidad, tipo de plaza, etc.

Enumerar algunas resulta “casi de obligado cumplimiento” en el ámbito profesional y merecen un breve comentario.

D) Tamaño:

Mini Residencia : <60-75 Plazas

Normo Residencia: 75-250 Plazas

Macro Residencia: >250 Plazas

Obviamente, cabe suponer que cada una presenta ventajas e inconvenientes.

A menor tamaño encontramos una atención más individualizada y personalizada, si bien el coste por plaza se incrementa, restringiendo determinadas categorías profesionales que implementan los costes.

Por contra, a mayor tamaño, entramos en la despersonalización, con costes más bajos y posibilidades de implementar plantillas con mayores y variadas categorías profesionales.

El concepto de normo-residencia apuesta por un equilibrio en el que, conservando la atención personalizada, se aequilaten costes y permitan una plantilla compensada.

B) Titularidad:

Atendiendo a este criterio, se han clasificado clásicamente en Residencias de Titularidad Pública (de administraciones públicas en general: local, regional, estatal); ó bien Residencias Privadas (de empresas particulares como unidades de negocio).

Hoy en día han aparecido múltiples variantes, encontrando un sinfín de alternativas, algunas de ellas de carácter mixto: como las Residencias Públicas entregadas a gestión privada y otras como Residencias Privadas sin ánimo de lucro, dependientes ma-

yoritariamente órdenes religiosas, Cáritas, Cruz Roja, Residencias Privadas promovidas y gestionadas por Fundaciones, etc.

En líneas generales, se tiende a la consolidación de las diferentes formas de titularidad; ya que, cabe pensar, que de ésta coexistencia derivarán mecanismos de competencia que redundarán en aras de una mayor calidad y profesionalización de todos los Centros.

C) Tipos Plazas:

De forma convencional se clasificó a los centros en función del perfil de usuarios a los que atendían, y así encontramos Residencias de Válidos, Asistidas y Mixtas.

Estas concepciones arquitectónicas y funcionales originaron graves problemáticas como han sido encontrar usuarios que ante el deterioro físico-psíquico debían seguir permaneciendo en una Residencia de Válidos por no poder ser trasladados a otra de Asistidos por falta de plazas.

Incluso en el caso de disponer de plazas de Asistidos libres para los traslados, no parece que sea una alternativa adecuada, ya que la capacidad de adaptación del mayor está muy mermada y deben evitarse cambios de ubicación.

Hoy parece que este debate está francamente superado; hasta el punto de que las plazas de Válidos tan sólo se contemplan en casos excepcionales como en el caso del cónyuge o familiar acompañante, o bien en selectivas ocasiones por problemática social severa.

En el momento actual se postulan otras alternativas y recursos para este tipo de usuarios, como las viviendas o apartamentos tutelados, centros de día con servicios de comedor, servicios de ayuda domiciliaria complementarios, etc., que le permitan continuar en su entorno habitual con una calidad de vida adecuada.

La tendencia más racional sería optar por la construcción de Residencias con plazas ampliamente funcionales, que permitieran albergar a cualquier tipo de usuario sin necesidad de someterlos a traslados ni cambios de ubicación cuando les sorprenda el deterioro.

Pese a todo lo anteriormente comentado, aún podemos constatar que, en el momento actual, el número de plazas para “válidos” superan al de “asistidos”.

D) Financiación de Plaza:

Con arreglo a la financiación podemos encontrar básicamente las siguientes modalidades:

Financiación Pública Convencional: La administración financia el coste de la plaza junto a una aportación del usuario sujeta a la ley de tasas públicas de cada Comunidad Autónoma que normalmente viene a oscilar en torno al 75-80 % de su pensión.

El acceso a este tipo de plazas es a través de un baremo social, económico, sanitario, etc., seleccionando a aquellos usuarios con mayor necesidad global de la plaza.

Actualmente, desde un plano realista, resulta complejo el acceso con pensiones de tipo medio. Resulta un recurso, como cabe esperar desde el punto de vista de la justicia social, para las clases socioeconómicas más bajas.

Pago Cofinanciado: La administración pública paga una parte de la plaza y el mayor con su pensión, rentas o ayuda de la familia aportan la restante.

Resulta una nueva modalidad atractiva, en tanto que rescata a usuarios de clase media que podrían quedar desprotegidos por no entrar en el caso anterior, ni por tener poder adquisitivo para el acceso libre. Sin embargo al ser un recurso “reciente” la oferta de plazas es limitada.

A Precio Tasado: Nueva modalidad en la que el usuario aporta la totalidad del precio de la plaza residencial, si bien éste viene definido-regulado por la propia administración.

Resulta un nuevo producto que habrá de desarrollarse y ponerse en marcha en toda su extensión para poder emitir un juicio a cerca del mismo.

Privada o Libre: esta modalidad, el usuario aporta el precio completo de su estancia, la cual se rige por leyes puramente de mercado (oferta / demanda). Existen múltiples plazas con un abanico de precios muy amplio y de acceso restringido, para un poder adquisitivo alto-muy alto.

- E) Pueden utilizarse otros muchos criterios para clasificar las residencias. No obstante las múltiples clasificaciones no reportan gran utilidad, salvo para aquellos profesionales de algún sector “altamente especializado” o con competencias en la materia.

SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO

En el momento actual existen unas 3.680 residencias, con un total de 188.860 plazas. Si analizamos el ratio de plazas residenciales / anciano resulta ser de 2,98 %; cifras realmente inferiores a las estimadas por el

Plan Gerontológico Nacional que recomendaba en torno a 3,5% y mucho menores que las recomendadas por la OCDE: 5,1%.

Hay que reconocer que este déficit de plazas residenciales, ocurre pese al incremento de plazas de nueva creación que ha tenido lugar en los últimos años. Este fenómeno tiene lugar fundamentalmente por dos causas:

- Envejecimiento de la población mayor al inicialmente estimado y en función del cual se provisionaron las plazas.
- Transformación arquitectónica de centros residenciales, concebidos inicialmente para “válidos”, en “asistidos” con la merma de plazas por mayor necesidad de espacio.

Estas plazas siguen una distribución dispar cuando se considera por Comunidades Autónomas, encontrando algunas como Castilla la Mancha con ratio similar al recomendado 5 %, frente a otras como Galicia con un 1,41%.

La tendencia futura debería ser el incremento de plazas hasta aproximarse a ratios próximos al 6 %, ya que se preveen en las próximas décadas demandas crecientes en función de:

- El aumento de las personas mayores de 65 años.
- El aumento de los muy mayores, especialmente de 85 y más.
- La elevada prevalencia de enfermedades crónicas con tendencia a la discapacidad-invalidez y dependencia.
- La restricción y limitación de soporte en cuidados familiares e informales.
- Los recursos comunitarios, limitados e insuficientes a la demanda.

CAUSAS DE INGRESO EN RESIDENCIAS

Al analizar la causas que motivan el ingreso en residencias destacan:

- La dependencia: pérdida de capacidad autónoma.
- La soledad.

Resulta evidente que cada una de éstas presentan interacción con otras, como:

- La enfermedad: cuanto mayor es el número de problemas de salud y más graves son éstos, la tendencia a la discapacidad es más obvia.

- Edad: a mayor edad aumenta el riesgo de presentar mayor acúmulo de enfermedades y mayor cronicidad de las mismas con tendencia a la invalidez; así como mayor propensión a la soledad y al aislamiento, por pérdida del cónyuge, de familiares, etc.

Si efectuamos un análisis de la problemática que acontece y por la que los usuarios ingresan en residencia, podremos encontrar grandes áreas de problemas genéricamente considerados:

- a Generales: Falta de cobertura de necesidades básicas (Alojamiento, Alimentación e Higiene).
- a Específicos:
 - ① Económicos: Insuficiencia económica
 - ② Sociales: Soledad, problemas de convivencia y precariedad en la vivienda
 - ③ Sanitarios:
 - | Pluripatología: Confluencia de problemas de salud que se potencian sinérgicamente.
 - | Plurifarmacia: Aumento de reacciones adversas y yatrogenia.
 - | Tendencia a la Cronicidad –Discapacidad– y Dependencia.
 - | Transtornos Cognitivos.
 - | Problemas de Conducta y Comportamiento.
 - | Disfunciones Psicoafectivas.
 - | Problemas de salud residuales de naturaleza infecciosa, psiquiátrica, etc.
 - | Procesos irreversibles oncológicos u orgánicos que requieren cuidados profesionales (paliativos, etc.).

Por último, si pretendemos analizar con una mayor exhaustividad cada una de las áreas problema y descender al ámbito de enfermedad o problema de salud; destacan como más prevalentes en las personas mayores institucionalizadas los siguientes:

- Enfermedades Cardiovasculares junto a Hipertensión Arterial en más del 60 % . La HTA aislada aparece en más del 35 % según las series estudiadas y el ámbito considerado.
- Reumatismos ó Problemas Osteoarticulares, englobando dentro de éstos Osteoartritis, Artritis, Osteoporosis, etc., llegando a tasas de prevalencia en torno al 55%.
- Disfunciones Neurosensoriales (Problemas Visuales y Auditivos de consideración) hasta en un 53%.
- Problemas en la Nutrición con cuadros de malnutrición y déficits específicos entre el 30 - 50%.

- Problemas de Salud Bucodental relevantes hasta en un 30%, pese al alto porcentaje de edéntulos con material protésico en este sector generacional.
- Deterioro Cognitivo y Demencias, en torno al 30%.
- Trastornos en la Continencia Urinaria y Fecal entre el 30-50%.
- Trastornos Psicoafectivos con cuadros de Depresión y Ansiedad, hasta en un 22%.
- Otras con tasas inferiores al 20% de las que cabe destacar las afecciones Broncopulmonares, con un 19%.

Un hecho reseñado, y común en todas las series que se manejen, es la confluencia de procesos o problemas de salud: la “pluripatología”, estimando un promedio de 4,2 procesos relevantes por usuario.

Otro hecho a resaltar con respecto a la dependencia, como factor más determinante de ingreso en residencia, es que las enfermedades más discapacitantes, por orden de frecuencia, resultan distintas a las de mayor prevalencia. Así pues, aparecen:

- ① Enfermedades Reumáticas.
- ② Enfermedades Cerebrovasculares.
- ③ Enfermedades Neurológicas Degenerativas: Demencias, Enfermedad de Parkinson, Ataxias, Esclerosis, etc.
- ④ Traumatismos y Caídas.
- ⑤ Enfermedades Cardio-respiratorias.

En cuanto a la prevalencia global de incapacidad llega a tasas que oscilan entre el 34-50% en función de las series, observando como la dependencia para el aseo-baño y subir-bajar escalones constituyen uno de los principales y más precoces problemas.

Al analizar el consumo farmacológico en el medio residencial llegamos a conclusiones sorprendentes. Así, baste considerar que el 95-96 % de las personas mayores institucionalizadas toma algún fármaco. Encontrando que el promedio de fármacos consumido por persona se sitúa en torno a 3,5.

El grupo farmacológico más consumido resulta ser el (N) que engloba Analgésicos + Antipiréticos + Psicofármacos, seguido del (A) Aparato Digestivo y Metabolismo y el (C) Aparato Cardiovascular.

Sin embargo, cuando se trata de personas mayores que viven en el ámbito comunitario, el perfil de consumo de fármacos cambia: el grupo más consumido resulta ser el (C) Aparato Cardiovascular y tras ellos el (N) Analgésicos + Antipiréticos + Psicofármacos.

Objetivos de un Centro Residencial

El análisis anterior, permite una orientación meridiana a cerca de los fines esenciales de un Centro, en función del perfil de los usuarios y la demanda de cuidados.

En este sentido podemos esbozar como objetivos básicos y generales de las residencias:

- ❶ Alojamiento, Manutención y Cobertura de Necesidades Básicas (Aseo, Higiene, Vestido, etc.).
- ❷ Fomentar las Relaciones Sociales y Convivencia evitando la Soledad y el Aislamiento.
- ❸ Favorecer la Autonomía y Capacidad Funcional. Fomento de Autocuidados.
- ❹ Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del Deterioro.
- ❺ Mantener y Potenciar el Bienestar Físico, Psíquico, Social y Funcional. Es decir, la Salud.

Principales problemas de salud a detectar

En un nivel más bajo, los problemas de salud que en toda persona mayor habrán de buscarse, siguiendo una estructura por órganos, aparatos o sistemas y que más le condicionan en cuanto al deterioro, podrían ser los siguientes:

- A) Cardiovascular:
 - Arritmias Cardíacas.
 - Insuficiencia Cardíaca.
 - Cardiopatía Isquémica (Angor-Infarto).
 - Arteriopatías Periféricas.
 - Hipertensión Arterial.
 - E. Cerebrovascular.
 - Insuficiencia venosa.

- B) Reumatismos:
 - Artrosis.
 - Gota / Pseudogota.
 - Osteoporosis.
 - Osteomalacia.
 - E. Paget.
 - Artritis Reumatoide.

- C) Neurosensoriales:
 - Déficit Agudeza Visual.
 - Cataratas.
 - Degeneración Macular.
 - Glaucoma.
 - Hipoacusias.
 - Alteración Audiovestibular.

- D) Broncopulmonares:
 - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
 - Procesos Restrictivos.
 - Bronconeumonía.
 - Metabólicas:
 - Diabetes Mellitus.
 - Dislipemias.
 - Obesidad.
 - Desnutrición / Malnutrición.
 - Tiroidopatías.

- E) Bucodentales:
 - Caries y Enfermedad Periodontal.
 - Gingivitis y Piorrea.
 - Lesiones Mucosa Oral.
 - Problemas Masticación - Deglución.

- F) Nefrourológicas:
 - Prostatismo: Hipertrofia Benigna – Cáncer.
 - Infección Urinaria.
 - Insuficiencia Renal Crónica.
 - Prolapsos.

- G) Neurológicas:
 - A.C.V.A.
 - Demencias.
 - Trastornos Movimiento y Marcha.
 - Disfunciones Psicoafectivas.

- H) Neoplasias:
 - Mama, Genital y Digestivo (Mujer).
 - Próstata, Pulmón, Digestivo (Hombre).

- I) Traumatológicas:
■ Inestabilidad / Caídas / Fracturas.

J) Síndromes Geriátricos:

En las personas mayores, existen una serie de procesos los cuales, desde un enfoque clásico y cartesiano de la medicina, pudieran pasar desapercibidos. Nos referimos a un grupo de Síndromes o conjunto de signos y síntomas de enorme trascendencia y relevancia que adquieren más protagonismo que la enfermedad considerada de forma individual y aislada.

En estos Síndromes confluye a veces más de una enfermedad como originaria o precipitante.

Por su enorme relevancia y prevalencia cabe destacar los siguientes:

- a) Síndrome de Inmovilidad.
- b) Inestabilidad y Caídas.
- c) Incontinencia Esfinteriana.
- d) Úlceras por Presión.
- e) Malnutrición y Deshidratación.
- f) Deficits Neurosensoriales.
- g) Deterioro Cognitivo.
- h) Cuadros Confusionales Agudos.
- i) Trastornos Psicoafectivos: Depresión, Ansiedad.
- j) Insomnio.
- k) Estreñimiento e Impactación Fecal.
- l) Yatrogenia.

FILOSOFÍA ASISTENCIAL DE LAS RESIDENCIAS

En las últimas décadas, han sido múltiples los organismos y entidades que se han pronunciado a cerca de la atención de las personas mayores institucionalizadas, tratando de establecer unas directrices o estándares mínimos que garanticen una calidad en la atención.

En esta línea El Plan Gerontológico (1993), la Asamblea Mundial de Envejecimiento (Madrid 2002), y otros, establecen entre sus conclusiones que la atención de los mayores en el ámbito residencial ha de ser digna.

La British Geriatrics Society (1992) determinó unos principios generales para la atención a los mayores en el ámbito residencial, y unas recomendaciones específicamente referidas al área técnico asistencial y especialmente a la Sanitaria que detallaremos.

Actualmente podrían tomarse como base los siguientes principios filosóficos:

- ❶ Centro Abierto, de Integración del Usuario con la Familia y la Comunidad.
- ❷ Carta de Derechos y Deberes: Privacidad, Intimidad, Protección de datos sensibles, etc.
Adquiere diferentes denominaciones dependiendo de las Comunidades Autónomas. En Madrid, como Reglamento de Organización y Funcionamiento.
- ❸ Estructura Arquitectónica y espacio físico adecuado con dotaciones reglamentarias.
- ❹ Plantilla suficiente en todas sus categorías profesionales, con cualificación adecuada y sometida a formación continuada estratégica por parte de la organización, que garantice una atención óptima.
- ❺ Programa o Plan Asistencial Individualizado.
- ❻ Programa de Evaluación Global: actualmente se tiende hacia la implantación de un Plan de Calidad.

Hemos de entender que estos principios o marco filosófico de funcionamiento de los Centros han de ser dinámicos, sujetos a la normativa y legislación del momento así como coherentes a las tendencias y logros sociales.

Podemos encontrar reglamentos de Residencias que contravienen o rayan la legalidad, y otros que a veces se oponen a principios básicos de la bioética: como el de la *autonomía o capacidad decisoria* del individuo; cuando determinan que el residente deberá tomar los fármacos o la dieta prescrita pese a la negativa de éste (conservando su capacidad de autogobierno).

Al mismo tiempo, hoy resulta un panorama común encontrar Residencias que publicitan *Acreditaciones o Certificaciones* de Calidad, por organismos prestigiosos, líderes en esta materia, y que poco o nada implementan en la calidad de la atención hacia el usuario.

Parece que los Planes de Calidad con estas tendencias o filosofía acaban desvirtuándose de sus propios objetivos iniciales: *“mejorar la satisfacción del cliente-usuario”*, para convertirse en meros reclamos publicitarios para la atracción de una clientela.

Vamos a pasar a desglosar el Plan de Atención Individualizado de los residentes. Para ello, comenzaremos por definir el modelo de atención de los Centros Residenciales.

Las características principales que debe reunir la Atención en Residencias son las siguientes:

- ① Atención Integral: afectando a la esfera Física, Psíquica, Social y Funcional.
- ② Atención Permanente y Continuada: que se proyecta más allá de la atención episódica y que permite tener una visión panorámica de la “*biografía sanitaria*” del usuario.
- ③ Atención Multidimensional e Interprofesional: se evalúan múltiples dimensiones y por parte de múltiples disciplinas.
- ④ Trabajo en Equipo: el equipo interdisciplinar se erige en herramienta esencial de trabajo. Han de ser características esenciales en la metodología del equipo:
 - ï El Funcionamiento Dinámico e Interactivo: evitar la dispersión y enlentecimiento.
 - ï El Lenguaje o terminología común: “Equilibrio Conceptual”. Cuando varias disciplinas interaccionan, no siempre utilizan la misma terminología para definir un problema, siendo a veces objeto de fricciones.
 - ï Estructura Plana “en nudo o red”, evitando estructuras rígidas de “corte piramidal”. Ello, sin menoscabo o detrimento de las competencias profesionales propias y en algunas ocasiones exclusivas de algunos profesionales.
 - ï El Usuario es el Núcleo del Sistema: el equipo trabaja con un objetivo común, la mejora del usuario.
 - ï Racionalización: adecuar la oferta de servicios y provisión de recursos a las demandas y necesidades reales de los usuarios.
 - ï Garantizar la Equidad de los Servicios a los usuarios.
- ⑤ Atención Integrada Funcionalmente con los Servicios Sociales y Sanitarios del Área:
 - ï Coordinada y apoyada por los restantes eslabones de la cadena asistencial de la red de Servicios Sociales.
 - ï Coordinada y apoyada por los recursos asistenciales de salud: Atención Primaria, Atención Especializada (Hospitalaria ó Ambulatoria), Servicios de Salud Mental Comunitaria, Servicios de Urgencia, etc.
 - ï Integrada con los niveles básicos de apoyo de Atención Primaria: Laboratorio, Radiología, Dotación de material sanitario y fungible (Absorbentes, Material de Curas, etc.)
 - ï Sometida a proceso continuo de evaluación y formación de los profesionales en las nuevas técnicas e instrumentos de valoración que defina la organización.

Un debate recurrente resulta la composición de los Equipos Interdisciplinarios. Parece lógico pensar que no debemos ser restrictivos hacia ninguna categoría profesional; ahora bien, la inclusión de tantas categorías como actividades profesionales pudiésemos poner en liza en la compleja tarea de la atención de los mayores, desbordaría y haría perder eficiencia al sistema, con unos costes desmesurados, en una etapa de recursos limitados y racionalización-contención del coste de los servicios públicos.

Encontrar el punto de equilibrio, resulta por tanto un objetivo esencial y a la vez difícil de conseguir. No obstante, el análisis de toda la exposición efectuada hasta el momento, con la problemática expuesta en las personas mayores institucionalizadas, podría orientarnos hacia la conveniencia de apostar por una composición estándar que pudiera quedar definida por los siguientes profesionales:

- a Área Social: Trabajador Social.
- a Área de Rehabilitación Funcional: Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional, Auxiliares o Técnicos de Terapia.
- a Área Sanitaria: Médico, D.U.Es., Auxiliares de Enfermería.
- a Servicios de Apoyo: Psicólogo, Podólogo, Animador Sociocultural, Peluquería, etc.
- a Otros Servicios: Religiosos, Voluntariado, Asociaciones de Familiares, etc., que cubran parcelas y demandas de los usuarios.

Serían deseables estándares bien definidos a cerca de los ratios de profesionales que deben componer las plantillas de cada centro. Tan sólo para aquellas categorías muy numerosas como Auxiliares de Enfermería se cumplen los ratios de forma aproximada, mientras que otras categorías se dotan unitariamente por Centro.

Es recomendable que en Centros en los que el Deterioro Cognitivo y los disturbios Psicoafectivos adquieren prevalencias superiores al 60% considerados de forma conjunta, exista un Psicólogo en la dotación de su plantilla. Una situación hacia la que parece existir una cada vez mayor sensibilidad en el ámbito de las Residencias.

No obstante somos conscientes de las enormes dificultades que entraña el equilibrio de las plantillas de los Centros Residenciales, ya que la normativa en vigor, lleva implícita la dotación de alguna categoría por el mero hecho de existir, independientemente de la cuantía de servicios que precise.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Una vez que hemos analizado la filosofía y composición de los equipos de los Centros Residenciales, vamos a pasar a describir la sistemática o metodología de trabajo al ingreso del usuario, siguiendo un orden cronológico:

- ① Valoración Geriátrica Integral-Multidimensional: En síntesis, debe contemplar estos dos niveles:
 - ï Valoración de Enfermedad + Síndromes Geriátricos
 - ï Valoración Integradora: Enfermedad, Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía
- ② Determinación de Áreas Problema.
- ③ Plan Integral e Individualizado de Atención y Cuidados basado en la evidencia científica.
- ④ Plan Cuidados con objetivos realistas-posibilistas, nunca maximalistas.
- ⑤ Evaluación de resultados con criterios de Eficacia-Efectividad-Eficiencia.

Plan de cuidados del residente

Hemos llegado a un punto crucial de la Atención dentro del ámbito Residencial como es el Plan de Atención del residente.

Resaltemos con énfasis que evidentemente nos referimos a un plan de atención o de cuidados global e interdisciplinar; no solamente de cuidados de enfermería. A veces observamos cuidados, servicios o atenciones que se llevan a cabo hacia los usuarios por decisión del profesional que les atiende sin constatación ni evidencia científica de su utilidad.

Otras veces encontramos usuarios, sometidos a intervenciones o cuidados “a eternidad” sin replantearse la adecuación o no del servicio. Este caso es usual en salas de terapia (Fisioterapia y Terapia Ocupacional) en las que los usuarios siguen procesos de rehabilitación de años de duración y a veces prescritos por ellos mismos, actuando como terapia de complacencia o “entretenimiento”, frente a usuarios que precisarían de programas de terapia específica o grupal y a los que no pueden aplicarse por falta de recursos o tiempos de Fisioterapia y/o Terapia Ocupacional.

Por último encontramos usuarios que demandan y consiguen consultas médicas y exploraciones complementarias diversas (Electrocardiografía, radiología, ecografías, etc.), sin un criterio racional.

Ante todos estos fenómenos descritos, vemos que lo que existe es una falta de adecuación en la provisión de servicios frente a la demanda o necesidades reales de atención. En definitiva, reordenar las prestaciones y servicios de los centros acorde a la pertinencia de los mismos; esto es lo que podíamos definir como la implantación de una CARTERA DE SERVICIOS EN CENTROS RESIDENCIALES.

El modelo de *Autogestión* es eficaz cuando nos encontremos con profesionales altamente motivados y cualificados, pero que pierde gran parte de su capacidad cuando los profesionales caen en el tedio y el desencanto.

En definitiva, lo deseable es un modelo Unificado u Homogéneo en la Atención y Prestación de Servicios. Un modelo que independientemente de la buena voluntad de los profesionales, garantice una cobertura asistencial básica.

4

Cartera de Servicios de Salud en Centros Residenciales

Ha sido variada la terminología utilizada para expresar este contexto, como Catálogo de Servicios, Carta de Servicios, etc. Los criterios básicos que la definen son:

- ① Un conjunto de Servicios que responden a las necesidades ó demanda de la población.

¿Qué es un Servicio en el ámbito específico Residencial?

Las actividades desarrolladas o fomentadas por los equipos interdisciplinarios destinadas a solucionar o paliar un problema.

- ② Basada en la Evidencia Científica.
- ③ Que garantice el máximo Bienestar de los usuarios.
- ④ Ha de ser Consensuada-Pactada con los profesionales.
- ⑤ Dinámica: revisada y adecuada a la demanda y a los problemas sanitarios, sociales, culturales de la población atendida a lo largo del tiempo.
- ⑥ Determina y define el Trabajo y la Actividad de la Organización.
- ⑦ Precisa: no es un catálogo interminable de Servicios.
- ⑧ Se convierte en un instrumento o herramienta para la gestión en tanto que se basa en la Eficiencia.

Centrándonos en la cartera de Servicios Médicos de los Centros Residenciales, resultan criterios básicos de las mismas los siguientes:

- 1) Ha de basarse en los Problemas de Salud más Prevalentes. Desviando a otro ámbito aquellos problemas de escasa prevalencia o los de alta complejidad clínica.

“La escasez de un problema de salud merma la capacidad para abordarlo por falta de entrenamiento”.

- 2) Costes Racionales de los Servicios Prestados: los problemas que requieran la implantación de tests o técnicas costosas, sólo resultan rentables a partir de determinado número de personas: “economía de escala”.
- 3) Garantía y Calidad en la Atención: se requiere competencia y habilidad técnica de los profesionales. Además de la formación estratégica y actualización, se precisa práctica en un proceso para garantizar la suficiencia técnica y solvencia en el manejo del mismo.
- 4) El enfoque y actuaciones deben ser de corte interdisciplinar, ya que en la mayoría de problemas en el ámbito residencial se precisará la intervención e interacción de múltiples disciplinas.
- 5) Ha de respetarse la Autonomía o Autodeterminación del sujeto al que se le oferta el Servicio, siempre que tenga autogobierno.
- 6) Los Servicios se deben basar en una metodología específica y contrastada: Evidencia Científica.
- 7) Existirá un Sistema de Información y Registro de las Actividades llevadas a cabo.
- 8) Complementariedad: los Servicios serán complementarios con los de los restantes dispositivos asistenciales de los Servicios de Salud y Servicios Sociales.

Teniendo en cuenta los principios básicos y filosofía que definen una Cartera de Servicios en el ámbito Residencial, y centrándonos en el Área Sanitaria y concretamente en los Servicios Médicos, parece razonable esbozar unas líneas maestras de la actuación o del quehacer diario del Médico de Residencia, en función de los procesos y problemas de salud descritos a lo largo de la exposición.

Así podríamos concluir con las siguientes actuaciones y **funciones del Médico en Residencias:**

- ① Apertura, actualización y conservación del Historial Médico de cada Usuario.
Seguimiento y Evolución.
Desarrollo de pautas y tratamientos para la prevención, mantenimiento y mejora de los problemas de Salud.
- ①.1. Protocolo de Ingreso: Valoración Geriátrica Integral Multidimensional, Exploración, Exámenes Complementarios, etc.

- 1.2. Reunión de Equipo Interdisciplinar para establecer el Plan de Atención Individualizado a los 15 - 30 días del Ingreso.
 - 1.3. Revisiones programadas según procesos detectados en cada usuario.
 - 1.4. Reevaluación ante cualquier cambio funcional.
 - 1.5. Consulta Diaria:
 - 1.5.1. Consulta a Demanda
 - 1.5.2. Consulta Programada
 - 1.5.3. Urgencia - Emergencias
 - 1.6. Asistencia Diaria Continuada a Unidades de Atención Especial:
 - 1.6.1. Unidad Atención a Agudos
 - 1.6.2. Unidad Atención a Psíquicos
 - 1.6.3. Unidad Atención a Paliativos
 - 1.7. Reunión de Equipo Interdisciplinar Semanal: Valoración de Nuevos Ingresos, Evaluación de casos, Cambios y Estrategias a seguir.
2. Higiene Ambiental y Salud Pública: Recomendaciones limpieza y desinfección de estructuras. Conservación Alimentos, etc.
 3. Programación y control de Dietas y Menús
 4. Programas Asistenciales o Protocolos:
 - 4.1. Vacunaciones: Antigripal, Antitetánica, Antineumocócica.
 - 4.2. Detección y seguimiento de Enfermedades Cardiocirculatorias e Hipertensión Arterial.
 - 4.3. Detección y seguimiento de Enfermedades Broncopulmonares (EPOC, Restricciones, etc.).
 - 4.4. Deterioro Cognitivo y Demencias.
 - 4.5. Disfunciones Psicoafectivas: Depresión, Ansiedad, etc.
 - 4.6. Trastornos de Conducta-Comportamiento-Delirio.
 - 4.7. Disfunciones Neurosensoriales.
 - 4.8. Detección y seguimiento de Diabetes y Metabolopatías.
 - 4.9. Alimentación-Nutrición y control de Nutrición Enteral.
 - 4.10. Hidratación y desordenes Electrolíticos.
 - 4.11. Reumatismos y Problemas Osteomusculares.
 - 4.12. Inestabilidad y Caídas.
 - 4.13. Control Esfinteriano.
 - 4.14. Cuidados de la Piel y Ulceras Por Presión.
 - 4.15. Salud Oral y Problemas Deglutorios.
 - 4.16. Trastornos del Ritmo Intestinal.
 - 4.17. Control de Tóxicos: Alcohol, Drogas, etc.
 - 4.18. Regulación y seguimiento de Restricciones Físicas.

- ④.19. Detección Precoz de Cáncer:
Mama, Endometrio y Digestivo.
Próstata, Pulmón y Digestivo.
- ④.20. Cuidados Paliativos y manejo del usuario en fase terminal.
- ⑤ Programa de Control Terapéutico:
 - ⑤.1. Prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos.
 - ⑤.2. Uso racional de Fármacos: control de Plurifarmacia, Yatrogenia, Reacciones Adversas, Automedicación, etc.
 - ⑤.3. Control de Fármacos “Sensibles”: Psicofármacos, Narcóticos, Mórficos, etc.
 - ⑤.4. Prescripción, Colaboración y Orientación en la Planificación de Tratamientos de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.
 - ⑤.5. Prescripción, Colaboración y Orientación en la Planificación de Tratamientos de Psicoestimulación.
- ⑥ Relaciones con los Institutos o Servicios Regionales de Salud:
 - ⑥.1. Coordinación y Colaboración Complementaria con Programas y Actividades de Atención Primaria de Salud. Petición, canalización y uso racional de Exámenes Complementarios Básicos: Analítica, Radiología, Ecografía, etc. Uso racional de Ambulancias.
 - ⑥.2. Coordinación y Colaboración con Programas y Actividades de Atención Especializada de Salud (Hospitalaria o Extrahospitalaria). Programación de Ingresos y Altas. Interconsultas, Reingresos, Protocolo - Informe de Derivación, etc.
 - ⑥.3. Coordinación y Apoyo por Salud Mental Comunitaria: Consulta Programada a los Centros, Consulta a Demanda, Consulta Preferente, Apoyo en control de Psicofármacos, etc..
 - ⑥.4. Coordinación con los Servicios de Urgencia: Canalización de derivaciones, etc.
- ⑦ Relación - Coordinación con los Servicios de Inspección - Supervisión del Área:
 - ⑦.1. Canalización de Protocolos de Incontinencia.
 - ⑦.2. Petición - Solicitud de Absorbentes.
 - ⑦.3. Canalización de Protocolos de Nutrición Enteral Domiciliaria.
 - ⑦.4. Informe de Fármacos que precisan visado para financiación, de uso hospitalario o restringido.

- 7.5. Informe - Solicitud de Ayudas Técnicas y Material Ortoprotésico.
- 8 Colaboración y Coordinación con la Comisión Sociosanitaria del Área: Apoyo de Servicios Sociales del Área. Gestión de Ingresos y Altas, etc.
- 9 Informes y Certificaciones Oficiales: Altas, Ingresos, Solicitudes diversas, Certificados de Defunción, Informe de Presunta Incapacidad, etc.
- 10 Servidumbres a la Organización:
 - 10.1. Participación en Comisiones Técnicas.
 - 10.2. Participación en el Plan de Calidad que implante la organización.
 - 10.3. Participación en Planes de Formación del Centro: Manipuladores Alimentos, Higiene del Usuario, Prevención de Enfermedades Transmisibles, etc.
Participación como Docente y Discente en Programas de formación del Área de Salud así como en la Formación Estratégica que implante la propia Organización.
 - 10.4. Participación en la Comisión de Bioética del Centro y de la Organización: Definir “ topes o techos” asistenciales: evitar encarnizamientos terapéuticos. Evitar desplazamientos -ingresos innecesarios, Restricciones Mecánicas, etc.

... la transformación demográfica planteará a todas nuestras sociedades el reto de aumentar las oportunidades de las personas, en particular las oportunidades de las personas de edad de aprovechar al máximo sus capacidades de participar en todos los aspectos de la vida.

**II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
Resolución 1. Madrid, 12 de abril de 2002**

Bibliografía recomendada

- *Envejecer en España*, II Asamblea Mundial del Envejecimiento, IM-SERSO, abril, 2002.
 - *Residencias Para Personas Mayores. Manual de Orientación: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, SG Editores, Barcelona, 1995.
 - *Gerontología Social*, ROCÍO FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Colección Psicología, Ed., Pirámide, 2000.
 - *El Proceso de Adaptación en Centros Residenciales para Personas Mayores*, LETURIA ARRAZOLA, F. J., Universidad del País Vasco.
 - *Adolescencia, Madurez y Senectud. Aspectos Psicosociales de la Senectud*, JOAQUÍN MARÍA ARAGÓ.
 - *Ambiente y Vejez*, ROCÍO FERNÁNDEZ BALLESTEROS, 1992.
 - *Fuentes del Estrés Residencial. Bienestar Subjetivo y Adaptación a la Institución en Usuarios de Residencias Geriátricas*, Geriátrica, 1997.
 - “El Proceso de Adaptación en Centros Residenciales”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1999.
 - “Programa de Adaptación en Centros de Personas Mayores”, *Revista Papeles del Psicólogo*, 2000.
 - *Adaptación al Medio Residencial*, V Congreso Estatal de Intervención Social, 1998
-]]]
- *Plan Gerontológico*, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1993.

- *Plan de Mayores*, Dirección General de Servicios Sociales, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, 1998.
- *Atención a Personas Mayores que viven en Residencias. Protocolos de Intervención Psicosocial y Sanitaria*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 1998.
- *Mayores. Perfil Sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid*, Dirección General de Planificación Formación e Investigación, Consejería de Salud, Madrid, 1989.
- *Los Mayores en la Comunidad de Madrid. Estudio de Necesidades y Recursos para la Tercera Edad*, Fundación Caja Madrid, Madrid, 1996.
- *Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores*, INSALUD, Madrid, 1996.
- *Plan Estratégico de INSALUD*, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa, Madrid, 1998.
- *Encuesta Nacional de Salud de 1997*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- *Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico*, GUILLÉN LLERA, F., y PÉREZ DEL MOLINO, J., Editorial Masson, Barcelona, 1994.
- *Manual de Geriátrica Salgado Alba*, 3.^a edición, GUILLÉN LLERA, F., y RUIPÉREZ CANTERA, I., Editorial Masson, Barcelona, 2002.
- *Atención al Anciano en el Medio Sanitario*, RIBERA CASADO, J. M., y GIL GREGORIO, P., Editores Médicos, S.A., 1998.
- *La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y Otros Aspectos Conexos. Informes, Estudios y Documentos*, Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología.
- *Plan Estratégico de Servicios Sociales 2001-2003*, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid, Madrid, 2001.
- *Geriatría XXI. Análisis de Necesidades y recursos en la Atención a las Personas Mayores en España*, EDIMSA, 2000.
- *Cartera de Servicios en Atención Primaria*, Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General, FARESO, S.A., Madrid, 1995.
- *Atención a las Personas Mayores*, INSALUD, Área 11, ARTEGRAF, S.A., Madrid, 1997.
- *Médicos de Familia e Internistas Trabajando por una Atención Integral. Sociedad Española de Medicina Interna y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, Minerva Artes Gráficas, 1998.

- *Temas de Actualidad*, Excma. Consejera de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. D.^a Pilar Martínez López, *Semer*, Organó oficial de la Sociedad de Médicos de Residencia, vol. I, núm. 2, junio 2002.
- “Residencias: Pasado Presente y Futuro”, TOBARUELA GONZÁLEZ, J. L., *Residencial*, núm. 12/Abril 1998, págs. 24-39.
- “Evolución del Término Residencia”, CAMPOS DOMPEDRO, J. R., *Residencial*, núm. 13/Julio 1998, págs. 23-32.
- “Atención Médica en Residencias Públicas”, RAMOS CORDERO, P., *Residencial*, núm. 13/Julio 1998, págs. 33-44.
- “Cuidados Paliativos Geriátricos en Residencias”, GARCÍA ALHAMBRA, M. A., *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 34, Supl. 2, noviembre 1999, págs. 1-58.
- *Medicina Geriátrica en Residencias*, REUSS FERNÁNDEZ, J. M., EDIMSA. 2000.
- *Manual de Buenas Prácticas Higiénicas en Residencias de Personas Mayores. Guía para el personal de Atención Directa*, RAMOS CORDERO, P. y otros, Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002.