

En profundidad

Repensando el modelo de asistencia residencial tras la COVID-19

Miriam Benavides

Entre discrepancias por las cifras oficiales de fallecidos, los centros residenciales de mayores se han convertido desde que se iniciara la epidemia en uno de los mayores focos de contagio de la COVID-19. La vulnerabilidad de sus residentes frente al virus, la falta de coordinación entre el modelo social y sanitario o la escasez de equipos de protección individual (EPIs) son solo algunas de las principales razones que explicarían el porqué de su rápida y letal propagación. Mientras el virus lograba visualizar en apenas unos meses las carencias que organismos, profesionales, familiares y residentes venían desde hace años denunciando, la presión por repensar el modelo de cuidados se ha ido incrementando. Ahora bien, ¿hacia dónde debería encaminarse el sistema?



Ausencia de una coordinación socio-sanitaria

Una de las cuestiones sobre las que más han querido incidir los expertos a lo largo de estos últimos meses ha sido en la necesidad de dejar de considerar las residencias como espacios sanitarios, en vez de lugares en los que poder vivir. Así lo han manifestado en diversas ocasiones desde el Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAPS). En consonancia con otros profesionales del sector, el organismo para la dependencia denunciaba la falta de medios e infraestructuras que presentaban estos centros para poder actuar acorde con la complejidad de la situación, especialmente en el tratamiento de residentes enfermos de COVID-19. “Nosotros siempre hemos defendido que somos hogares no hospitales. Nadie quiere vivir en un hospital, y por ello lo que defendemos es que se ofrezca una coordinación socio-sanitaria total y completa y que las residencias cuenten con los recursos necesarios en casos como el provocado por esta pandemia. Pero sobre todo, que las personas que viven en residencias tengan el acceso al Sistema Nacional de Salud de forma normalizada”, apunta su presidenta, Cintia Pascual. Precisamente esta falta de coordinación entre lo social y sanitario, a la que Pascual hace referencia, se habría consolidado como uno de los diez puntos sobre los que se sustenta el Dictamen en materia de sanidad y salud pública, aprobado el 22 de julio por la [Comisión para la Reconstrucción Social y Económica](#) y que guiará ese refortalecimiento del sistema sanitario.

El origen de tal descoordinación estaría motivado, según lo expuesto por profesionales ligados al sector residencial, por el desconocimiento generalizado no solo por parte del Ministerio de Sanidad, sino por la sociedad en su conjunto, en torno al funcionamiento, gestión y competencias de este tipo de lugares, algo que se habría constatado durante el primer brote epidémico. Un desconocimiento que, según apuntaba el tesorero de CEAPS, Diego Juez, en su intervención en el encuentro virtual, [“Hacia un nuevo modelo de atención sociosanitaria”](#), organizado por Grupo Senda, ha llevado a estos centros a ser “los grandes olvidados para Sanidad”, en contraposición con esa estrecha relación que mantienen con lo social. No obstante, desde el sector también entonan el mea culpa a la hora de hablar de ese desconocimiento generalizado, haciendo hincapié en la necesidad de “abrir más los centros a la sociedad, establecer unos canales de comunicación más estrechos con los sanitarios” y reflexionar detenidamente acerca de los cambios que el sistema necesita, tal y como exponía en este mismo encuentro el presidente de la Federación Española de Dependencia (FED), Ignacio Fernández Cid.

Hacia un modelo de atención personalizado

Integrados en las leyes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, el origen de los centros residenciales para mayores responde a la creación de espacios sustitutorios al hogar dirigidos a aquellas personas que o bien, de manera temporal o permanente, debido a sus condiciones físicas, psíquicas o personales, deban o quieran hacer uso de los mismos. Si bien, este sería el eje capital sobre el que se erigiría el modelo residencial en nuestro país, dentro del mismo existen diferentes tipos de asistencia dependiendo del grado de atención que requiera la persona, variando en función de su autonomía o dependencia. La propia evolución del perfil del residente sería la que iniciaría la transición de un modelo estrictamente social hasta otro con mayor componente sanitario, en el que, dada la heterogeneidad de las personas mayores, así como el aumento de las enfermedades crónicas estaría orientado a ofrecer una atención mucho más individualizada. Para Cintia Pascual, el sector habría experimentado un importante cambio en los últimos veinte años, habiendo pasado de la “estructura hotelera” a la Atención Centrada en la Persona, por la cual, “las residencias se adaptan a las necesidades de cada persona usuaria, no al revés, lo que convierte a los centros en auténticos hogares”.

“Las personas mayores han fallecido sin los medios necesarios para luchar contra la enfermedad que tenían y eso no puede volver a consentirse”

En este contexto, surgen figuras como el conocido “geriatra de enlace”, un profesional que actúa de nexo entre el hospital y la residencia y que se habría puesto en práctica durante la pandemia. Su principal cometido gira en torno a la evaluación del residente, estableciendo, tras efectuar un diagnóstico, si se debiera proceder a su traslado a un centro hospitalario o si, por el contrario, dadas las condiciones de la persona esta debiera permanecer en la residencia. La valoración se realizaría, por tanto, llevando a cabo un estudio individualizado del residente cuyo último fin estaría encaminado a conseguir una mejora de la calidad de vida de la persona en cuestión. Pese a posicionarse como un sistema muy valioso a la hora de proporcionar una atención personalizada, la rápida evolución de quienes contraían el virus ha llegado a dificultar enormemente dicho trabajo.

En esa Atención Centrada en la Persona a la que se hacía anteriormente referencia y en ese derecho de los residentes a poder disfrutar como cualquier otro ciudadano del sistema de Atención Primaria, asuntos como el acceso al historial clínico de la persona por parte tanto de los centros hospitalarios, como residenciales cobran cada vez más relevancia. De esta manera, se lograría establecer a través de un único sistema sanitario, un modelo que fuera garante con el usuario, proporcionándole tanto una asistencia primaria, como especializada, de calidad. Una de las bases para lograr, en definitiva, un modelo sanitario que no vaya en detrimento de las personas por razón de edad. “Las personas mayores han fallecido sin los medios necesarios para luchar contra la enfermedad que tenían y eso no puede volver a consentirse”, añade la presidenta del Círculo Empresarial de Atención a las Personas.



“La financiación es la base. Hay que destinar un mínimo del 2% del PIB a los Servicios Sociales como en el resto de Europa, cuando en España actualmente se emplea sólo el 0,5 por ciento. Con el incremento que el sector requiere es como se pueden establecer los pilares basados siempre en la calidad en la atención”

Debilidades del sistema de cuidados

Ante el temor a sufrir una situación pareja a la vivida meses atrás que, según datos aportados por las Comunidades Autónomas al Ministerio de Sanidad habría costado la vida a más de 19.000 residentes (cifra susceptible de ser bastante superior, tal y como se recogería en un documento interno del Ministerio, del que se hacían eco durante el mes de julio diversos [medios nacionales](#)), el debate sobre si se debe proceder a la medicalización de las residencias se ponía sobre la mesa. No obstante, hay quienes cuestionan su eficacia y se llegan a preguntar qué implicaciones conllevaría ese proceso de medicalización al que se ha hecho referencia, siendo esta segunda cuestión una de las inquietudes que también manifiestan desde CEAPS. Lo que sí es cierto, es que, aunque en un periodo de extrema urgencia como el actual, marcado por el colapso del sistema sanitario, las medidas adoptadas por determinados centros en este ámbito, como el desplazamiento de sanitarios a estos lugares, resultan de extrema necesidad, muchos temen cómo podría afectar su prolongación en el tiempo. La principal preocupación de aquellos que rechazan llevar a cabo una medicalización total de estos espacios, estaría infundada por un temor a que los centros pudieran perder ese acercamiento a un modelo lo más parecido al hogar, en el que se lleva años trabajando.

La remodelación del sistema debe pasar por definir primero el modelo de atención en el que se quiere trabajar, teniendo en cuenta tanto las virtudes, como los retos que plantea una sociedad cada vez más envejecida. Para ello, no solo es fundamental contar con la valoración de usuarios y futuros usuarios, sino también diseñar un plan de financiación robusto y estructurado. “La financiación es la base. Hay que destinar un mínimo del 2% del PIB a los Servicios Sociales como en el resto de Europa, cuando en España actualmente se emplea sólo el 0,5 por ciento. Con el incremento que el sector requiere es como se pueden establecer los pilares basados siempre en la calidad en la atención”, reflexiona Pascual.

La precarización del sector de los cuidados no es algo nuevo, desde hace años instituciones como la del Defensor del Pueblo alertan sobre la importancia de dignificar la labor realizada por los profesionales que componen este gran eslabón de nuestro Estado del Bienestar. Pese a su valiosa contribución a la sociedad, el colectivo se habría visto damnificado por crisis como la del 2008, que se traduciría en recortes de personal, largas jornadas laborales y salarios muy bajos. Un problema de doble vertiente, que no solo habría afectado a los trabajadores, sino también a los propios receptores del sistema de cuidados, personas mayores y dependientes. En este sentido, parte de la problemática se concentra en torno a las ratios de personal a las que, [en su último Informe anual el Defensor del Pueblo en funciones](#), Francisco Fernández Marugán, llega a considerar “manifiestamente desfasadas” ante una población envejecida y, por ende, más proclive a ser dependiente. Es por ello, por lo que proceder tanto a la actualización de dichas ratios, como a la dignificación de una labor, cada vez más necesaria, es el primer paso hacia la consecución de una atención de calidad, para la que también será muy importante garantizar la continua formación de sus empleados.

Más allá de la falta de coordinación entre lo social y lo sanitario, la pluralidad legislativa ha llegado a situarse como uno de los grandes



escollas a la hora de elaborar un plan de acción efectivo durante la epidemia. La imposibilidad para desarrollar un mismo protocolo que fuera aplicable para todas y cada una de las Comunidades Autónomas, dificultó enormemente el poder ofrecer una respuesta conjunta frente al virus. La presidenta CEAPS recuerda como ya en el año 2019, el organismo puso de manifiesto “el caos” de la dependencia en nuestro país, debido en parte, a la existencia de “17 modelos diferentes de derechos”, que ocasionarían “que una persona tenga mejores o peores accesos a los Servicios Sociales con dependencia de donde se resida”.

No solo es importante trabajar por evitar la entrada del virus, sino también saber actuar si se llegara a dar el caso

Prevención ante futuros rebotes

Actualmente, el mundo de las residencias sigue viviendo su particular odisea tras el incremento de rebotes registrados en las últimas semanas en diferentes provincias españolas. Ante el temor a poder sufrir una segunda oleada a la que ni siquiera las nuevas medidas de protección adoptadas sean capaces de contener, algunas Comunidades Autónomas han decidido adelantarse a lo que pueda ocurrir prohibiendo o, en su defecto, aconsejando la suspensión tanto de salidas, como de visitas. Una decisión que pese a estar encaminada a la protección de los más vulnerables, abre el debate sobre si se estaría llegando a vulnerar los derechos de sus residentes al proceder al blindaje de los centros. De esta manera, el principal reto que se plantea para las residencias ya no es solo contar con las medidas necesarias para afrontar un problema de salud pública sin precedentes, sino al mismo tiempo, encontrar una fórmula que permita evitar el deterioro físico, psíquico y emocional de los más vulnerables durante la epidemia.

No solo es importante trabajar por evitar la entrada del virus, sino también saber actuar si se llegara a dar el caso. Y si hay una lección que hemos podido aprender durante estos meses, esa es la necesidad de conseguir fraguar una coordinación socio-sanitaria real y efectiva que garantice el derecho de cualquier ciudadano a acceder al Sistema Nacional de Salud, sin importar su edad o lugar de residencia. Solo a través de esta máxima y mediante la realización de pruebas periódicas (además de dotar a los centros con los EPIs necesarios), conseguiremos no solo proteger a los residentes, sino también a los propios trabajadores. Tropezar con la misma piedra, esta vez, no está permitido.