

El 38% de los ingresados tenía más de 75 años, según Salud

VIENE DE LA PÁGINA 1

El presidente de la Sociedad Catalana de Geriátria, Marco Inzitari, asegura que, sobre el papel, el protocolo del SEM era buena idea, "porque tenía en cuenta condiciones de fragilidad y comorbilidades". "El planteamiento teórico era bueno pero, con los hospitales colapsados, puede que no se pudiese cumplir porque no había sitio en los centros", valora. Para Cinta Pascual, en cambio, protocolos como el del SEM "dejaron a los mayores fuera del sistema". "Si no queremos decir que hubo días en el que el sistema colapsó, no lo digamos. Pero hay que asumir que se cerraron puertas. Si tenían una enfermedad activa y no los trasladaron fue porque no había camas", zanja. Y denuncia que tampoco se reforzaron las residencias. "Puedo entender que en un momento de tensión del sistema, consideren que se tienen que quedar en las residencias. Pero darnos recursos para atenderlos, equipos de protección, PCR...", protesta.

Vicente Botella, presidente de la patronal de residencias Upi- m, dice que hubo "un desborde total en la capacidad de reacción" del sistema durante el pico. "Y un retraso importante para comunicarse con los servicios de emergencia. Nos quedamos sin oxígeno y bombas de perfusión de móficos durante una semana para atender a pacientes en el final de vida", señala.

A propósito de los traslados de residentes, sin embargo, asegura que se priorizaron las derivaciones "con bases técnicas, no políticas". "Aqueella gente que veíamos que no había manera de sacarla adelante, no la marcábamos enviándola a ninguna parte. En las residencias hay gente muy fastidiada y los familiares tienen que entender que hay unos límites de la vida. La limitación del esfuerzo terapéutico intenta eso, no hacer técnicas invasivas porque sí y acompañar en el final de vida", zanja.

El Departamento de Salud ha asegurado a EL PAÍS que casi el 38% de las personas que requirieron ingreso hospitalario en planta o en cuidados intensivos



Residencia Santa Oliva, en Olesa de Montserrat (Barcelona). / ALBERT GARCIA

superaban los 75 años (el 17% tenían más de 80). La Generalitat no aclara, sin embargo, cuántas personas fueron ingresadas. "En situación de pandemia hemos de priorizar en base a la situación clínica, pero no a la edad. El criterio clínico ha de prevalecer y de acuerdo con la familia", insiste Santaugènia. Aunque admite que pudo haber casos tributarios de ingreso en hospital que no llegaron a trasladarse. "Sería irreal decir que la red no estuvo muy tensionada y que no hubo problemas para acceder a urgencias desde residencias o domicilios", asume.

El alto cargo de Salud asegura, no obstante, que de las 4.111 personas ingresadas en la UCI, una de cada 10 tenía más de 80 años y el 60% superaba los 60.

Las fuentes consultadas coinciden en que la situación de las residencias dio un vuelco cuando el Departamento de Asuntos Sociales, que tenía las competen-

"Fueron fundamentales los bomberos y la UME"

Las dos últimas semanas de marzo fueron críticas en Barcelona, según admiten fuentes municipales pero subrayan que la situación dio un vuelco al ofrecerse la alcaldesa Ada Colau a colaborar con la Generalitat. Con las residencias todavía bajo la gestión de Asuntos Sociales, Consistorio y Govern crearon una comisión mixta para gestionar la crisis.

La alcaldesa reprochaba al Ejecutivo catalán que no movilizara a sus bomberos en los frentes críticos, como el de las residencias, que son competencia autonómica, recordaba.

En el Consistorio, Marta Clari, la gerente del área de Cultura y Educación, había asumido el plan de extensio-

nes hospitalarias en pabellones; la gerente del distrito de Sant Andreu, Maria Gas, asumió el de las residencias; y la concejal de Salud, Gemma Tarafa, ofrecía los pabellones para trasladar a mayores.

"Ojalá hubiéramos comenzado antes", admite una fuente de la estructura directiva del consistorio. La comisión mixta mejoró la interlocución cuando llegó Salud y se dedicó a trabajar conjuntamente. "Fue fundamental el papel de los bomberos, la UME y los profesionales de la atención primaria". Los dos primeros se dedicaron a desinfectar los centros con mayor afectación. Y el personal de los ambulatorios entró a diagnosticar. / C. BLANCHARD

cias sobre los centros, se echó a un lado y el Departamento de Salud asumió el mando. "Pasado el momento inicial de colapso, este flujo de pacientes se redirigió: se abren los hoteles Salud y se hacen ingresos en centros intermedios. Madrid esta red no la tiene", señala Santaugènia. La red sociosanitaria en Cataluña dispone de 97 centros de cuidados intermedios o convalecencia. "Cuando se reaccionó, los sociosanitarios han sido la puerta preferente de acceso al sistema cuando había que sacarlos de las residencias", dice Inzitari.

Descongestión del SEM

La entrada de la atención primaria en las residencias, que coincidió con la bajada de la curva epidémica, mejoró los flujos de derivación. "Con la atención primaria se descongestionó el SEM y se puso orden y se afinaron los criterios de derivación", admite Santaugènia. Los sindicatos señalan que buena parte de la responsabilidad del caos en las residencias en las primeras semanas fue de Asuntos Sociales y acusan a la consejería de Chakir El Homrani de llegar tarde y mal hasta que tuvieron que traspasar la responsabilidad a Salud. "Convocaban pocas reuniones con los agentes sociales, esporádicas, y era el momento más duro. Faltaban equipos de protección individual, personal y más riesgo de contagio por los problemas de aislamiento", señala Toni Mora, responsable de política sanitaria de CC OO en Cataluña.

Mora destaca que cuando entró Salud "se notó un cambio en la agilidad, los trámites, el contacto con los centros...". Mora, presente en las mesas de trabajo con la Generalitat sobre las residencias, afirma que, al menos en ese mesa, no hubo una orden directa para impedir las derivaciones de pacientes a hospitales. "Cuando entró Salud [a gestionar la crisis de las residencias], se hicieron 276 ingresos en hospitales desde los centros residenciales", recuerda la directora de la patronal ACRA. Pero cuestiona: "¿Por qué no hicieron todo esto antes si estábamos haciendo llamadas de socorro?".

ANÁLISIS / JOSÉ AUGUSTO GARCÍA NAVARRO

En el futuro no debería haber residencias

Nos equivocaremos mucho si para hacer las residencias de mayores del futuro, ese nuevo modelo del que todo el mundo habla, la residencia de la nueva normalidad, solo les preguntamos a los especialistas del tema. Estos especialistas solo nos darán respuestas técnicas y, en muchos casos, respuestas interesadas. Aun nos equivocaremos más si preguntamos solo a los políticos, porque estos devolverán la pregunta a los especialistas que respondan a sus intereses ideológicos. Y la equivocación aun la aumentaremos más si nuestra pregunta va dirigida solo a las patronales del sector, que, lógicamente, intentarán defender sus legítimos intereses.

No hay que olvidar que el modelo que tenemos y que ahora está en tela de juicio precisamente ha sido construido por estos

tres grupos de interés: técnicos, políticos y patronales. Si este es el camino, ya sabemos las respuestas: colaboración público-privada, orientación al cliente, colaboración con la administración...

¿Y si le preguntamos a los que las usan y las necesitan realmente: los mayores y sus cuidadores? Nuestros mayores nos dirán que no quieren ir a una residencia, sino envejecer en su casa. Y para ello tendremos que cambiar el paradigma y pasar de pensar en residencias a pensar en cuidados de larga duración a personas dependientes, lo que incluye una visión global y longitudinal de todos los servicios: desde la atención domiciliar a las residencias de mayores, pasando por centros de día y pisos con servicios. Los cuidadores nos dirán que quieren más transparencia y control. Y esto también lo queremos todos.

¿Cómo es posible que una sociedad tan desigual e individualista como la estadounidense disponga de una página de transparencia, llamada *nursing home compare*, donde todos los ciudadanos pueden observar y comparar las ratios de personal o las inspecciones de todas las residencias de mayores, y nosotros no? ¿Cómo es posible que los órganos de gobierno de nuestras residencias con financiación pública mayoritaria solo estén compuestos en su totalidad por personas designadas exclusivamente por la propiedad, muchas veces fondos de inversión con claro ánimo de lucro? ¿Cómo podemos explicar que no exista en la mayoría de casos una implicación directa del mundo local en la provisión y en el control? ¿Podemos seguir soportando que la decisión de ubicar una residencia en un municipio o en otro dependa de las facilita-

des que ofrece un ayuntamiento o de las oportunidades de inversión de una determinada localización, en lugar de estar coordinado con los servicios sanitarios con una óptica territorial?

La residencia del futuro necesitará más transparencia, mayor participación de las familias, implicación directa del mundo local y planificar territorialmente servicios sanitarios y sociales. Nosotros, igual que los mayores y sus cuidadores, también queremos más control y transparencia en los servicios de atención a la dependencia y, sobre todo, envejecer en casa. Y lo tenemos que hacer con la firme convicción de no hacer más residencias, sino más servicios en el domicilio. De forma decidida y por encima de la presión que ejercerán los intereses del mundo inmobiliario y de oportunidades de inversión.

Esto va de atender a personas y hay que preguntarles y actuar en consecuencia.

José Augusto García Navarro es director general Consorci de Salut i Social de Catalunya y presidente de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.