

JOSÉ AUGUSTO GARCÍA

■ Presidente de la Sociedad Española de Geriátría

# “Hemos permitido que las residencias sean un negocio inmobiliario”

“En 2030, necesitaremos un millón de trabajadores en el sector de los cuidados, y si no les pagamos bien, se irán” ▶ “Dinamarca está cerrando residencias y atendiendo a sus mayores en sus casas”

puntual no se pudiera dar. Nosotros aconsejamos que solo los casos leves de COVID se tenían que tratar en la residencia si había manos. Pero no siempre las hubo.

ELISENDA COLELL

Médico especializado en geriatría, José Augusto García Navarro es el presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SGG) y dirige el **Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)**, un ente que interviene algunos de los geriátricos con brotes descontrolados. Pide un cambio urgente de modelo de geriátricos, con más personal y donde las empresas inmobiliarias y las constructoras no controlen los cuidados a los más vulnerables. Y señala que la demencia, la depresión, la diabetes y la osteoporosis se han agravado por culpa del cierre de estos centros.

—¿Qué pasó en 2020 en las residencias?

—Partíamos de una situación que de base distaba mucho de ser la necesaria en cuanto al número de profesionales, la coordinación social y sanitaria y el perfil de personas atendidas. Además, tardamos en darnos cuenta de que la única manera para controlar el virus era testando con PCR a todos los residentes. Y cuando lo supimos, no lo había. Ni tampoco había EPI. El virus se nos coló... más de la mitad de los muertos de COVID en España son personas que vivían en residencias de mayores.

—Usted entró en algunas residencias con brotes descontrolados para cambiar la situación. ¿Qué vieron?

—Vimos bajas ratios de personal. Faltaba entre el 30 y el 50% de la plantilla. Vimos que no había manos para atender a esas personas.

—Hay familiares que sostienen que los ancianos murieron desatendidos y desnutridos.

—Es posible que la asistencia básica (dar de comer, de beber, el tratamiento de las enfermedades crónicas, vestir o asear) en algún caso

—¿Hubo también problemas con los cuidados paliativos?

—Hacer cuidados paliativos no es abandonar, es evitar ahogamientos y dolor. Algunos equipos intervinieron mucho en las residencias, otros no se implicaron tanto. Las residencias ni son hospitales ni pueden serlo.

—¿Por qué?

—Por cada residente hay entre 15 y 22 minutos al día de enfermería. Entre 42 y 89 minutos de gerocultores, que son los que acompañan a los ancianos en las tareas del día a día. De médicos tienen entre 3 y 5 minutos al día. Pero las personas que viven en residencias tienen de media siete enfermedades crónicas y toman 11 fármacos diferentes. Hay mucha carga de enfermedad y con estas dotaciones de personal es difícil hacer un acompañamiento mínimo. Es urgente rediseñar estas ratios. Cataluña y Navarra son las que están peor.

—La estancia media en un geriátrico es de dos años.

—Ha aumentado la esperanza de vida, sobrevivimos más con enfermedades crónicas y la gente no va a la residencia hasta el final, es la última opción, por ello hay más enfermedad. Antes, un tercio de los pacientes tenía demencia, ahora son la mitad. La depresión ha pasado del 20% al 25%. El problema está en que esta carga de enfermedades no se pueden atender si no hay una implicación de los servicios sanitarios.

—¿Algo ha cambiado tras la pandemia?

—La vacunación nos deja más tranquilos, pero seguimos con las mismas ratios. Hay que incrementar la financiación para que pueda haber más personal.

—Pero al menos se coordinaron con los sanitarios de la atención primaria...



José Augusto García, presidente de la Sociedad Española de Geriátría. // Ferrán Sendra

—Hoy algunas áreas de salud han bajado la guardia. Lo que pasa ahora es desastrosos. Nos encontramos casos muy complejos que necesitan geriatría hospitalaria porque han empeorado pero se tienen que comer una lista de espera de seis meses. Terminan en urgencias, un lugar inhóspito para ellos.

—¿Y qué enfermedades tienen los ancianos hoy?

—Han perdido masa muscular y ósea. Hay más osteoporosis, se controla peor la diabetes y las enfermedades cardíacas. Hay más trastornos de comportamiento en las personas con demencia. ¿Por qué no hemos impulsado programas de funcionamiento físico o recreacional cuando cerraron los geriátricos y los centros de día? ¡Deberían multiplicar los fisios y los terapeutas ocupacionales para que no se vengan abajo!

—Parece que nos hemos olvidado de ellos.

—El modelo de asistencia a los mayores debe cambiar, empezando por la atención domiciliaria. En España tenemos cuidadores en casa, pero como máximo están una hora al día con los dependientes. No puede ser.

—¿Hay países de los que aprender?

—En el norte de Europa tienen viviendas asistidas, sin barreras arquitectónicas y con servicios a medida. Eso retarda la llegada a la residencia. En Dinamarca se gastan un 3,2% del PIB en dependencia, están cerrando residencias y les atienden en casa. España dedica el 0,7% del PIB a la dependencia. Lo que no puede ser es que pagueemos mal y estemos sin personal.

—Luego está la soledad no deseada...

—Toda la soledad que no hemos

atendido durante el confinamiento nos volverá saturando el sistema sanitario y consumiendo más recursos. Yo pienso que habría que amonestar a las personas que no tienen una mínima interacción con sus mayores.

—Sobre el modelo, hay grandes constructoras y fondos de inversiones que compran y gestionan residencias...

—Los fondos de inversión saben que la sociedad necesitará residencias y hacen un negocio inmobiliario con ellas: las compran y las revenden a otro fondo de inversión. Y se lo hemos permitido. Por eso hay más residencias en barrios ricos que en pobres, la inversión inmobiliaria les garantiza un mejor retorno. Las autoridades no han planificado dónde tiene que haber residencias.

—¿Es la selva?

SUS FRASES

“Habría que multiplicar ya los fisios y los terapeutas ocupacionales para que los mayores no se vengán abajo”

“Se debería amonestar a las personas que no tienen una mínima interacción con sus mayores”

—Las residencias se construyen donde hay más incentivos económicos en vez de si el barrio está envejecido o si hay hospitales o centros sociosanitarios. Es un negocio perverso, que también vemos con las ofertas temerarias. Si estamos diciendo que las ratios de personal son insuficientes, es increíble que encima se permita bajar aún más la financiación.

—¿Y por dónde sale el negocio?

—Yo no digo que den un mal servicio. Pero lo único que interesa es cuadrar la cuenta de resultados. Y aquí se incluye retomar la inversión inmobiliaria, pagar la hipoteca, a los trabajadores, la comida...

—Muchas de estas residencias, además, son públicas.

—El 70% de las plazas de residencia de España son de financiación pública. Cuando la licitas, tienes que marcar criterios de calidad e inspeccionar si se cumplen. En Estados Unidos, los ciudadanos pueden ver y comparar el estado de todas las residencias. Es una vergüenza que lo tenga el estado más liberal y nosotros no. Hace falta más transparencia.

—Insiste mucho en el cambio de modelo de residencias. ¿Cómo tienen que ser?

—Más pequeñas. Con plantas donde vivan unas diez personas, hacer pequeños grupos de convivencia con situaciones de dependencia similares. Deberían contar con espacio común de comedor, cocina y jardín y luego habitaciones individuales con armarios y lavabos. No es ciencia ficción, quizá el precio aumente un 8 o un 9%. Claro que también hay que mejorar las ratios, que no se ha hecho en diez años. En 2030 necesitaremos un millón de trabajadores en el sector de los cuidados. Y si no les pagamos bien, se irán.