



Dr. Josep María Via: “En España existe un déficit de unidades de cuidados paliativos y de formación de los profesionales dedicados a esta actividad”

Josep Maria Via es el presidente del Comité de Programa del VII Congreso Dependencia y Calidad de Vida que tendrá lugar el 29 y 30 de octubre. Doctor en medicina, máster en gestión de servicios sanitarios y diplomado en gestión hospitalaria, el doctor Via, asesor de la Fundación Edad&Vida, ha sido directivo del Institut Català de la Salut y del Servei Català de la Salut entre 1984 y 1994. Entre 1997 y 2000 ocupó el cargo de secretario de Gobierno y de Relaciones con el Parlament de Catalunya. Asimismo, ha trabajado como consultor de gobiernos y empresas privadas del sector salud en países de Europa, América y África y ha sido profesor en EADA, ESADE y la UOC y profesor colaborador de la Universidad de Montreal, en Suiza y en Italia.

P.- En un país con una de las mayores tasas de envejecimiento del mundo y sus consecuencias: cronicidad, pluripatología y aumento de la dependencia, ¿se puede afirmar que la Sanidad se está desarrollando pensando también en las personas mayores?

R.- Los sistemas de salud, por la vía de los hechos, constatan día si y día también que el dispositivo asistencial, que fue concebido para atender personas jóvenes con patologías agudas, ha quedado desfasado frente a una epidemia de pluripatología crónica, de cronicidad, que afecta a una población mayoritaria y crecientemente mayor.

Se están produciendo cambios, pero la capacidad de adaptación va por detrás de la realidad. Ni la atención primaria de salud, ni los hospitales, ni siquiera el - por otra parte, excelente- sistema MIR de formación de especialistas, están adaptados a la realidad.

Precisamos menos camas de agudos y más centros sociosanitarios, mayor desarrollo de la atención domiciliaria y repensar la atención primaria de salud adaptándola a la situación demográfica y epidemiológica.

Todos estos temas, sin excepción, serán abordados en el VII Congreso Internacional de Dependencia y Calidad de Vida.

P.- ¿Cómo afecta esta realidad a la atención sociosanitaria?

R.- Lo primero que hay que señalar es que en España hay un problema grave, consistente en el hecho que bajo el concepto “atención o dispositivo

sociosanitario” se esconde una amalgama diversa de servicios sociales más o menos -y mejor o peor- ‘sanitarizados’ y servicios sanitarios para crónicos que, en general, adolecen de un problema grave, no ya de integración, sino simplemente de coordinación.

Excepto en Cataluña, el País Vasco y de forma aislada en otras CCAA, no existe un verdadero sistema integral e integrado de atención sociosanitaria a personas mayores con pluripatología crónica y problemática social asociada que les provoca un grado de dependencia variable.

P.- ¿Se podría decir que el desarrollo de la atención en centros residenciales es una de las principales debilidades del sistema de cronicidad?

R.- No me atrevería a ser tan contundente. Hay que partir de la realidad. Trato de explicarme. La población, el ciudadano es uno, una unidad no divisible en el sentido de que integra problemas de salud y sociales diversos.

Si este ciudadano vive en una determinada CCAA, la misma persona, vamos a suponer con pluripatología crónica y alto grado de dependencia, puede acabar -previa valoración acorde con la Ley de Dependencia, con más o menos fortuna- en una residencia dependiente de servicios sociales, dotada, mejor o peor, con más o menos coordinación con el sistema sanitario, de atención sanitaria.

Si la misma persona, en lugar de llegar por la puerta de entrada social, entra por la de urgencias hospitalarias o de atención primaria de salud, puede acabar hospitalizada y sometida a un grado de medicalización superior -hasta el punto de poder ser contraproducente- si se compara con la que tendría de haber entrado por el sistema social.

Si accede a través del sistema sanitario, podemos imaginar diversos problemas derivados de los déficits de asistencia social combinados con una excesiva medicalización, cuando no de “encarnizamiento terapéutico”. Es una hipótesis que puede ser real.

Si esta persona vive en una CCAA que ha entendido que la persona es única y ha desarrollado un sistema sociosanitario integrado de verdad, las posibilidades de ser atendido en un recurso óptimo aumentan.

El problema es que la organización social y sanitaria, cada una por su cuenta, se impone a la realidad de la unicidad de la persona y su problemática, empeñándose en que la persona se adapte al sistema y no al revés, como debería ser.

En España a cualquier servicio para mayores se le puede acabar etiquetando de “sociosanitario”. En nuestro Congreso vamos a traer experiencias de distintos países que has desarrollado de verdad sistemas integrados sociales y sanitarios de atención a mayores con pluripatología crónica y dependencia y

problemática social diversa asociados. Es difícil que exista de verdad un sistema sociosanitario sin adaptación de la atención primaria de salud a la cronicidad y al envejecimiento, y sin reconversión de hospitales de agudos y de centros residenciales sociales.

P.- ¿Además del aumento de la longevidad, cómo va a afectar al cuidado de los mayores la reducción del tamaño de los hogares, las formas de convivencia, los roles de género, etcétera?

R.- De muchas maneras. Podríamos detallar una lista inacabable de consecuencias de estos cambios. Me limitaré, como ejemplo, a citar un problema grave que afecta a los mayores y agrava su situación personal, emocional, social y de salud, que es el de la soledad no deseada en los últimos años de la vida. ¡Terrible!

P.- Si poder disponer de una historia clínica común y compartida entre Primaria y hospital es un beneficio innegable, ¿no sería conveniente incluir también la información de la atención recibida en el sector sociosanitario? ¿Qué habría que articular para compartir esa información?

R.- Debería existir una historia única social y sanitaria accesible desde todos los niveles asistenciales sociales y sanitarios. El personal de enfermería y trabajo social también deberían incluir sus valoraciones en la historia.

P.- El actual modelo de atención a la dependencia está soportado en gran medida por las redes familiares (el cuidado informal sigue representando actualmente alrededor del 80% del cuidado recibido por las personas mayores). ¿Hay actualmente alternativas a este modelo?

R.- Modelos hay muchos. El problema es cuando por falta de recursos se recurre a sistemas de cuidados no profesionales que pueden entrañar riesgos para el mayor. Peor aún cuando los modelos obedecen a razones electorales. Existen dudas razonables sobre el sentido real de retribuir a cuidadores informales...

Admitiendo la posibilidad de formar mínimamente a los cuidadores informales, lo primero es establecer los límites de lo razonable en cuanto a no confundir el cuidado informal y creer que puede sustituir al cuidado profesional cuando este se precisa.

Personalmente -es mi opinión solamente- no soy partidario de promover un sistema de “rebajas”, consistente en mal pagar a cuidadores informales que, de otra forma, no optarían por cuidar a personas mayores, para ahorrar en el desarrollo de un verdadero sistema integral e integrado de atención sociosanitaria que, lógicamente, incluya cuidados a domicilio para las personas que puedan y/o rechazando voluntariamente el ingreso, decidan permanecer en casa.

A partir de aquí es distinto que un familiar, vecino, amigo o personal voluntario, emocionalmente o por compromiso personal decida cuidar de un mayor; a que mal pagando a alguien sin alternativas laborales construyamos un sistema pseudoprofesional con pocas probabilidades de compromiso emocional adicional.

P.- ¿Los centros residenciales deberían ser acreditados por Sanidad y por Servicios Sociales como centros de atención sociosanitaria o de atención intermedia?

R.- Sí, sin duda y con toda contundencia. Incluyendo por supuesto los servicios de atención domiciliaria y, eventualmente, la calidad de los servicios prestados por cuidadores informales si reciben recursos públicos. Ningún cuidado que no se provea con un estándar razonable de calidad debidamente acreditado, puede ser financiado públicamente ni debería ser ofertado ni pública, ni privadamente.

P.- ¿Se debería promover un modelo de acreditación sanitario y social para los servicios de atención a la cronicidad y a la dependencia por grados de dependencia, orientado a resultados y a la calidad de la atención?

R.- Es incomprensible e inaceptable el no hacerlo.

P.- ¿Cuál es su opinión acerca de la asistencia farmacéutica que se presta a las personas residentes en centros residenciales?

R.- Los usuarios de los centros, al estar en régimen de atención domiciliaria, dependen de un médico de Atención Primaria del sistema público de salud. No obstante, gran parte de los centros residenciales y sobre todo los de mayor tamaño, disponen de médicos contratados que son quienes atienden directamente a estos usuarios, pero no pueden realizar la prescripción de los medicamentos y productos sanitarios y dietoterápicos necesarios, en las recetas del servicio autonómico de salud, a la que los usuarios tienen derecho, ya que no disponen del talonario oficial de recetas correspondiente o de su equivalente informatizado (receta electrónica) y por tanto, es el médico de Atención Primaria quien realiza la prescripción en la receta oficial en el Centro de Salud, a instancias del médico del centro residencial.

Esta situación explica la existencia de varias líneas de mejora que potencialmente podrían incidir muy positivamente en la gestión farmacéutica en los centros residenciales, dicho de otro modo, hay mucho margen de mejora dentro de los límites establecidos en el RDL 16/2012 y la normativa sanitaria de aplicación.

P.- ¿Se puede decir que los principales grupos residenciales españoles han implantado en sus centros un modelo de atención integral centrada en la persona, que promueve la autonomía personal y potencia las capacidades de

los residentes, respetando sus deseos y preferencias sobre cómo quieren ser cuidados?

R.- No me siento cómodo con las generalizaciones. Tenemos buenas empresas en el sector que acostumbran a ser más eficientes que los centros públicos organizados en base a modelos funcionariales burocráticos. Pero... “de todo hay en la viña del señor”

P.- Con respecto a la atención al final de la vida, ¿cuál es la situación de la atención paliativa que se presta en los centros residenciales?

R.- Si por centros residenciales entendemos centros de servicios sociales más o menos medicalizados, pocos tienen atención paliativa o atención paliativa adecuada. A menudo deben desplazarse a centros hospitalarios -o a verdaderos centros sociosanitarios- con los consiguientes costes asociados, que son enormes.

Si, como decíamos, el mismo paciente tiene la suerte de estar en una CCAA con centros sociosanitarios -no residenciales, sociosanitarios, que es distinto- normalmente dispondrán de atención paliativa. Remárquese que en una misma CCAA sin buena coordinación social y sanitaria, el mismo paciente tributario de atención paliativa, según la puerta de entrada puede ir a parar a un centro residencial sin atención paliativa o a un centro sociosanitario que si la tenga.

De todos modos, en España existe un déficit de unidades de cuidados paliativos y de formación de los profesionales dedicados a esta actividad. En 2016, en España murieron 410.611 personas. De estas, 307.958, o sea 75%, precisaban atención paliativa y 126.269 cuidados paliativos especializados. De estos últimos, solamente 74,469, es decir el 59% aproximadamente pudieron acceder al servicio.

El tema no es menor. En especial cuando se plantean cuestiones como la eutanasia. Me parece poco adecuado plantear este tema sin tener antes garantizado que el 100% de las personas que precisan cuidados paliativos especializados tienen acceso a ellos. No es lo mismo “vivir la agonía rabiando de dolor” que tenerlo adecuadamente paliado y controlado a la hora de adoptar decisiones tan críticas.

P.- Por lo que respecta al VII Congreso Dependencia y Calidad de Vida, ¿cuáles serán los principales ejes de esta edición?, ¿qué destacaría del programa?

R.- Para que el Congreso siga siendo de referencia en España en los ámbitos de atención social, sanitaria y, en definitiva sociosanitaria integrada, a mayores con pluripatología crónica y dependencia en mayor o menor grado, hay que recurrir a experiencias de éxito y presentar resultados. Este es nuestro empeño y para ello hemos seleccionado excelentes iniciativas y expertos nacionales e internacionales para presentarlas.

Además de la conferencia inaugural en la que alguien tan relevante como el Dr. Rafael Bengoa, nos actualizará la situación en España, nos centraremos en experiencias de éxito españolas y extranjeras (contamos con experiencias de Canadá, Reino Unido, Holanda, Estados Unidos...), pondremos énfasis en la atención domiciliaria, en la acreditación y en la evaluación de la calidad asistencial.

Abordaremos también la situación específica española de cómo desde el sector residencial (muy extendido en nuestro país) nos podemos aproximar a una verdadera atención sociosanitaria. Y también propuestas concretas y evaluadas de adaptación de la atención primaria a la realidad demográfica (envejecimiento) y epidemiológica (cronicidad).

Dedicaremos un módulo a la iniciativa “Ciudades compasivas o cuidadoras” presentando experiencias británicas y españolas y, además, abordaremos cuestiones relacionadas con uso de medicamentos y productos sanitarios, alimentación y nutrición y recursos para las personas mayores para financiar sus necesidades.