

Atención sanitaria y de enfermería en las residencias de mayores de Gipuzkoa

Pilar Lekuona Ancizar
Juan José Calvo Aguirre

En este artículo analizamos la población institucionalizada en centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa en el periodo 2001-2008 y evaluamos *in situ* la atención sanitaria y de enfermería a lo largo de seis meses (2008-2009). La ratio de atención de enfermería superaba el mínimo exigido por el Catálogo de Servicios Residenciales para Personas Mayores en Gipuzkoa (127,8% = 86 minutos semanales por enfermera/residente), mientras que la ratio media de atención de médico no llegaba al mínimo exigido (84,3% = 13 minutos semanales por médico/residente). El plan de atención individualizado estaba diseñado sólo en 42 residencias (79%). Existía una gran dispersión en la prevalencia diagnóstica de entidades patológicas muy frecuentes en este sector de población, como la demencia, la depresión o la diabetes, lo que se interpreta como un alto grado de infradiagnóstico. En 34 centros no realizaban valoración nutricional de sus residentes (65%). Existían diferencias entre las funciones que realizaba la enfermera y en el material sanitario disponible, con algunas carencias tan importantes como no disponer de un peso para los residentes. La tasa de mortalidad anual se mantuvo estable en los últimos ocho años (21-22%), con una tendencia al alza en la edad de fallecimiento (86,05 años), lo que sugiere un previsible envejecimiento poblacional.

1. Introducción

La aprobación, en 2006, del Catálogo de Servicios Residenciales para Personas Mayores en Gipuzkoa (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008a) supuso un punto de inflexión en la exigencia de unos servicios de obligada prestación por parte de todas las residencias concertadas con la Diputación Foral de Gipuzkoa. Estas obligaciones incluyen unos servicios que se han de dispensar, unos procesos claves en la atención residencial y unos indicadores de seguimiento, unidos a unas ratios mínimas de profesionales de atención directa y sociosanitaria. Los ratios de atención se relacionan con el nivel de dependencia de los residentes. Este catálogo de servicios ha tenido un periodo de implementación de tres años, que finalizaba el 31 de diciembre de 2009.

El catálogo de servicios referido fue el resultado de un grupo de trabajo constituido por técnicos del Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa y de la Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología-Zahartzaroa. Su aprobación supuso un avance importante respecto a otros intentos de regulación (Reverte y Ródenas, 2003). La propia resolución ministerial del 17 diciembre del 2008 del BOE estaba muy por debajo de los niveles de exigencia y, por supuesto, de los niveles de control y seguimiento (Valcarce, 2008). En Bizkaia, en 2006 se aprobaba por decreto foral el régimen de acceso a las unidades sociosanitarias, y aunque en el artículo 25 se refiere a los derechos de los usuarios, no define ni los servicios, ni las ratios de profesionales, ni los indicadores de seguimiento (Diputación Foral de Bizkaia, 2006). En Navarra, se definen aspectos básicos en los servicios y sus características, así como principios de *marketing* de organización e investigación en la gestión residencial, pero tampoco se abordan ratios de profesionales ni indicadores de seguimiento (Grande, 2001).

La defensa de los derechos de las personas mayores se está desarrollando en Europa de forma progresiva y está orientada a proteger la dignidad y la autonomía de los ancianos (Lagoutte, 2009). La preocupación por la calidad de los cuidados de mayores tiene un referente claro en EE.UU., con la Omnibus Budget Reconciliation Act (1987), que introduce un antes y un después a cómo debería realizarse la atención en las *nursing homes* de aquel país (Joshua *et al.*, 2007). La ley iba a dar lugar al desarrollo de un sistema de trabajo orientado a mejorar los servicios asistenciales para atender las necesidades de las personas mayores. Este sistema de trabajo, definido como Resident Assessment Instrument (RAI), tuvo una incidencia importante en la atención de los mayores en el mundo occidental. En España, se realizaron algunos intentos de implantar el RAI, con resultados parciales en Galicia (Carrillo *et al.*, 1996), y los Resource Utilitation Groups versión III (RUG III) [Salinas *et al.*, 2001] en otros territorios. En el País Vasco, únicamente la Residencia Zorroaga (Donostia-San Sebastián) ha utilizado el sistema RAI durante ocho años, como método de evaluación integral de sus residentes.

Aunque la medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias aconseje disponer de un sistema de información integrado a escala estatal que supere las limitaciones actuales a escala interterritorial y autonómica (Martín Martín y López del Amo, 2007), actualmente no sucede así, y la dispersión normativa y funcional genera importantes diferencias asistenciales. Hasta hace poco, Gipuzkoa no era una excepción. Era preciso homogeneizar la calidad de atención sociosanitaria en las residencias de mayores concertadas por la Diputación, y con ese objetivo surge y se definió el catálogo de servicios (Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008a).

En 2001, Gipuzkoa tenía una tasa de envejecimiento del 17% y 3.476 plazas residenciales concertadas por la Diputación. En 2008, el índice de envejecimiento había alcanzado el 19% y el número de plazas concertadas llegaba a 3.969, con una ratio muy estable de cobertura de plazas concertadas, de aproximadamente el 3% de los mayores de 65 años. Sin embargo, de 2001 a 2008 la composición cuali-

tativa de las residencias varió de forma muy importante: la población institucionalizada calificada como 'autónoma' descendió de un 24% a un 7%, y la población calificada como 'gran dependiente' subió del 55% al 78% (Tabla 1). Este aumento del nivel de dependencia de la población institucionalizada no se relacionó con un aumento de la tasa de mortalidad anual, que se mantuvo estable en el 21-22%; por otro lado, la edad media de fallecimiento aumentó de 85,25 años (2001-2004) a 86,05 años (2005-2008) [Diputación Foral de Gipuzkoa, 2008b].

Este cambio de la población residencial está generando un cambio en las necesidades de atención sanitaria, que aumenta globalmente. Además, sobre todo en el área de enfermería, no están suficientemente definidas las tareas que se han de realizar y los objetivos que se han de conseguir. La enfermera en el medio residencial es una figura profesional fundamental en la coordinación y gestión de los cuidados, en la transmisión de la información y en la propia gestión y dispensa de la atención sanitaria. Aunque estos principios ideológicos, en teoría, están bastante asumidos, no sabíamos cómo se desarrollaban en la práctica. Consideramos, por tanto, necesario conocer mejor la situación real de la atención sanitaria y de enfermería en las residencias de ancianos de Gipuzkoa.

2. Objetivos

Este acercamiento a las residencias de ancianos de Gipuzkoa tiene como principales objetivos:

- Conocer el perfil de usuario de las residencias de Gipuzkoa, desde una perspectiva global sanitaria.
- Conocer *in situ* cómo se está realizando la atención sanitaria y de enfermería en cada residencia.
- Conocer las ratios de profesionales sanitarios en cada residencia y la distribución de la jornada laboral y de cobertura sanitaria, diurna y nocturna.
- Conocer las funciones profesionales asumidas por la enfermera y las delegadas por la enfermera en otros profesionales.

Tabla 1. Plazas residenciales concertadas, según grado de dependencia de sus ocupantes. Gipuzkoa, 2001-2009

Año	Plazas		Ocupación		Autónomos		Dependientes		Gran dependientes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2001	3.476	99,4	853	24,5	685	19,7	1.938	55,7		
2002	3.564	98,0	674	18,9	628	17,6	2.262	63,4		
2003	3.632	93,0	455	12,5	700	19,2	2.222	61,1		
2004	3.678	96,2	373	10,1	722	19,6	2.583	70,22		
2005	3.734	96,1	348	9,3	741	19,8	2.645	72,2		
2006	3.764	95,4	356	9,4	712	18,9	2.696	71,6		
2007	3.779	94,0	298	8,3	769	21,6	2.484	69,9		
2008	4.108	96,6	287	7,2	541	13,6	3.133	78,9		
2009	4.262	99,6	235	5,5	543	12,8	3.449	81,2		

Fuente: Elaboración propia.

- Conocer la rotación de las plazas residenciales y la tasa de mortalidad de los residentes.
- Conocer la prevalencia de los principales problemas de salud en el medio residencial.

3. Material y métodos

Este trabajo comenzó a diseñarse en septiembre 2008, con la elaboración de un documento que consta de los siguientes apartados principales:

- Datos generales de dependencia de los usuarios.
- Ratios de profesionales de atención sanitaria.
- Organización de la atención sanitaria.
- Registros y sistemas de sanidad.
- Estado de salud de los residentes.
- Intervenciones sanitarias y funciones.
- Material sanitario.
- Cobertura de atención sanitaria.

El documento abarcaba 192 cuestiones, en un modelo mixto de respuestas abiertas y cerradas. El universo de trabajo fue la población institucionalizada en Gipuzkoa en medio residencial, que constituía, al final de 2008, 3.969 personas, distribuidas en 65 residencias concertadas. Se excluyeron, por razones operativas, las menores de 25 plazas (nueve residencias). Las 56 restantes representaban al 99% de la población institucionalizada de Gipuzkoa. El trabajo de campo se desarrolló durante un periodo de seis meses, entre noviembre del 2008 y abril del 2009 inclusive. Lo realizó una enfermera geriátrica con experiencia profesional de veinte años en el medio residencial y dedicación plena a este cometido durante el periodo mencionado. El trabajo de campo se realizó en cada una de las residencias de ancianos de Gipuzkoa. Para ello, se llevó a cabo un primer contacto por correo con la dirección del centro, en el que se informó de los objetivos de trabajo y, de forma global, de la información que se precisaba. Posteriormente, la enfermera concertaba la visita de trabajo con plena disponibilidad respecto a las necesidades de cada residencia, en horario de mañana o de tarde. En la visita y la entrevista, participaban al menos una enfermera del centro y aquellos otros profesionales que la dirección del centro considerara convenientes. De las 56 residencias seleccionadas, 54 aceptaron participar en el trabajo, permitieron la visita de su centro y mantuvieron una entrevista dirigida a completar la recogida de datos. La duración de estas visitas-entrevistas dirigidas osciló entre tres y seis horas en cada residencia.

Hemos dispuesto de algunos datos parciales de las 56 residencias, y aunque el trabajo de campo se realizó en 54, no se pudo completar el cuestionario de

todas ellas, debido a que en algunas les faltaban registros de determinadas cuestiones planteadas. Por ello, los resultados de cada apartado se refieren porcentualmente al número de residencias que pudieron responder a la cuestión planteada. La amplitud del cuestionario y de los datos que se solicitaban hizo que, en la mayoría de los casos, fuera necesario completar la recogida de datos por teléfono o correo electrónico. Para la explotación de resultados, se elaboró una base de datos específica.

Previamente a la realización del trabajo y a la recogida de datos, se solicitó y consiguió el aval técnico del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa y de la Asociación Vasca de Geriátrica y Gerontología-Zaharzarroa, así como el apoyo del Departamento para la Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

4. Resultados

4.1. Datos generales

Sobre una capacidad total residencial de 4.765 plazas, las plazas concertadas llegaban a 3.938 (87%), con un ocupación real de 3.839 (97,4%). La aplicación del *case-mix* del catálogo de servicios a la capacidad referida concertada, con sus niveles de dependencia, genera un resultado de cobertura mínima de enfermera de 4.334 horas semanales y una cobertura mínima de atención médica de 1.014 horas semanales. A modo orientativo, podemos indicar que, según el catálogo de servicios, con unos niveles de dependencia medios y en una residencia de tipo medio de 88 plazas, sería necesario un mínimo de 101 horas semanales de enfermera y un mínimo de 16 horas semanales de médico.

En nuestra recogida de datos, las horas semanales contratadas de enfermera eran 5.491, lo que suponía un superávit de 1.207 horas (127,8%) respecto al mínimo indicado por el catálogo. Únicamente en cinco residencias no se alcanzaba esa ratio mínima. En cuanto a la atención médica, tenía una contratación real de 855 horas semanales (a través de diferentes agentes contratadores), por debajo de las 1.014 horas que requiere el catálogo de servicios, lo que significa un déficit de 159 horas semanales, con una ratio media del 84,3%. Superaban esa ratio únicamente 12 de las residencias evaluadas.

En Gipuzkoa, 18 residencias tenían un tamaño superior a 100 plazas, y comprobamos que la mitad tenían cobertura de atención nocturna de enfermería, y la otra mitad, no. En estas 18 residencias, la ratio de horas semanales de enfermera por residente era muy variable (entre 0,93 y 2,04) y no guardaba correlación con la cobertura nocturna de enfermería (Tabla 2). Por su parte, la figura profesional de la fisioterapeuta en el catálogo de servicios se consideraba muy recomendable, pero no era de obligado

cumplimiento. Comprobamos que solamente 17 residencias disponían de fisioterapeuta contratada (31%).

Tabla 2. Cobertura de horas semanales de enfermera/residente en residencias de más de cien plazas

Residencia*	Cobertura 24 h.	Ratio enfermera/residente
44	sí	2,04
41	no	1,90
34	sí	1,83
18	sí	1,77
39	no	1,72
29	sí	1,57
38	sí	1,56
45	sí	1,56
36	no	1,40
12	sí	1,30
32	sí	1,27
16	no	1,17
7	no	1,11
3	no	1,07
28	no	1,00
10	no	0,97
26	no	0,95
2	sí	0,93

* Código de identificación.

Fuente: Elaboración propia.

En resumen, la cobertura de ratios de profesionales nos indica que las de enfermeras, médicos y fisioterapeutas se cumplían solamente en cinco residencias; y las de médicos y enfermeras, en 11. No se cumplía la ratio mínima de enfermeras en cinco residencias, y en cuatro no se cumplía la de enfermeras ni de médicos.

El tamaño medio de las 54 residencias evaluadas era de 88 plazas, que estaban ocupadas por 303 personas autónomas (7,8%), 758 con dependencia (19,7%) y 2.778 con gran dependencia (73,3%). De ese último grupo, 481 tenían la calificación administrativa de pacientes psicogerítricos.

4.2. Organización sanitaria

Como responsable de atención sanitaria, en 33 residencias (62,3%) nos indicaron que quien asumía esa función era la enfermera, mientras que en 5 (9,4%) lo hacía el médico, y en 11 (20,7%), la asumían de forma indistinta el médico o la enfermera. En cuatro residencias (7,5%) nos indicaron que otra figura profesional no sanitaria asumía la responsabilidad de la atención sanitaria. Por su parte, la enfermera era la responsable del plan de cuidados en 48 residencias (90,5%), y en 5 (9,4%) lo eran otras figuras profesionales. En cuanto al plan de atención individualizado (PAI), lo tenían diseñado en 42 residencias (79,2%), y en 11 (20,7%), no.

Respecto al reconocimiento y los sistemas de calidad, en 34 residencias (61,4%) señalaban que tenían reconocimientos oficiales (EFQM, ISO), cuatro (7,5%) tenían un control de calidad propio de su grupo residencial y tres (5,6%) estaban pendientes de la certificación ISO. Doce residencias (22,6%) nos indicaron que no tenían ningún reconocimiento de los sistemas de calidad oficiales. La implicación y participación en los sistemas de calidad de los profesionales sanitarios era escasa, sobre todo por parte de los médicos, que no se sentían implicados en 35 residencias y no participaban en 33; pero también por parte de las enfermeras, quienes no se sentían implicadas en 21 residencias y no participaban en 18.

4.3. Estado de salud de los residentes

Los resultados de este apartado se corresponden a las respuestas de 47 residencias (3.577 residentes). Se consideraron como prevalencias orientativas las de demencia, depresión, diabetes y otras psicopatologías, así como las úlceras por presión (Tabla 3).

Tabla 3. Principales problemas de salud*

Problema	N	%
Demencia	1.730	48,9
Diabetes	887	24,0
Depresión	759	22,5
Otros psiquiátricos	418	11,8
SARM	68	1,9

* Universo: 3.537 residentes (47 residencias). SARM: infección de estafilococos dorados resistentes a la metilina.

Fuente: Elaboración propia.

Detectamos una alta dispersión diagnóstica, y así, hallamos que la prevalencia de demencias en 10 residencias superaba el 60% (61%-91%), y en dos era muy baja (11,6% y 20%). La prevalencia diagnóstica media de depresión era del 22,5%, pero en 10 de las residencias evaluadas no llegaba al 10%. La prevalencia media de diabetes era del 25%, y en una de las residencias tenían un prevalencia del 11,1%. Con oxigenoterapia se encontraban 166 residentes (4,6%), y colonizados/infectados por estafilococos dorados resistentes a la metilina (SARM), 68 (1,9%). Con respecto a la valoración del estado nutricional, obtuvimos respuesta de 53 residencias: en 34 no se realizaba (65,4%), y en las 19 restantes (35,4%), sí. Sobre 1.565 residentes en los que se realizaba, estaban bien nutridos 1.240 (79,2%), y mal nutridos, 325 (20,7%). Disponían de registro de fracturas únicamente 32 residencias (72,9%); en 2007 se habían producido 75 casos de fractura de cadera (2,2%), y en 2008, 74 (2,2%). Se detectaron 536 úlceras por presión en 428 residentes (12,1%). El estadio correspondiente a estas últimas se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Úlceras por presión: número de casos y prevalencia*

Estadio	N	%
I	296	55,2
II	129	24,0
III	59	11,0
IV	34	6,3
NS	18	3,3
Total	536	100,0%

* Universo: 428 residentes (12,1%).

Fuente: Elaboración propia.

Desde el medio residencial, en 2007 se produjeron 1.429 hospitalizaciones (42% de la población), y en 2008, 1.509 (45,2%), con una mortalidad intrahospitalaria de 181 casos en 2007 (12,6% de las hospitalizaciones), y de 201 en 2008 (13,35%).

La mortalidad global en 2007 fue de 803 fallecimientos (24% de la población), y de 822 en 2008 (24,6%). Estos datos están referenciados al total de la población atendida en las residencias, y hay que tener en cuenta, que, como media, en Gipuzkoa, además de las plazas concertadas, existen un 8% aproximadamente de plazas privadas en estas residencias, lo que disminuiría la tasa de mortalidad aproximadamente al 22%. Respecto al lugar de fallecimiento, ya hemos indicado que, en 2007, 181 residentes (22,5%) fallecieron en el hospital, mientras que 522 (77,5%) lo hicieron en las residencias. En 2008, fallecieron en los hospitales 201 residentes sobre un total de 822 fallecimientos

(24,45%), y en las residencias se produjeron 621 fallecimientos (75,6%).

4.4. Funciones de enfermería

En este apartado se intenta pormenorizar qué tareas realizaba la enfermera y cuáles estaban delegadas. En la Tabla 5 se desglosa quiénes realizaban la dispensa de medicación en sus diferentes formas.

La indicación de modelo de absorbentes para el tratamiento de la incontinencia esfinteriana lo realizaba siempre la enfermera en 37 residencias (69,8%), mientras que en nueve lo podían hacer de manera indistinta la enfermera o el auxiliar/gerocultor (16,9%), y en siete lo realizaba siempre el personal auxiliar o gerocultor (13,2%). La extracción manual de heces la realizaba siempre la enfermera en 41 residencias (77,3%), mientras que en 10 (18,8%) lo podían realizar de forma indistinta la enfermera o el auxiliar/gerocultor; en otras dos residencias (3,6%) se recogieron otras respuestas.

En la Tabla 6 se expone qué profesionales realizaban determinadas intervenciones o tratamientos. En los casos de delegación de funciones de estas intervenciones, en todas las residencias nos indicaron que la enfermera supervisaba el trabajo del personal auxiliar/gerocultor. La supervisión del médico en las curas mayores sólo se daba en tres residencias (6%).

Tabla 5. Dispensa de medicación, por residencia: tareas ejecutadas por la enfermera, delegadas en auxiliares bajo supervisión enfermera o realizadas indistintamente por ambas

Tarea	Profesional encargada	Enfermera		Auxiliar		Una u otra	
		N	%	N	%	N	%
Medicación viales	Subcutánea	50	94,3	3	5,6	-	-
	Intramuscular	52	98,1	1	1,8	-	-
	Endovenosa	6	11,3	-	-	-	-
	Sueroterapia	5	9,4	-	-	-	-
Dispensa de medicación oral	-	2	3,7	11,0	20,7	40,0	75,4
Dispensa de medicación rectal	Enemas de limpieza	37	69,8	16	30,1	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Profesionales que intervienen en la aplicación de diferentes intervenciones o tratamientos

Intervenciones		DUE		DUE/Aux.		Otros	
		N	%	N	%	N	%
Curas menores	Pomadas	9	17	42	79	2	4
	Antisépticos	18	34	33	62	2	4
	Apósitos simples	15	28	36	68	2	4
	Micosis	11	21	39	74	3	5
	Protectores	19	36	32	60	2	4
	Puntos de papel	52	98	1	2	0	0
Curas mayores	Úlceras	52	98	-	-	1	2
	Ostomias	37	70	-	-	16	30
	Tapones cerumen	48	90	-	-	5	10
	Vendajes	50	94	-	-	3	6
	Puntos de sutura	53	100	-	-	-	-

DUE: diplomada universitaria en Enfermería. Aux.: auxiliar.

Fuente: Elaboración propia.

Solamente disponían de fisioterapeuta 17 residencias (32%), y así, era la enfermera quien indicaba las ayudas técnicas en 35 residencias (66%), ya fuera sola (14 residencias), o de forma indistinta con el médico (18) o la fisioterapeuta (3). La tramitación de la gestión de ayudas técnicas la realizaba íntegramente la enfermera en 27 residencias (51%).

Del cuidado de las uñas de las manos se ocupaba preferentemente el personal auxiliar/gerocultor (N = 51; 96%), y el de los pies, el podólogo (N = 50; 94%). La prescripción inicial de oxigenoterapia en una situación de urgencia era una tarea habitual de la enfermera en 47 residencias (89%), así como la tramitación y la gestión del oxígeno (N = 44; 83%).

En 22 residencias contaban con la colaboración de farmacias externas en la preparación de pastilleros (N = 22; 41%), que cortaban los blísteres (N = 15; 28%), y tramitaban y ordenaban el pedido (N = 11; 23%). La enfermera participaba en el pedido y la tramitación de medicación (N = 38; 72%), en ordenar el pedido (N = 41; 77%), y en la preparación de pastilleros (N = 31; 58%) o la medicación (N = 27; 51%).

En la Tabla 7 se recoge cómo, en mayor o menor medida, la enfermera participaba en la prescripción terapéutica.

Tabla 7. Participación de la enfermera en la prescripción terapéutica*

Prescripción terapéutica	N	%
Apósitos y material de curas	51	96
Pomadas y cremas	50	94
Analgésicos menores	45	85
Antiinflamatorios tópicos	48	90
Suplementos nutricionales	23	43
Analgésicos mayores	0	0
Antiinflamatorios	¿?	¿?
Antibióticos	¿?	¿?
Ansiolíticos	¿?	¿?
Medicación inicial de urgencia	52	98

* Universo: 53 residencias.

Fuente: Elaboración propia.

La toma de constantes clínicas era una labor de enfermería en la totalidad de los casos en lo referido a la tensión arterial, pero disminuía en el control de la saturación de oxígeno (N = 42; 79%), el peso del residente (N = 41; 77%) y el de la glucemia (N = 37; 70%). Esta labor complementaria la realizaba el personal auxiliar/gerocultor; es llamativo que en cinco residencias (9%) nos indicasen que nunca pesaban a los residentes. La toma de temperatura la realizaba de forma indistinta la auxiliar o la enfermera (N = 44; 83%), mientras que en seis residencias lo hacía siempre la auxiliar (11%) y en tres (6%), la enfermera. La toma de valores antropométricos sólo se realizaba en 14 residencias (26%). La obtención

de muestras orgánicas de sangre y frotis la realizaba siempre la enfermera, mientras que es más frecuente que lo realizase el auxiliar/gerocultor en el caso de muestras de orina (N = 49; 92%) o de esputo (N = 41; 77%).

Las muestras recogidas para su análisis se gestionaban y trasladaban al centro de salud en 34 residencias (64%), mientras que en 19 (39%) el traslado se hacía directamente al hospital de referencia. El transporte de las muestras en 44 residencias (80%) lo realizaba un servicio contratado, mientras que en siete (12,7%) lo llevaba a cabo la enfermera, y en cuatro (7,2%), el personal auxiliar/gerocultor.

4.5. Material sanitario

En la Tabla 8 resumimos la disponibilidad de material sanitario en las diferentes residencias.

Tabla 8. Disponibilidad de material sanitario, por residencias

Disponibilidad	Material sanitario
100%	Medidor capilar de glucemia, tiras de orina, tensiómetro, bandejas pastilleros, pastilleros unidosis, carro de curas.
95%	Material adecuado/suficiente para curas, otoscopio, peso para deambulantes, libros de consulta.
90-95%	Camilla, lavabo en consulta, frigorífico propio, vademécum actualizado, salas de consulta adecuada.
80-90%	Esterilizador y pulsímetro.
70-80%	Electrocardiógrafo, oftalmoscopio, gimnasio de rehabilitación, máquina fotográfica y peso para dependientes.
Carencias importantes	Medidor de pliegues, oxígeno centralizado, medidor capilar INR, tiras de orina para detección de alcohol, programa informático adecuado a las necesidades.

Fuente: Elaboración propia.

Es destacable que, aunque en 52 residencias hubiera ordenador de uso sanitario, únicamente en 14 (26%) expresaban un grado de satisfacción alto con su uso.

4.6. Coordinación sociosanitaria

Las consultas médicas externas programadas la realizaba siempre el médico en 45 residencias (85%), mientras que en ocho (15%) las podía realizar indistintamente el médico o la enfermera. Para el traslado a otras residencias, los informes los realizaba la enfermera en 28 residencias, bien sola (N = 12; 53%) o junto con el médico (N = 16). El informe interresidencial lo realizaba sólo el médico en cinco residencias (9,6%), mientras que en 19 (36%) se realizaban informes de traslado multidisciplinares. Los

traslados urgentes al hospital se realizaban siempre con indicación médica en 19 residencias (36%), mientras que en 34 (64%) la decisión podía ser del médico o de la enfermera. Informes actualizados de traslado a urgencias se realizaban en 47 residencias (89%), bien a cargo del médico, bien de la enfermera. En seis residencias (11%) no se realizaban informes y se entregaba al ingreso la documentación previamente preparada. En los informes de traslado de urgencia, se especificaba siempre el motivo de traslado en 39 residencias (73%), mientras que en 14 (27%) se indicaban sólo antecedentes y tratamientos. El mantenimiento actualizado de la evolución clínica de los residentes, por su parte, era una tarea habitual del médico y la enfermera en 40 residencias (75%), mientras que en 11 (21%) lo realizaba sólo la enfermera, y en dos (4%), nadie.

4.7. Fortalezas y debilidades

Las enfermeras que participaron en las entrevistas dirigidas y en la recogida de datos nos expresaron las siguientes fortalezas y debilidades, que presentamos agrupadas en la Tabla 9.

5. Discusión

Es una realidad constatada que las ratios de profesionales de enfermería se relacionan con la estabilidad clínica, la continuidad de cuidados y la adherencia al tratamiento (Hutt *et al.*, 2008), y que deben relacionarse con las necesidades del usuario. En Gipuzkoa la población residencial va aumentando su carga sanitaria y su nivel de dependencia. La falta de camas de larga estancia en la red sanitaria ha generado un desplazamiento de esta población hacia la red residencial, que está asumiendo con dificultades una problemática creciente desde el punto de vista sanitario.

La evaluación de deficiencias de ratios y el efecto que genera en la atención sanitaria y dispensación de cuidados han sido analizados en EE.UU. (Kim *et al.*, 2009). A pesar del reciente fin del periodo de

implementación del catálogo de servicios en Gipuzkoa (31-XII-2009), comprobamos que el cumplimiento de las ratios de profesionales, sobre todo en las figuras del médico y la fisioterapeuta, sigue siendo insuficiente. Estas ratios, además, deben ser analizadas con precaución, debido a que en algunas residencias hay un pequeño porcentaje de plazas privadas que no están obligadas a cumplir unas ratios mínimas y que imputan las ratios a las plazas concertadas existentes, lo que puede desvirtuar el dato. El desvío de la ratio de profesionales de enfermería por encima de lo exigido puede explicarse por esto y porque la propia ratio de mínimos del catálogo de servicios ha resultado insuficiente para el cumplimiento de las tareas de enfermera en las residencias de ancianos de Gipuzkoa.

Otro aspecto que se ha de tener en cuenta es que las tareas y funciones de la enfermera varían de una residencia a otra. En algunas se delegan, y en otras, no (Díaz González *et al.*, 2000; Ruiz-Adame, 2009). En unas residencias se dispone de una plantilla multidisciplinar (médico, trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta), y en otras, no. En estas últimas, la enfermera asume un rol laboral más amplio, en cometidos informativos y asistenciales que podrían y deberían desarrollar otro perfil profesional. Tampoco ayuda el escepticismo sobre el desarrollo tecnológico existente entre muchos profesionales de la geriatría (Rodríguez-Molinero y Escriche, 2009). Sorprende la alta disponibilidad de ordenadores, que contrasta con el bajo índice de satisfacción que tienen los profesionales sanitarios con los programas que tienen para la atención sanitaria y el seguimiento de los residentes.

Debería crearse un marco adecuado para iniciar un debate abierto y realista sobre las funciones y tareas de la enfermera en el medio residencial, sobre las tareas delegables y no delegables y, sobre todo, para comprender y apoyar que el aporte principal de la enferma no es realizar en exclusiva una tarea u otra, sino aportar su conocimiento y su visión integradora de las necesidades sanitarias y asistenciales de los mayores.

Tabla 9. Fortalezas y debilidades de las residencias, expresadas por las enfermeras entrevistadas*

Fortalezas	N	%	Debilidades	N	%
Equipo de trabajo	32	60,3	Conflictos con auxiliares	30	56,6
Ambiente interno	29	54,7	Formación insuficiente	25	47,1
Espacios y ubicación	20	37,7	Organización interna	19	35,8
Atención a residentes	17	32,0	Ratios suficientes	17	32,0
Organización interna	12	22,6	Descoordinación interna	16	30,1
Horario de trabajo	12	22,6	Falta profesionales sanitarios	13	24,5
Reconocimiento profesional	6	11,3	Ambiente interno	12	22,6
Formación continua	3	5,6	Habitaciones/espacios	11	20,7
Condiciones económicas	2	3,7	Relación con Sanidad	10	18,8
			Condiciones laborales	9	16,9

* Universo: 53 residencias.

Fuente: Elaboración propia.

La calidad de los cuidados en las residencias se intenta evaluar mediante factores estructurales, herramientas de seguimiento, exámenes longitudinales, intervenciones de enfermería e indicadores de seguimiento (National Institute of Nursing Research, 2006). Sin embargo, existen diferencias entre lo que se consideran indicadores de buena calidad del cuidado (Castle, 2001) que se orientan a aspectos clínicos (sondajes uretrales, úlceras por presión, trastornos de conducta activos) y las visiones gerenciales de los sistemas de calidad, en las que no se sienten implicados muchos clínicos del área sanitaria (Heras, Cilleruelo e Iradi, 2008). Es necesaria una mayor participación e implicación de los profesionales sanitarios de Gipuzkoa en los sistemas de calidad. La atención sanitaria y la dispensa de cuidados deben imbricarse en una calidad asistencial en la que crean los profesionales y de la que se beneficien los usuarios.

Acciones dirigidas a mejorar la comunicación interresidencial permiten una mejor transmisión del conocimiento y un refuerzo del papel de algunos profesionales que están actuando con cierto grado de aislamiento en el medio residencial (The Pioneer Network, s/a). Seleccionar, consensuar y asegurar unos indicadores de calidad en las residencias debería ser un reto concebido con realismo y con el objetivo de mejorar entre todos (Berg, 2002). En este sentido, la calidad asistencial debe apoyarse y tener como objetivo la calidad de vida de los residentes, teniendo en cuenta que la propia institucionalización homogeneiza en cierta manera las necesidades, que no se diferencian según criterios de edad (Watt y Konnert, 2007). Los criterios de ingreso en residencias tienden a unificarse, respondiendo a las políticas sociosanitarias del país. En Gipuzkoa, la aplicación de la Ley de la Promoción de la Autonomía y la Evaluación de la Dependencia está promoviendo la institucionalización de mayores que tienen una carga sanitaria y social conocida (trastornos conductuales, fragilidad y soledad, imposibilidad para el autocuidado, patologías crónicas evolucionadas, demencias avanzadas) [Belleau, 2007]. A pesar de que se está utilizando una versión del Resident Assessment Instrument (RAI) para tramitar el ingreso en residencias, su aplicación no tiene una finalidad orientada al despliegue del plan de cuidados (Hawes *et al.* 1997), sino a la clasificación inicial del usuario, previa a su ingreso.

La morbilidad y la mortalidad constituyen los indicadores básicos de la atención sanitaria. Para ello es preciso conocer qué problemas de salud existen y si el rango diagnóstico es adecuado (Holmes *et al.*, 2008; Damián, Pastor-Barriuso y Valderama-Gama, 2008). La esperanza de vida con o sin dependencia es un indicador muy útil en la población anciana en general, como elemento de apoyo en la toma de decisiones (Bermúdez y Guillén, 2008). Las intervenciones orientadas a tratar los problemas de salud

tienen una premisa básica: que éstos se hayan detectado. En nuestro trabajo detectamos infradiagnóstico, principalmente en demencia y depresión, y, derivado de ello, una calidad asistencial mejorable.

El estado de salud y la capacidad funcional de las personas que viven en las residencias son los elementos básicos para realizar un seguimiento de la población institucionalizada y de la calidad de cuidados dispensada

La valoración del riesgo nutricional es un objetivo en la atención de las personas mayores, tanto en el medio domiciliario y residencial, como en el hospitalario (Laforest *et al.*, 2007). El bajo porcentaje de residencias que declaran haber realizado una valoración nutricional de sus residentes nos indica que, bien por una insuficiencia de profesionales sanitarios, bien por una dedicación de éstos a otras tareas, no se está llevando a cabo una valoración básica en el seguimiento a largo plazo de la población geriátrica. Otros problemas de salud, como el dolor crónico, con repercusión directa tanto en el usuario como en el cuidador, no se han evaluado en este trabajo, pero tienen también un importante valor como indicador de calidad asistencial (Blyth *et al.*, 2008).

El estado de salud y la capacidad funcional de las personas que viven en las residencias son los elementos básicos para realizar un seguimiento de la población institucionalizada y de la calidad de cuidados dispensada (Damián *et al.*, 2004; Red2Red Consultores, 2009). Ésta debe correlacionarse con la tasa de hospitalizaciones, la tasa de mortalidad y la edad media de fallecimiento. En relación a esto, se han diseñado instrumentos para el seguimiento evolutivo de usuarios en residencias (Morris *et al.*, 1990) que nos deberían permitir hacer un seguimiento más adecuado de las residencias y de su población, y detectar situaciones en las que se produce una desviación de la media, para analizar las circunstancias en las que ello sucede.

Nos ha sorprendido que, aunque la gran mayoría de los residentes fallecen en su propia residencia, aun en las residencias grandes puede haber cobertura de enfermería o no, y que ésta no se relaciona con la ratio de enfermeras. Hay residencias con ratio alta de

enfermeras que no tienen cobertura nocturna, y otras con ratio baja (la mitad) que sí la tienen. La decisión se toma de forma unilateral en cada residencia, ya que el catálogo de servicios de Gipuzkoa no regula este aspecto. Sería adecuado que lo hiciese.

La prescripción terapéutica de enfermería ha sido aprobada en el Parlamento español el 22 diciembre del 2009. En las residencias de Gipuzkoa, ésta es una realidad en la práctica habitual. Nos parece muy adecuado que se normalice por ley lo que se está realizando en la práctica (Vilbrod y Douguet, 2007).

Un aspecto que no hemos encontrado en la coordinación sociosanitaria es el abordaje de la definición del material sanitario de control o intervención del que debe disponer una residencia de ancianos. Una vez definido, debería quedar claro y protocolizado a quién corresponde la responsabilidad de dispensa o compra. Lo que resulta difícilmente comprensible es que en el siglo XXI y en Gipuzkoa, haya residencias que nunca pesan a los residentes y que ni siquiera disponen de un peso.

La realización de informes y registros presenta carencias que deberían subsanarse, y creemos que su mejora debería ir unida a un programa informático que promoviera su realización conforme a unos criterios de utilidad para el usuario y para el receptor de dicho informe.

El gasto en servicios sociales en Gipuzkoa es una preocupación, por la tendencia al alza que se prevé

(Sanz y Zalakain, 2009). En estas estimaciones, debería tenerse muy en cuenta un cambio en la política global y local que tienda a minimizar las debilidades que detectan las enfermeras de residencias y a aumentar las fortalezas. En este cambio, debería incluirse la mejora de la formación profesional de auxiliares/gerocultores, la promoción de la especialización de enfermeras en enfermeras geriátricas, la garantía de la cobertura de ratios mínimas de todos los profesionales y la mayor competitividad laboral del sector residencial, con una mejora de condiciones laborales y una coordinación sociosanitaria eficiente, realista e integradora.

El futuro de la geriatría debe valorarse desde posiciones de fuerza, como especialidad joven y prometedora, con una concepción innovadora y holística del ser humano, una concepción interdisciplinar del trabajo, un aseguramiento de la continuidad de cuidados, un objetivo de mantenimiento y recuperación funcional, y con ciertos pilares básicos en la atención: seguridad, calidad asistencial, respeto y bioética. La investigación en residencias debe promover la innovación y, para que esto ocurra, la Administración debe incentivarla (Michel y Cruz, 2009). La calidad asistencial (Schnelle, Osterweil y Simmons, 2005; Dyck, 2005) en las residencias debe asentarse en la innovación y en la mejora continua, con plantillas profesionales adecuadamente dimensionadas, con el apropiado nivel de formación y conocimiento técnico, con funciones bien definidas y con una positiva percepción de la labor que realizan. Ése debe ser el futuro.

Bibliografía

- BELLEAU, H. (2007): "L'hébergement institutionnel d'un parent âgé ayant des pertes cognitives", *Canadian Journal on Aging. La Revue Canadienne du Vieillessement*, vol. 26, nº 4, págs. 329-342.
- BERG, K. (2002): "Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators", *Health Care Financing Review*, vol. 23, nº 4, págs. 19-36.
- BERMÚDEZ, L.; y GUILLÉN, M. (2008): "Algunas implicaciones sociales y económicas de la longevidad y la dependencia", *Zerbitzuan*, nº 44, págs. 19-29.
- BLYTH, F. M.; *et al.* (2008): "Caregiving in the presence of chronic pain", *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 63, nº 4, págs. 399-407.
- CARRILLO, E.; *et al.* (1996): "Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilization Groups Versión III. Validación en España", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº 6, págs. 276-284.
- CASTLE, N. G. (2001): "Administrator turnover and quality of care in nursing homes", *The Gerontologist*, vol. 41, nº 6, págs. 757-767.
- DAMIÁN, J.; PASTOR-BARRIUSO, R.; y VALDERAMA-GAMA, E. (2008): "Factors associated with self-rated health in older people living in institutions", *BMC Geriatrics*, vol. 8, nº 5, págs. 1-6 [disponible en <www.biomedcentral.com/1471-2318/8/5>].
- DAMIÁN, J.; *et al.* (2004): "Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid", *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, nº 4, págs. 268-74.
- DÍAZ GONZÁLEZ, M. L.; *et al.* (2000): "Programa de adaptación en centros de personas mayores", *Papeles del Psicólogo*, nº 76, págs. 13-21.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (2006): Decreto Foral 235/2006, sobre el Régimen de Acceso a las Unidades Residenciales Sociosanitarias de la Red Foral de Residencias para las Personas Mayores Dependientes y las Condiciones de Prestación del Servicio Asistencial.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2008): *Catálogo de residencias de Gipuzkoa para personas mayores*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa [disponible en <www.gipuzkoa.net>].
- (2008): *Guía de residencias de Gipuzkoa para personas mayores*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa [disponible en <www.gipuzkoa.net>].
- DYCK, M. J. (2005): "Evidence-based administrative guideline: Quality improvement in nursing homes", *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 31, nº 2, págs. 4-10.
- GRANDE, I. (2001): "Diseño de servicios para personas mayores. El caso de una residencia para la tercera edad. Pamplona", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 36, nº 6, págs. 331-339.
- HAWES, C.; *et al.* (1997): "Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA", *Age and Ageing*, vol. 26, supl.2, págs. 19-25.
- HERAS, I.; CILLERUELO, E.; e IRADI, J. (2008): "Quality management and quality of care in nursing homes", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 21, nº 7, págs. 659-670.
- HOLMES, H. M.; *et al.* (2008): "Integrating palliative medicine into the care of person with advanced dementia: Identifying appropriate medication use", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 56, nº 7, págs. 1.306-1.311.

- HUTT, E.; *et al.* (2008): "Associations among nurse and certified nursing assistant hours per resident per day and adherence to guidelines for treating nursing home-acquired pneumonia", *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol. 63, nº 10, págs. 1.105-1.111.
- JOSHUA, M.; *et al.* (2007): *Nursing Home Quality. Twenty Years after the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA 87)*, The Henry J. Kaiser Family Foundation [disponible en <www.allhealht.org/briefingmaterials/Wiener-1002.pdf>].
- KIM, H.; *et al.* (2009): "Panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 64B, nº 2, págs. 269-278.
- LAFORREST, S.; *et al.* (2007): "Nutrition risk in home-bound older adults: Using dietician-trainees and supervised nutrition volunteers for screening and intervention", *Canadian Journal on Aging. La Revue Canadienne du Vieillissement*, vol. 26, nº 4, págs. 305-316.
- LAGOUTTE, C. (dir.) [2009]: *Vieillesse, santé et protection sociale: du local à l'Europe*, Le Manuscrite.
- MARTÍN MARTÍN, J. J.; y LÓPEZ DEL AMO, M. P. (2007): "La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias", *Presupuesto y Gasto Público*, nº 49, págs. 139-161.
- MICHEL, J. P.; y CRUZ, A. J. (2009): "The future of geriatrics", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 44, nº 4, págs. 171-172.
- MORRIS, J. N.; *et al.* (1990): "Designing the national resident assessment instrument for nursing homes", *The Gerontologist*, vol. 30, nº 3, págs. 293-302.
- NATIONAL INSTITUTE OF NURSING RESEARCH; *et al.* (2006) "Quality in nursing home care", en NATIONAL INSTITUTE OF NURSING RESEARCH: *Developing Knowledge for Practice: Challenges and Opportunities*, National Institute of Nursing Research [disponible en <www.ninr.nih.gov/NewsAndInformation/NINRPublications/Long-TermCareforOlderAdults.htm>].
- PIONEER NETWORK, THE (s/a): *Transformative Nursing Homes Experience Positive Regulatory, Quality and Financial Outcomes*, Rochester, The Pioneer Network [disponible en <www.pioneernet-work.net/Data/Documents/Transformative%20Nursing%20Homes%20v4.pdf>].
- RED2RED CONSULTORES (2009): "Valoración económica de los cuidados a personas dependientes", *Zerbitzuan*, nº 45, págs. 73-81.
- REVERTE, A.; y RÓDENAS, I. (2003): *Dictamen 6/2003 sobre el proyecto de decreto de condiciones mínimas de centros residenciales para personas mayores*, Murcia, Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.
- RODRÍGUEZ-MOLINERO, A.; y ESCRICHE, M. (2009): "Guiando el desarrollo tecnológico en Geriatria", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 44, nº 3, págs. 117-118.
- RUIZ-ADAME, M. (2009): "El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzhéimer", *Papeles del Psicólogo*, nº 76, págs. 3-8.
- SALINAS, M. P.; *et al.* (2001): "El sistema RAI como instrumento de valoración y planificación de los cuidados", *Agathos*, nº 3, págs. 39-47.
- SANZ, R.; y ZALAKAIN, J. (2009): "Estimación del gasto en servicios sociales en Gipuzkoa en el horizonte de 2020", *Zerbitzuan*, nº 46, págs. 51-72.
- SCHNELLE, J. F.; OSTERWEIL, D.; y SIMMONS, S. F. (2005): "Improving the quality of nursing home care and medical-record accuracy with direct observational technologies", *Gerontologist*, vol. 45, nº 5, págs. 576-582.
- VALCARCE, A. (2008): *Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, Madrid, Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
- VILBROD, A.; y DOUGUET, F. (2007): "Les infirmières libérales et les autres professionnels du secteur sanitaire et social: une coopération jamais acquise, toujours à construire et à reconstruire", *Solidarité et Santé*, fuera de serie, págs. 51-64.
- WATT, A.; y KONNERT, C. (2007): "Quality of life in the nursing home: Perspectives of younger and older residents", *Canadian Journal on Ageing. La Revue Canadienne du Vieillissement*, vol. 26, nº 4, págs. 403-410.