

EXTREMADURA

Protección a nuestros

MAYORES

**ASIGNATURA
PENDIENTE**



Sabina Camacho Calderón
Eduardo Corchero Rodríguez
Rosalía Guntín Ubierno

Juan Florencio Macías Núñez
Agustín Muñoz Sanz
Pilar Pérez Breña

Enrique Sánchez de León
Remigio Vela Navarrete
Cecilio Venegas Fito

EXTREMADURA

Protección a nuestros

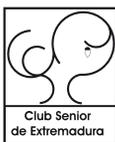
MAYORES



Sabina Camacho Calderón
Eduardo Corchero Rodríguez
Rosalía Guntín Ubierno

Juan Florencio Macías Núñez
Agustín Muñoz Sanz
Pilar Pérez Breña

Enrique Sánchez de León
Remigio Vela Navarrete
Cecilio Venegas Fito



Edita: Club Senior de Extremadura

JUNTA DIRECTIVA

Presidente José Julián Barriga Bravo

Vicepresidentes Marcelo Muriel Fernández y Francisco González Zurrón

Secretario general Florentino Reinoso González

Vicesecretario José Ignacio Sánchez Sánchez-Mora

Tesorero Juan Antonio Gallardo García

Vocales

Pilar Pérez Breña

Rosalía Guntín Ubierno

Teresiano Rodríguez Núñez

Pilar Acosta Llera

Jorge Gruart Vila

Ricardo Hernández Mogollón

Fernando Juan López Rodríguez

Cecilio Venegas Fito.

Diseño e impresión: Indugrafic Digital. Badajoz

Diseño de cubierta: Julián Leal

Depósito Legal: BA-810-2020

ISBN: 978-84-09-26084-3

© Club Senior de Extremadura, para esta edición

ÍNDICE

Presentación	
UNA REFLEXIÓN URGENTE Y NECESARIA	05
José Julián Barriga Bravo	
<i>Presidente del Club Sénior de Extremadura</i>	
PRÓLOGO PARA MAYORES	13
Enrique Sánchez de León Pérez	
<i>Ex ministro de Sanidad y de Seguridad Social</i>	
INFORME/DECLARACIÓN DEL CLUB SÉNIOR DE EXTREMADURA SOBRE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.....	27
EL RESPETO A LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS.....	39
Sabina Camacho Calderón	
<i>Gerontóloga</i>	
PRESENTE Y FUTURO DE LA ASISTENCIA A LOS MAYORES EN EXTREMADURA.....	51
Eduardo Corchero Rodríguez	
<i>Médico intensivista</i>	
LA PLANIFICACIÓN DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES	75
Rosalía Guntín Ubierno	
<i>Psicóloga</i>	

LA GERIATRÍA, UNA ASIGNATURA PENDIENTE EN EL SISTEMA SANITARIO DE EXTREMADURA	87
Juan Florencio Macías Núñez <i>Catedrático F de Medicina</i>	
EL VIEJO Y EL MAL	103
Agustín Muñoz Sanz <i>Infectólogo y profesor UEX</i>	
LOS MAYORES COMO GRUPO DE RIESGO DE LAS INFECCIONES POR VIRUS.....	117
Pilar Pérez Breña <i>Viróloga en el Instituto Carlos III</i>	
EL FARMACÉUTICO Y LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA	135
Cecilio Venegas Fito <i>Académico de la RA de Farmacia</i>	
LONGEVIDAD ACTIVAY SALUDABLE EN EXTREMADURA	153
Remigio Vela Navarrete <i>Catedrático de Urología</i>	

UNA REFLEXIÓN URGENTE Y NECESARIA

José Julián Barriga Bravo

Presidente del Club Senior de Extremadura

Parece evidente que el Club Sénior de Extremadura, habituado a analizar la realidad de nuestra región y a promover debates y propuestas de futuro, no podía permanecer impasible ante una de las tragedias más severas que han asolado nuestra tierra en el último siglo. Por supuesto que el problema no es privativo de nosotros los extremeños, pero sin duda la población de nuestros mayores ha sido de las más afectadas. La inmensa mayoría de los 240 integrantes del Club Sénior somos población de riesgo por la COVID-19. Es decir, nos sentimos todavía más preocupados que el resto de la ciudadanía extremeña.

Cuando se declaró el confinamiento por la pandemia en la pasada primavera, el Club Sénior estaba en vísperas de celebrar su VII Foro de Debates en Hervás. Lo aplazamos y de inmediato comenzamos a programar una serie de actuaciones que afortunadamente ya han cristalizado. Desde nuestra

reclusión forzosa, tomamos unas cuantas decisiones: finalizar la elaboración del Informe General de Situación de Extremadura 2020, publicar un boletín electrónico de comunicación interna, poner en marcha una encuesta/cualitativa sobre las oportunidades de la región post/Covid-19, presentar el quinto informe de seguimiento del ferrocarril de Alta Velocidad, y, de modo muy particular, crear un grupo de reflexión y propuestas sobre la situación de los Mayores en Extremadura, víctimas inocentes de la pandemia.

Buscamos en nuestro listado de socios y encontramos que en el Club Sénior había, por ejemplo, un catedrático de Geriátría y expresidente de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica, un profesor de enfermedades infecciosas, un ex director del hospital de referencia regional, una acreditada investigadora en virología, una profesional de larga trayectoria en los servicios sociales de los mayores, un catedrático de Urología, una experta en financiación de programas sociales, un académico de Real de Farmacia, etc. Incluso uno de nuestros socios había sido ministro de Sanidad y de la Seguridad Social en el primer gobierno de la democracia.

Manos, pues, a la obra. A este grupo de compañeros les encomendamos que con la máxima urgencia posible redactaran un documento de conclusiones o de recomendaciones para hacer frente al gravísimo problema que afectaba a la población de los mayores en la Comunidad y sirviera para diseñar un nuevo modelo de prevención y protección. El 10 de julio pasado, en la sede del Colegio de Farmacéuticos de Badajoz, el Club Senior presentó ante los medios de comunicación regionales un Informe sobre Prevención y Protección de los Mayores en Extremadura, que se reproduce al final de este

volumen. Era un documento de síntesis integrado por un conjunto de una veintena de propuestas enmarcadas en el sector institucional, sanitario, residencial y de los servicios sociales. Extremadura podría ser, por sus condiciones naturales y de financiación pública, un referente nacional en las políticas sociales más avanzadas.

En el documento por otra parte existía el compromiso de continuar trabajando y profundizando para ofrecer a las instituciones regionales y a la ciudadanía extremeña una reflexión serena sobre cómo construir un sistema de prevención y protección a nuestros mayores, desde la pluralidad y la interdisciplinariedad que distingue al grupo de seniors.

Hoy ponemos a disposición de la sociedad extremeña el resultado de este estudio y un conjunto de iniciativas y de propuestas para mejorar el tratamiento de la población mayor extremeña. Como es tradicional en la trayectoria del Club Senior y de su esforzada actividad de divulgación editorial -los Estatutos nos prohíben recibir subvenciones públicas o privadas-, nuestros informes son fruto de la pluralidad y de la libertad de nuestros socios. El Club Senior no tiene opinión institucional alguna. La tienen, y, de forma muy destacada y solvente, cada uno de sus componentes. La seriedad de los diferentes artículos que integran este volumen está avalada por la trayectoria profesional de sus firmantes. Les une el propósito y el compromiso de colaborar en el desarrollo y el bienestar de los extremeños.

Me atrevo, además, a señalar una conclusión que late en cada una de las colaboraciones que el libro contiene: en el futuro, la prevención y la protección a los mayores requiere de una atención y de la disposición de recursos económicos y profesionales radicalmente superiores a los que y de los que

actualmente se ha dispuesto. La COVID-19 debe significar un cambio radical en el tratamiento y en la consideración a los mayores en Extremadura. Ojalá este trabajo colabore a hacer una revisión rotunda de la política institucional y de los recursos disponibles para protegerlos.

Quien firma esta presentación es persona ajena al mundo sanitario. Pero de la lectura atenta de los trabajos que componen este libro-ensayo he llegado a la conclusión de que también en el ámbito de la sanidad y de los servicios sociales, los mayores son personas discriminadas. La medicina ha ido evolucionando, adaptándose a los descubrimientos científicos y a las necesidades de especialización y de los diferentes segmentos de población. De todos los segmentos y particularidades, pero, cien años más tarde de que inventara la Geriátrica, aún hoy día se discute si la atención y el tratamiento del envejecimiento necesita o no profesionales especializados. ¡En Extremadura, solo uno de sus hospitales dispone de un servicio geriátrico!

Las instituciones y la sociedad extremeña encontrarán en las páginas que siguen un repertorio de iniciativas, propuestas y reflexiones, entre las que destaco las que me permito reseñar:

“No hay que considerar sólo al Estado como responsable de la acción protectora que requiere la realidad de aquellos derechos. Es la sociedad en general, y la colectividad en la que el asistido se inserta, quienes exijan y ejecuten la operatividad y gestión de dichos derechos fundamentales. La participación, sobre todo, de la actividad privada es inexcusable para mantener la inserción del mayor en la colectividad que le rodee” **(Enrique Sánchez de León)**

“En estos momentos convulsos que están viviendo las residencias de ancianos azotadas por la pandemia del COVID, hemos de pensar más que nunca en la atención y cuidados a las personas mayores con calidad y calidez (comunicación, cercanía, empatía, respeto, profesionalidad), la persona ha de ser siempre el centro de atención, y cuidados y la residencia se tiene que adaptar a sus necesidades y no a la inversa. Se ha de contar con sistemas de control de la calidad, con auditorías internas y externas (...) con procesos, protocolos, objetivos, indicadores...” **(Sabina Camacho Calderón)**

“En todo este largo periodo de pandemia que nos está conduciendo a crisis económica, social y política, es posible que se hayan hecho cosas bienintencionadas, pero también mal. Estas son las que hay que corregir, aunque entrados en una nueva oleada de COVID-19 no parece que marchemos por buen camino ni políticos, ni sociedad, y deseamos que en el asunto que hemos venido planteando a lo largo de esta exposición reconozcamos que la edad no es el único criterio a tener en cuenta y enfatizar que la edad cronológica en ningún caso debería ser el único elemento a considerar” **(Eduardo Corchero Rodríguez)**

“Nadie debería ir a una residencia de manera obligada. Los servicios municipales o sociales deberán mediar para buscar otras soluciones. Cada persona tiene derecho a elegir dónde quiere vivir. Las familias deben respetar el principio del libre albedrío. Pará el ingreso en una residencia debe garantizarse que ésta esté ubicada en un entorno conocido para el nuevo morador, donde no se sienta un extraño, ajeno al paisaje, al clima, las fiestas locales, a la cultura culinaria. Y donde puedan mantener contactos familiares y de amistad” **(Rosalía Guntín Ubierno)**

“En tiempo como los que vivimos en el que con frecuencia se contabilizan al detalle todos los servicios que el Estado presta a los ciudadanos, es preciso resaltar el hecho de que unos servicios geriátricos integrales y completos ahorran muchísimos gastos innecesarios, cuando no superfluos o contraproducentes: en medicinas, exploraciones inútiles, acortamiento de estancia en hospitales, mejor y pronta recuperación funcional con reinserción en la sociedad, preferentemente en domicilio. Está demostrado que la supervivencia de pacientes seguidos por servicios de geriatría en cualquier nivel asistencial, además de reducir el gasto médico, la funcionalidad y calidad de vida es claramente mejor y mucho más barata que si los tratan otros médicos no especialistas en geriatría”
(Juan Florencio Macías Núñez)

“La vejez no es, como la juventud, una enfermedad efímera. Puede ser efímera, pero no es enfermedad. Es una etapa muy interesante y definitiva de la biografía individual. Es, a la vez, el ágora común donde concurren los que con su esfuerzo ayudaron a levantar y mantener el bienestar de todos los conciudadanos. Un colectivo, el de los mayores, que merece la atención y el compromiso de la sociedad y de las instituciones. No solo por agradecimiento y espíritu de homenaje. Es un simple acto de justicia. Justicia en el sentido aristotélico: dar a cada uno lo que se merece. Lo merecido por los mayores es afecto, cuidados, atención y respeto. Lo que ha faltado en el desastre pandémico vigente” **(Agustín Muñoz Sanz)**

“Este año, la coincidencia temporal de la circulación gripal con la pandemia por COVID-19, hace que sea especialmente importante la vacunación de gripe en la población más vulnerable y sus contactos, a fin de reducir las complicaciones causadas por ambas enfermedades y evitar la sobrecarga en el Sistema Sanitario. Ningún país del hemisferio norte se atreve a hacer predicciones sobre la posible evolución de la gripe en esta temporada en la que estamos también inmersos en la de COVID-19. Sin embargo se destaca la

necesidad de poner en marcha todos los mecanismos preventivos posibles, incluyendo ampliar la cobertura de vacunación frente a la gripe. Por otra parte, no se puede predecir el momento de máxima circulación gripal, que puede o no coincidir con las medidas de confinamiento máximas” **(Pilar Pérez Breña)**

“El actual cambio de paradigma sanitario, consecuencia del progresivo envejecimiento de la población y el incremento de la cronicidad y la pluripatología, está generando cambios en la arquitectura sanitaria para aportar continuidad asistencial, integración de los procesos y coordinación sociosanitaria. Mucho más en el actual estado de pandemia, que ha hecho reflexionar al Club Senior, al hilo de lo cual se ha elaborado el presente documento. El envejecimiento y la cronicidad son grandes desafíos para la Sanidad, por lo que se está adaptando en un nuevo perfil de paciente y también para la Farmacia Comunitaria, que está respondiendo consciente de su potencial sanitario y de la oportunidad profesional que supone el nuevo contexto social y sanitario” **(Cecilio Venegas Fito)**

“Los mayores de 70 años están tomando diariamente entre 3 y 5 medicinas distintas, habitualmente recomendadas por distintos especialistas; los mayores de 80 años entre 5 y 10 medicinas distintas diarias. ¿Quién conoce la potencial interacción entre estos medicamentos a favor o en contra de la salud del individuo? ¿Cuáles de ellos favorecen o frenan la penetración del virus en las células o estorba o facilita su itinerario ulterior? Corresponde al mundo especializado investigar estas cuestiones pero quien las vive a diario es Atención Primaria. El envejecimiento poblacional, la pandemia Covid-19 y la revolución digital va a cambiar muchas cosas pero, en el nuevo mundo tecnológico, el enfermo aspira a la medicina personalizada” **(Remigio Vela Navarrete)**

PRÓLOGO PARA MAYORES

Enrique Sánchez de León Pérez

Inspector Técnico de Trabajo y Seguridad Social.
Director General de Seguridad Social. Director General de Política Interior.
Ministro de Sanidad y Seguridad Social. Presidente de la Comisión de Política
Social y Empleo en el Congreso de los Diputados.

Actualmente se dedica exclusivamente al ejercicio de la Abogacía,
especializado fundamentalmente en temas de asesoramiento empresarial

Preámbulo de Prólogo. -Un día cualquiera llegó a mi Bufete de Abogados una reclamación curiosa. La planteaba un afamado geriatra, ya jubilado que, según él, había sido maltratado y vejado por un joven Policía Municipal. No sólo eso, sino multado por cometer cinco infracciones viarias, a la misma hora del mismo día, en un mismo lugar. Su relato era éste: él era médico, clínico, y profesor de gerontología en un Hospital de Madrid. Todas las jornadas acudía, puntualmente, a su trabajo, y entraba al parking del edificio principal por una callejuela lateral en cuya esquina había una vieja señal de “prohibido el paso” desde tiempo inmemorial. Él, como el resto de la plantilla de sanitarios de aquel centro hospitalario, recorría, en evidente infracción, los apenas 10-15 metros que separaban a la calzada principal, de dicha puerta del aparcamiento. Se ahorran así una larga vuelta al Hospital

para entrar en éste en dirección correcta. Pero aquella mañana apareció, por sorpresa, en aquella esquina, un joven y celoso Policía Urbano, que nadie sabe por qué reparó solamente en él de entre los componentes de la cola ilegal de quienes utilizaban aquella trampilla inocente y tradicional. Airado el gendarme, le multó: por circular en dirección contraria; por ofensa a la autoridad, ya que increpó airadamente a la misma sobre la razón de aquella discriminación individual; por aparcar indebidamente al ser parado; por dar marcha atrás en dirección contraria al intentar retirar el coche; y por provocar un desorden público, ya que, con una cola formada tras de él, no podía retroceder. Las multas hacían constar los datos del médico gerontológico ya jubilado que se sintió “atropellado” por un vigilante riguroso de la Ley.

Me acuerdo de esta confrontación entre legalidad y respeto humano siempre que reparo, verbal o por escrito, en el concepto MAYORES, y siempre me sirve, por pura deformación profesional, para enmarcar conceptualmente su problemática. Y no quiero olvidarme de decir que la Autoridad Municipal, aceptando nuestros recursos, exculpó de toda multa al infractor médico gerontológico).

Al escribir estas sucintas líneas me he planteado múltiples prevenciones, segregando una conclusión clave: un libro como éste, sin guión preestablecido que lo cohesione, compuesto por valiosas y muy cualificadas aportaciones de prestigiosos profesionales, enfocado desde diferentes perspectivas, habría que comentarlo, precisa y puntualmente, desde la incitación a estudiar la problemática MAYORES desde su característica más evidente: su carácter poliédrico, de reflejos analíticos muy diferentes. El intento de Club SENIOR, al

publicar estos trabajos, pudiera estar en mostrar, en primer lugar, su sensibilidad ante un problema social de enjundia tan trascendente, como que se trata de la vivencia de una de las etapas más difíciles del ser humano: su decadencia física. Y, luego, ya consecuentemente, analizar desde diferentes ópticas la situación humana de los componentes de este grupo de edad en los tiempos actuales y venideros, haciendo partícipe a la sociedad en su conjunto de la extendida convicción de que, hoy por hoy, en la España sociológica que vivimos, es constatable una condenable deshumanización en el tratamiento que se le da a sus MAYORES. A la que hay que poner remedios, tanto en conductas individuales, como en comportamientos sociales.

Desde esta doble intención de SENIOR, ¿qué aportación personal pudiera ser útil por parte de quien prologa el libro? Desechamos el clásico comentario individualizado al texto de cada uno de sus firmantes, toda vez que tienen sustantividad e independencia propia. Tanto su presentador, como Sabina Camacho, Eduardo Corchero, Sali Guntín, Juan F. Macías, Agustín Muñoz Sanz, Pilar Pérez Breña, Cecilio Venegas, y Remigio Vela Navarrete, exponen brillantemente una cara del citado poliedro. He de acudir a buscar una línea argumental que enlace la intención de SENIOR con las aportaciones de cada uno de éstos, haciendo referencia a mi “circunstancia” personal. Y ello me llevará por tres veredas, o itinerarios de reflexión, indispensables para una consideración de la tarea a realizar por todos, en su intento de aportar criterios para lograr el consenso social que permita una sustantiva y eficaz ayuda a los MAYORES: una, adoptar la pertinente concepción del hombre, que nos sirva de punto de partida para cualquier reflexión moral sobre la “persona”; dos, el aprovechamiento

de las experiencias ajenas en responsabilidades y tareas al efecto, ya sean administrativas, voluntarias, o de todo tipo; y tres, un análisis de base, pero objetivo, que aporte contenidos posibles, y proyectos factibles, a la preocupación de la sociedad, para una legalidad que hoy es, al tópico, “profusa, confusa y difusa”. Si pudiera, intentaría para ello trazos reflexivos cortos, al estilo de las pinceladas de Zurbarán, o de las frases de José María Calatrava, o de los muletazos de Pereda, o de los versos de Pepe Iglesias, etc., al aire duro y cruel de Bartolomé J. Gallardo. Cada uno de esos caminos pudieran aportar, en su confluencia, alguna positividad más a lo expuesto por nuestros conmlitones citados. Me bastaría para ello encontrar alguna línea argumental con que cada uno de los componentes de nuestra sociedad pueda tomar partido reflexivo en la importantísima aproximación a la problemática de MAYORES que requiere nuestra convivencia.

Personalmente, y en primer lugar, expresaré que detesto, y jamás uso, el peyorativo término de “viejo”, que se utiliza, frecuentemente, para, en cualquier caso, menospreciar a quien ostenta tal categoría. Aunque mucho me temo que sea el sentido y la acepción que la posmodernidad ha heredado de sociedades que nunca tuvieron sentido del respeto a la típica sabiduría del senecto patriarca. Así, en el mundo empresarial ya se prefiere al gestor inexperto pero con fuerza, respecto al veterano sabio planificador; en política, la prudente gerontocracia se ha visto desplazada por la bisoña tecnología de jóvenes ambiciosos. Y los jóvenes actuales son, por definición, más autosuficientes y dogmáticos que ninguna generación anterior respecto a sus MAYORES. Lo vigoroso aunque inexperto, el empuje aunque inepto, juegan la baza de la preferencia social actual. Se trata, en

definitiva, de vivir ahora, ya, sin apego a la persona. Consiste en la vivencia del momento, desconociendo qué es vivir, en contraposición a lo utilitario. Estos instantes sociológicos me recuerdan aquella interpretación que hacía Azorín del VIVIR: “Vivir -decía- es ver pasar. Sí, vivir es ver pasar; mejor diríamos: vivir es ver volver todo en su retorno perdurable, eterno, ver volver todo, angustias, alegrías, esperanzas, como esas nubes que son siempre distintas y siempre las mismas, como esas nubes fugaces e inmutables. Ahora, pareciera que se vive solo la exigencia del momento, y no la vida permanente. Como diría aquel maestro literario, la vejez es la pérdida de la curiosidad. Consecuentemente, no interesa el futuro, porque sería sólo valor o historia permanente, sólo vintage. Y eso no vale.

En cuanto a la primera vereda de la propuesta a seguir, hemos de significar que la persona se diferencia del ser vivo y, por lo tanto, del individuo biológico, es decir, del ser humano, en que es dueña de su destino, y capaz de escogerlo. El ente vivo más indefenso al nacer, es decir, el ser humano, es capaz de crear el único mecanismo mental con posibilidad de desarrollarse, pensar y pervivir, antes de extinguirse. A tal misterio, la filosofía, una de sus más maravillosas creaciones, le ha llamado indistintamente alma, espíritu, energía, biología, etc., según sea contemplado por una u otra especie de la diversidad intelectual, o de las distintas capacidades deductivas también creadas por él mismo. Y sería bueno analizar desde qué perspectiva o ángulo podemos observar el fenómeno de MAYORES. Elegí, pues, el “humanismo, es decir, la consideración del humano en su plenitud, lo que supone reparar, antes que nada, en su singularidad, es decir, en su espiritualidad.

Me debo, pues, a ese concepto espiritual del ser biológico capaz de convertirse en “persona. Pero me encuentro ante una

premisa cruel: no tengo capacidad intelectual para declararme agnóstico o devoto, en el sentido irracional de cualquier acepción apriorística. Me debato ante una incapacidad metafísica para entender algo del espíritu, pero he renunciado a aceptar que seamos pura materia pasajera. Seguro que Dios me habrá perdonado mi torpeza para entenderle. Por eso me aferro a darle a la persona un sentido trascendente, místico, que simplemente concluye en el infinito respeto que merece la vida, al margen de “vivencias” de momento o eternidades incomprensibles. Advierto que mi destino de pensador social me llevó, por el contrario, a dar por cierta una afirmación de principio: “El hombre es un ser portador de valores eternos”, filosofía que luego se completó con una consideración del hombre como sujeto inexcusable de dignidad y respetabilidad. Ese proceso definiría lo que, en estos momentos de la evolución social, se llaman defensa de los derechos humanos fundamentales.

De ahí puede concluirse un modo de pensar que considero intangible por neutral, y que puede darte una “actividad” más o menos acomodaticia y flexible de convicciones que sostener. Y que pueden servir de guía moral para cualquier persona, cualquiera que fuesen sus sostenes morales o políticos.

Creo, en conclusión parcial, que para entender a los MAYORES hay que analizar la persona que encierra, y eso sólo puede hacerse si tienes una concepción anterior y firme del hombre en su espiritualidad.

El segundo de aquellos itinerarios sería la búsqueda intelectual o práctica de enseñanzas ajenas. Y SENIOR, que es de “tercera edad”, acumula tal grado de experiencias en sus componentes que, sólo la enumeración de sus biografías individuales, compondría una de las riquezas más brillantes de la colectividad extremeña.

Con la aportación pública de este libro se preocupa de que los “MAYORES vivamos lo mejor posible, y hagamos factible aquella recomendación de Borges, cuando decía: “La vejez puede ser el mejor tiempo de nuestra dicha. A título individual, puedo recordar momentos estelares de la protección social (sobre alguno de ellos he escrito), intentos solidarios de gran profundidad, esplendor o degradación moral de momentos políticos brillantes u oscuros, la virtud y la trampa de tantas ONGs, etc., y pudiera hacer un recopilatorio de datos y cifras estadísticas, disposiciones legales, índices de sensibilidad social, dando cabida nominal a tantos héroes espirituales producidos por la caridad cristiana, o la solidaridad colectivista, que han proporcionado a la historia humana momentos de respeto a la persona. Pero sólo sería ampliar en anecdotario de unos comportamientos cuyas perspectivas se pierden en los siglos. Aunque, sólo a los efectos de ampliar o recordar momentos definitorios en los que quien suscribe pudo actuar en la preocupación “oficial” sobre los MAYORES, puedo dar testimonio personal de algunos de ellos.

Obvio, por conocida y fácilmente consultable, la historia de la Seguridad Social española desde la creación del Retiro Obrero Obligatorio, de Eduardo Dato, en 1919, pasando por el desarrollo del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez, y llegando a la pensión de la Ley de Bases de la Seguridad Social, en 1963, propuesta por el Ministro de Trabajo Jesús Romeo Gorría, y desarrollada por un equipo de profesionales, entre los que estaba quien suscribe, enclaustrado en el piso 6º de los Nuevos Ministerios de la Castellana de Madrid, durante semanas de estudios y análisis. Posteriormente, siendo ya Secretario General Técnico de dicho Ministerio, en 1968, se elaboró lo que después sería el primer y único Plan Gerontológico Nacional, a

gestionar por las Mutualidades Laborales. Y, siendo ya Ministro, pude impulsar la acción protectora sobre los MAYORES (las Residencias de Ancianos se llamaron siempre Hogares de la tercera edad, o Residencias de mayores), simultáneamente a la mayor revalorización de pensiones que jamás se había realizado en la historia de la protección social, y que provocó un enjundioso debate político en el mapa partidista de entonces. Junto a ello propuse, y así se promulgó, la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales, el afamado INSERSO, para la atención de servicios sociales a los MAYORES, hoy casi reducido a una Agencia de Viajes.

Lamentablemente, la partidista historiografía política que hoy reconstruye “la verdad histórica”, ignora y omite casi todas las referencias a la política al efecto de los reformistas de la Transición española (1975/1982). Permítaseme la inmodestia de hacer público que uno de los miembros de SENIOR es, al menos, coautor cualificado de las acciones más eficaces de la siempre insuficiente protección de los MAYORES en España. Para poner en boca de otros autores, menos interesados y más cualificados que uno mismo, acudo a una cita de Begoña Campos Egozcue, miembro/a de la Fondation Nationale de Gérontologie, y prestigiosa socióloga de estudios sobre la vejez que, en las conclusiones de su artículo, publicado en Reis, “La construcción de una política social de vejez en España: del franquismo a la normalización democrática”, dice: “El análisis de la construcción y evolución de sistemas proyectores de la vejez en España, entre 1940 y 1995, niega la simplificación extendida según la cual el establecimiento de un sistema amplio de protección social es fruto de la reciente Transición política y confirma, por el contrario, la tesis mantenida por

aquellos especialistas que sitúa los fundamentos del Estado de Bienestar en España entre 1964 y 1975”. Y, aunque dicha autora ignora lo realizado en el período de la Transición (por ejemplo, entre 1975 y 1980, el gasto social pasa del 13% al 18% del PIB, cifra espectacular), no sé si con intención política o no, acierta, sin embargo, con su última predicción pesimista del anuncio de intensos “nuevos debates” sobre la protección social de la vejez, centrados hoy en el inexcusable y misterioso “Pacto de Toledo”. SENIOR tiene criterio al efecto, pero entramos ya en un terreno de especialización detallista enmarcable en la reflexión sobre la tercera vereda a que hacemos mención inmediatamente.

Este camino se hace extensa autopista, por la que, sin embargo, hay que circular examinando la profunda selva normativa y jurídica que existe en el mundo, y concretamente en España, sobre la llamada protección social a los MAYORES. Para pronunciarse respecto a ella, hay que estudiar mucho, escoger bastante, y concluir sintéticamente. Es a lo que nos lleva la breve reflexión que exponemos a continuación.

Y, por último, en el incitador relato de este Prólogo, no sería positivo eludir unos breves apuntes sobre políticas a seguir para esa etapa eterna e inexcusable de la vida de la persona. SENIOR se apunta al consejo de Menéndez Pidal, cuando decía: No debemos empezar pronto la senectud, sino al contrario, rebelarnos contra ella en todo lo que la rebeldía puede ser sensata, no dejando caer la actividad vital, no dejando extinguirse a las obras comenzadas en la juventud, dando calor a las ilusiones de razonable esperanza”. Así:

Uno: Según muchos expertos actuales, la “globalización” y el “economicismo” son factores de deshumanización en general, y un concepto materialista de la vida afecta muy desfavorablemente a los mayores. Debe combatirse, pues, la conciencia social de desafecto emocional hacia el mayor improductivo, que corre desde la familia al reconocimiento social de su trascendencia. El laicismo, la crisis de las religiones, las colectivizaciones y la tecnificación obturan la consideración espiritual de la persona. En muy pocos años se ha pasado, desde la consideración individual de aquélla como sujeto de prestaciones solidarias de la Seguridad Social, a una inhumana consideración de gasto presupuestario del Estado en que se inserta.

Dos: El mayor debe ser tratado en la legalidad de la Asistencia Social como exigente sujeto de derechos fundamentales. Debiera desarrollar, pues, un orden jurídico universal, con una terminología uniforme, y un tratamiento por igual en Derecho para las personas perjudicadas por su edad.

Tres: El indispensable marco jurídico de protección de sus derechos fundamentales debe ir acompañado de políticas eficaces y realistas de economía y financiación condicionada.

Cuatro: No hay que considerar sólo al Estado como responsable de la acción protectora que requiere la realidad de aquellos derechos. Es la sociedad en general, y la colectividad en la que el asistido se inserta, quienes

exijan y ejecuten la operatividad y gestión de dichos derechos fundamentales. La participación, sobre todo, de la actividad privada es inexcusable para mantener la inserción del mayor en la colectividad que le rodee.

Cinco: El concepto actual de pensión debe modernizarse, no sólo referirse a una “paga periódica”, sino que su totalidad debe completarse con la prestación gratuita del total o parte del costo de los servicios inexcusables: luz, agua, transporte, vivienda y sanidad, principalmente. Y, convenientemente, con el ocio y la cultura.

Seis: La Administración tutelar debería ser siempre el organismo oficial más próximo, en principio el Ayuntamiento correspondiente.

Siete: La exclusión social del mayor debe evitarse, no almacenándolo en grandes instalaciones despersonalizadas o profesionalizadas mercantilmente, sino integrándolo en Centros de atención en poblaciones populosas, próximas, y procurándole la aportación de voluntarios de cualquier signo, y nunca considerándolo objeto mercantil o comercial de lucro indebido.

Y es claro que estas recomendaciones, concluidas desde el concepto de hombre espiritual, experiencias personales de políticas de protección y experiencias propias, habría, quizás, que añadirse a las aportaciones morales colectivas que ya SENIOR ha hecho suyas en julio pasado, y ha publicado. Fuera de todo dogmatismo, este libro debería ser un motivo

de reflexión sobre uno de los problemas socio-morales más característicos, y más crueles, de la vida moderna. Y queremos remarcar su oportunidad ahora que la realidad del tratamiento de nuestros MAYORES durante la actual pandemia ha sido, y es, sencillamente repudiable y execrable.

Epílogo de un Prólogo: Iba en el asiento trasero de un taxi, llevado por un joven y protestatario conductor, Castellana arriba, a la altura del cruce de los Nuevos Ministerios con el puente transversal de El Corte Inglés. Un viernes a mediodía. Cuando Madrid se convierte, inevitablemente, en un caos de prisas por llegar los primeros a no se sabe dónde. Mi taxista, sorteando vehículos en un zigzagueo de derecha a izquierda, había logrado el primer puesto de la fila para pasar el siguiente semáforo. Con éste, ya en ámbar/rojo y mirando solo al frente, empezó a cruzar el paso de peatones cuya primera línea ocupábamos, una viejecita encorvada, apoyada una mano en su inseguro bastón, mientras con la otra mano manipulaba para asegurar sus gafas y su sonotone. Al darse cuenta, mi taxista abrió violentamente la puerta del coche y empezó a gritarle y a burlarse de aquélla. ¡Señora, ¿no ve que está en rojo?! ¡¿Será posible, la idiota?! La viejecita, ante aquellos gritos, alzó unos ojos humildes, como pidiendo perdón, e intentó retroceder a mitad de camino, confusa y desconcertada. ¡Siga, coño, que es peor!, ¡vaya con la vieja! Otra vez, aquélla intentó obedecer al increpante, en medio ya de un bocinante espectáculo de claxon, gritos, piques, roces, marchas atrás, etc., que requirió la presencia de un hasta entonces inerte guardia de la circulación, que había permanecido impertérrito ante aquel mayúsculo desorden. A ver, los coches de los “responsables”

que se sitúen allí, aparcados, y los otros, los no implicados, dejen paso. Intentó separar a los responsables activos de los contemplativos pasivos de la multitud de vehículos acumulados. Los apartados eran: la viejecita, mi taxista y otro taxista, y otro señor violento que se había peleado con el de al lado, y que, a las indicaciones del guardia, formaron un grupito gesticulante !¿Qué coño ha pasado aquí?!, interrogaba aquél. La viejecita intentó hablar levantando su mano, pero el guarda urbano, ya mayor, canoso y de porte apacible, le silabeó: ¡A ver, señora, usted, permítame, váyase con cuidado, porque aquí la única que no es responsable de nada es usted! ¡A ver, ustedes, identifíquense!

INFORME/DECLARACIÓN DEL CLUB SÉNIOR DE EXTREMADURA SOBRE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

El informe ha sido redactado por un grupo de trabajo del Club Sénior de Extremadura integrado por Sabina Camacho Calderón, especialista en gestión geriátrica; Eduardo Corchero Rodríguez, ex director del Hospital Infanta Cristina; Agapito Gómez Villa, de la Sociedad Española de Geriatria; Rosalía Guntín Ubiergo, coordinadora de temas sociales del Club Sénior; José Jerez Iglesias, doctor en Ciencias Económicas; Juan Florencio Macías Núñez, catedrático de Geriátrica; Agustín Muñoz Sanz, profesor de Patología Infecciosa; Pilar Pérez Breña, viróloga en el Instituto Carlos 111; Cecilio Venegas Fito, de la Real Academia de Farmacia.

“En julio de 2020, el Club Sénior de Extremadura presentó ante los medios de comunicación este Informe, elaborado por un grupo de sus miembros especializados en temas sanitarios o sociales. El trabajo fue igualmente enviado a todas las instituciones de la Comunidad, muy particularmente a los portavoces de los Grupos Parlamentarios y a los miembros de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. Igualmente lo recibieron los agentes sociales de la región y las administraciones locales.”

El Club Sénior de Extremadura (CSEx), consciente, por razones biológicas y de proximidad afectiva y emocional, de su compromiso con la población de las personas mayores

(‘los mayores’) de nuestra región, eleva a la consideración de las instituciones y de la sociedad en general una propuesta razonada para evitar que, en lo sucesivo, se repitan desgracias como la sufrida por los mayores extremeños con la pandemia de COVID-19.

Las personas que integramos el CSEx nos sentimos profundamente afectados y solidarios con quienes han enfermado y fallecido en circunstancias incompatibles con una sociedad que promueve el bienestar de sus ciudadanos. En virtud de lo anterior y movido por el afán de servicio a Extremadura, el CSEx ha reunido a un reducido grupo de sus miembros, todos profesionales cualificados de diversas disciplinas sociales, humanísticas, académicas y científicas, para analizar con objetividad y criterio las circunstancias de la tragedia que ha afectado a casi medio millar de extremeños de la generación más esforzada de los tiempos recientes.

El Club Sénior, siguiendo su filosofía de independencia ideológica radical, apoyada exclusivamente en la pluralidad de sus miembros y en la profesionalidad reconocida de sus componentes, ha elaborado un catálogo de medidas que pretenden garantizar la necesaria calidad de vida de los mayores y la plena eficacia de las políticas de prevención, asistencia y protección.

Extremadura, como realidad histórica, geográfica y sociodemográfica, reúne las mejores condiciones para convertirse en un referente de las nuevas políticas asistenciales a los mayores. Esta aseveración se sustenta en la conformación territorial, medioambiental y de calidez humana. La atención a los mayores, con independencia de ser un derecho constitucional de inexcusable cumplimiento, puede suponer una excelente oportunidad de empleo y de ejercicio de servicios sociales avanzados.

Aunque la mayoría de las propuestas contenidas en el presente documento van dirigidas a las Administraciones y a las

entidades con competencia de legislar, administrar y controlar las nuevas políticas que la situación requiere, el Club Sénior apela a los representantes y a los agentes sociales y, muy en particular, a los Colegios Profesionales, a fin de que participen activamente en los procesos relacionados con la asistencia y el bienestar de la población de los mayores extremeños. De igual modo, el grupo de trabajo del Club Sénior hace un llamamiento a las entidades del Tercer Sector de Extremadura para que, debidamente concertados con las Administraciones Públicas, promuevan iniciativas gestoras de los centros de atención a los mayores, aplicando las prácticas y experiencias más avanzadas en este campo.

El Club Sénior de Extremadura no puede ni quiere eludir su propio código ético individual y colectivo, el cual le obliga a expresar, en este momento histórico, su consternación y rechazo por la actuación de algunos estamentos políticos y sociales respecto a la pandemia de COVID-19. Tragedia que ha sumado el máximo de víctimas entre las personas mayores. Un colectivo sometido a una discriminación intolerable, amén de la notoria vulneración de sus derechos básicos. Este compromiso ético es una forma de autocrítica, como componentes de la sociedad, además de un irremediable reproche a terceros. Sin juzgar a nadie, pues no nos corresponde, pero asumiendo que la responsabilidad moral y política de cada persona e institución frente al desastre no puede soslayarse.

Se exponen algunas de las medidas, resumidas en cuatro grupos, a modo de propuestas. Son: institucionales, sanitarias, residenciales y sociales.

1. Medidas Institucionales

Las personas mayores gozan de los mismos derechos y obligaciones que el resto de la sociedad. Los derechos son inviolables y obligan a las instituciones a observarlos y defenderlos, especialmente cuando atañen a las personas en situación de dependencia o de vulnerabilidad. La dignidad obliga al respeto a la persona mayor y a responder a sus necesidades físicas y sociales.

- A. Aprobación de un PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL DE GERIATRÍA que asegure la coordinación de los elementos intervinientes en los procesos de asistencia y prevención relacionados con la protección a los mayores: asistencia sanitaria domiciliaria, dispensarios geriátricos, hospitales de día, unidades geriátricas y residencias para mayores válidos y asistidos.
- B. Creación en la Asamblea de Extremadura de una COMISIÓN PERMANENTE DE SEGUIMIENTO de las políticas asistenciales destinadas a los mayores. Consideramos que resulta imprescindible la existencia de un órgano referente institucional de las políticas relacionadas con los mayores, incardinado en la instancia donde se legisla y se controla al gobierno de turno. La Comisión debería estar en contacto continuo con las estructuras administrativas o de gestión pública o privada en cuanto a la solicitud de información o de asesoramiento experto.
- C. Elaboración por la Asamblea de Extremadura de un INFORME ANUAL DE ATENCIÓN A LOS MAYORES donde se recojan los datos precisos para calibrar el cumplimiento de las políticas y los protocolos relacionados con la protección de los mayores.

- D. Creación de un COMISARIADO u oficina de COORDINACIÓN GENERAL que, dotada del necesario rango administrativo, vigile y coordine las acciones administrativas dirigidas a los mayores. Su actuación se aplicaría en todos los niveles territoriales de gestión política y administrativa: Junta, Diputaciones y Ayuntamientos. En este sentido, las políticas orientadas a los mayores deberán lograr un equilibrio territorial entre las provincias y las comarcas, lo más amplio posible, sin entrar en contradicción con los servicios y dotaciones de ámbito regional existentes. No sería una acción competitiva, sino de leal colaboración en pro del colectivo de mayores.
- E. Elaboración de un PLAN DE AUDITORÍA DE LA GESTIÓN de las actuales residencias de mayores públicas y privadas. Los resultados de estas auditorías deberán ser públicos, especificando los aspectos de incumplimiento en su caso.
- F. Intensificar la FORMACIÓN GERIÁTRICA en las facultades de medicina, de enfermería y de fisioterapia mediante la dotación de unidades docentes específicas de la disciplina geriátrica. Además de la formación académica, las unidades docentes organizarían cursos periódicos, con su correspondiente certificación, de formación profesional dirigida a las personas que, preferentemente en el medio rural, realizan servicios domiciliarios. En su defecto, se debe aprovechar la infraestructura de la escuela de salud pública para colaborar en la gestión pedagógica de este necesario aspecto docente. La facultad de medicina de la UEx, con sus tres disciplinas (medicina, enfermería y fisioterapia), puede aportar apoyo pues lleva años impartiendo la disciplina de

Geriatría y los alumnos de algunos cursos hacen prácticas en casas de acogidas de mayores.

- G. Promover en los Colegios Profesionales de Extremadura relacionados con la sanidad y los servicios sociales la existencia de SECCIONES O GRUPOS DE TRABAJOS ESPECIALIZADOS en la atención a los mayores. Esta propuesta abarca los ámbitos médicos, de enfermería, de rehabilitación y de fisioterapia.

2. Medidas Sanitarias

La vejez no es una enfermedad. El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos y sanitarios. El envejecimiento no sigue una ley única que lo explique. Su característica fundamental es la adecuación del rendimiento funcional al paso del tiempo, traducido en una lentitud, dificultad e imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o de sobrecargas biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y sociales.

El objetivo fundamental de las políticas asistenciales sanitarias es intentar mantener al mayor en su domicilio con la mejor calidad de vida y durante el periodo de tiempo más prolongado posible. En este sentido, son de especial importancia los aspectos preventivos y rehabilitadores (físicos, psicológicos y sociales). Acciones a considerar dentro de un marco geográfico de coordinación de los servicios médicos y sociales de las instituciones públicas y privadas.

- A. PERSONAL CUALIFICADO: La atención a los mayores debe recaer en personal debidamente adiestrado en la especialidad de Geriatría, rama de la medicina que se ocupa

de la prevención y asistencia de las enfermedades de las personas de edad avanzada, y también de la recuperación de sus funciones y de su reinserción en la comunidad. Debe realizarse dentro de un equipo multidisciplinar.

- B. **COORDINACIÓN CON LA RED ASISTENCIAL:** El Plan Estratégico Regional de Geriátría debería asegurar la plena coordinación entre los centros de atención primaria, hospitales y residencias. Para tal menester, es necesaria la realización y disponibilidad de protocolos básicos comunes en todos los centros. Los protocolos y acciones deben contar con un plan de actuación/prevención ante la amenaza real de posibles epidemias, supervisado por la Administración competente. Se recomienda encarecidamente la implicación activa de la medicina primaria, un pilar fundamental en la salud de la comunidad.
- C. **SERVICIOS/SECCIONES:** Los hospitales generales de la comunidad deben contar con un Servicio o Sección de Geriátría. Debe estar integrado por un médico especialista en Geriátría, o un especialista cualificado y acreditado en la disciplina geriátrica, personal de enfermería igualmente especializado, psicólogo (Psico-Geriátría), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social. Así como el adulto no es un niño o joven mayor, el anciano o mayor no es un adulto viejo.
- D. **EQUIPOS GERIÁTRICOS EN LAS RESIDENCIAS:** En todas las residencias geriátricas debe haber un equipo geriátrico con los mismos componentes que en los hospitales, en proporción ajustada a su rango y características. Ante la carencia de un médico especialista en Geriátría, es imprescindible que el médico responsable de la residencia
-

esté en contacto (telefónico, on fine) con su geriatra de enlace, un médico del Servicio de Geriátría hospitalario para la consulta y valoración conjunta del tratamiento a seguir en la residencia y, si no está indicado continuar el tratamiento en la misma, proponer y decidir el traslado al hospital. La norma que debe regir entre los profesionales sanitarios al cuidado de los mayores no debe ser calcular si hay camas de UCI disponibles, sino evitar que los mayores precisen de los cuidados extremos. Lo cual no se contradice con la necesidad de estar preparados en el ámbito hospitalario para contingencias como la vivida estos meses. Desde la óptica de la atención a los mayores en las residencias, se trata de potenciar la salud total que evite o aminore la enfermedad.

3. Medidas Residenciales

Se refieren al ámbito estricto de la casa o residencia de acogida de personas mayores.

- A. **VOLUNTARIEDAD DEL INGRESO:** Una casa de acogida de mayores no es un almacén de viejos, sino un espacio de convivencia de personas. El ingreso en estas instancias será en todo caso voluntario. Los servicios municipales o sociales deberán mediar para buscar otras soluciones si la persona afectada no muestra su voluntad favorable al internamiento. Las familias deben respetar el principio del libre albedrío.
- B. **UBICACIÓN DE LA RESIDENCIA:** Para el ingreso en una residencia debe garantizarse que esté ubicada en un entorno conocido para el nuevo morador, donde no se sienta extraño y ajeno al paisaje, al clima, a las fiestas locales y a la cultura culinaria. En suma, a su entorno biográfico y vital. Y donde pueda mantener contactos familiares y de

amistad, una vida social adecuada a sus circunstancias. El centro de acogida debe estar situado en un espacio físico que respete en lo posible los intereses y aficiones (paseos, ejercicio, leer el periódico, actividades recreativas y lúdicas) de la persona acogida. Para ello, es necesario pensar en las residencias como lugares para vivir con plenitud, no para sobrevivir como se pueda.

- C. **CORRESPONSABILIDAD:** La planificación residencial debe tener en cuenta las necesidades culturales y sociales y evitar que se coarte la libertad y aspiraciones del residente. Se debe mantener la capacidad de decisión del residente respecto a las cuestiones que le atañen. Ha de reconocerse su capacidad de proponer actividades o acciones y prestar atención a sus legítimas demandas.
- D. **LAS PERSONAS MAYORES IMPORTAN:** Por tanto, al repensar un modelo residencial para el futuro, se deberán tener en cuenta las dimensiones del ser humano. Si hay carencias en el aspecto biológico las consecuencias pueden llegar a ser letales. Sin embargo, la importancia de este aspecto no debe postergar la atención a sus otras necesidades que pueden disminuir su bienestar y que en algunos casos tendrán consecuencias, incluso, en la salud física o mental. Por consiguiente, no es menor la importancia de los cuadros graves vinculados a la soledad, al decaimiento, a la ansiedad y a depresiones encubiertas, a pesar de estar conviviendo/compartiendo espacio físico con otras personas. La necesidad de conservar la autoestima, de comunicarse, de mantener los afectos y las aficiones es equiparable a la de disponer de alojamiento, alimentación adecuada y desde luego a la ya mencionada atención médica.
-

E. PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO:

El régimen interno debe incluir protocolos contra el maltrato en cualquiera de sus formas: de orden psicológico, moral y físico. Para la nueva planificación sería oportuno conocer las “buenas prácticas” que existen en distintas comunidades autónomas y en las que se incluyen pequeñas residencias o pisos tutelados, lo más parecido posible a un hogar.

F. EL TAMAÑO TAMBIÉN IMPORTA: Como norma general se deben evitar la construcción de macro residencias. Si ya existen, deben organizarse en unidades de convivencia por plantas y con la apropiada disposición de habitaciones individuales.

G. SOBRE EL DEBATE NO CERRADO: Sin entrar, por ahora, en el debate de fondo sobre la condición pública o privada de los servicios asistenciales a los mayores, los redactores de este informe entienden que debe subsistir la colaboración público-privada siempre que ambos ámbitos de gestión compartan las mismas exigencias socio-sanitarias, con la obligación de cumplir los requisitos y compromisos fijados en el Plan Estratégico Regional de Geriátría. En todo caso, la Administración cuidará que los servicios concertados con la iniciativa privada recaigan en empresas especializadas de la máxima solvencia profesional y de reconocido crédito en el sector sociosanitario. La relación debe considerarse en el contexto de absoluta transparencia. Más que el obsoleto binomio público o privado, debe imperar el más razonable de calidad o no calidad en la prestación del servicio. Por calidad se entiende la competencia leal, la cualificación acreditada, el respeto a la dignidad incuestionable y la exigencia de los valores éticos, por encima de los criterios estrictamente económicos, por lícitos que sean. Se trata de dar un servicio social no de explotar un negocio particular.

H. COLABORACIÓN: Las Administraciones Públicas deberán favorecer que las instituciones sin ánimo de lucro sigan prestando los servicios asistenciales en los procesos señalados.

4. Medidas Sociales

Incluye algunas medidas de aspecto político y social que implican a las instituciones, los políticos del gobierno y de la oposición, la sociedad, los medios de comunicación y las familias.

A. MAYOR DOTACIÓN DE RECURSOS: A tenor de la desgraciada experiencia provocada por la inesperada y súbita expansión de la pandemia de COVID-19, agravada por la presunta falta de respuesta (o respuesta tardía) de los sectores implicados en las políticas asistenciales, el Club Sénior de Extremadura desea elevar a los poderes públicos y a la sociedad extremeña, en general, la necesidad de proveer de una mayor dotación de recursos que permitan financiar los nuevos servicios requeridos y perfeccionar/mejorar los ya existentes. Las políticas preventivas y asistenciales requerirán una notable dotación de recursos económicos, una firme voluntad de cumplir los objetivos señalados y la implementación de los instrumentos de vigilancia y control que aseguren su más estricta observancia.

B. CONCILIACIÓN: Las necesidades de la vida actual, en cuanto a la obligada conciliación de las obligaciones profesionales de sus miembros y la atención a las personas en circunstancias de dependencia, exigen armonizar ambos compromisos con el objetivo de que uno y otro ámbito no entren en conflicto. Tratar de que no se vea comprometida la dignidad de las personas mayores.

Extremadura, julio de 2020.

EL RESPETO A LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

Sabina Camacho Calderón

Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología (UCM).
Master Gerontología Social (UAM). Master Gestión y
Dirección de Centros de Mayores (UCM).
Master en Gestión Directiva de Organizaciones no Lucrativas (UNED).
Ex Directora General de ASISPA, entidad privada sin ánimo de lucro ASISPA,
coordinando el Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia Domiciliaria,
Centros de Día, Apartamentos con Servicios, Residencias Asistidas,
Centros y Servicios para Personas sin Hogar.

Vivimos en una sociedad globalizada, donde todo ocurre muy deprisa y tanto las noticias como los virus se mueven muy rápidamente. Las consecuencias dramáticas en todo el mundo debido a la pandemia del COVID nos ha demostrado la fragilidad de las distintas sociedades incluso de las más ricas y por tanto la fragilidad de las personas, acentuándose esta en las personas mayores. Desde que nacemos nuestro organismo comienza a envejecer, cuando nos hacemos mayores, nuestro organismo envejece en muchas ocasiones acompañado de diversas pluripatologías, que hacen que las personas sean más vulnerables.

La grave crisis sanitaria que está azotando España y la situación que se ha vivido en las residencias han puesto de manifiesto la desigualdad en la atención a las personas

mayores, en función de la Comunidad Autónoma donde residan (las normativas que rigen las residencias son distintas).

Durante la primera ola del COVID las residencias de personas mayores han sufrido una situación insostenible y dolorosa, debido a la fragilidad como ya he dicho ante de las personas que allí viven. Han fallecido en nuestro país en residencias más de 19.000 personas, hasta junio 2020.

En Extremadura a fecha 23 de junio 2020 según el gráfico fallecieron 519 personas de las cuales 432 en residencias

Estos datos nos hacen plantearnos muchas preguntas, entre otras: ¿Qué ha pasado en las residencias? ¿Con qué recursos se ha contado y si estos han sido los adecuados? ¿Qué actuaciones se han realizado y cuáles han sido las más eficaces? ¿En qué se ha podido fallar y por qué? ¿Se han dado la atención y cuidados necesarios en función de la situación de cada persona? ¿Es necesario modificar las normativas de servicios sociales en todo el territorio español y unificarlas? ¿Es necesario un cambio en el modelo de residencias? ¿Existe coordinación sociosanitaria y si fuera así ha funcionado adecuadamente?...

La sociedad en general tiene que aprender a valorar más a las personas mayores, son ciudadanos de pleno derecho, se ha de combatir el edadismo, las personas mayores son transmisores de valores, de experiencias, de sostenimiento de las familias en tiempos de crisis. Como vivimos en la actualidad y lo que



FUENTE: elaboración propia, Ministerio de Sanidad, Consejerías de las CC.AA.

tenemos se lo debemos a ellos, a su trabajo y esfuerzo a lo largo de toda su vida.

Prestaciones, Atención y Cuidados con Dignidad

Que es la dignidad de las personas según la RAE. - *“Cualidad propia de la condición humana de la que emanan los derechos fundamentales, junto al libre desarrollo de la personalidad, que precisamente por este fundamento son inviolables e inalienables”* Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 de Naciones Unidas y Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea art. 1

Dignidad y derechos no disminuyen con el paso de los años. Cuidar con dignidad a las personas mayores, es:

- Darles la atención y cuidados necesarios en cada momento.
- Informarles puntualmente de situaciones que les afecte.
- Dirigirse a ellos, con respeto, cercanía, profesionalidad.
- Libertad de elegir lo que quieren hacer y cómo hacerlo.
- Tener en cuenta sus necesidades: físicas, sociales, psicológicas...
- Respetar su intimidad.
- Respetar sus gustos, sus ideas, tanto políticas como religiosas.
- No humillarles.
- Evitar la soledad; somos seres humanos que necesitamos relacionarnos con otras personas.
- Facilitar y potenciar la relación con sus familias.
- Velar por su integridad física.
- Cuidar con dignidad, no es dejar morir a las personas solas, el acompañamiento en la muerte forma parte de los cuidados al final de la vida, asistencia espiritual y/o religiosa,

que la persona pueda estar acompañada de su familia y/o esa mano amiga que la hace sentir que no está sola.

- Prestarle la asistencia sanitaria y social necesaria.
- Etc.

Residencias para Personas Mayores

Cuando nos hacemos mayores, las personas queremos seguir viviendo en nuestra casa, el dilema se plantea cuando llega la dependencia, las distintas administraciones públicas han tenido en cuenta esta situación y en la *“Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia”*, contemplan diversos servicios y prestaciones para que las personas se puedan mantener en su domicilio el mayor tiempo posible.

Existen situaciones tanto sociales como sanitarias que a veces hacen imposible que la persona pueda recibir los cuidados necesarios en su domicilio y tiene que trasladarse a una residencia; cuando por estas situaciones, tiene que salir de su casa, ha de ser voluntariamente, o si tiene deterioro cognitivo, es un juez quien autoriza su internamiento.

La concepción de residencias para personas mayores ha evolucionado mucho a lo largo de los años, pero tiene que evolucionar aún más. Cuando una persona se traslada a vivir a una residencia esta ha de convertirse en su casa, y hacérselo sentir así a ella y a su familia.

Las residencias no son centros sanitarios; son centros sociales (alojamientos alternativos a su vivienda habitual), es la casa de las personas que allí viven, pueden estar de forma temporal (convalecencia de una intervención quirúrgica, por descanso de la familia) o definitiva (cuando se trasladan a vivir permanentemente).

No se va a las Residencias para esperar el final de la vida; es para tener la atención y cuidados que requiera la persona. En la medida de lo posible se ha de trabajar la recuperación de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria), **vivir con calidad de vida**. En este nuevo domicilio, además de cuidar y prestar las atenciones necesarias, hay que facilitar el contacto con sus familiares y amigos, generar nuevas relaciones de amistad, entre las personas que allí viven, en definitiva, intentar que sean felices, manteniendo y creando nuevas redes sociales.

La familia juega un papel muy importante en la vida de las personas mayores, por ello los profesionales han de facilitar y potenciar la relación de estos con el centro, haciéndoles sentir que forman parte activa de la vida de la residencia, facilitándoles participar en actividades, manteniéndoles puntualmente informados de la situación en la que se encuentra su ser querido, organizando sesiones de información/formación de temas solicitados por ellos, para así ayudarles a conocer mejor ciertas enfermedades que puedan padecer su conyugue, padres, hermanos como puede ser entre otras, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, ayudándoles así a comprender el cambio en las conductas de estos.

Las personas independientemente de donde vivamos, tenemos unos derechos que han de ser respetados y también deberes que hemos de cumplir. Vivimos en comunidad y tenemos que proteger nuestra salud, pero también la de los demás, somos seres sociables necesitamos relacionarnos con otras personas, necesitamos compañía, afecto, cercanía. El aislamiento de las personas mayores durante esta pandemia ha provocado sufrimiento tanto para ellos como para sus familiares. Hay personas que han muerto sola; cuando se

producen estas situaciones, hay que tenerlas en cuenta y en la medida de lo posible buscar como dar respuesta a todas ellas.

En estos momentos convulsos que están viviendo las residencias de ancianos azotadas por la pandemia del COVID, hemos de pensar más que nunca en la atención y cuidados a las personas mayores con calidad y calidez (comunicación, cercanía, empatía, respeto, profesionalidad), la persona ha de ser siempre el centro de atención, y los cuidados y la residencia se tiene que adaptar a sus necesidades y no a la inversa.

Se ha de contar con sistemas de control de la calidad, con auditorías internas y externas, con ello se va a trabajar permanentemente en la mejora continua, con procesos, protocolos, objetivos, indicadores, que permiten saber en qué momento nos encontramos, saber cómo tenemos que realizar una determinada actuación, medir lo que estamos haciendo y como estamos prestando la atención y cuidados a las personas mayores y, si no llegamos a los objetivos e indicadores propuestos, analizar el porqué.

La persona con deterioro cognitivo puede comunicarse por medio de sus gestos; la atención no puede ser solo asistencial, debe recoger todo aquello que la persona nos trasmite, de cómo se encuentra, de su sentir, aunque no pueda hablar. La ética del cuidado tiene un papel relevante en nuestra sociedad y esta pandemia ha venido a recordárnoslo.

La asistencia sanitaria, se tiene que seguir prestando al igual que cuando estaba en su domicilio anterior, tanto la primaria como especializada, así como los traslados a centros hospitalarios; es un derecho de la persona.

Recursos Humanos

Las residencias han de contar con las ratios de profesionales, que marque la normativa autonómica, y durante la pandemia si fuera posible reforzar el personal de los centros.

Los profesionales han de tener la titulación y formación adecuada, de acuerdo a las funciones y tareas que desarrollen; tienen que estar motivados para dar la mejor atención a las personas con las cuales trabajan. Se puede motivar a los profesionales con escucha activa, dándoles estabilidad en su puesto de trabajo, promoción interna, formación permanente, retribución adecuada... La formación continua enriquece y refuerza los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales, mejorando su cualificación profesional. La formación no es un gasto; es una inversión, promueve el desarrollo personal y profesional de las personas, genera conocimiento, aprendizaje, reflexión. Con la formación continua se tienen los mejores profesionales y por ende se da la mejor asistencia y cuidados a las personas con las que desempeñan sus funciones.

La formación ha de ser práctica y teórica, pero siempre enfocada a mantener y/o recuperar la autonomía perdida de las personas mayores manteniendo así sus capacidades y autonomía en la medida de lo posible, aumentando la autoestima, repercutiendo todo ello en su bienestar.

Los profesionales deben actuar según su código deontológico. Con el Covid 19 se ha vivido una situación muy estresante y dura. Los profesionales no pueden estar solos, han de trabajar y tomar decisiones en equipo, compartir protocolos y modelos de actuación adecuados a la situación que se está viviendo, poder consultar a comités de ética, compartir decisiones con otros centros

Los profesionales han de contar siempre, con los EPIs necesarios para el desempeño de sus tareas, para protegerse ellos, proteger a las personas con las que trabajan y a sus familias.

Programas adaptados a las necesidades

Todas las personas que viven en una residencia han de contar con su PAI (programa de atención individualizada), el cual es realizado por el equipo multidisciplinar del centro conjuntamente con la persona mayor y/o con su familia en el caso de que esta tenga deterioro cognitivo. La revisión considero que podría ser semestral o en menor tiempo si fuera necesario. El PAI ha de contener las actividades que realizan las personas mayores consensuadas con ellas. Los profesionales han de evitar sugerir actividades infantiles, y favorecer actividades con sentido que hayan realizado a lo largo de su vida y sobre todo estar muy atentos a sus deseos y propuestas. Los mayores son dueños y responsables de sus decisiones y sus actos, los profesionales orientan o sugieren, pero nunca imponen lo que tienen que hacer.

El contacto con el exterior, actividades intergeneracionales, el uso de las nuevas tecnologías, pueden ser actividades muy importantes, como punto de encuentro, con familiares, amigos, lugares de su niñez etc., fomentando también la relación entre las personas mayores, divirtiéndose, haciendo ejercicio, manteniéndose activos a la vez que interrelacionan entre ellos creando nuevos lazos de amistad.

Distribución de los espacios

Arquitectónicamente, todos los espacios han de tener las ratios de construcción que marque la normativa vigente de la comunidad autónoma, que permitan el giro de la silla de

ruedas, y otras ayudas técnicas que sean necesarias utilizar. Pasillos amplios, según ratios de la comunidad, etc. El centro ha de contar con la señalética adecuada y necesaria para la orientación de las personas que allí viven y sus familias. Durante epidemias o pandemias en la señalética y distribución de los espacios, habría que realizar los cambios necesarios, adaptándoles a la situación requerida en el momento. Profesionales, personas mayores, y/o familias tienen que estar puntualmente informados de los cambios realizados.

Sería recomendable no construir macro residencias y si ya existiesen, organizarlas por unidades de convivencia. Contar con habitaciones individuales que dan más intimidad y posibilidad de adecuar la habitación a su gusto por parte de la persona mayor, pudiendo tener en esos espacios íntimos objetos y muebles que les hagan sentirse en su casa rodeada de sus pertenencias con las cuales ha vivido a lo largo de su vida. Baños integrados dentro de la habitación, a ser posibles individuales. Contar con diversas salas y espacios, donde se puedan realizar distintas actividades, charlar con sus amigos de su nueva casa, recibir a sus familias, celebrar pequeños eventos familiares...

Existen experiencias en distintos países sobre la aplicación del modelo de atención centrado en la persona, a modo de ejemplo:

- Modelo Sueco, basado en unidades de convivencia y AICP (Atención Integral centrada en la persona)
- En Singapur han creado un equipo interdisciplinar formado por académicos, profesionales, planificadores públicos y proveedores de atención social y sanitario para profundizar en cómo el diseño del entorno físico puede mejorar el bienestar no solo de los residentes, sino también de los

cuidadores. El “Diseño de hogares de ancianos sostenibles y preparados para el futuro para modelos de atención centrados en la persona en las comunidades”, comenzó en 2017 y busca recomendar principios y tipologías de diseño para futuros hogares de personas mayores que puedan apoyar mejor los modelos de atención centrados en la persona y que estén bien integrados con el entorno. Este diseño se espera que se complete durante 2020.

<https://dependencia.info/noticia/3461/arquitectura-y-residencias/arquitectura-y-residencias:-repensar-el-diseno-de-residencias-de-mayores.-un-estudio-que-llega-de-asia.html>

Administraciones Públicas

Las distintas Administraciones Públicas han de ser las garantes de que se preste la mejor atención y cuidados a las personas mayores y entre otras yo diría que tendrían que intervenir:

1. En crear una normativa básica para todas las Comunidades Autónomas.
2. Exigencia rigurosa de cumplimiento de normativa.
3. Exigir la Implantación del modelo, AICP (Atención integral Centrado en la Persona), en las residencias y velar porque la persona mayor sea siempre el centro de la intervención.
4. Exigencia de protocolos básicos comunes en todas las Residencias.
5. Exigir y supervisar que las residencias cuenten con un plan de actuación/prevenición para posibles epidemias/pandemias.
6. Reforzar por parte de la administración, mecanismos de supervisión, evaluación y coordinación con los centros residenciales.

7. Los servicios sociales y sanitarios han de trabajar coordinadamente para poder dar una respuesta integral, eficaz y eficiente a las necesidades de las personas mayores y sus familias, esta pandemia ha venido a recordarnos lo necesario que es la coordinación sociosanitaria.

Las distintas administraciones públicas, los responsables de las residencias, los profesionales de estas, las familias, todos se han que identificar con las personas dependientes y con necesidad de ayuda, poniéndose en su lugar y que sus pensamientos y actuaciones sean como si se cuidaran a sí mismo, diciendo y haciendo *“Como a mí me gustaría que me cuidaran así voy a cuidar”*, seguro que así conseguiríamos unos centros y una sociedad, más adaptada a las necesidades de las personas dependientes, sin barreras arquitectónicas, más inclusivas y más felices para todos.

La ética no solo se basa en la actuación con las personas, va más allá, comprende todas las dimensiones que interactúan. El ser humano tiene una responsabilidad hacia las personas y la sociedad, entre todos hemos de hacer camino teniendo en cuenta la opinión de las personas mayores, para que los mayores de hoy y los de mañana vivan una vejez digna y feliz.

*“La residencia ideal, es aquella en la que sea capaz de ofrecer, además de la atención que se precisa, un ambiente hogareño con elementos (objetos) personales, además de estímulos que fomenten la sensación de control del medio y de las actividades de la vida cotidiana y donde también se cultiven las relaciones afectivas” (Pilar Rodríguez: *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir, octubre 2011*).*

PRESENTE Y FUTURO DE LA ASISTENCIA A LOS MAYORES EN EXTREMADURA

Eduardo Corchero Rodriguez

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Salamanca.
Especialidad de Medicina Interna y Medicina Intensiva,
Máster en Cuidados paliativos y Máster superior en Gestión sanitaria.
Curso de alta dirección hospitalaria por el IESE.
Médico Adjunto de la Unidad de Medicina Intensiva en el
Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres,
Director médico de ADESLAS en Cáceres,
Director gerente del Complejo Hospitalario de Badajoz.
Secretario y Vicepresidente que fue del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

El 7 de enero de 2020 las autoridades chinas identificaron un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* como causante de un brote de casos de neumonía ocurridos en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei. Según datos del *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), desde el 31 de diciembre de 2019. No es hasta el 11 de marzo cuando la OMS declara el estado de pandemia. Hasta entonces conocíamos la gravedad de los casos en China y más cercanos a nosotros tuvimos Italia. Hasta el 16 de marzo de 2020 la enfermedad se había extendido a 139 países y se habían declarado 16.741 casos, incluidas 6.507 muertes.

En España, según datos del Ministerio de Sanidad, el 16 de marzo había 9.191 casos positivos, de los cuales 432 estaban

ingresados en Unidades de cuidados intensivos. El Gobierno decreta el estado de alarma para hacer frente a la expansión de la COVID-19 el sábado 14 de marzo de 2020, que, aunque entra en vigor, no se ejecuta hasta el día 16. Podemos decir que se trató de una alarma diferida. Dejemos estas fechas y datos para más adelante, puesto que son importantes para conocer qué se hizo y qué se pudo hacer para cortar tal hemorragia de casos de contagios y muertos en los primeros días de marzo y abril.

Según la OMS y el Ministerio de Sanidad, los datos oficiales de la primera oleada de la COVID-19, que podemos decir que se prolonga hasta el 15 de junio en España, nos muestra en el global mundial: 7,8 millones de contagios confirmados y más de 400.000 fallecidos. En Europa: 2,4 millones de contagios y 171.500 fallecidos. En España: 244.000 y 27.130 y en Extremadura: 2.988 y 508, contagios y éxitos respectivamente. Respecto a los datos de mortalidad en España ha existido cierta discrepancia entre los aportados por el ministerio y otros organismos oficiales como el Instituto de salud Carlos III y el INE.

A esta fecha, 15 de junio, España se encuentra ya prácticamente en fase de desescalada, con variaciones de la misma según las distintas Comunidades Autónomas. Nos informan que la evolución de la pandemia sigue siendo buena, con un menor reporte de casos desde el inicio de la misma. Unos meses de verano con mayor incidencia en personas jóvenes y de mediana edad, que de nuevo con el paso de los días y semanas va afectando a los más vulnerables por edad y factores de riesgo, bien externos o ingresados en Residencias de mayores. En el momento de escribir este artículo estamos inmersos en una segunda ola de contagios y transmisión comunitaria, que lleva visos de superar a la primera.

A comienzos del pasado noviembre, los datos oficiales aportados por el Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias a fecha actual así lo confirman (<https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacional.htm>).

Contagiados más de 54 millones, con una mortalidad de 1,286 millón de personas. Encabeza la lista de contagios fuera del continente europeo EEUU con 10,5 millones y una letalidad del 2,3%. Llama la atención la letalidad de México con 9,1%. En Asia encabeza la lista de contagios India con 8,9 millones y una letalidad de 1,9%. África es el continente menos afectado, siendo Sudáfrica con 0,7 millones y una letalidad de 2,7% la de mayor incidencia.

En Europa tenemos 14,5 millones de contagios, encabezando la lista Francia y Rusia con 1,9 y 1,8 m y letalidad de 2,3% y 1,7% respectivamente. España se encuentra en tercer lugar con 1,496 millón de contagios y una letalidad de 2,8%. Un Índice Acumulado (IA) de 498 contagios por cada 100.000hab. Contabilizándose oficialmente 40.769 éxitos. Con Madrid, Cataluña y Andalucía a la cabeza de contagios globales.

Extremadura presenta desde el inicio de la pandemia 25.454 contagios, 826fallecidos, un IA al día de hoy de 535 contagios por cien mil. Con 2860 hospitalizados en la región, 248 en UCI y una letalidad del 8,76%. Si bien la primera oleada tuvo mayor repercusión sanitaria en la provincia de Cáceres, la actual es superior tanto en casos de contagios, hospitalizaciones e ingresos en UCI en la provincia de Badajoz, aunque la letalidad ha disminuido en la región hasta 1,6%. Datos atribuibles al mayor número de contagios detectados entre la primera oleada que representa un 30%, frente al 70% de casos en esta segunda. Cifras que varían de un día para otro.

Si las cifras que había al final de la primera oleada eran alarmantes de entrada, también lo son las actuales y lo serán de salida, de una salida incierta, y un final no previsible. Solo nos queda la esperanza de una mejor gestión y la aparición de una vacuna, que parece tener un horizonte no lejano.

Un Antecedente Esclarecedor

En mi opinión es necesario hacer un breve resumen de lo que ha sido la pandemia mayor del siglo XX: La denominada gripe española y quizás recordar las epidemias de poliomielitis por ser los primeros pacientes tratados con respiración artificial mediante un sistema de presión negativa y conocidos por “pulmón de acero”, allá por los años 50 y hoy en desuso. Aun recuerdo, cuando me incorporé como residente asistencial a la Residencia de la Seguridad Social San Pedro de Alcántara allá por 1975, la presencia como pieza de museo de uno de estos artilugios ubicado en el área de urgencias y que supongo tras las múltiples obras cayó en manos de algún desaprensivo con pocas ideas museísticas.

La pandemia de gripe de 1918, también conocida como gripe española, fue una pandemia causada por un brote del virus de la gripe tipo A, subtipo H1N1. Santiago Mata, escritor e investigador, lo recoge en su libro *“Cómo el ejército americano contagió al mundo de la gripe española”*. Así relata: “Pasado un siglo de su aparición, todavía sigue llamándose injustamente Gripe Española a la que en 1918 mató a decenas de millones de personas. Para terminar con esa injusta adjudicación, es necesario dar a conocer cómo surgió aquella pandemia en Estados Unidos. Y sorprendernos al saber que el virus más letal que ha existido no comenzó su expansión en 1918, sino

en 1917. Por último, importa conocer por qué el Ejército de Estados Unidos jugó un papel fundamental para infectar al mundo con la gripe americana, y cómo este papel se disfrazó adjudicando a la gripe el adjetivo de española”.

“La gripe llevaba tiempo incrementando sustancialmente su tasa de mortalidad. Recoge el dato de 18.886 muertos por gripe en 1916, un 2,6% de mortalidad cuando una gripe estacional arrojaba en Estados Unidos una mortalidad media de un 0,056%. Esta tasa de mortalidad en 1916 suponía ya un incremento del 65% respecto a 1915 y a su vez la mortalidad de ese año fue un 75% más que la de 1914. Sin embargo, estas cifras se obtienen de la población en general, cuando la gripe afecta mucho más a niños y sobre todo a personas mayores, hasta un 95% de los muertos estacionales pertenecen a este colectivo”. Se considera la pandemia más devastadora de la historia, ya que en solo un año mató entre 20 y 40 millones de personas. En una población de unos 1.500 millones de habitantes y una esperanza de vida al nacer de entre 38 y 40 años, se confirmaron 500 millones de contagios y una cifra estimada de 50-100 millones de fallecidos. Se considera que el virus de la gripe sufrió una mutación letal para la humanidad. En España se calcula que se contagiaron unos 8 millones y con una mortalidad de 200.000 individuos. Discrepancias con las cifras oficiales de 147.000. Las discrepancias actuales en el número de fallecidos, como se ve no son nuevas.

Solo un pequeño relato de la publicación ofrecida por el BOP de Burgos (1918) para comprobar las similitudes de aquella pandemia de gripe con la actual de COVID-19, y que el instruido lector piense si hemos aprendido algo de aquella experiencia y otras epidemias que a lo largo de pasado siglo

XX e inicio del actual se han producido. Dicho boletín recogía criterios epidemiológicos tales como: “Evitar aglomeraciones, fiestas populares, evitar la transmisión oral ya que la enfermedad se transmitía por gotitas de saliva, ventilación adecuada de locales, etc. Y desoír a los ignorantes que promocionaban pócimas curativas”.

Desde el punto de vista clínico hay cierta similitud entre ambos procesos: Fiebre elevada, malestar general, cefaleas que de continuar el proceso acaba con una neumonía más o menos grave y éxitus. A esta le faltan las alteraciones del gusto y olfato que presenta la covid-19 debida a la afectación de células nasales. Quizá otros síntomas más graves que no vienen al caso.

Desde el punto de vista del tratamiento: Se emplearon acetilsalicílico, oxígeno y sangrías. Es notorio que no son comparables con los tratamientos actuales y hasta ahora tan empíricos como aquellos. Las vacunas no existían al igual que ahora (salvo la variólica). Se inició su estudio para la gripe en 1931 y se administró por primera vez a soldados de EEUU que llegaron a Europa en la Segunda Guerra mundial.

Madrid fue igualmente el motivo de debate por el número de contagios, su gran población, deficiente salud pública, cierta dejadez de las autoridades sanitarias, que no se percataron de la gravedad hasta que enfermó un miembro de la familia real. Aconsejando las medidas ya descritas y el uso de “barbijos”.

Varios personajes públicos se contagiaron al igual que en los tiempos actuales aconteció con: D.Trump, B.Johnson, o nuestra Vicepresidenta C.Calvo, por citar algunos ejemplos.

Vamos camino de cumplir ciertos periodos de oleadas, aunque no plenamente coincidentes con las estaciones del año. Esta pandemia desaparece en 1920 y queda estacional,

tal como hoy la conocemos. Según los datos del INE tiene una mortalidad aproximada de 2000 casos /año que afecta a ancianos con comorbilidades. Cifra muy alejada de las actuales que presenta la Covid-19 y como hemos visto en estos meses ha tenido una mayor incidencia en personas mayores.

Cuando hablamos de mayores un siglo atrás, hemos visto en datos previos la diferencia en la esperanza de vida al nacer, hoy día duplicada: con 81 años para los varones y 86 para las mujeres. Es importante lo acontecido con estos mayores durante los primeros meses de la pandemia. Es también evidente que ha pasado un siglo y las condiciones sociosanitarias, económicas, culturales, etc. son muy diferentes y aunque ya existía una Ley de sanidad en 1855, todo ha cambiado en el mundo a partir de las postguerras y reconocido en nuestra Ley General de Sanidad de 1986. Hospitales bien dotados, con cuidados y servicios especiales, laboratorios, industria farmacéutica potente, etc. En el año 2000 España, según la OMS, estaba en el Top-10 de los países con mejor sanidad a pesar de no tener el mayor presupuesto económico en relación a otros países del entorno. El gasto en salud, en su concepto más amplio, conlleva aumento de la esperanza de vida, menor mortalidad infantil, erradicación de enfermedades infectocontagiosas, etc. Matices obligados que marcan diferencias son: las distintas normativas autonómicas en esta materia y la falta de desarrollo de la Ley General de Salud Pública de 2011, unificadora y coordinadora de esas otras. Por tanto, a pesar de las similitudes y el aprendizaje histórico, algo ha fallado en España.

Lo Sucedido con La Covid-19

El 30 de enero, la OMS declaró emergencia sanitaria la epidemia, sin embargo aquí se negaron las evidencias que venían de China e Italia. El 14 de febrero la misma OMS advirtió que todos los países tenían la obligación de valorar el riesgo antes, durante y después de cualquier manifestación o concentración de público y sin embargo se autorizaron 500 manifestaciones en todo el país el día 8 de marzo. Se celebraron acontecimientos deportivos, incluso congresos políticos. Se ha conocido a posteriori el interés de suspender un congreso religioso, como así fue, y recordar que desde primeros de marzo se habían suspendido todos los congresos médicos por indicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Quiero recordar una anécdota de los días 1 y 2 de marzo durante la asistencia a un funeral en Madrid, donde estaba un alto cargo de un ministerio. Aconsejaba no acercarse, no besarse, ni abrazarse. Era evidente que tenía conocimiento de lo que estaba sucediendo. ¿Qué ha ocurrido para no tomar medidas en tiempo real? La contagiosidad entonces era de cinco, es decir por cada contagiado se contagiarían cinco y así sucesivamente.

Un estudio de la Universidad de Oviedo y la Universidad Autónoma de Madrid, patrocinado por FEDEA, ha desarrollado un modelo matemático, así mismo, el estudio de la FDA pone de manifiesto: “Que si se hubieran adelantado en ocho días sobre esas fechas nos hubiéramos ahorrado unos 17.000 muertos”. La alarma diferida, ya comentada, declarada el día 14 dio lugar al desbordamiento y Madrid, para algunos volvió a estar en la picota. Ciertamente que de no haberse declarado la alarma son impredecibles los resultados, aunque también se aportan datos alarmantes en el estudio. Es interesante dar a conocer esta herramienta matemática para su aplicación a futuras oleadas,

como la que ya tenemos encima. ¿Se ha previsto número de casos, ingresos hospitalarios e ingreso en UCI? ¿Está por ver!

Evitaré poner nombre y limitarme a designar cargo del responsable del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y a su vez portavoz gubernamental que nos viene deparando con su “voz ronca e impasible el alemán” todos los días de estos últimos meses y que con sus consejos y acciones, en concreto la ausencia del uso de mascarillas consiguió infectarse él, el equipo que a diario le acompañaba y miles de españoles. Había que recordarle el trabajo que presentó con sus colaboradores a primeros de febrero. Desoyó las indicaciones de alerta que le curso la cumbre europea, sin olvidar la inexistencia de un equipo de expertos como comentó posteriormente el ministro del ramo. ¡No hubo tal equipo de expertos! Sin lugar a duda, actuaciones con sentido común hubieran evitado probablemente el colapso de muchos hospitales y contagios del personal sanitario. Es conocida la recomendación, casi obligatoria, de algunos directivos hospitalarios y centros asistidos de evitar el uso de mascarillas para no crear alarma social.

Comentados previamente algunos datos estadísticos, toca ahora referirnos de manera más concisa a esos mayores que han sido los más afectados por la pandemia. Lógicamente el aumento de población anciana. Creo que anciano puede definirse como aquel hombre o mujer que tiene muchos años. ¿cuántos son muchos años? Una sociedad desarrollada como la nuestra, y en una situación de pandemia como la que acontece, debe plantearse un nuevo enfoque social, económico, familiar, político y jurídico para evitar lo que las leyes no recogen.

Los Derechos Sanitarios de los Mayores

La Constitución Española reconoce en varios artículos la protección a la salud y las distintas Directrices europeas prohíben toda discriminación por cualquier razón o motivo, entre los que se incluyen la edad y, así mismo, los derechos de las personas mayores. Respecto a la asistencia sanitaria los mayores no pueden ser discriminados según está recogido en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Tanto la atención primaria, como la especializada y sociosanitaria son competencia de las CCAA.

La polémica surge cuando en los inicios de esta pandemia los mayores de 80 años han sido discriminados tanto de atención hospitalaria como en los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos. Alguien es posible que lo niegue, pero a lo largo de estos meses ha sido público y notorio. Hemos visto videos de profesionales que trataban este asunto como si de una guerra se tratara. Repartiendo carteles de colores en un aula de docencia para catalogar a las personas que acudían al centro hospitalario como así fue el 11M. Explicando las diferencias entre la ética utilitarista y la ética benéficosocial. Pero en el caso que nos ocupa hay que aplicar la ética utilitarista. Dando prioridad a los conceptos de coste/ utilidad/ años de vida. Hasta el punto de no molestarse en hacer triaje en pacientes con más de 80 años. Al final reconoce que es drástico, horroroso y mejor no nos hubiese tocado sufrir esta situación. Otro video en el mismo sentido, aunque más suave ya que se haría público, manifestó ideas similares del presidente de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) . Y si algo confirma esta situación, puede interesar la entrevista que un diario regional realizó al jefe de la UCI de Cáceres: “Hemos

tenido pacientes entre 45 y 79 años”. Estos testimonios están en las hemerotecas. Aunque se diga que fueron normas no escritas, es la triste realidad, y en nuestro caso de Cáceres, como provincia más afectada, en esos inicios ni siquiera se contó con un Comité de Ética Hospitalaria que al menos diera seguridad personal y jurídica al profesional. ¿Existe ese Comité en dicho hospital? Tales fueron las denuncias de familiares y asociaciones, con más incidencia en Madrid y Cataluña, que el Ministerio de Sanidad a través de la Comisión de Ética emitió una carta a esta última comunidad en el siguiente sentido: “Aspectos éticos en situaciones de pandemia”. Establece la prohibición de que se discrimine a los pacientes por razón de edad a la hora de decidir su ingreso en las UCI. En contraposición, por ejemplo, a la recomendación de la Generalitat de Catalunya de no ingresar en Cuidados Intensivos a pacientes mayores de 80 años.

Mi Experiencia de 40 Años en Uci

Hago un pequeño inciso pero obligado por mi ejercicio profesional de casi cuarenta años en una Unidad de Cuidados Intensivos. Me atrevería a dividir la misma en dos periodos separados por el año 1990. Previo a este año, y en mi experiencia, no se producían situaciones de este calado ético, pues no solían llegar paciente de edades tan avanzadas. A partir de esa fecha y por tanto relacionado con el aumento de edad ya comentado, las nuevas especialidades y tecnologías, efectivamente pueden haberse dado casos que obligasen a tomar decisiones relacionadas con: Limitación del esfuerzo terapéutico (LET), órdenes de no reanimación (ONR), no indicación de ventilación mecánica (NoVM), tanto previo a un ingreso como con pacientes ya ingresados. No siempre es fácil tomar estas decisiones, y lo que habitualmente se decide

en grupo, ocasionalmente es decisión personal del médico en la soledad de una guardia. Cuando se dan estas situaciones es imprescindible el consentimiento del paciente o del familiar, si éste no es consciente de la situación. Encontrando a veces negativas respetables. A pesar de existir desde hace unos años el denominado testamento vital, el mismo no está siempre a disposición en la historia clínica, como tampoco las órdenes de no reanimación. Como mi opinión al respecto del espinoso asunto pudiera ser parcial, creo que un estudio del año 2009 puede servir de orientación al lector.

“Criterios de ingreso en UCI de pacientes en la octava década de la vida”.

Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, Aegerter P, Somme D, Simon T, Guidet B. Crit Care Med, 2009.

Introducción: El ingreso en UCI de pacientes de edad avanzada es un tema sometido a debate. Es difícil determinar si la edad debe jugar un papel preponderante en esta decisión, independientemente de la patología del enfermo o de otras variables. Algunos trabajos recientes inciden en que la demanda de camas de estos enfermos podría aumentar un 72% en los próximos años, con mayor mortalidad, fundamentalmente por comorbilidades, patología médica y por necesidad de ventilación mecánica; todo ello sumado a un mayor porcentaje de traslado a centros de crónicos. Sin embargo, hay ausencia de recomendaciones sólidas que permitan discernir que pacientes de más de 80 años podrían beneficiarse de los cuidados que brinda la Medicina Intensiva.

Resumen: Estudio prospectivo observacional realizado durante 15 meses en 15 hospitales parisinos. Se incluyeron 2.646 pacientes admitidos en Urgencias de ≥ 80 años, determinándose la proporción de los que fueron comentados con UCI, y de los finalmente admitidos. Posteriormente, y utilizando las Guías de la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos, previamente modificadas para pacientes ≥ 80 años, se utilizó el método Delphi por un grupo independiente de 30 médicos experimentados. El objetivo era establecer qué pacientes cumplían criterios inequívocos de ingreso en UCI, y en cuáles éste era dudoso. Se solicitó la admisión en UCI para un 25%, no comentándose el restante 75% (50% por falta de gravedad, y 25% por exceso). Tras la revisión por expertos, el 54% cumplía criterios para ingreso. De éstos, se habían comentado el 31%, e ingresado el 52%. Del resto, que no llegó a cumplir criterios claros, se comentó su caso en el 17% y se admitió el 44%.

Comentario: Lo más interesante de este trabajo es que aporta el mayor tamaño muestral hasta la fecha sobre el tema estudiado. Además, nos ofrece los primeros resultados del proyecto de investigación ICE-CUBE sobre el pronóstico vital y la calidad de vida de estos enfermos, orientando el grado de flexibilidad y permisividad en su ingreso. Los autores concluyen que, tanto médicos de urgencias como intensivistas, mantienen políticas de ingreso en UCI muy restrictivas para los pacientes de ≥ 80 años. Como citan trabajos recientes españoles sobre el mismo tema, la edad no debe ser una contraindicación para recibir cuidados intensivos. Más bien son el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y la potencial recuperación del estado basal de salud la indicación básica de su admisión.

El estudio no se realiza en situación de pandemia como la que sufrimos, pero ha sacado a la luz una triste realidad. Algunos documentos y videos colgados en las redes sociales así lo confirman. En el estudio que data del año 2009, año de la crisis económica, se hablaba de recortar gastos sanitarios, pensiones, etc. No estamos siendo justos. Un artículo de fecha 1 de abril del asiduo escritor de la última página del Hoy como es J. R. Alonso de la Torre lo titulaba así: “No traigan viejos a la UCI”. O aquel otro del Prof. Dr. González Barón: “Edadismo. El nuevo ‘ismo’ cruel valora más la economía que la vida de los mayores”. Al finalizar el mismo se preguntaba: ¿estamos ante un caso de eutanasia masiva y colectiva? ¿Estamos ante una aplicación práctica de “una medicina progresista”?

Lo Sucedió en Extremadura

¿Y qué sucedió en Extremadura desde el inicio de la pandemia? Hubo al menos cuatro casos en distintas localidades de Extremadura que habían viajado a Italia en fechas recientes, pero podemos afirmar que Arroyo de la Luz fue la zona cero, el Wuhan cacereño. Cuarentena total. Una paciente contagiada que lo atribuye a un viaje colectivo realizado a Sevilla para presenciar el espectáculo del Circo del Sol, con resultado de varios casos positivos de acompañantes y asimismo en la Residencia de Mayores. La paciente llega grave a urgencias del Hospital San Pedro y posterior ingreso en UCI, donde fallece a las pocas horas. Paciente de los considerados “supercontagadores”. La falta de medidas de protección tiene consecuencias nefastas para el personal sanitario que desde ya mismo se contagia. Aunque nuestro Consejero de Sanidad manifestara públicamente que los sanitarios se contagiaban en su entrono familiar, no le faltaría

razón siempre y cuando su comentario fuera seguido de una explicación formal, fuera de insinuaciones. Como así pudimos leer a posteriori en el artículo de: El neumólogo acosado. J. R. Alonso de la Torre, martes, 21 abril 2020. “La semana pasada, la prensa entrevistaba a un prestigioso neumólogo del hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. El médico contaba cómo se había contagiado al principio de la pandemia y con él la mayor parte de su equipo”. Efectivamente, un congreso médico pudo ser el origen, pero no debemos olvidar que hasta diez días antes de primeros de marzo, no estaban suspendidos ningún evento por parte de la autoridad sanitaria y que fue el Consejo General de Colegios de Médicos el primero en recomendar la suspensión de todo tipo de reuniones presenciales ya programadas. Recordar que el número de sanitarios contagiados en España son de 29.351 que representa el 40% de los europeos. En Extremadura son por el momento 689 sanitarios contagiados. En estos pasados días, la misma teoría la repite el Dr. Fernando Simón con la consiguiente repercusión mediática y solicitud de cese por parte del colectivo médico.

No tengo criterio práctico para valorar si el caso de la paciente de Arroyo de la Luz fue tratado de forma rápida y según protocolos, ya que en esos momentos no había tales. Pero por aquellas fechas en dicha ciudad no hubo ningún contagio en relación con el Circo del Sol. Quizá el origen pueda aclararlo el estudio genómico del virus, que en España parece ser entró por Valencia y Vitoria. Otros casos más aparecen en Malpartida de Plasencia. Y seguramente el virus pululaba entre nosotros en fechas anteriores a marzo. A continuación atacó las residencias de mayores, los más sensibles, a las personas mayores residentes y al personal asistencial, y más en concreto en las dos residencias

públicas de Cáceres: El Cuartillo y La Cervantes. La primera con unos 90 fallecidos y 170 contagiados y la segunda con 25 y 70 aproximadamente. Llama la atención que son dos centros que tiene atención medicalizada. Se puede decir que no se hizo una buena gestión al menos por los datos disponibles.

Hasta el momento no han aparecido los especialistas en Geriátría y, salvo los comunicados de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), cariacontecidos por las noticias que se generaban en Madrid, informaron que los pacientes de residencias, bajo el correspondiente protocolo de valoración diagnóstica y pronóstica, sí habían sido trasladados e ingresados en los hospitales en número de 10.600. En nuestro entorno, Cáceres dispone de un magnífico servicio de Geriátría desde el año 1991 y Plasencia de geriatras adscritos al servicio de Medicina Interna. Hay residencias de mayores con atención geriátrica y por tanto se ha de suponer que han prestado atención a todos sus pacientes y acudiendo a otros centros no dotados de tal asistencia. Pero es público y notorio, que los pacientes mayores residentes que precisaron hospitalización fueron trasladados a clínicas privadas y al Hospital de la Montaña -el mal denominado IFEMA cacereño- que hubo que acondicionar para tal fin, dada la alta tasa de ingresos en los primeros días de declararse la pandemia. Por los datos suministrados por la Junta de Extremadura, y que a diario nos suministraba el periodista Sergio Parra a través de la red social facebook, podemos afirmar que la mortalidad ronda el 40% de los ingresados, estimados en unos 175 casos. La mortalidad aproximada de todos los hospitalizados en el Hospital San Pedro de Alcántara se puede estimar en un 24%. La presión asistencial fue mayor en Cáceres que en Badajoz, tanto en hospitalización convencional, como en UCI con un total de ingresos en estas unidades de 120 pacientes, lo que supone un

2,5% del total de hospitalizados. Y en ningún caso > 80 años. No constan datos de fallecidos en UCI.

El Área de Cáceres debió instalar camas de UCI en el nuevo Hospital Universitario dada la presión asistencial. Cáceres atendió a 49, Plasencia 21, Badajoz 20, Mérida 21 y Don Benito 9. El porcentaje de ocupación hay que relacionarlo con las camas instaladas y el índice de rotación, datos no disponibles por el momento. Hay que contar que las estancias de estos pacientes han sido muy largas, lo que conlleva una gran presión asistencial y la dificultad de nuevos ingresos.

Con estos datos no es fácil hacer un comparativo con los que aporta el informe número 33 de fecha 29 de mayo que emite el Instituto de Salud Carlos III y notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica con casos positivos de COVID-19, confirmados y diagnosticados antes del 11 de mayo: España, 250.273 casos y Extremadura, 4.991. Hacemos a continuación un resumen de este.

El 56,6% de los casos de COVID-19 son mujeres y la mediana de edad de los casos es 60 años, siendo mayor en hombres que en mujeres (62 vs 59 años). La distribución por sexo y grupo de edad indica que los casos de COVID-19, con respecto a la distribución de la población española, están sobrerrepresentados entre los mayores de 50 años, tanto en hombres como en mujeres. La presentación de casos de COVID-19 en menores de 25 años de ambos sexos es muy baja.

Un 24,1% de los casos notificados son personal sanitario y el 76% del personal sanitario con COVID-19 son mujeres. Los pacientes ingresados en UCI son significativamente más jóvenes que los hospitalizados sin ingreso en UCI (edad mediana 65 vs 70 años), siendo el porcentaje de pacientes

mayores de 80 años con ingreso en UCI del 5% frente al 29% en el grupo de hospitalizados sin ingreso en UCI. Hay que hacer constar que el número de pacientes ingresados en UCI con más de 80 años son 374, un 0,8% del total de casos registrados y una mortalidad del 64%. El 87% de los pacientes que fallecen tienen más de 70 años. Con estos datos de mortalidad en UCI, sería necesario considerar la propuesta del experto en salud pública D. Rafael Bengoa: “No se trata de tener más UCI, sino de que la gente no necesite llegar a ellas”.

Conclusión: En todo este largo periodo de pandemia que nos está conduciendo a una crisis económica, social y política, es posible que se hayan hecho cosas bienintencionadas, pero también mal. Estas son las que hay que corregir, aunque entrados en una nueva oleada de COVID-19 no parece que marchemos por buen camino ni políticos, ni sociedad, y deseamos que en el asunto que hemos venido planteando a lo largo de esta exposición reconozcamos que la edad no es el único criterio a tener en cuenta y enfatizar que la edad cronológica en ningún caso debería ser el único elemento a considerar. Por y en pleno confinamiento de la primera oleada de la COVID-19, el Club Sénior de Extremadura realizó una encuesta sobre varios temas, recogidos en el libro recientemente publicado: “MIL PROPUESTAS para la EXTREMADURA DEL FUTURO”. Una de las cuales es: ¿Cómo abordar la restructuración y desarrollo de las residencias de mayores? Y tras ese periodo emite un informe técnico que presentó a organismos oficiales y medios de comunicación proponiendo la aprobación de un PLAN ESTRATÉGICO REGIONAL DE GERIATRIA. Y como dice el gran escritor D. Gonzalo Torrente Ballester: “Ni el pasado existe ni el futuro. Todo es presente”.

En las últimas fechas y tras la presentación en sociedad de estos trabajos, hemos oído hablar a algunos responsables sanitarios de: “Un plan estratégico comarcal para Cáceres; Apertura de la segunda planta de la Residencia Cervantes, cerrada desde hace unos años; Ubicación en dicha planta de una Unidad de Enfermería geriátrica; Medicalización y montaje de respiradores en estos centro residenciales; Menor tamaño de los mismos y curiosamente a los pocos días salta la noticia de la ampliación de Residencia La Granadilla de Badajoz”. Todas estas declaraciones no parecen ir encaminadas a ese posible plan estratégico.

Aportaciones a la Reforma de las Residencias de Mayores.

Un grupo tan variopinto de personas como el Club Sénior recoge en esta encuesta una serie de conceptos que se resumen en:

- 1.-Respeto a los derechos fundamentales de los mayores.
- 2.-Prolongar lo más posible la residencia de los mayores en su vivienda, solos o con familiares, con asistencia domiciliaria adecuada.
- 3.-Residencias futuro desmasificadas, con posibilidades en el entorno del mayor y espacios amigables, con garantías de seguridad.
- 4.-Se debate el carácter público- privado de estos centros y aunque prima el primero, no es óbice para que se realice gestión privada con controles según dependencia.
- 5.-Se valora la oportunidad que esta perversa pandemia de COVID-19 sirva para mejorar la situación socio sanitaria de los mayores en Extremadura, a la vez que supondría la creación de puestos de trabajo cualificados en una región que sufre la carencia de tejido empresarial.

6.- Se abarca con ello todo lo relativo a la creación de servicios de geriatría, coordinación entre centros de salud, hospitales, residencias y atención domiciliaria, etc.

Ya el INSALUD en los años 90 del siglo pasado indicó la necesidad de crear asistencia geriátrica en áreas de salud. Al cabo de todos estos años comprobamos que el desarrollo de dichas unidades o servicios ha sido muy desigual en las distintas comunidades autónomas, unas que ya tenían competencias asistenciales y otras que las adquirieron a partir del año 2002. En Extremadura, se crea el Servicio de Geriatría en el año 1991 ubicado Cáceres y desde entonces únicamente hay una unidad geriátrica en el Hospital de Plasencia. Merece resaltar que la atención a los mayores en hospitales de otras áreas de salud corre a cargo de especialistas de Medicina Interna, sin duda especialidad holística por excelencia. Otros centros geriátricos de la Comunidad, bien públicos o privados, disponen de geriatras o médicos asimilados que atienden a la población de residente. En la última convocatoria MIR se han ofertado 78 plazas de formación para geriatras y 48 para enfermería geriátrica, de las cuales dos y dos respectivamente corresponden a Extremadura.

Extremadura dispone según el INFORME “Envejecimiento en Red” de noviembre de 2019 de 152 centros en Cáceres y 119 en Badajoz con un número de plazas de 7421 y 6330 en ambas provincias. Plazas desde todo punto de vista insuficiente dado el aumento de población de mayores de 65 años, y más aún de mayores de 80 años. Por ser de interés general adjunto el siguiente comentario del último informe emitido y el link de consulta: “Las principales recomendaciones se mencionan con el objeto de que puedan ser aprovechadas por quienes al comenzar el otoño de 2020 todavía no las conocen o no han decidido

aún aplicarlas. Covid-19 y residencias. ¿Qué se puede hacer mejor?. Informes Envejecimiento en Red nº 26 (pdf, 953 kb).. El documento completo *“La Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes”* (<http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>)

Desde el Club Sénior hicimos algunas aportaciones : un Plan Estratégico Regional de Geriátría en el que se asegure la coordinación de todos los elementos intervinientes en los procesos de asistencia y prevención relacionados con proteger a los mayores: asistencia sanitaria domiciliaria, dispensarios geriátricos, hospitales de día, unidades geriátricas y residencias para mayores válidos y asistidos.

La asistencia sanitaria a los mayores está encomendada a la especialidad de Geriátría (Médica Y Enfermería). Especialidad que nace en España allá por finales de los años 70 (s. XX) y cuya finalidad es la de prestar cuidados especializados e integrales a los ancianos / mayores. Habrá que definir y actualizar este concepto puesto que la etiqueta manida de jubilación a los 65 años y ser incluido en el club, puede estar variando en este s.XXI. Las mayores necesidades se presentan a partir de los 75/80 años...

En el citado Informe se señala que el objetivo fundamental es intentar mantener al mayor en su domicilio con la mejor calidad de vida y el mayor periodo de tiempo posible.

En tal sentido no es cuestión exclusiva de tratar enfermedades, sino además dar especial importancia a aspectos preventivos, rehabilitadores tanto físicos como psicológicos y sociales. Todo ello dentro de un marco geográfico de coordinación de de los servicios médicos y sociales de las instituciones públicas y privadas.

Para la prestación de una asistencia geriátrica correcta, y siendo coherentes con el objetivo fundamental anteriormente

enunciado, se hará esa coordinación en los distintos niveles de cada Área de Salud.

Asistencia sanitaria domiciliaria. Competencia de la AP que debería tener acceso directo a un geriatra consultor y enfermera visitadora en cuidados geriátricos. Con ello se evitarían consultas en urgencias e ingresos hospitalarios innecesarios.

Potenciar la Atención Primaria como base de esta asistencia.

Dispensarios geriátricos y consultas externas de geriatría. Para aquellos mayores que puedan desplazarse y requieran cuidados especiales. Hospitales de día geriátricos, donde de forma ambulatoria se prestarían cuidados asistenciales y rehabilitadores tanto previos a la necesidad de ingresos hospitalarios como tras la prolongación de estos cuidados tras alta hospitalaria.

Unidades geriátricas de larga o media estancia. Con criterios amplios de tratamiento, fundamentalmente rehabilitadores para dar de alta al mayor autónomo, proceda de una unidad de hospitalización bien geriátrica o no.

Unidades geriátricas de agudos. Cuyo criterio básico es el tratamiento de procesos agudos que requieren una estancia media habitualmente corta. Para ello deben crearse Servicios o Unidades de Geriatría en todos los hospitales según la dimensión del Área de salud.

He dejado para finalizar las denominadas **residencias tanto de válidos como asistidas o mixtas** que en este periodo de la pandemia han sido motivo de una alta letalidad y mortalidad entre los mayores residentes.

Podemos considerar que las residencias de validos es el hogar habitual del mayor que por decisión propia o familiar hace de la residencia su hogar. No parece que este nivel tenga que estar

medicalizado. Cuestión aparte es que tenga una prestación sanitaria adecuada. Otras instituciones tuteladas podían incluirse en este apartado.

Las residencias asistidas por el contrario son instituciones que cuentan con personal sanitario y no sanitario que atienden a personas dependientes y por tanto no autónomas en algunas de sus funciones vitales básicas. Podemos decir que están medicalizadas, lo cual no supone que sean hospitales y de igual manera necesitan una mejor coordinación con el servicio de salud de área correspondiente en donde estén ubicadas.

Conclusiones

Como estamos en presente, no podemos olvidar el futuro más inmediato recogiendo las palabras de Daniel Innerarity en su último libro “Teoría de una democracia compleja”: El futuro es una construcción que tiene que ser anticipada con cierta coherencia”.

En tal sentido nos atrevemos a presentar la siguiente propuesta tras la crisis de la covid-19:

Creación de un Hospital Geriátrico en Cáceres. Dicen los teóricos que las crisis hay que aprovecharlas y por ello esta propuestas intenta mejorar el sistema sociosanitario cacereño y extremeño, tras la situación planteada durante los últimos meses ante la Covid-19 con las altas tasas de mortalidad y letalidad en ancianos residentes en las denominadas Residencias tanto públicas, mayoritariamente, como privadas y concertadas; así como en las clínicas privadas y el reabierto Hospital N.S de la Montaña.

Hoy en día el Área de Salud de Cáceres, como área de referencia provincial, dispone de dos hospitales: Hospital San Pedro de Alcántara con dedicación exclusiva a pacientes con patología

médica y materno-infantil, y el nuevo Hospital Universitario (construido sólo una 1ª fase) de uso para especialidades quirúrgicas. No es cuestión de entrar en las disfunciones asistenciales que provocan la separación entre ambos centros.

El planteamiento para un futuro a medio plazo de unos dos, tres años se basa en:

- 1.- Finalización de la segunda fase del nuevo hospital. Proyecto de obras al final de 2020 y ejecución durante 2021 y 2022; procediéndose al traslado de la parte médica y materno infantil al nuevo hospital, salvo el servicio de Geriátrica, Psiquiatría y Rehabilitación que permanecerán en el Hospital San Pedro de Alcántara.
- 2.- Dedicar el Hospital San Pedro de Alcántara a hospital de GERIATRÍA de ámbito regional: pacientes agudos, larga y media estancia, hospital de día, etc.; ya que cuenta con instalaciones adecuadas para ello.
- 3.- Este planteamiento liberaría camas de esas tres especialidades citadas del denominado nuevo Hospital Universitario de Cáceres y se daría uso adecuado al H. San Pedro, que dada su infraestructura en uso cuenta con: UC y Unidad de Cuidados Intermedio, Unidad de cuidados respiratorios (UCRI), Unidad de Ictus (UDI) y servicios de radiología, laboratorio y rehabilitación, así como una posible reserva de camas todas ellas dotadas de tomas de oxígeno, vacío, etc.

Este proyecto de futuro, al igual que la Covid-19, no está exento de incertidumbre. Pero si las autoridades sanitarias cumplen con las promesas de esa segunda fase del Hospital Universitario de Cáceres (HUCC), en no más allá de tres años, dicha instalación hospitalaria podría estar en uso para el fin descrito.

LA PLANIFICACION DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES

Sali Guntin Ubiergo

Licenciada en Psicología.
Coordinadora del grupo Políticas Sociales del Club Sénior.
Miembro de la Mesa estatal sobre los derechos de las personas mayores en representación de Eapn-Es.

“He aquí, pues, Escipión y Lelio, que las armas más valiosas de la vejez son el arte y el ejercicio de las virtudes, los que cultivados en cualquiera de las etapas de la vida, cuando ya has vivido largamente y mucho, llevan frutos maravillosos, no tan sólo porque jamás fallan, ni siquiera en la última etapa de la vida, sino también porque la conciencia de una vida ordenada y el recuerdo de muchos hechos ejecutados debidamente es lo más agradable”

(Marco Cicerón: “De la Vejez, de la amistad”)

Al tratar la problemática a la que se enfrentan las personas mayores que viven en centros residenciales, el ámbito sanitario es, lógicamente, el principal foco de atención. La crisis del Covid 19 ha desencadenado un debate político, social y mediático que ha puesto de manifiesto la nefasta gestión de las residencias de mayores en España y ha evidenciado un

modelo de intervención inadecuado en la mayoría de estas instituciones. Se ha analizado, sobre todo, la atención sanitaria en sus diferentes vertientes: tanto la asistencia médica y de enfermería, como el apoyo prestado por rehabilitadores y auxiliares. Desde el punto de vista médico, son muchas las evidencias que nos permiten asegurar que las personas mayores han sido víctimas de la discriminación por edad (edadismo) con una vulneración manifiesta de sus derechos.

La centralidad de los aspectos médicos es a todas luces esencial porque la prevención de enfermedades, el seguimiento de las dolencias crónicas y el mantenimiento de las condiciones generales de la salud, así como la capacidad de respuesta a crisis tales como la pandemia del Covid-19, son condiciones indispensables para una buena calidad de vida y de ellas depende nada más ni nada menos que la propia existencia. Por tanto, nunca mejor dicho que la atención sanitaria es vital.

Los compañeros con los que coincido en esta publicación, todos ellos de reconocido prestigio, abordarán con la necesaria atención todas estas cuestiones, seguramente teniendo en cuenta el enfoque de la Gerontología.

Sin embargo, no se puede olvidar que en las últimas etapas de la vida la persona conserva con pequeñas variaciones su naturaleza poliédrica bio-psico-social-cultural. Como es lógico, la crisis ha destacado en los últimos meses el componente biológico, y ha dejado desdibujadas otras dimensiones como, por ejemplo, el sufrimiento moral y la soledad de las personas que, no estando enfermas del virus, se han visto desatendidas, siendo testigos perplejos del incesante fallecimiento de compañeros y compañeras de residencia, así como de la incomunicación con familiares.

Por tanto, al repensar un modelo residencial para el futuro, se deberán tener en cuenta las cuatro dimensiones del ser humano. Si hay carencias en el aspecto biológico las consecuencias pueden llegar a ser letales. Sin embargo, el énfasis en este aspecto no debe postergar la consideración de otras privaciones que menguan el bienestar y que en algunos casos tendrán consecuencias, incluso, en la salud física o mental.

Por consiguiente, no es menor la importancia de aquellos cuadros graves que están vinculados a la soledad, al decaimiento, a la ansiedad y a depresiones encubiertas que pueden darse a pesar de estar conviviendo/compartiendo residencia con muchas personas.

La necesidad de conservar la autoestima, de comunicarse, de mantener los afectos y las aficiones es equiparable a la de disponer de alojamiento, alimentación adecuada y desde luego a la ya mencionada atención médica.

La Organización Mundial de la Salud definió el concepto de bienestar como un estado satisfactorio físico, psicológico y social y no solo como ausencia de enfermedad.

¿Se podría concebir, por tanto, una entidad residencial en la que, sea cual sea la modalidad elegida, sólo se tuviera en cuenta la mejora en la atención sanitaria, el seguimiento de las constantes vitales imprescindibles, como hemos dicho - y otros parámetros mínimos para mantener las necesidades básica, y no se incluyera, en paralelo, de manera seria y planificada la atención a otras necesidades humanas?

El Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento (2002). (Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. - Naciones Unidas), señalaba como objetivo poder envejecer con seguridad y dignidad.

En ese sentido quizá suponga un avance importante y pueda servir de inspiración el Plan recogido en el Documento “Decade of Healthy Ageing 2020-2030” (Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030)¹, Segundo Plan de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el Plan de Madrid, anteriormente aludido. Este Plan coincide con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS).

Sitúa como eje a las personas mayores con el fin de mejorar sus condiciones de vida y las de sus familias. Con ese propósito fomenta alianzas con todas las partes interesadas: gobiernos, sociedad civil, profesionales, organismos internacionales, instituciones académicas, medios de comunicación y el sector privado.

Porque la dignidad humana exige el respeto hacia el mayor, como persona, y lleva implícita la necesidad de dar respuesta tanto a sus necesidades físicas como a las psico-afectivas en esa etapa de su vida. Una etapa más, en su proyecto vital, en la que deben garantizarse sus derechos: humanos, políticos, culturales.

Sin embargo, nos topamos con un problema porque según se señala en el Informe “La discriminación por razón de edad en España” (HelpAge International España. Enero 2020)². “La teoría de los derechos presupone la autosuficiencia y la independencia y estos presupuestos han hecho que los sistemas de protección social no sean capaces de salvaguardar la dignidad humana de quienes en el imaginario colectivo encuentran negada la condición de personas autónomas e independientes”.

01 Decade Of Healthy Ageing 2020-2030. World Health Organization.

02 HelpAge International España e Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Enero 2020

Nos topamos con esas expresiones de tanto significado: “ya es mayor” lo que equivale a decir: tiene debilidades, no es necesario tener hacía él el mismo tipo de atención.

Esos estereotipos que tienden a representar a las personas mayores como desprovistas de valor para la sociedad, así como también la sostenibilidad problemática de sus sistemas de pensiones y de protección social, hace que la edad sirva como justificación suficiente para un tratamiento excluyente y que por ello no se cuestione la carencia de derechos.

Hay que superar por tanto este enfoque basado en el prejuicio hacia el grupo de la población formado por las personas mayores y a la hora de planificar y gestionar las residencias se debería poner el acento en otra orientación, basada en la persona, única e irrepetible. Ello supone reconocer y hacer evidente que las personas mayores son como grupo, y sobre todo una a una, portadoras de un gran valor y dignidad:

Por tanto, si se pretende acertar en la gestión de las residencias, superando modelos que han resultado poco ejemplares durante la pandemia reconociendo que hay honrosas excepciones y reconociendo, en todo caso, la dedicación generalizada de su personal -, sería conveniente afianzar protocolos que analizaran las necesidades y limitaciones del nuevo residente, pero también sus capacidades y motivaciones para que la estancia en su nuevo hogar sea lo más grata posible. Una intervención individualizada, tal como ocurre ya en el cuidado sanitario por el que cada paciente recibe diferente tratamiento, medicación y dosis, y si es necesario un régimen alimenticio adecuado para sus dolencias. Se debería evolucionar hacia una intervención social que implique actuaciones orientadas a la mejora en la calidad de vida y a una vejez saludable, que interactúe con el

sistema sanitario, y se aleje de un cuidado limitado a la mera subsistencia. Para esa planificación será necesario contar con profesionales que trabajen en equipos multidisciplinares.

Planificación Estratégica

Apuntamos algunos aspectos a tener en cuenta en una planificación estratégica más individualizada:

Es necesario atender en primer lugar a la heterogeneidad de las personas mayores que ingresan en una Residencia y sus diferentes perfiles

La diferenciación es un buen antídoto que se opone a las creencias y estereotipos que tienden a uniformar de una forma negativa a las personas de un determinado grupo, en este caso por razón de edad, incluyéndolas en el inconsciente colectivo como un sector de la población frágil, dependiente “no apto”. Como decía Jung³ (El Yo y el inconsciente): “Cuando la sociedad, en sus diversos representantes, actúa automáticamente sobre las cualidades colectivas premiando todo lo que se dispone a vegetar de modo fácil y exento de originalidad, es inevitable que lo individual quede atropellado. Este proceso se inicia en la escuela, continua en la Universidad y predomina en todo lo que dirige el Estado”. Por tanto, en la medida de lo posible deben ser diferentes las soluciones que se ofrezcan a los residentes, que han de tender a valorar sus características e intereses de los residentes.

03 Carl. G. Jung: El yo y el inconsciente”. Paidós.

Señalamos algunos aspectos diferenciadores:

Diferencias por tramos de edad: La ancianidad es diferente por tramos de edad: para la mayoría no es igual estar en la década de los 70 que haber cumplido 95 años. Es un concepto además dinámico: las condiciones de una persona de 65 años de hace medio siglo y en la actualidad son radicalmente distintas.

Diferencias por procedencia profesional: El paso a la jubilación implica la salida del individuo del ejercicio de los roles profesionales y un reajuste de la identidad personal en su entorno colectivo. Las residencias reciben individuos que han abandonado el último reducto social en el que era evidente su identidad: el ámbito familiar. Las residencias son las receptoras de la última identidad de los individuos y han de establecer condiciones para que esa identidad no se sienta anulada. Profesionales de diversa procedencia, autónomos, trabajadores, agricultores, comerciantes, urbanitas y rurales pueden conformar saludablemente un ambiente en el que se sientan atendidos y aceptados en sus diferentes idiosincrasias. ¿Sería posible adecuarse a estas realidades?

Diferencias de aficiones: Sería necesario no romper con aquello que ha sido significativo en la vida del residente: el deporte, la cultura, la naturaleza. Ello no significa que las residencias hayan de programar la satisfacción de las aficiones personales, sino que han de reconocer aquí un criterio contra la colectivización indiscriminada de las actividades de ocio y aprovechar los recursos comunitarios.

Diferencias en el estado de salud: La enfermedad y la discapacidad son el mayor factor discriminatorio en las residencias de tercera edad. La calidad irrenunciable en la atención sanitaria

contribuye a mitigar este factor común discriminatorio y una adecuada gestión de los cuidados personales debe tender a invisibilizar el impacto en la convivencia diaria.

Esta adaptación personalizada se debería entender desde un denominador común: mantener la misma calidad en la intervención y la intercomunicación entre grupos, respetando la flexibilidad en las relaciones.

Es sobradamente conocido, por poner un ejemplo, que a menudo conviven en las salas comunes de las residencias personas con una manifiesta disparidad de “achaques” que hace difícil una grata estancia de unos con otros.

Y de igual manera se detecta la poca oferta de ocio que obliga al grupo a dedicarse, frecuentemente, - otro ejemplo - a terapia de manualidades cuando algunas personas tienen aún gusto por la lectura en soledad y se sentirían mejor leyendo un libro o dando un paseo por el jardín, espacio que debe existir en toda residencia. ¿Por qué no? ¿Por qué infantilizar al anciano como si estuviera en el colegio? Ello es a menudo producto de falta de personal y de instalaciones poco apropiadas.

Las residencias deberían hacer un esfuerzo para dar respuesta, dentro de lo razonable, a las diferentes individualidades.

Conclusiones

Propuestas:

- En primer lugar, estimamos que nadie debería ir a una residencia de manera obligada. La familia si la hubiere, junto a los servicios municipales o sociales, deberán mediar para buscar otras soluciones. Cada persona tiene derecho a elegir dónde quiere vivir. Las familias deben respetar el principio del libre albedrío. Nadie, ni siquiera los familiares más cercanos puede sustituir las decisiones personales.

- Se debe optar por un tamaño adecuado del Centro residencial que facilitará los cuidados y las relaciones. Ha de prevalecer la confortabilidad.
- Es deseable que la Residencia que va a sustituir al hogar esté ubicada en un entorno conocido para el nuevo morador, donde no se sienta un extraño, ajeno al paisaje, al clima, las fiestas locales, a la cultura culinaria. Y donde puedan mantener contactos familiares y de amistad.
- Deben ampliarse las especialidades profesionales del personal que presta sus servicios en las residencias.
- Cuando el estado de los residentes lo permitan, la residencia debe propiciar el contacto con el barrio, el pueblo. Y fomentar el voluntariado.
- Debe estar situada en un espacio físico donde se respete, en la manera de lo posible, intereses y aficiones de diferente nivel (paseos, leer el periódico). Para ello es necesario pensar no sólo en residencias como lugar para sobrevivir sino como lugar para VIVIR con los equipamientos que sean necesarios
- La planificación residencial debe tener en cuenta las posibles necesidades culturales, espirituales, de manera que no se vean coartadas la libertad y aspiraciones del residente en esa etapa de la vida.
- Se debe mantener la capacidad de decisión del residente respecto a aquellas cuestiones que le atañen directamente. Y en caso necesario se le debe facilitar el acceso a la justicia en defensa de sus derechos.
- El residente debe tener la capacidad de disponer de su dinero para gastos personales, así como acceso a sus recursos económicos si dispusiera de ellos. No debe ver

menguado ninguno de sus derechos y atribuciones como persona, siendo el respeto la tónica general del trato.

- Debe disponer de toda la ayuda técnicas disponibles al servicio de personas con discapacidad o dependientes.
- Se debe procurar dar apoyo psicológico cuando sea necesario.
- Ha de reconocerse la capacidad propositiva a los residentes y prestar atención a sus demandas. Las personas residentes conservan en muchos casos intactas habilidades, destrezas y experiencias que pueden ser aprovechadas para la buena marcha de la residencia. La participación en el ámbito donde transcurre su vida no debe ser frenada en aras de la burocracia o de una gestión residencial inmovilista. En todo caso hay que contar con la opinión del residente ante cambios internos teniendo en cuenta que es una persona adulta y poseedora de derechos, evitando los enfoques paternalistas que infantilizan.
- Facilitar el uso de las TIC. Y del teléfono móvil. Nuestros niños disponen de teléfono móvil a los 12 años o antes ¿por qué se le impide el uso al residente en alguno de estos Centros si tienen aún habilidades para usarlos?
- Disponer del espacio suficiente y de intimidad donde conservar objetos y recuerdos personales: la residencia no es un lugar de espera sino un lugar de vivencias.
- Facilitar contactos intergeneracionales.
- El régimen interno debe incluir protocolos contra el maltrato de todo tipo tanto de orden psicológico, como moral, físico y verbal.
- Es necesario que los procesos de la política de calidad incluyan la evaluación de Organización y Servicios en la que tengan voz las propias personas residentes.

Me parece interesante hacer referencia a la Mesa Estatal sobre los Derechos de las Personas Mayores formada por la Once, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Help Age International en España, Cruz Roja Española, Cáritas, CEOMA, EAPN, y 10 entidades más. Esta organización se creó en 2013 y tiene como fin la defensa de los derechos de las personas mayores promoviendo junto a otros países una Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte de Naciones Unidas, para lo cual ha solicitado el apoyo del Gobierno.

Entre otras cuestiones, esta Mesa ha trabajado sobre el uso de medidas de sujeción, como práctica habitual, en algunas residencias de personas mayores

Para la nueva planificación sería oportuno conocer “buenas prácticas” que existen en distintas CCAA. y en las que se incluyen pequeñas residencias o pisos tutelados que sean lo más parecido posible a un hogar.

Finalizo con una cita de James Vaupel (Nueva York, 1945), experto en demografía y envejecimiento, fundador y director del Instituto Max Planck Institute for Demographic Research (Alemania). Sostiene que el envejecimiento saludable depende un 25% de la herencia biológica y un 75% por 100 del medioambiente. Este 75% incluye el comportamiento personal a lo largo de la vida, entre otras cuestiones, haber mantenido hábitos saludables. Pero sin duda el entorno donde se vive es sumamente importante, tanto como para tomarse muy en serio el que ofrecemos a las personas que pasan sus últimos años en las Residencias.

LA GERIATRÍA, UNA ASIGNATURA PENDIENTE EN EL SISTEMA SANITARIO DE EXTREMADURA

Dr. Juan Florencio Macías Núñez

Catedrático de Universidad con Docencia en Nefrología y Geriatria Facultad de Medicina y Terapia Ocupacional (Facultad d Psicología).
Universidad de Salamanca. Profesor del Master de Gerontología.
residente de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica.
Director del Centro de Estudios Geriátricos de la Academia Europea de Yuste

En esta hora en la que todos lamentamos el hecho dolorosísimo de que la pandemia COVID-19 se ha cebado muy especialmente con la población de los mayores, es el momento oportuno sin duda de analizar y reflexionar con sosiego y valentía, y con la máxima profesionalidad posible, sobre las causas de esta tragedia con el único objetivo de evitar que en el futuro se repitan las situaciones que lamentamos. Tenemos ante nosotros además la oportunidad de mejorar y establecer los mecanismos que aseguren una mejor atención a los mayores. Partimos del hecho cierto de que en Extremadura, como en el resto de las regiones, los mayores han sufrido más que el resto de la población los rigores de las mismas. Las cifras de personas fallecidas en Residencias de Mayores han sido pavorosas.

Para la exposición de estas reflexiones he contado con la generosa colaboración de tres compañeros en el ejercicio de la Medicina a los que agradezco muy sinceramente su importante contribución: Agapito Gómez Vila, médico de Familia y articulista colaborador del periódico HOY, Esteban Pérez Almeida, médico especialista en Geriátría, jefe médico del grupo COPE y Juan Ramón Gómez Martino, director médico de Atención Especializada del Complejo Universitario de Cáceres

De lo sucedido hemos aprendido dos cuestiones importantes: que la pandemia que nos asola es una enfermedad grave, transmisible principalmente por vía respiratoria, y que la mortalidad es mucho más frecuente, a partir de la octava década de la vida.

Al tiempo también podemos aceptar estas otras conclusiones, derivadas de no haber seguido las recomendaciones para su prevención, quizás motivadas por la información tan confusa y poco fiable con la que hemos sido bombardeados.

- Que la prevención (uso de mascarilla, lavados de manos, cuidar las relaciones sociales grupales o con personas no conocidas), de tan primordial importancia, no se pone en práctica con la intensidad que se debiera. Dicho de otra forma: las reuniones familiares incontroladas, las multitudinarias de cualquier tipo, sin las debidas medidas de prevención, son la causa de múltiples contagios.
- Y como colofón: no se han valorado suficientemente los efectos colaterales que, a corto y/o medio plazo, se manifiestan en ciertos pacientes que han sufrido la enfermedad, tales como necesidad de oxigenoterapia continua, arritmias, cefaleas tremendas y deterioro cognitivo, así como los trastornos del gusto y del olfato, que están entre las más conocidas.

Por otra parte, y con el ánimo de no repetir errores, conviene subrayar que en general, ha existido desinformación o información errónea, cuando no sesgada. Se nos ha dicho: “como ya hemos vencido al virus, debemos volver al modo de vida previo a la pandemia”. Las consecuencias de tamaña insensatez la tenemos a la vista. No hemos previsto ni investigado, mediante auditorías de expertos, qué es lo que se ha hecho mal. Suecia es un ejemplo a seguir: cuando se dieron cuenta de que, mientras otros países limítrofes como Noruega, tenían una incidencia menor, encargó la investigación. Tras el resultado de la auditoría, corrigió los errores, estando ahora en un nivel de enfermedad y contagio comparable al de sus vecinos.

Tampoco hemos hecho nada para mitigar la llegada de una segunda oleada, advertida por los expertos y comunicada a los gestores, con el fin de habernos dotado de los medios necesarios para su contención. No se han incrementado los rastreos; no se han redactado normas de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional; no se ha incrementado el número de camas hospitalarias para estos enfermos.

De capital importancia habría sido preocuparse de mejorar las condiciones laborales, sociales y económicas de los grupos encargados del tratamiento directo de pacientes infectados. Entre ellos habría que normalizar un tiempo de trabajo acorde a la ley, contratos duraderos, no de 6 meses, descansos necesarios para prevenir el síndrome de quemazón (burn out), y emolumentos acordes a su preparación técnica y riesgo de contagio-muerte. Como no se ha hecho así, muchos sanitarios con excelente preparación técnica han optado por emigrar a otros países en busca de mejores condiciones de contratación acorde y remuneración. Es el caso de la pléyade de médicos

cubanos que habían trabajado con nosotros durante la primera ola de la pandemia, a los que les fueron rescindidos los contratos, o de los españoles de las zonas limítrofes (de la Raya).

Finalmente, ha faltado información actualizada, veraz y transparente en la evolución de la pandemia: número de afectados asintomáticos, sintomáticos y fallecimientos.

Reitero, a pesar de todo, que lo importante es aprender de los errores cometidos y de la experiencia acumulada para emprender nuevos rumbos porque no cabe duda de que, si las personas mayores hubieran sido atendidas, controladas y seguidas por Servicios de Geriátrica integrales y completos, su evolución hubiera sido mucho mejor. Se hubiera reducido el número de muertes al haber hecho un diagnóstico precoz y comenzado el tratamiento en fases iniciales, tanto en domicilio, como en residencias y Hospitales. Así se hizo en Madrid al haber convocado el gobierno a los Servicios de Geriátrica como actores (no solo consultores), junto con los médicos al cargo de las residencias. Fue una sorpresa el encontrarse con centros que bajo el epígrafe de Residencias Geriátricas no contaban con sanitarios ni dotación de clase alguna.

Justificación de los servicios geriátricos

Partimos de la consideración de que el envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos y sanitarios. Es multifactorial, multiforme y asincrónico; no sigue una ley única que lo explique, y su característica fundamental es la adecuación del rendimiento funcional al paso del tiempo que se traduce en una lentitud, dificultad e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y sociales.

Como en tantos aspectos de la vida, la edad de 65 años como umbral entre la edad adulta y la vejez, no responde a criterios científicos sino a decisiones-veleidades de políticos. Así, lo hizo el canciller Otto von Bismark en 1883 quien decidió que la edad a la que debería comenzarse a recibir emolumentos generados durante la vida laboral activa eran los 65 años. Pero este señalamiento carece de base científica y es otro de los tabúes que debemos erradicar al considerar que, llegada esta etapa, el organismo envejece abruptamente y no es tributario de ningún tipo de cuidado. Probablemente, ello fuera motivo de la siguiente reflexión de Julián Marías: “Muchas veces he pensado en esas personas viejas, achacosas, enfermas, acaso pobres, que viven solitarias, cuyo horizonte inevitable y próximo, tal vez inminente es la muerte. Hay muchos en nuestra época activamente dedicados a persuadirlas que no tiene nada que esperar, que sus males no tienen ni tendrán nunca remedio, que su único horizonte es la aniquilación. No creo que haya despojo comparable”.

En tiempo como los que vivimos en el que con frecuencia se contabilizan al detalle todos los servicios que el Estado presta a los ciudadanos, es preciso resaltar el hecho de que unos servicios geriátricos integrales y completos ahorran muchísimos gastos innecesarios, cuando no superfluos o contraproducentes: en medicinas, exploraciones inútiles, acortamiento de estancia en hospitales, mejor y pronta recuperación funcional con reinserción en la sociedad, preferentemente en domicilio. Está demostrado que la supervivencia de pacientes seguidos por servicios de geriatría en cualquier nivel asistencial, además de reducir el gasto médico, la funcionalidad y calidad de vida es claramente mejor y mucho más barata que si los tratan otros médicos no especialistas en geriatría. Prestemos atención al

siguiente dato: está estudiado y demostrado que la intervención Geriátrica en la Pre-fragilidad y Fragilidad ahorra 420 euros por persona y año. Multiplíquese por varios millones y verán el resultado.

Pero resulta pues imprescindible distinguir entre enfermedad y envejecimiento, teniendo en cuenta que la vejez no es en sí misma una enfermedad, pero requiere de una atención médica especializada. En este sentido podemos establecer como definición más apropiada de la geriatría como la “rama de la Medicina que se ocupa no solo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la comunidad”.

Podemos, pues, señalar las características del paciente geriátrico en el sentido de que:

- Generalmente es mayor de 75 años. Diferente de la edad para percibir la pensión de jubilación, mantenida en 65 años.
- Con asociación de enfermedades
- Con enfermedades frecuentemente no informadas y presencia de síndromes geriátricos (caídas, inmovilismo etc.)
- Con enfermedades que tienden a la incapacidad
- Con consumo de tres o más medicamentos / día
- Con condicionantes funcionales que limitan la capacidad de autosuficiencia
- Con condicionantes mentales que afectan al área cognitiva o afectiva
- Con condicionantes sociales que dificultan el control y seguimientos de las patologías presente.

Al mismo tiempo hay que advertir de algunos errores conceptuales en los que se suele incurrir, tales como:

- Identificar Geriatría con la asistencia a todas las personas mayores
- Identificar Geriatría exclusivamente con la asistencia a enfermos crónicos
- Confundir las distintas situaciones de enfermedad y el nivel de asistencia que corresponde a las mismas.
- Desvirtuar, por exceso o por defecto, la relación entre lo médico y lo social
- Desconocer o desvirtuar el concepto de interdisciplinariedad

En conclusión, no hay una edad determinada para considerar la atención geriátrica, si bien por razones “políticas”, se mantienen los 65 años como referencia desde hace más de un siglo. Sin embargo, con independencia de la edad, hay personas que reúnen el perfil de enfermo tributario de atención especializada e inexcusable por Geriatría recogidas bajo el epígrafe de “paciente geriátrico”.

Con alguna frecuencia se ignora que la Geriatría es una especialidad médica tipo MIR, aprobada en España desde 1978. Por tanto, no es correcto considerar que a los mayores puedan diagnosticarlos y tratarlos casi todos los médicos con la misma efectividad que los especialistas en Geriatría. Según esta errada visión, no sería necesaria la Geriatría como especialidad médica, al considerarla como una especialidad de bajo perfil técnico, al alcance de cualquier médico, opinión aberrante a todas luces.

Ignoran, pues, de modo flagrante que los geriatras son los profesionales expresamente formados para diagnosticar y tratar tanto los problemas clínicos como para prevenir, diagnosticar

y tratar algo de tanta trascendencia sociosanitaria como el llamado síndrome geriátrico de fragilidad, retrasando con ello la llegada del síndrome de dependencia, de tan formidables consecuencias sociosanitarias.

En resumidas cuentas: debería quedar clara la necesidad de la Geriátrica como especialidad imprescindible, y mucho más en los momentos actuales. Otro error no menos grave es suponer que la Gerontología acredita para diagnosticar, tratar y seguir la evolución de enfermedades. Es obvio que para la práctica médica es necesario tener el título de médico, y para practicar como especialista haber obtenido el título de la correspondiente especialidad: especialista en Geriátrica en nuestro caso.

La geriátrica en Extremadura

Antes de entrar en la consideración de las necesidades de Extremadura en materia geriátrica, tendríamos que examinar cómo están establecidos estos servicios en países de nuestro entorno y en concreto en otras Comunidades Autónomas. En la actualidad, la Geriátrica es especialidad médica homologada en muchos, tales como Reino Unido, Italia, Irlanda, Holanda, Noruega, Suecia, Islandia, así como en Japón, Canadá y Estados Unidos, entre muchos. Todos ellos con dotación de personal y medios necesarios para poder prestar un servicio integral a los mayores.

Por lo que se refiere a España y a las Comunidades Autónomas, hay de todo como en botica, pero lo importante es que nos fijemos en nuestra Comunidad y seamos conscientes de qué está mal por falta de decisión política.

Destaco, de las que conozco personalmente, Madrid con veintiséis Hospitales dotados de Unidades de Geriátrica

operativas. Tengo la impresión de que todavía la sociedad no ha terminado de asimilar la necesidad de que los geriatras asuman de forma especializada la atención a la población envejecida, tal como sucede con otras especialidades médicas.

El Sistema Sanitario Público de Extremadura se ordena en 8 Áreas de Salud: Badajoz, Mérida, Don Benito-Villanueva de la Serena, Llerena-Zafra, Cáceres, Coria, Plasencia y Navalmoral de la Mata, cada una de las cuales cuenta con un Hospital de Área y, en algunos casos, se implementan con otros hospitales complementarios constituyendo los llamados Complejos Hospitalarios, que actúan funcional y estadísticamente como un solo centro sanitario. Y así, los hospitales públicos del Área de Badajoz, Mérida, Don Benito-Villanueva de la Serena, Llerena-Zafra y Cáceres, funcionan como un solo hospital, pues son considerados Complejos Hospitalarios de Área.

Atendiendo a su finalidad asistencial en Extremadura, nos encontramos 14 hospitales generales públicos, 2 hospitales públicos Sociosanitarios (Asistencia Psiquiátrica) y 1 hospital Especializado (Centro de Rehabilitación Neurológico de Extremadura en Mérida). Se considera que para la población de Extremadura, la red de hospitales públicos es suficiente para la población que atiende, pero es llamativo y fuera de toda lógica que, para una población envejecida, pluripatológica y dependiente, únicamente en dos de los Centros sanitarios públicos (Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres y Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, (este último dependiente del servicio de Medicina Interna) sin que se considere a la especialidad de Geriatria dentro de la cartera de servicios. (Cortesía el Dr. Juan Ramón Gómez Martino. Director Médico de Atención Especializada del Complejo Universitario de Cáceres).

El primer y único Servicio autónomo de Geriátrica de Extremadura se inauguró el 6 de mayo de 1991 en el Hospital Virgen de la Montaña de Cáceres. Actualmente el Servicio de Geriátrica del área de salud de Cáceres está ubicado en el Hospital San Pedro de Alcántara.

Es interesante fijarnos en las funciones asignadas al entonces nuevo Servicio de Geriátrica:

- Ofrecer a los usuarios del área de salud de Cáceres atención geriátrica especializada; es decir, prestar atención a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos conforme a las directrices estructurales y organizativas referentes en la asistencia geriátrica.
- Su objetivo prioritario es la recuperación funcional del anciano enfermo e incapacitado hasta el máximo nivel posible de autonomía e independencia, facilitando así su reintegración a una vida autosuficiente en el domicilio y entorno habitual.

Una primera conclusión, independientemente del respeto a cualquiera otra opinión técnica, es la poca o nula atención prestada en Extremadura a la atención Geriátrica especializada. Se han olvidado de promover la asistencia Geriátrica especializada en Badajoz y su provincia, situación mantenida hasta nuestros días. La única solución es dotar de Servicios de Geriátrica a las 8 áreas de Salud: Badajoz, Mérida, Don Benito-Villanueva de la Serena, Llerena-Zafra, Cáceres, Coria, Plasencia y Navalmoral de la Mata.

Las residencias de mayores en Extremadura

Las instituciones hospitalarias para atención a mayores provienen de los pueblos más civilizados de nuestro pasado. Así lo atestigua la figura histórica de San Basilio (años 330-

379), creador, cerca de Cesárea, de un complejo sanitario hospitalario, verdadero adelantado de la historia hospitalaria occidental cristiana, en el que había una casa para ancianos, denominándose “basilios” a este modelo asistencial.

Desde tiempo remotos, pues, se entendió que las características del enfermar de los mayores, no era superponible a la de los adultos más jóvenes. Posiblemente por ello los monasterios se fueron dedicando cada vez más a la atención de enfermos inválidos y, como consecuencia, a los cuidadores de éstos se les enseñaba la medicina y enfermería de entonces.

Indudablemente estos sistemas asistenciales comportaban un principio importante: la atención a los enfermos debe hacerse por personal debidamente adiestrado no solo como profesional individual sino componente del equipo multidisciplinar (médico y enfermeros en esta época).

Dejando atrás esos tiempos remotos y la evolución registrada en los servicios de atención hospitalaria a lo largo de la historia, lo cierto es que hoy día la sociedad exige y necesita la creación y mantenimiento de establecimientos especializados de atención a los mayores. Se me ha preguntado cómo hacer una planificación geriátrica en estos centros, en las Residencias de Mayores y detallaré cómo puede hacerse efectiva.

- En todas las Residencias Geriátricas debe haber un “equipo geriátrico”, con los mismos componentes que en los Hospitales. En el caso de que no haya médico Especialista en Geriátrica, es imprescindible que el médico responsable de la Residencia esté en contacto, al menos telefónico, con su geriatra de enlace, figura que ha sido creada recientemente por los Servicios de Geriátrica de Madrid, para poder prestar el servicio eficiente a todos aquellos centros geriátricos que

tengan necesidad de ello. Esta nueva figura asistencial es la de un médico del Servicio de Geriátría hospitalario para consulta y valoración conjunta del tratamiento a seguir en la Residencia y, si fuese necesario, sugerir el traslado al Servicio de Geriátría hospitalario.

- Independientemente de la atención a los mayores en las Residencias Geriátricas, debemos de establecer unos Servicios de Geriátría bien dotados de personal y medios y que cuenten con una sección de ayuda a domicilio que, debidamente dotada de personal, material y transporte, cubran, en coordinación con los médicos de familia, la problemática de estos pacientes. En todo caso, para ser tributario de este tipo de atención, es necesario que esté indicada y evaluada por Geriátría.

El futuro de la geriatría

En el momento actual, la Geriátría es una disciplina científicamente consolidada y la presencia de temas de contenido geriátrico, tanto clínicos, como asistenciales y de doctrina, es hoy habitual no solo en revistas y libros propios de la especialidad, sino también en publicaciones del mayor impacto, orientadas hacia la Medicina Interna y otras especialidades.

Sin embargo, la Geriátría, de facto, se posterga o se ignora en gran parte del ámbito médico -asistencial español. Muchos de los médicos y gerentes de hospitales y políticos incluidos (ministros y consejeros de Sanidad) no saben qué es la Geriátría y qué es la Gerontología. Creen que la atención Geriátrica especializada puede ser remplazada por médicos especialistas en Medicina Interna, Atención Primaria. incluso por la Gerontología.

No es de extrañar ya que la Pediatría tardó en aceptarse como especialidad diferente de la Medicina Interna casi 100 años, llegando incluso a amenazar a los médicos que la practicaban y defendían con expulsarlos de la Sociedad Americana de Medicina. Espero que estas consideraciones, contribuyan a convencer a los gestores de la necesidad imperiosa de la Geriátría

Resulta, por otra parte, necesario fomentar las vocaciones universitarias por la especialización en Geriátría en las Facultades de Medicina. Por mi experiencia docente, recuerdo que en Salamanca tuvimos, en las primeras hornadas de geriatras, un pequeño grupo de médicos que eligieron vocacionalmente la Geriátría. Hoy ejercen como Jefes de Servicio y Profesores titulares de Geriátría. O jefes médicos en algún medio de comunicación desde donde no cesan en “predicar” su necesidad e importancia. Indudablemente para el ejercicio profesional de la Geriátría hay que tener mucha vocación, ya que, además de su dificultad clínica, no tienen el respeto de los colegas, ni la resonancia ni el glamour de otras especialidades como la cardiología, por poner un ejemplo.

A modo de conclusiones

Los años que he dedicado la docencia y al ejercicio de la Medicina, así como a estudiar y a documentar las experiencias que en el mundo se vienen promoviendo en la atención y prevención a los mayores, me permiten, modestamente, recomendar con pleno convencimiento estas tres medidas a modo de conclusiones:

1. Todos los Hospitales reseñados deben contar con un Servicio de Geriátría independiente y autónomo integrado al menos por:

- Médicos especialistas en Geriatría
 - Enfermeras especialistas en Geriatría
 - Psicología (Psico-Geriatría)
 - Fisioterapeuta
 - Terapeuta Ocupacional
 - Trabajador Social
2. Los servicios geriátricos deben extenderse igualmente a las Residencias de Mayores y, en el caso de que no fuera posible, la asistencia médica responsable ha de estar coordinada con un geriatra de enlace para consulta y valoración conjunta.
 3. La conexión geriátrica es necesaria por varias razones siendo la más importante que las manifestaciones clínicas y el proceder terapéutico incluyendo dosis y cronoterapia, difieren sensiblemente del recomendado para los adultos jóvenes. Otra razón es que cuando un mayor ingresa en una Residencia, suele desarrollar un síndrome de fragilidad que más pronto que tarde conduce a la instauración del síndrome de Dependencia. Por tanto, entre los objetivos inexcusables de un centro Residencial es retrasar y comprimir los años de dependencia y sufrimiento lo más posible. Lo que coloquialmente conocemos y repetimos “añadir vida a los años”.

Tengo amistad desde su etapa de formación con un médico extremeño que ha dedicado su vida completa a la medicina familiar en Cáceres. Nadie como los médicos de esta especialidad están más autorizados para opinar y aconsejar sobre el tratamiento profesional de los mayores. No olvidemos que la consulta en los centros de Salud es el mejor observatorio para diagnosticar y evaluar nuestros sistemas sanitarios. El doctor Agapito Gómez Villa, por lo demás un acreditado articulista

en la prensa regional, me ha autorizado a reproducir uno de los innumerables artículos de opinión. Se publicó hace diez años y se titula “Los geriatras son culpables” y este es su texto completo:

“Los geriatras son los culpables, sí, de que el día de mañana no haya pensiones para todos. Como lo oyes. Por su culpa, por su grandísima culpa, los viejos se mueren diez años más tarde, que le entregas un anciano hecho un pobre guiñapo, atiborrado de pastillas, y en cuatro días te lo devuelven hecho un quinto. Bueno, un quinto no, que ya no hay quintos, como cuando la mili era obligatoria. Boutades aparte, los geriatras hacen verdaderos milagros con los ancianitos, que por/para algo hacen una dura especialidad. Antes de nada, es necesario reseñar que, del mismo modo que la biología de un niño no es la de un adulto pequeñito, la del anciano no es la de un adulto avejentado. El anciano tiene una biología propia, lo que determina, y de qué manera, la diferencia respecto del adulto, en todas y cada una de sus funciones vitales. Muchas son las teorías al respecto (consúltese “Geriatría desde el principio”, del profesor Macías Núñez), pero, ni éste es el lugar, ni creo que haga falta insistir sobre el particular para que me entiendan. Nada, pues, más lógico y natural que el que existan dos especialidades como la copa de un pino, dedicadas a sendas etapas de la vida, tan radicalmente distintas, cual la infancia y la senectud: pediatría y geriatría. (Los geriatras son los pediatras de los viejos.)

A estas alturas de la liga, ¿duda alguien de que el niño enfermo donde mejor está es en manos del pediatra? En efecto, la pediatría ha ido creciendo en sabiduría y extensión, llegando hoy su onda expansiva, felizmente, hasta los últimos

rincones del orbe rural. Sin embargo, sin saber por qué, no sucede lo mismo con la geriatría. Al día de hoy, los geriatras siguen confinados al ámbito hospitalario, tan necesarios por otra parte, cuando lo lógico sería que estuviesen, tiempo ha, integrados en la medicina ambulatoria. Como los pediatras. ¿Por qué los unos sí y los otros no? Que alguien me lo explique. El agorero de guardia ya estará pensando en que no corren buenos tiempos para la lírica senecta, lo del dinero y todo eso. Muy al contrario. Está demostrado que por cada geriatra ejerciente, se produce un ahorro económico impresionante. ¿Que cómo es eso posible? Por dos razones fundamentales. Una, porque los ancianos tratados por geriatras generan muchos menos ingresos hospitalarios; y dos, porque, en manos del geriatra, el anciano pasa de tomar tres puñados de pastillas diarias, a la mitad como mucho. El cardiólogo sabe mucho de cardiología, y pone su tratamiento. El urólogo sabe mucho de urología, y pone el suyo. El digestólogo lo sabe todo del aparato digestivo... y así seguido. Además de los granos de arena farmacológica que aportamos los médicos de cabecera, que no son escasos. Total, que cuando el anciano llega al geriatra, lleva una bolsa repleta de medicamentos hasta las trancas: lo hemos visto mil veces. Y eso no hay cuerpo que lo aguante. Entonces, llega el geriatra, que tiene una visión geriátrica del paciente (para eso ha estudiado, ¿o no?), empieza a retirarles las pastillas sobrantes, y te lo manda para casa hecho un chaval, o chavala, claro.

En verdad, en verdad les digo que la geriatría ambulatoria, que hoy los torpes ven como algo imposible, acabará cayendo como fruta madura. Como hubiese dicho mi madre, de balde lo hemos de ver”

EL VIEJO Y EL MAL

Agustín Muñoz Sanz

Médico infectólogo, profesor universitario, académico y escritor. Ha sido jefe del Servicio de Patología Infecciosa del Hospital Universitario de Badajoz hasta septiembre de 2018, renuncia voluntaria. Doctor por la Universidad de Extremadura. Profesor titular de Patología Infecciosa (en activo) en la misma. Académico de número, vicepresidente y portavoz de la Academia de Medicina de Extremadura. Autor de teatro y de cinco obras de narrativa.

“Nadie debería estar solo en su vejez”

Ernest Hemingway. El viejo y el mar.

Si la juventud es una enfermedad que se cura con el paso del tiempo, ¿qué es la vejez? Alguien, distendidos los frenos de la prudencia, podría contestar que la vejez es una juventud mal curada. Dicho con la voz inconfundible de Alberto Cortez: la vejez es la más dura de las dictaduras, la grave ceremonia de clausura de lo que fue la juventud alguna vez. Acierta el cantor con la “ceremonia de clausura de la juventud”. Clausurar es cerrar. Se cierra un capítulo anterior. El libro de la vida tiene, como todos los libros, un capítulo final y el colofón.

Se diga lo que se diga, la vejez “sienes de plata de los japoneses” carece de una definición fácil (hay decenas). De hecho, se la confunde con el envejecimiento. El envejecimiento empieza antes de nacer. La vejez (o senectud) es la etapa final de la vida,

mucho más tardía. La vejez, de dimensión temporal variable, es el último tramo, previo a ser solo recuerdo alojado en la memoria de los afectos. Llega la vejez, cuando lo consigue, tras recorrer los distintos trechos de la carrera de obstáculos de la existencia. Aunque muchos hocican en las verdes veredas de la infancia, juventud o madurez. El ser humano nace con involuntaria vocación de envejecer. Antes de que la iglesia y el juzgado anoten la filiación del neonato en los papeles oficiales, ya vienen instalados de serie, en el genoma humano, los telómeros (del griego telos/final, y meros/parte) cromosómicos donde está escrito, con solo cuatro letras, el código genético del hecho natural y fisiológico de envejecer. En la punta telomérica de los cromosomas, cabo Finisterre del devenir, reside el faro que alumbra el crepúsculo existencial, o mejor, el reloj que marca las horas del envejecimiento. Uno “usted y yo” se pasa toda la vida envejeciendo para llegar a ser viejo. Se puede colegir que envejecer no es malo, sino un hecho normal, como tampoco es malo respirar, dormir, miccionar o digerir los alimentos. Es la vida.

Vivir, según nos enseñó Séneca, es morirse día a día. No en vano le dijo a Lucilio (Epístolas morales. Del uso del tiempo) que nos engañamos al considerar que la muerte está lejos de nosotros, cuando su mayor parte ha pasado ya, porque todo el tiempo transcurrido pertenece a la muerte. La dueña. Dejemos ahora a la dama guadañera hacer su trabajo, pero sin facilitarle la siega. Con el espíritu de lucha de la monja moribunda. La superiora del convento le dijo, junto al lecho de muerte: “Sor Virginia, ¡qué envidia! Ya está usted a punto de entrar en la casa de Dios”, a lo que la yacente contestó, muy seria: “Sin prisas, reverenda madre superiora, sin prisas... Que, como se está en la casa de una”.

Ser, o llegar a, viejo no es moderno

Se suele decir que la esperanza de vida (es decir, la valoración del promedio de años que vive un conjunto de personas nacidas el mismo año) hoy, cerca ya de superar el primer cuarto del siglo XXI, es notablemente mayor que en la remota Antigüedad, en la oscura Edad Media, o en el iluminado siglo de las luces. Una verdad relativa, como casi todas las verdades. Solo la muerte es la verdad absoluta. Es cierto que la esperanza de vida actual en algunos lugares del mundo económicamente desarrollado es alta. O muy alta (supera los 83 años), pero la media mundial está en 70,5 años. España ha perdido fuelle, pero sigue situada entre los más longevos, en la cabeza de la “champions” de viejos y ancianos. Un colectivo que conforma el 9,49% de la población mundial. Uno de cada diez.

Por poco que nos fijemos en algunos de los grandes personajes de la historia, los que por sus méritos dejan marcadas las fechas de nacimiento y muerte, destacan numerosos ejemplos de notables personas de edad longeva. Platón (siglo IV a. C.), un gran defensor de la veteranía murió a los ochenta años; su discípulo Aristóteles, con una postura ideológica distinta, claudicó a los 62. Catón el viejo, el modelo utilizado por el político y jurista Marco Tulio Cicerón para escribir su *De senectute*, firmó el finiquito a los 84 (Cicerón, sin embargo, atravesó la laguna Estigia, navegada por el remero Caronte, a los 63: en este aspecto, Marco Tulio fue más aristotélico que platónico). Mucho más cerca en el tiempo de ahora, nuestro sin par Ramón y Cajal alcanzó los 82 años y, como prueba de su atrevida juventud intelectual, se permitió escribir *El mundo visto a los ochenta años* (1934).

Son excepciones porque, casi por norma, en sus épocas, las personas el pueblo llano e insano morían mucho más jóvenes. Sobre todo, los pobres de solemnidad (hacinamiento, mala alimentación, enfermedades, guerras). No deja de ser una gamberrada catalogar de solemne la pobreza. Todavía hoy, en determinadas zonas del planeta no más evolucionadas que aquellas de tiempos remotos, la edad del Requiescat in pace es bochornosamente baja (Zambia, Angola y Suazilandia no llegan a los 40, veinte años menos que la media mundial y de cuarenta menos que los más longevos; y ¡en el siglo XXI!). La relación entre longevidad y economía es indiscutible, aunque, paradojas de la vida, hay países muy ricos y poderosos, como los Estados Unidos de la América del Norte, que no están a la cabeza. Como hay bolsas de miseria en los países y ciudades potentes, guetos más cercanos al mundo infra desarrollado que al propio. Una de las varias razones no es el hambre, sino su peligrosa antítesis: el exceso de comida insana (sobrepeso y obesidad).

Soledad de soledades

Cuando se habla de los ancianos y de sus circunstancias se suele pensar en el cáncer, las demencias, las infecciones o los ictus. Pocos son los que apuntan su dedo hacia la pandemia de soledad. Y, cuando lo hacen, los demás miran (o miramos) al dedo de quien señala el problema, emulando al necio que ignoró la luna apuntada por el sabio. Si difícil es definir la vejez, qué decir de la soledad. En este concierto literario pasamos del hispano-argentino Alberto Cortez al egipcio-francés Georges Moustaki. Como él podemos decir que la soledad será, en mi último día, mi última compañera.

La soledad es algo muy distinto del aislamiento social. Es una de las peores sensaciones experimentadas por el ser humano. La ausencia considerable de relaciones sociales, una carencia indeseada, no querida. Normalmente, es la soledad que se tiene como un problema, como un déficit de incorporación, de participación, de interacción social, según anotan Juan Diez Nicolás y María Morenos Páez (La soledad en España, 2015). La soledad lleva martilleando los muros de la humanidad, sobre todo en los países ricos, desde hace más de cien años. El Macondo que habitamos está sobrepoblado por miles de seres invisibles. Almas en pena que habitan los camposantos laicos de acogida de ancianos, las salas impersonales de los centros hospitalarios y el desierto afectivo de los asilos. Si alguien percibe cierta dureza, le sugiero leer la entrevista hecha al actor Viggo Mortensen (director de la película “Falling”) en El País. La soledad es inmunodepresora.

De la senectud ciceroniana a la senescencia inmune

Si aceptamos el hecho fisiológico del envejecimiento y la realidad de la senectud como etapa final del mismo, parece obvio entender que las cualidades físicas (fuerza, equilibrio, agilidad, resistencia) e intelectuales (memoria, capacidad cognitiva) del ser humano pierden fuelle con los años. No debe costar trabajo entender que algo similar sucede con la potencia o fuerza de respuesta del organismo humano a las agresiones externas e internas. El sistema defensivo inmunitario (las defensas) se gesta en el útero materno, se desarrolla en la infancia y alcanza su máximo esplendor en la juventud, para perder brío y eficacia después de la madurez tardía. En la vejez, este importante mecanismo defensivo

suele estar decaído, marchito como una rosa amustiada. La intensidad del fenómeno de declive inmunitario difiere de unas personas a otras, dependiendo de numerosas variables: genética, alimentación, hábitos de vida sanos e insanos, infecciones previas, vacunaciones, nivel socioeconómico, nivel intelectual y de instrucción, ejercicio físico, salud espiritual, etcétera. Sin olvidar la citada soledad, con sus agravantes el abandono, la desidia y el desprecio, los factores más demoleedores de la integridad de la persona en todas sus facetas: física, psicológica, intelectual, moral y del espíritu.

Es innegable que la vejez se asocia, desde la óptica inmunitaria, a una etapa o periodo de inmunosenescencia. La senescencia celular es el detenimiento de la división celular normal después de pasado un tiempo. La inmunosenescencia es la senescencia de las células inmunes. El deterioro de las defensas. Una lacra más. Las llamadas inmunidad innata (que traen de fábrica los mamíferos) y la adquirida (formada a lo largo de la vida tras la exposición repetida a estímulos antigénicos) aminoran su capacidad de respuesta cuando son senescentes (viejas). Disminuye así la inmunovigilancia, lo que permite el desarrollo de los tumores, el fruto de la proliferación anárquica de células inmortales. También disminuye la respuesta de anticuerpos y de las células linfocitarias, lo cual facilita el desarrollo de infecciones por virus, bacterias, hongos y de cualquier microbio con afanes invasores. Esta es la razón de que, cuando hay un atropello periódico o estacional (por ejemplo, la gripe de todos los años) o un tsunami epidémico o pandémico (otras famosas y letales gripes, o el actual coronavirus), sea bastante común leer en la prensa o escuchar y ver en los medios radiotelevisados que el número de fallecidos por tal o cual infección es más alto (¡y de qué manera!) en el grupo de ancianos,

viejos, yayos o abuelos. Es la inmunosenescencia, estúpido, habría dicho Bill Clinton, aunque nunca expresara su boca la famosa frase sobre la economía. Pero no solo de inmunosenescencia sufre la persona mayor.

Todo problema tiene una solución

Así reza la sentencia popular que continúa diciendo “aunque la solución sea un problema”. ¿Qué hacer frente a un fenómeno fisiológico (el envejecimiento), absolutamente normal cuando se encara en una etapa biológica tardía (la vejez) de cualquier persona? Pues conocerlo mejor (en eso trabajan la ciencia, la medicina y el estudio de los telómeros y otros muchos numerosos aspectos del asunto), aceptarlo (con espíritu senequiano, o estoico) y procurar que el tránsito por dicha etapa sea cómodo, confortable, tranquilo (con medidas de prevención de los posibles inconvenientes). Para ello, si sabemos dónde están las raíces del problema (o de los problemas), las causas, los factores que favorecen su desarrollo, las contingencias que lo empeoran, las circunstancias que pueden modificarlo, ¿por qué no intentar prevenirlos o, en su defecto, amainarlos?

No es quien escribe esta colaboración la persona más adecuada para hacer recomendaciones habiendo profesionales muy capacitados de la geriatría, la sociología, la psicología, las ciencias del deporte, numerosas especialidades médicas, los fisioterapeutas y profesionales de otras disciplinas. Pero se puede opinar, aunque sea desde un ámbito personal. Plantear algunas propuestas. Lo que no se puede hacer es no hacer nada. Veamos.

Exámenes periódicos de salud: Esto resulta obvio, pero es una necesidad absoluta. Nunca estará más justificado prevenir que curar. La revisión periódica de los mayores por sus médicos

de familia y otros profesionales sanitarios, en el centro de salud, el domicilio o el centro de acogida, es una necesidad perentoria. Antes de enfermar y, por descontado, cuando se padece de cualquier mal asociado al estado biológico. El despistaje de patologías pulmonares, cardiovasculares y hepáticas, más aún si ha habido factores de riesgo previos (tabaco, alcohol, determinadas profesiones), es perentorio. Lo mismo cabe decir de los problemas genitourinarios, en ambos sexos, y, por descontado, vigilar las patologías cerebrales que se presentan de forma progresiva, muy sutil, apenas perceptibles. El despistaje de tumores (colon, mama, próstata, pulmón y otros) es obligado. No se debe pasar por alto algo de gran importancia por la repercusión que puede tener: vigilar, prevenir y, en su caso, tratar la patología bucodental. Una dentadura adecuada es garantía de buena masticación, digestión y alimentación. De salud. No creo que haya que justificarlo. Sin olvidar la importancia fundamental de la visión (natural o ayudada por lentes y las correcciones de problemas como las cataratas y el glaucoma) además de una buena audición (el propio oído o la ayuda de los audífonos).

Alimentación: Con buena o mala dentadura (una situación indeseable), se debe garantizar que la alimentación sea la adecuada a la edad y al gasto energético. Variedad en la dieta, con una proporción justa de hidratos de carbono, grasas sanas y proteínas de origen vegetal y también animal (los lácteos y los huevos son excelentes para este objetivo). Fibras, frutas y verduras de temporada. Si hubiera problemas masticatorios, se debe facilitar la ingesta mediante el incremento de sopas, cremas, purés y todo tipo de estrategias que ayuden a deglutir sin dificultad. Por la boca muere el pez y puede morir el anciano.

Ahora está muy de moda la vitamina D, como un curalotodo pues su carencia se relaciona con fracturas, problemas cardiovasculares, algunos tumores, diabetes y deterioro de la inmunidad. Si hay una dieta adecuada (lácteos, quesos, yogur, kéfir) y se toma el sol adecuadamente, no debería haber problemas. Pero si sabemos que el 70-80% de la población extremeña tiene valores bajos de esta vitamina/hormona, no sería descabellado conocer los niveles de cada uno y, en su caso, aportar la citada vitamina en dosis diaria.

Ejercicio físico: El gasto energético basal (las calorías que se consumen en reposo para mantener la compleja maquinaria corporal –*De humani corporis fabrica*– (que describió magistralmente Andrea Vesalio en el siglo XVI) está disminuido en los mayores. Pero esta realidad metabólica no impide hacer ejercicio regular y ajustado a las condiciones físicas y fisiológicas del sujeto. De modo muy general, y a título orientativo (las pautas deben ser indicadas por los fisioterapeutas) podemos señalar lo siguiente: el ejercicio debe ser regular, según las condiciones y previo un estudio cardiovascular para determinar la capacidad y la tolerancia. Ha de ser diario, con descanso el fin de semana, o en días alternos. De 30 a 60 minutos (al menos, 150 minutos semanales). Combinando ejercicios aeróbicos (caminar, trotar, bicicleta, natación, baile, subir escaleras) con los anaeróbicos de fuerza-resistencia (pesas o mancuernas ligeras, gomas). Caminar a paso ligero (se puede hablar mientras se anda) entre 3 y 6 kilómetros permite consumir 120- 150 calorías, pero no es el consumo de energía lo que importa, salvo si hay sobrepeso, obesidad o diabetes mellitus. Importa mejorar la salud cardiovascular: disminuye el 31% el riesgo de un evento y el 32% el riesgo de muerte.

También mejora la sensación de bienestar general (incrementa la energía vital) y regula el sueño, más prolongado y profundo, beneficiando a otras esferas fisiológicas. Mantenerse en forma fortalece los huesos, que empiezan a perder densidad mineral poco después de la treintena; los mayores son candidatos irremediables a la osteoporosis, lo cual supone el riesgo cierto de fracturas espontáneas o secundarias a caídas. El ejercicio reglado, y ejecutado con prudencia, mejora la forma y la estructura de las piernas y previene o alivia el dolor articular (de las artrosis), aumenta la flexibilidad, el balance y la estabilidad de quienes empiezan a notar los inconvenientes asociados a la pérdida de estas capacidades. El ejercicio no es patrimonio de los deportistas y de los jóvenes, sino de todos. No se debe entender como una ayuda, aunque necesaria, para perder o mantener el peso, sino como una actividad que mantiene en forma al cuerpo, por las razones dichas antes, y al espíritu. Las endorfinas, o moléculas asociadas al placer, generadas durante el ejercicio son el sustrato bioquímico soterrado en la sátira, mal entendida de Juvenal: *Mens sana in corpore sano*. Muy probablemente, el alma se encuentra más cómoda en un cuerpo sin goteras ni pastillas.

Ejercicio mental: Si necesario es ejercitar los músculos, tendones, ligamentos y articulaciones, no menos obligado y conveniente es, en la etapa propecta de la vida, agilizar las sinapsis o terminaciones que comunican las complejas e interrelacionadas redes neuronales. Contra la común creencia, las sinapsis neuronales no son estructuras rígidas, sino un sistema de comunicación en continuo afán adaptativo que depende del tránsito de estímulos. Estos son muy variados en su origen y características: lectura en cualquiera de sus mil formas; observar pinturas, fotografías o paisajes; escuchar y practicar música;

asistir a conferencias; ver documentales y películas. Se trata de no dejar pasar el tiempo. Como dijo el poeta-filósofo, el tiempo no pasa, sino que pasamos nosotros. El pasado es inamovible, el presente tiene vocación irremediable de pasado y el futuro siempre es incierto. A estas alturas de la tragicomedia, ni siquiera se puede asegurar que llegue. Pero estimular el cerebro, en el presente, es una inversión muy barata y tremendamente eficaz. Rentable para el individuo y provechoso para la sociedad. Parafraseando a Marco Aurelio (Meditaciones), lo que beneficia a la colmena es también bueno para la abeja, y viceversa. Pocas actuaciones de inversión pública pueden tener mayores y mejores beneficios. Cuando veo a los ancianos de los pueblos de Extremadura o de Andalucía sentados en la plaza, al sol, calada la boina viendo pasar las horas y los comparo con los de otras zonas geográficas, viajeros impenitentes en sus caravanas, de paseo por las playas, visitando museos y conciertos o jugando al golf, pienso que, muy posiblemente, los segundos ciudadanos han entendido mejor el sentido lúdico y vital de la jubilación, aunque no hayan leído el *Beatus ille* de Horacio ni la Oda a la vida retirada de fray Luis de León. El fondo de la diferencia inter pares no es económico. Es por educación y cultura. Es decir, es perfectamente modificable mediante políticas centradas en mejorar la existencia de los mayores.

Ejercicio espiritual: No me refiero a los ejercicios peripascuales que atravesaron nuestra adolescencia bajo la égida amenazante del pecado y su castigo de cilicio moral. Me refiero a las actividades que permiten mantener la salud del espíritu, el confort y bienestar del alma. Buena parte de lo dicho en el párrafo anterior encaja en este, pero se pueden citar actividades como el asociacionismo, el coleccionismo, la pesca, el yoga y

la meditación, los viajes y las excursiones (¡cuántos paisanos ignoran la historia real y el patrimonio de su pueblo o ciudad!), las reuniones con los amigos y familiares, aun sin la coartada del cumpleaños. La salsa de la vida.

Prevención de infecciones: Se deja este apartado fuera de los cuidados de salud con la clara intención de resaltar su importancia. Quien tiene la suerte de llegar a la edad mayor ha tenido cientos de oportunidades aleatorias de cruzarse con muchos virus y bacterias, de modo natural o mediante los programas de vacunaciones. Debido a estos encuentros, es altamente posible que el sistema inmunitario disponga de una abundante información antigénica acumulada durante años. Suficiente como para plantar cara a un nuevo evento infecto-epidemiológico. Sin embargo, la realidad enseña que las cosas no son como deseamos, sino como en verdad son: hay encuentros azarosos con microbios con capacidad de mutar cada cierto tiempo (los virus de la gripe estacional), o con bichos nuevos desconocidos para el sistema inmune individual y colectivo (el coronavirus pandémico actual, las gripes pandémicas históricas), incluso con algunas bacterias que se han hecho resistentes a los antimicrobianos (infecciones hospitalarias). A lo que hemos de sumar el hecho fisiológico de la inmunosenescencia.

En la actualidad, los sistemas sanitarios del mundo desarrollado disponen de vacunas bien toleradas, eficaces, financiadas (en España) por el sistema de salud pública y muy recomendables desde la óptica preventiva. Podemos citar alguna, eludiendo los detalles técnicos. Por ejemplo, la vacuna contra la gripe estacional: es muy recomendable para todos, en especial para los mayores de 65 años, tengan o no problemas asociados (comorbilidades); se debe utilizar la vacuna trivalente

(dos cepas de virus gripal A y una de B) en dosis reforzada (60 microgramos frente a los 15 prescritos en la vacuna convencional). En las personas con más de 85 años, y en quienes viven en residencias o casas de acogida, es conveniente utilizar la vacuna cuádrivalente (dos cepas de virus A y dos cepas de virus B). Por otra parte, hay una vacuna muy eficaz que ha cambiado el panorama epidemiológico: la vacuna contra el neumococo (conjugada de 13 antígenos neumocócicos y polisacárida de 23). Se debe poner una dosis única a partir de los 65 años; es muy bien tolerada y muy eficaz. Por fin, en algunos lugares recomiendan la vacuna contra el virus del herpes zoster que causa el incómodo y doloroso culebrón (vacuna recombinante, dos dosis; la viva atenuada, una dosis, por encima de los 50-64 años, respectivamente). Nuestro sistema sanitario no la tiene reconocida como norma. Hay numerosas situaciones no contempladas aquí (meningitis, hepatitis, tétanos) que deben ser individualizadas en cada caso. Remitimos a los profesionales que cuidan la salud de los mayores. Naturalmente, cuando se disponga de vacunas eficaces y bien toleradas contra el SARS-CoV-2, el coronavirus que causa la covid-19, el colectivo de los mayores será un grupo prioritario para vacunarse. Por cierto, no hemos dicho nada hasta ahora de la actual pandemia. No es un error. Todo lo expresado en las páginas precedentes sirve para esta pandemia y las que puedan venir.

A modo de conclusión

La vejez no es, como la juventud, una enfermedad efímera. Puede ser efímera, pero no es enfermedad. Es una etapa muy interesante y definitiva de la biografía individual. Es, a la vez, el ágora común donde concurren los que con su esfuerzo ayudaron a levantar y mantener el bienestar de todos los conciudadanos. Un colectivo, el de los mayores, que merece la atención y el compromiso de la sociedad y de las instituciones. No solo por agradecimiento y espíritu de homenaje. Es un simple acto de justicia. Justicia en el sentido aristotélico: dar a cada uno lo que se merece. Lo merecido por los mayores es afecto, cuidados, atención y respeto. Lo que ha faltado en el desastre pandémico vigente.

LOS MAYORES COMO GRUPO DE RIESGO EN LAS INFECCIONES POR VIRUS

Pilar Pérez Breña

Dra. en Microbiología con una tesis sobre "Cepas del Virus Respiratorio Sincitial" en la UCM. Miembro del Instituto de Salud Carlos III. Jefe del Área de Virología del Centro Nacional de Microbiología (ISCIII). Especialista en Infecciones por Virus Respiratorios Humanos y otros, como los de Polio, colaborando en su erradicación en España.

A partir de los 65 años se va observando un claro aumento de posibles problemas de salud, que se dispara a partir de los 85 años. A eso se suma el hecho de que vivir en Residencias supone un factor que multiplica el riesgo de sufrir enfermedades infecciosas, tanto víricas como bacterianas.

Existen varias razones para explicarlo, como son: a) - el hecho de vivir en un ambiente cerrado y en contacto estrecho con gran número de residentes (o incluso con los propios cuidadores), favorece que se inicien y extiendan los brotes infecciosos; b) - el agravamiento de las patologías de base u otras infecciones que muchos de los residentes presentaban ya; c) - el envejecimiento del propio organismo va llevando al Sistema Inmunitario a perder su capacidad de reacción, disminuyendo su eficacia en la lucha contra las infecciones.

Por esta razón los grupos de personas que viven en Residencias deben considerarse prioritarios para recibir las vacunas de la Gripe, el Neumococo y, lógicamente, las vacunas frente a COVID-19 en cuanto estén disponibles.

La gripe o influenza

El cuadro clínico de la gripe puede ser reconocido fácilmente por cualquier Médico de Familia. Suele aparecer bruscamente con fiebre alta (entre 38 a 40 °C) y malestar acompañado de dolores musculares, articulares, (principalmente zona dorso-lumbar y piernas), pero también de garganta, dolor al deglutir, cefalea intensa que puede cursar con fotofobia, abundante secreción nasal, tos seca, astenia, y cansancio. La gripe, como el resfriado, tiene una evolución autolimitada, ya que transcurridas 48-96 h. desde el inicio de la sintomatología la fiebre y también el resto de síntomas, empiezan a remitir. Sin embargo la enfermedad puede llegar a ser grave e incluso mortal, sobre todo en las personas incluidas en grupos de alto riesgo. En general y si no surgen complicaciones, el cuadro desaparece como máximo en siete días.

Las complicaciones más habituales son la bronquitis y la neumonía que, en determinados grupos de riesgo pueden tener un *mal pronóstico* e incluso llevar al enfermo a la muerte.

Se transmite principalmente por las gotitas que se expulsan por la boca y la nariz al estornudar y toser. El virus también puede transmitirse por las manos contaminadas. Para prevenir esta transmisión conviene lavarse las manos frecuentemente y cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo al toser.

Tratamiento: En general se emplean tratamientos sintomáticos para bajar la fiebre y el dolor de cabeza, del tipo Frenadol,

Couldina, Bisolgrip, etc que son mezclas de distintos principios activos, con propiedades analgésicas, antihistamínicas, antitusivas, etc. También es aconsejable beber para reponer los líquidos.

Pero también existen tratamientos antivíricos específicos, que solo se venden con receta médica, como el “oseltamivir o Tamiflu” (un inhibidor de la enzima del virus llamada “Neuraminidasa”), que se debe instaurar en los primeros 2 días, si es posible, y mantenerlo durante al menos 5 días. Tiene pocos efectos secundarios y pueden tomarlo también los niños y las embarazadas. Otros antivíricos frente a gripe tienen bastante más efectos secundarios, y los antivirales derivados de la “amantadina” ya no se pueden utilizar a causa de las resistencias que los virus gripales han desarrollado frente a ella. Las personas sanas que no tienen alto riesgo de presentar complicaciones por la influenza y que han contraído la infección, no necesitan ser tratadas con antivirales. Sin embargo es conveniente consultar siempre al médico o al farmacéutico.

Vacunación anual: *es la medida más eficaz para prevenir la gripe*, ya que las vacunas han alcanzado un alto nivel de desarrollo, especialmente en los últimos años.

Se estima que la vacuna de gripe evitó en 2019-2020 entre el 25% y el 40% de las hospitalizaciones y de los ingresos en UCI, y el 37% de los fallecimientos que pudieran haberse producido por esta enfermedad. Los factores que permiten determinar si una persona está en condiciones de vacunarse, han de tener en cuenta fundamentalmente, la edad y el estado de salud (actual y pasado), así como cualquier alergia a la vacuna gripal o a sus componentes. Esta última condición se ha ido minimizando y actualmente se considera que la mayoría de las personas con alergia al huevo pueden recibir la vacuna antigripal (Consultar al médico en el caso particular)

La experiencia existente indica que más o menos el 75% de los casos más graves de Gripe y más del 80% de las defunciones se producen en mayores de 65 años, durante la llamada onda de gripe estacional. Por ello la eficacia de la vacunación antigripal consigue no solo proteger de la gripe a estas personas más vulnerables, sino también reducir la necesidad de atención médica y hospitalización, y por tanto, rebajar el impacto de la epidemia gripal anual sobre la presión asistencial y los fallecimientos.

Es preciso tener también en cuenta, que los virus de la gripe están en constante evolución, y esto es lo que hace que sea necesario modificar los virus que se incluyen en la vacuna cada año, de acuerdo con los datos que proporciona la “vigilancia continua de los virus gripales”. Una consecuencia de esa evolución, es que sea necesario volver a ponerse “una nueva vacuna” actualizada cada año, al comienzo de cada temporada gripal. Según como hayan evolucionado los virus gripales, sería posible que la eficacia de la vacuna pudiera ser menor, pero aún así, y en el caso de que se llegara a producir enfermedad, esta sería más leve.

Este año por coincidir con el COVID-19, es necesario desmontar los bulos que ya están circulando, en contra de la vacunación antigripal, como el que avisa de que una interferencia entre un componente de la vacuna gripal “adyuvada” y el SARS-CoV-2”, podría empeorar la evolución de las personas que posteriormente se infecten por el coronavirus y desarrollen COVID-19. El propio Min. de Sanidad ha emitido una nota sobre este bulo.

Actualización de las Vacunas antigripales: Al llevar a cabo el seguimiento vacunal, se ha podido observar que la eficacia de las vacunas en el grupo de edad mayor de 65 años parece ser menor que la alcanzada en el de 18 a 64 años. Por eso en este momento, se usan en España, dos modalidades especiales de vacuna antigripal para los mayores: la vacuna FLUAD o “vacuna adyuvada”, y la FLUZONE HD o de “Alta-Dosis”. Estas denominaciones se refieren a su composición:

- La *vacuna antigripal adyuvada* “FLUAD”, lleva en su composición un “adyuvante” potente (el MF59), que se utiliza para reforzar la capacidad inmunogénica de la misma, supliendo la pérdida de eficiencia del sistema inmunitario debida a la edad. Se reserva para los grupos de edad mayores de 65 años y se está utilizando tanto en España como en varios países europeos y también en USA. Además el 8/06/2020 la C.E. aprobó la regulación de la **primera vacuna tetravalente* adyuvada frente a gripe**, (aQIV) (adyuvanted-quadrivalent Influenza Viruses) que estará disponible en toda Europa. La fabricará la empresa Seqirus en el R.Unido.
- La *vacuna antigripal* de “Alta Dosis”, está también dirigida en especial a mayores de 65 años y se llama así por llevar 4 veces más antígeno (“alta carga antigénica”) que las que se utilizan para grupos más jóvenes de población, por lo que provoca una respuesta inmune más potente. La vacuna de este tipo FLUZONE HD, de Sanofi Pasteur Inc, que ya se utiliza en España, es además tetravalente¹.

01 Tetravalente quiere decir que lleva 4 cepas de virus (2 del tipo A y 2 del tipo B) que representan a cada uno de los linajes circulantes. Es además muy segura porque emplea virus fraccionados, que no son viables.

Por su alta carga esta vacuna, en unos ensayos clínicos con más de 30.000 participantes, ha mostrado ser hasta un 24% más protectora frente a la gripe que la vacuna habitual. Es además hasta ahora la única vacuna de Alta Dosis inactivada (ya que utiliza virus fraccionados, es decir “no vivos”), lo que la hace especialmente segura para los mayores de 65 años. Se está utilizando también en USA con estas mismas indicaciones.

Por tan especiales características, esta vacuna está destinada a residentes en instituciones geriátricas, con prioridad a partir de 75 años. No está autorizado su uso en menores de 65 años. Se importa como “medicamento extranjero”, acompañada de sus datos técnicos en español.

Las recomendaciones de vacunación más detalladas se encuentran disponibles en la página Web de Ministerio de Sanidad.

La enfermedad neumocócica

Está producida por el NEUMOCOCO, que es una bacteria que causa infecciones leves como la otitis media o la sinusitis, pero también infecciones graves como neumonías, bacteriemias, sepsis y meningitis. La infección por el neumococo se propaga por vía respiratoria, directamente de persona a persona, como consecuencia de un contacto íntimo prolongado. Es el principal agente patógeno causante de neumonías adquiridas en la comunidad, es decir transmitidas entre personas que no hayan estado recientemente, hospitalizadas o muy relacionadas con hospitales.

La enfermedad neumocócica es por tanto una enfermedad grave que puede causar la muerte de 1 de cada 20 de las personas a las que ha producido neumonía, 2 de cada 10 de

las que padecen bacteriemia y 3 de cada 10 de aquellas que han contraído meningitis. Las personas con algún problema de salud subyacente, tienen una probabilidad mayor aún de morir por la enfermedad. El mayor número de muertes por neumococo se produce en personas mayores.

Transmisión: Se produce de persona a persona por medio de la tos, los estornudos y los contactos cercanos. Las bacterias pueden estar en la nariz y la garganta de personas que sin estar enfermas, pueden transmitirlos a los demás.

Vacunación: El calendario de vacunación a lo largo de toda la vida, del Ministerio de Sanidad contempla la vacunación frente al neumococo a los 2, 4 y 11 meses de edad y a partir de los 65 años.

Vacunas frente a gripe y neumococo (2020-21)

Vacunación de Gripe: Se recomienda a todas las personas partir de los 65 años (o a partir de los 60 si se vive en Residencias de mayores o en otro tipo de comunidades). Pero ya que el grupo de población adulta de los mayores de 65 años y los pacientes crónicos, están acostumbrados a vacunarse de gripe, ese momento es bueno para recordarles que son también un grupo de riesgo para el Pneumococo, y que deben ponerse esa vacuna, si no lo han hecho todavía. Muy especialmente si se trata de persona con EPOC o enfermedades respiratorias crónicas, pues su riesgo es muy superior al de un adulto de la misma edad.

Vacuna de Neumococo: Existe una Vacuna de 23 polisacáridos (VNP23), se administra en 1 dosis a partir de los 65 años. Muchas de las personas de esta edad se encuentran además incluidas en “situaciones de riesgo” como las siguientes:

padecer enfermedades cardiovasculares o respiratorias crónicas, o bien hepatopatía, diabetes mellitus o enfermedad celíaca. También se consideran en riesgo especial las personas que viven en instituciones como Residencias y sus cuidadores, con los mismos razonamientos de base que cuando se considera la vacunación antigripal.

Si por alguna razón la persona se hubiera vacunado ya con la Vacuna de 13 polisacáridos, debe consultar con su médico la conveniencia de *revacunarse* con la de 23.

No hay ningún problema en administrar simultáneamente las vacunas antigripal y antineumocócica en la misma cita. Se recomienda que se pongan preferiblemente en distinta extremidad. En caso de que esto no fuera posible y se tuvieran que administrar en la misma extremidad, se separarán al menos 2,5 cm. Hay que contar con que la “vacuna de gripe de alta carga” puede producir un aumento del riesgo de reacción local.

Este año, la coincidencia temporal de la circulación gripal con la pandemia por COVID-19, hace que sea especialmente importante la vacunación de gripe en la población más vulnerable y sus contactos, a fin de reducir las complicaciones causadas por ambas enfermedades y evitar la sobrecarga en el Sistema Sanitario.

Además de las personas mayores de 60 años (y especialmente las de 65 en adelante) y de todas las que vivan en Instituciones cerradas o Residencias, la vacunación es esencial también para los:

- Personal Sanitario de cualquier servicio asistencial, tanto hospitalario como comunitario o de diferentes instituciones.
- Trabajadores de instituciones socio sanitarias (profesionales sanitarios y no sanitarios): geriátricos, centros de atención a

minusválidos o centros de cuidados de enfermos crónicos, especialmente los que tengan contacto continuo con personas vulnerables

- Estudiantes en prácticas en dichos centros sanitarios y sociosanitarios
- Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o mayores (definidos en los 2 primeros apartados)
- Personas que conviven en el hogar (incluidos los niños a partir de los 6 meses) que padezcan enfermedades crónicas y varios tipos de inmunodeficiencias, incluidas personas con SIDA y receptores de trasplantes, así como los que pertenezcan a otros grupos de alto riesgo.
- Importante, también se recomienda la vacunación a todas las personas que prestan servicios esenciales para la comunidad: cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, bomberos y protección civil.

Respuestas a algunas cuestiones de interés

¿Son seguras las vacunas Antigripal y Antineumocócica?

Sí. La Vigilancia y Control de la Gripe y la Enfermedad Neumocócica se investigan profundamente desde hace años en coordinación con la OMS (que recoge datos de todos los países y de la Industria Farmacéutica) por lo que se conocen muy bien y las Recomendaciones de Vacunación frente a ambas han sido elaboradas tras numerosas consultas. Por eso puede afirmarse con toda seguridad que estas vacunas son totalmente seguras y que ninguna de las dos puede producir la enfermedad correspondiente, sino sólo ligeras molestias por el pinchazo y (con poca frecuencia) fiebre o dolor corporal ligero durante 1-2 días.

¿Pueden vacunarse de gripe quienes han tenido COVID y sus contactos cercanos? Sí. Ya que según el Min. de Sanidad, “Una gran parte de los pacientes con COVID-19 pertenecen a grupos de riesgo en los que está indicada la vacunación antigripal, la administración de las vacunas inactivadas frente a la gripe es segura en personas que han superado o que padecen el COVID-19. En pacientes que ya lo han superado o que lo padecen de forma leve o asintomática, se recomienda la vacunación tras finalizar los días de aislamiento recomendados. En pacientes ingresados por COVID-19, es el personal sanitario el que ha de establecer el momento adecuado para administrar la vacunación, teniendo en cuenta su condición clínica.

Los contactos estrechos de un caso confirmado que pertenezcan a los grupos en los que se recomienda la vacunación frente a la gripe, podrán vacunarse una vez superado el periodo de cuarentena sin haber desarrollado síntomas.

¿Por qué es este año más importante vacunarse frente a la gripe? Este año, es más importante que nunca vacunarse de la gripe, porque la coincidencia del COVID-19 y la epidemia anual de Gripe pueden hacer que aumenten las complicaciones en los grupos de riesgo para ambas enfermedades. Si una persona enferma por gripe y por COVID, su riesgo de muerte se incrementa al doble. Además la sobrecarga asistencial en centros de Salud y Hospitales puede aumentar mucho y muy rápido. También se complicaría el diagnóstico diferencial de ambas enfermedades.

¿Cómo se diferencian los síntomas de gripe y de COVID-19? El nuevo coronavirus y el virus de la gripe tienen presentaciones clínicas muy parecidas al principio. Ambos comparten vías de transmisión y causan enfermedades respiratorias, con una gran variedad de síntomas, que pueden ir desde infecciones asintomáticas o con síntomas leves, hasta enfermedades graves y la muerte. Si un paciente presenta algunos síntomas de una enfermedad respiratoria viral este año (como tos, fiebre, secreción nasal, fatiga y dolores musculares), es importante que se lo comunique a su médico y no asuma que tiene gripe o COVID-19, ya que la forma de tratar estas infecciones es muy diferente.

Lo que varía es la proporción de pacientes con sintomatología grave, ya que en el caso del nuevo coronavirus el 80% de las infecciones son leves o asintomáticas, el 15% son infecciones graves, que requieren oxígeno, y el 5% son infecciones críticas, que requieren ventilación. En el caso de la infección gripal los porcentajes de infección grave parecen ser más bajos.

Fiebre, tos y pérdida de olfato/gusto son síntomas comunes a la gripe y al COVID-19, sin embargo, la fatiga, dolor de garganta, dolor de cabeza y dolor muscular parecen producirse con menos frecuencia en COVID-19 que en la gripe. La dificultad respiratoria también parece ser más frecuente en el COVID-19.

Puesto que la sintomatología de gripe, COVID-19 y otros cuadros catarrales es similar, es necesario consultar al médico. Si se ha vacunado de gripe, es más probable que los síntomas puedan deberse a COVID-19.

¿Podrían las medidas tomadas para el control de la pandemia de COVID-19, modificar la epidemia estacional de gripe? Ningún país del hemisferio norte se atreve a hacer predicciones sobre la posible evolución de la gripe en esta temporada en la que estamos también inmersos en la de COVID-19. Sin embargo se destaca la necesidad de poner en marcha todos los mecanismos preventivos posibles, incluyendo ampliar la cobertura de vacunación frente a la gripe. Por otra parte, no se puede predecir el momento de máxima circulación gripal, que puede o no coincidir con las medidas de confinamiento máximas.

Impacto de la pandemia en las residencias

Existen varias formas de valorar la intensidad de una pandemia, pero desde luego las más que fácilmente reflejan su impacto son “el número de infectados” por el patógeno y “el número de muertes”.

Entre el 1 de marzo y el 02 de junio en España se han registrado 43.866 muertes más de las “esperadas” en una situación normal, lo que significa un importante exceso del 42%. Al desglosarlas, 27.934 de ellas fueron confirmadas como COVID-19, pero otras 15.932, no constan como tal en los registros civiles, por lo que no se han contabilizado, aunque probablemente la causa fue la misma.

Se deduce que estos casos que no aparecen en la estadística oficial corresponden a los fallecidos sin una prueba diagnóstica o que murieron en sus domicilios o en residencias, y es difícil calcular su número real.

En la tabla siguiente confeccionada con los datos publicados por RTVE los días 02/07/2020 y 16/11/2020

Casos/ CCAA: Infectados y Muertes por COVID-19

Infectados y fallecidos por COVID-19								
Comunidad Autónoma	INFECTADOS		FALLECIDOS				Porcentaje *** de fallecidos	
	en los meses de		En residencias (R) *		TOTALES (T) **		% de R sobre T	
	julio	noviembre	julio	noviembre	julio	noviembre	julio	noviembre
Andalucía	12.791	201.658	557	1128	1.427	3.354	39,0%	33,6%
Aragón	9.011	67.697	760	1078	912	2067	83,3%	52,2%
Asturias	2.430	17.669	230	405	333	739	69,1%	54,8%
Baleares	2.135	21.449	89	190	224	397	39,7%	47,9%
Canarias	2.372	19.019	19	27	162	318	11,7%	8,5%
Cantabria	2.324	12.708	141	165	216	282	65,3%	58,5%
Castilla- Mancha	17.609	76.456	2.501	2740	3.029	3.584	82,6%	76,5%
Castilla y León	19.193	90.671	2.598	3212	2.784	4.188	93,3%	76,7%
Cataluña	59.232	253.236	4.098	4.291	5.670	7.410	72,3%	57,9%
Extremadura	2.978	25.454	432	540	519	850	83,2%	63,5%
Galicia	9.148	42.132	274	472	619	1101	44,3%	42,9%
La Rioja	4.062	14.972	211	258	365	517	57,8%	49,9%
Madrid	69.804	333.391	5.984	6.038	8.425	11.111	71,0%	54,3%
Murcia	1.619	48.473	68	78	147	501	46,3%	15,6%
Navarra	5.295	37.333	432	498	528	803	81,8%	62,0%
País Vasco	13.555	84.175	630	770	1.555	2.331	40,5%	33,0%
Valencia Com.	11.342	81.854	560	676	1.342	2.055	41,7%	32,9%
Ceuta	163	2436	4	0	4	46	100,0%	0,0%
Melilla	122	3591	0	0	2	34	0,0%	0,0%
TOTALES	245.185	1.434.374	19.588	22.566	28.262	41.688	69,3%	54,1%

*Corresponden a muertes en Residencias, tras pruebas diagnósticas o bien con síntomas compatibles con COVID-19

** Muertes totales en CCAA, tras pruebas diagnósticas o con síntomas compatibles con COVID-19. (Resid+ Hosp+Casas)

*** Relación entre el nº de las muertes en cada CA y las muertes ocurridas en las Residencias de cada CCAA

A 29/06/2020: **La Fiscalía General del Estado mantiene más de 194 diligencias civiles y otras 240 investigaciones** en relación con la gestión de la crisis del coronavirus en las residencias. Se trata de averiguar no solo si se pudo actuar de otra manera para proteger las vidas de los ancianos, sino si se han cometido delitos por no poner más medidas de protección o por no derivar a algunos enfermos a los hospitales. Hasta el 22/junio, la CA de Madrid había acumulado 105 diligencias, seguida por 43 de Cataluña, 23 de Castilla La Mancha, 21 de Castilla y León, y 14 de Galicia. Asturias, Cantabria, Baleares y Murcia parecen ser las únicas que no tenían denuncias a comienzos del otoño.

La tabla anterior es sobre todo un resumen de lo que ocurrió en la 1ª onda pandémica que en su mayor parte transcurrió durante la etapa del llamado “confinamiento” (del 13 de marzo al 21 de junio). Esos mismos datos se vuelven a tomar unos meses más tarde cuando los números de casos volvieron a remontar. Ese tiempo, que quizá podríamos calificar a “grosso modo” como meses interpandémicos, comprenden desde el inicio de julio hasta el final de octubre o comienzos de noviembre. En el 14 de noviembre se puede considerar que ya estamos claramente en la segunda onda pandémica. Comparando los datos publicados en estas dos fechas trataremos de valorar de forma aproximada, si las medidas adoptadas en las residencias han surtido algún efecto, para que si no fuera así, todavía haya un pequeño margen de tiempo para que pudieran ser introducidas mejoras en base a las crueles “lecciones aprendidas”.

- En la primera fase de la pandemia unos 20.000 mayores murieron en Residencias, (alrededor del 56% de los fallecidos totales en el país, aunque algunos cálculos llegan a hablar del 70% del total en España. Todos ellos diagnosticados con pruebas de laboratorio o bien por síntomas clínicos compatibles con COVID-19. Si se mira de otra forma, el COVID se ha cobrado la vida del 6% de las personas mayores que vivían en Residencias. En una primera valoración, en 8 CCAA más de los 2/3 del total de los fallecidos vivían en Residencias. La mayoría de las defunciones se han producido en 4 CCAA, Madrid, Cataluña, Castilla y León y Castilla la Mancha.
- La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología pone de manifiesto la falta de personal en las Residencias Geriátricas: “Los brotes en residencias de mayores **son 12**

veces más frecuentes y tres veces más intensos que en la población general”

- Cuatro CCAA han conseguido bajar los porcentajes de “Fallecidos en Residencias” en relación con los “Fallecidos Totales” entre 19,7 y 31,2 puntos porcentuales (Aragón, Murcia, Navarra y Extremadura).
- Otras 4? CCAA mantuvieron sus porcentajes sin mejoras e incluso una de ellas, Baleares empeoró 8 p.p.
- El resto mejoraron entre 6 y 9 p.p., excepto 4 que los mejoraron alrededor de 15 p.p.

Ciertamente la lectura de estas cifras puede tener diversas causas e interpretaciones que habría que analizar en cada CCAA.

Aquí trataremos de hacer el análisis más detallado del caso de Extremadura utilizando también otro tipo de datos. Revisando la prensa durante los meses de pandemia por el SARS-CoV-2, a día 31 de marzo, se pudieron contabilizar en Extremadura 1.628 casos acumulados de positivos en COVID-19, se habían dado 91 altas, 133 fallecidos y había 271 profesionales de las ciencias de la salud, contagiados.

En ese momento Extremadura contaba con 14.936 plazas residenciales, en 320 residencias, de las que 84 eran privadas, lo que parece estar de acuerdo con el Informe nº 18 de “Envejecimiento en Red” (CSIC. 2018) “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017”. Entonces la distribución de las plazas era bastante semejante en las dos provincias y prevaleciendo hasta ese momento las residencias y plazas públicas sobre las privadas, aunque estaban bastante igualadas. Cáceres estaba un poco por delante en cuanto al número de plazas y a la ratio de plazas por cada 100 personas de 65 y más años.

Volviendo a la situación del COVID-19 en marzo de 2020 en todas las áreas de salud, excepto en la de Llerena-Zafra, se contabilizaron casos de COVID-19 en las residencias de mayores, por lo que según el plan de contingencia puesto en marcha, todas estas residencias pasaron a depender directamente de las Áreas de Salud en las que se radicaban.

Hacia el mes de junio, por datos de la propia Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, se supo que el 85% de las muertes por Covid-19 en Extremadura habían tenido lugar en centros socio-sanitarios de la región o “Residencias de mayores”. Seguramente la epidemia ha intensificado y precipitado toda una serie de problemas anteriores al evidenciar la dificultad de atender a pacientes muy graves en residencias carentes de los medios adecuados y de personal suficientemente cualificado. El Sindicato de Enfermería de España SATSES señaló deficiencias, en esos centros y en los de discapacitados a la hora de abordar problemas sanitarios, la falta de profesionales y la discriminación que estos padecen respecto a los que dependen del Servicio Extremeño de Salud (SES). Este tipo de centros, considerados “socio-sanitarios” dependen de la Consejería de Hacienda y Función Pública, hecho que probablemente lastra las capacidades médicas y de recursos materiales y humanos de los mismos.

SATSE Extremadura pide que las Residencias públicas sean medicalizadas y pasen a formar parte del SES, contando con un mayor peso sanitario dentro de sus organigramas de funcionamiento. Los sanitarios de los centros de mayores denuncian el abandono por parte de la Junta en los peores momentos de la pandemia

De los 240 centros socio-sanitarios de titularidad pública, solo 30 de ellos son gestionados de manera directa por el

SEPAD (Servicio Extremeño de Promoción a la Autonomía y Atención a la Dependencia), dependiente, como se ha dicho, de la Consejería de Hacienda. El resto, 210, son gestionados por los municipios donde se asientan, si bien en la mayoría de los casos la gestión es subcontratada a empresas privadas. Solo en la provincia de Cáceres, la más afectada por la enfermedad, existen 141 residencias de titularidad pública subcontratadas, en su mayoría, a sociedades privadas.

Muchos de estos problemas se podrían haber evitado si en las residencias de mayores “la parte sanitaria hubiera tenido un peso igual o superior a la parte social”, algo sumamente importante ya que “un porcentaje muy alto de residentes tiene problemas de salud, la gran mayoría crónicos, que hacen que el papel de las enfermeras y del resto de profesionales sanitarios sea prioritario”.

EL FARMACÉUTICO Y LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Cecilio J. Venegas Fito

Doctor en Farmacia por la Universidad de Sevilla.

Tesis sobresaliente cum laude por unanimidad.

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Badajoz.

Académico de la Academia Iberoamericana

de Farmacia y de la Real Academia Nacional de Farmacia.

Ha impartido docencia en diversos Masters relacionados con la Farmacología y el Medicamento, Tecnología e Historia, e Informática de la Salud, en la

Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla, en la Facultad de

Medicina de la Universidad de Extremadura y en la Escuela

Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III en los ciclos

de la Sociedad Española de Informática de la Salud.

1. Introducción.

El actual cambio de paradigma sanitario, consecuencia del progresivo envejecimiento de la población y el incremento de la cronicidad y la pluripatología, está generando cambios en la arquitectura sanitaria para aportar continuidad asistencial, integración de los procesos y coordinación sociosanitaria. Mucho más en el actual estado de pandemia, que ha hecho reflexionar al Club Senior, al hilo de lo cual se ha elaborado el presente documento.

En España se estima que en 2050, seis millones de personas superarán los 80 años. Los datos relativos a Extremadura nos hablan de más de 150.000 personas que cumplirían ese ratio.

El envejecimiento y la cronicidad son grandes desafíos para la Sanidad, por lo que se está adaptando en un nuevo perfil de paciente y también para la Farmacia Comunitaria, que está respondiendo consciente de su potencial sanitario y de la oportunidad profesional que supone el nuevo contexto social y sanitario.

Ante esta situación, se están abordando reformas para promover un modelo asistencial que dé respuesta al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, la dependencia, garantizando al mismo tiempo su sostenibilidad.

El Sistema Sanitario que está priorizando las necesidades concretas de las personas para garantizar la continuidad de sus cuidados, no solo los sanitarios, sino también los sociosanitarios, incluyendo la asistencia en el propio domicilio del paciente.

La red asistencial de farmacias –por su profesionalidad, cercanía, accesibilidad y plena disponibilidad – es una estructura sanitaria fundamental que constituye una potente red de apoyo, de atención personalizada y dispuesta a prestar servicios de calidad a los mayores.

El farmacéutico comunitario es el profesional sanitario más cercano y accesible a los ciudadanos, especialmente a las personas mayores, y su labor de prevención y promoción de la salud supone una contribución fundamental para el sistema sanitario y la población.

El conjunto de servicios sociosanitarios tendrá que cubrir una demanda que crece exponencialmente y la Farmacia Comunitaria enfocada a la vertiente asistencial debe desempeñar una labor fundamental en la Atención Sociosanitaria, como establecimiento sanitario responsable entre otros aspectos de

la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, la información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos y el control del uso individualizado de los medicamentos en la comunidad.

La capilaridad de la red de farmacias en España supone una oportunidad para prestar servicios a los pacientes dependientes a través de la atención domiciliaria. En un 90% de los casos los pacientes dependientes residen en sus domicilios, y un 74% de los pacientes necesitan ayuda para tomar sus medicamentos. Asimismo, los estudios revelan que los pacientes dependientes demandan servicios sociosanitarios de tele asistencia, servicios de ayuda domiciliaria, etc.

En este contexto la Farmacia Comunitaria está llamada a desempeñar un papel importante tanto en la atención a los pacientes y cuidadores en sus domicilios, como en la atención farmacéutica sociosanitaria, y en la prestación de servicios en los centros sociosanitarios (centros residenciales, centros de día, centros de atención de media y larga estancia, etc.). Tiene, por tanto, un gran potencial sanitario para contribuir en el abordaje de una atención integral y continua al paciente con necesidades sociosanitarias.

El farmacéutico tiene como misión atender las necesidades de los pacientes en relación a los medicamentos que utilizan, colaborando con las administraciones sanitarias para garantizar la prestación farmacéutica y desarrollando todas aquellas actividades que estén relacionadas con la salud y dentro de su ámbito de actuación.

Las funciones asistenciales de los farmacéuticos, unidas al modelo de farmacia orientado al paciente, favorece el desarrollo de Servicios Profesionales Farmacéuticos encaminados a dar

respuesta a necesidades en Salud Pública, atención sociosanitaria, atención a crónicos y polimedificados, atención farmacéutica domiciliaria, etc.

Contando con la colaboración de las farmacias comunitarias se podrá garantizar plenamente el derecho de los ciudadanos a recibir la prestación farmacéutica en condiciones de igualdad, ya sea en su propio domicilio o en el ámbito sociosanitario en el que pudiera estar ingresado, permitiendo con ello, que sea considerado como un paciente más de la atención primaria.

2. Objetivos.

El presente estudio nace de la necesidad de realizar una reflexión sobre el papel de la Farmacia Comunitaria en la atención sociosanitaria y domiciliaria, a raíz del impulso del Club Senior, para asegurar a la población mayor una asistencia farmacéutica de calidad y contribuir con ello, a la sostenibilidad del Sistema Sanitario en el que se encuentra plenamente integrada, mucho más en una situación de pandemia como la que atravesamos

Se han tenido en consideración los actuales desafíos profesionales de la Farmacia Comunitaria para:

- Ofrecer servicios farmacéuticos sociosanitarios (desde la Farmacia Comunitaria, en la atención domiciliaria y en la atención en centros sociosanitarios) que contribuyan a la continuidad asistencial y la coordinación sociosanitaria, mejorando la calidad de vida, la detección precoz, así como la adherencia y eficiencia de los tratamientos farmacoterapéuticos de los pacientes.
- Promover el Desarrollo Profesional Continuo de los farmacéuticos comunitarios para mejorar el uso de sus competencias profesionales y proporcionar una práctica profesional de calidad en beneficio del paciente.

- Desarrollar herramientas tecnológicas que favorezcan la implantación e integración de los servicios farmacéuticos.
- Promover un marco jurídico que genere igualdad y cohesión en la prestación farmacéutica de las farmacias comunitarias en centros sociosanitarios, centros de día, centros de atención de media y larga estancia, etc.
- Promover una estrategia para visibilizar la labor asistencial y la nueva cultura de la Farmacia Comunitaria con las Administraciones responsables de la asistencia sociosanitaria y entidades y agentes que, igualmente, intervienen en la atención sociosanitaria

3. Marco Legal.

La asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios cuenta con un marco normativo estatal y también el establecido en las diversas comunidades autónomas como consecuencia de la regulación establecida en materia de ordenación farmacéutica.

3.1. Legislación Estatal

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Establece en su capítulo IV sobre “Medidas sobre la prestación farmacéutica”, en su artículo 6, textualmente lo siguiente:

“Artículo 6. Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos:

1. Será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio en:

- a) Todos los hospitales que tengan cien o más camas.
 - b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.
 - c) Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.
2. No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica de cada comunidad autónoma podrá establecer acuerdos o convenios con los centros mencionados en el apartado anterior eximiéndoles de dicha exigencia siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.
 3. Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.”

Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Establece en su artículo 86.4 literalmente que:

“Artículo 86 Oficinas de farmacia”

4. Por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales que concurren, en ciertos establecimientos podrá autorizarse, excepcionalmente, la creación de botiquines en las condiciones que reglamentariamente se determinen con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia.”

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Entre otros centros, servicios y establecimientos sanitarios, define:

- 83 Farmacia: unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un farmacéutico, o farmacéutico especialista en Farmacia hospitalaria en el caso de hospitales, lleva a cabo la selección, adquisición, conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos a utilizar en el centro y aquellos que requieren una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de salud.
- 84 Depósito de medicamentos: unidad asistencial, dependiente de una oficina o servicio de farmacia, en la que se conservan y dispensan medicamentos a los pacientes atendidos en el centro en el que está ubicada.”

3.2. Legislación Autonómica

Extremadura: Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura (arts. 53, 58, 59, 60 y 62).

En este sentido, existe un acuerdo vigente desde el 31 de mayo de 2006 suscrito entre el SES y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cáceres y Badajoz.

4. Creación y gestión de los servicios de farmacia, de los depósitos y botiquines

Los centros sociosanitarios tienen una organización diversa y sobre todo depende de la regulación autonómica establecida, de su tamaño y de la titularidad de los mismos, ya sea pública o privada.

En cualquier caso, la atención farmacéutica asistencial a sectores de la población que requiera de una atención social, sanitaria y farmacéutica, prestada a través de un centro y/o establecimiento sociosanitario o centro de asistencia social en el que se encuentren ingresados, incluyendo psiquiátricos, debe realizarse siguiendo el mismo criterio que cuando se trata de ciudadanos que residen en sus domicilios, esto es, por profesionales farmacéuticos del ámbito de la farmacia comunitaria que proporcionan el medicamento en las mismas condiciones de calidad y seguridad.

Al objeto de garantizar el acceso a los medicamentos en condiciones de igualdad a la prestación farmacéutica, se siguen los siguientes criterios:

1. Centros y establecimientos de titularidad pública o privada con cien camas o más

Los centros o establecimientos sociosanitarios, centros de asistencia social o psiquiátricos de titularidad pública

o privada, tienen que disponer de un servicio de farmacia hospitalario propio.

No obstante, pueden quedar eximidos de tal obligatoriedad, con autorización de la Consejería de Sanidad de la Comunidad, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos que estará vinculado, necesariamente, a un servicio de farmacia de un hospital de titularidad pública de su área.

Las dispensaciones de medicamentos y productos sanitarios, así como los servicios asistenciales farmacéuticos se realizarán, en todo caso, por un farmacéutico bajo la responsabilidad del Jefe del Servicio de farmacia del hospital.

2. Centros y establecimientos de titularidad pública y privada con menos de cien camas

Con carácter general, los centros o establecimientos sociosanitarios públicos o privados y los centros de asistencia social o psiquiátrica de titularidad pública o privada de menos de 100 camas, que no cuenten con un servicio de farmacia propio, por no estar obligados a tenerlo, deberán solicitar de la Consejería de Sanidad de la Comunidad, autorización de un depósito de medicamentos que estará vinculado necesariamente al servicio de farmacia de hospital del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio en el caso de los hospitales del sector público o a una farmacia comunitaria establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.

Las dispensaciones de medicamentos y productos sanitarios prescritos así como los servicios asistenciales

farmacéuticos a los pacientes se realizarán en todo caso por el jefe del servicio de farmacia del hospital o bajo la responsabilidad de éste, por un farmacéutico de dicho servicio o, por el farmacéutico titular de la farmacia comunitaria o bajo la responsabilidad de éste, por un farmacéutico, perteneciente a dicha farmacia.

3. Centros y establecimientos de titularidad pública y privada sin camas

Los centros o establecimientos sociosanitarios públicos o privados y los centros de asistencia social o psiquiátrica de titularidad pública o privada, sin camas y que ofrecen un programa de atención diurna, y no cuenten con un depósito de medicamentos por no estar obligados a tenerlo, deberán solicitar de la Administración sanitaria competente autorización para disponer de un botiquín limitado a las necesidades de dicho centro, que cuente con una dotación de medicamentos y productos sanitarios, teniendo en cuenta la población a atender, así como sus patologías más frecuentes.

Su vinculación será necesariamente a una farmacia comunitaria de la zona en la que se encuentre ubicado y en el que se desarrollarán las actuaciones necesarias de control y suministro de los medicamentos, por el farmacéutico titular de la farmacia comunitaria o, bajo la responsabilidad de éste, por un farmacéutico perteneciente a dicha farmacia.

4. Requisitos de funcionamiento de los centros sociosanitarios

Todos los centros sociosanitarios públicos y privados y los centros de asistencia social o psiquiátrica de titularidad

pública o privada, para que se produzca la autorización de funcionamiento del servicio de farmacia, depósito o botiquín, están obligados a disponer dentro del propio centro, de un local para la ubicación del servicio de farmacia, depósito de medicamentos o botiquín, que deberá disponer de una localización adecuada y de buena comunicación interna, así como contar con las áreas necesarias para que por el profesional farmacéutico responsable del servicio se puedan desarrollar todas aquellas funciones legalmente establecidas de forma adecuada.

También deberá estar dotado del equipamiento, mobiliario, utillaje y de la bibliografía, suficientes, que permitan garantizar una correcta adquisición, conservación, distribución, elaboración, dispensación e información de los medicamentos y productos sanitarios.

Las áreas que se estiman necesarias para el desarrollo de las funciones profesionales son las siguientes:

- Zona de almacenamiento y recepción de medicamentos con un sistema adecuado de almacenamiento que permita la separación de los medicamentos caducados o rechazados.

Armario con cierre de seguridad para el almacenamiento de los medicamentos estupefacientes.

Frigorífico con control de temperatura de máximos y mínimos para el exclusivo almacenamiento de medicamentos ermolábiles.

- Zona de dispensación y atención farmacéutica.
- Área Administrativa

La elaboración de las fórmulas magistrales, así como las actividades de farmacotecnia y análisis y control de

medicamentos se realizará por el servicio de farmacia de hospital o por la farmacia comunitaria a la que se encuentren vinculados cumpliendo en todo caso, la normativa reguladora de esta materia respecto de su elaboración.

Las instalaciones del servicio de farmacia, depósito o botiquín serán independientes de aquellas que les sean exigibles a los centros, en materia de producción y gestión de los residuos peligrosos y/o sanitarios.

5. Pautas de actuación en la asistencia y atención farmacéutica en centros sociosanitarios

La asistencia farmacéutica prestada desde la farmacia comunitaria a aquellos centros sociosanitarios que opten por disponer de un depósito de medicamentos debe seguir los criterios de racionalización, reorganización y coordinación de servicios, evitando otro tipo de recursos asistenciales.

La farmacia comunitaria que ha venido desempeñando satisfactoriamente la atención farmacéutica a los centros sociosanitarios debe estar integradas como parte fundamental de la asistencia sociosanitaria respecto al medicamento.

La farmacia comunitaria, al desarrollar su actividad profesional en el ámbito de la atención primaria, mantiene un contacto periódico y continuado con los pacientes crónicos y dependientes, aportando su conocimiento en la gestión de sus tratamientos. Además, garantiza la continuidad en la atención farmacéutica del paciente en los tránsitos entre los diferentes niveles asistenciales.

Por otro lado, debido a su cercanía y estrecha relación con su entorno social, la farmacia comunitaria ofrece un privilegiado observatorio de los determinantes sociales de la salud de este tipo de población.

Se debería evitar la diferenciación de la vinculación de un depósito en función de que la titularidad del centro sociosanitario sea pública o privada, ya que no tiene una justificación asistencial y, además, puede crear desigualdades entre pacientes en relación con la atención farmacéutica recibida.

La asistencia farmacéutica a través de la farmacia comunitaria permite recibir servicios profesionales farmacéuticos adicionales, por ejemplo, relacionados con la medicación prescrita o la de autocuidado, con la mejora de la adherencia de estos pacientes a los tratamientos o con la prevención de interacciones y cualquier otro tipo de problemas derivados del uso de los medicamentos.

Las actuaciones a realizar, con carácter general, por los farmacéuticos comunitarios en el ámbito de los medicamentos y productos sanitarios, así como los dietoterápicos, son:

- 1) La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.
- 2) La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas y órdenes de dispensación.
- 3) La elaboración de fórmulas magistrales y de preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.
- 4) La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.

- 5) La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos y productos sanitarios, a fin de detectar reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.
- 6) La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria, así como la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.
- 7) La colaboración en la formación e información que resulte necesaria sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, dirigida al personal y los profesionales sanitarios del centro, a los usuarios del mismo, así como, en su caso, a sus familiares.

Estas funciones del farmacéutico se concretarán en el depósito del centro sociosanitario con las que a continuación se describen según su ámbito de desarrollo:

- A) En el ámbito de la asistencia farmacéutica a los pacientes dentro del equipo asistencial:
 - 1) Formar parte del equipo asistencial multidisciplinar del centro residencial, compuesto por los siguientes perfiles profesionales entre otros: de la medicina, de la farmacia, bien sea farmacéutico titular/regente/sustituto o adjunto de la farmacia comunitaria responsable del depósito, de la enfermería, trabajador social, de psicología, de la educación, terapia ocupacional, entre otros

- 2) Facilitar a los restantes miembros del equipo asistencial en especial los profesionales sanitarios del centro residencial y a los pacientes la identificación de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos y el conocimiento de las pautas de administración y utilización de los mismos, así como de los dispositivos de administración en su caso.
- 3) Colaborar, junto con otros profesionales sanitarios con competencia en la materia, en la selección de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, facilitando el uso y administración de los mismos y teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes del centro, con el fin de elaborar la Guía Farmacoterapéutica que el centro pudiera tener.
- 4) Participar en actividades informativas y de formación al resto de miembros del equipo asistencial, destinadas a la utilización correcta de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, a la detección de efectos adversos y al cumplimiento terapéutico.
- 5) Participar en las reuniones del equipo asistencial de gestión de casos para la elaboración del plan de cuidados, así como cuando existan, en las de la comisión de farmacia, productos sanitarios y dietoterápicos y en las de la comisión de ética y ensayos clínicos.
- 6) Cooperar en la educación sanitaria (en la formación e información) del paciente y su familia, en coordinación con las actuaciones desarrolladas por el resto del equipo asistencial, sobre el uso responsable de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.

- B) En el ámbito de Atención Farmacéutica en torno a los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos:
- 1) Establecer y llevar a cabo sistemas de dispensación interna de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, que sean seguros y personalizados, de manera que se garantice su correcta administración en las pautas y dosis prescritas. Se incluirá la elaboración de sistemas personalizados de dosificación, si fuera necesario.
 - 2) Proponer actividades que mejoren el cumplimiento terapéutico y ayudar a mejorar la adherencia de los tratamientos.
 - 3) Colaborar en la conciliación de tratamientos, entendiendo como tal una comparación sistemática y protocolizada de la lista de medicamentos utilizados por el paciente, antes y después de una transición entre niveles asistenciales, con el objetivo de identificar la necesidad, efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico actual realizando las oportunas intervenciones, en coordinación con los profesionales de la medicina y si procede, con el resto de miembros del equipo asistencial del centro. La actuación principal de este servicio consiste en la identificación, por parte del farmacéutico comunitario, de posibles discrepancias para su posterior análisis, evaluación y resolución, en su caso.
 - 4) Revisar los tratamientos del paciente, identificar problemas relacionados con medicamentos y contribuir a prevenir o evitar los resultados negativos asociados al uso de los medicamentos, productos

sanitarios y dietoterápicos en coordinación con los médicos y si procede con el resto del equipo asistencial del centro.

- 5) Realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico del paciente y registrar en los sistemas de información correspondientes los tratamientos farmacológicos, productos sanitarios, nutrición enteral, dietoterápicos, etc., así como las incidencias detectadas, pudiendo ser esta información accesible al resto de profesionales sanitarios responsables del paciente en el centro.
- C) La gestión del depósito deberá incluir las siguientes funciones, además de las ya mencionadas:
- 1) Garantizar la correcta reposición, conservación, custodia y control de caducidades de los medicamentos y productos sanitarios para su aplicación dentro del centro, con especial atención a los medicamentos termolábiles, estupefacientes y, en general, de todos los productos que requieran unas condiciones de almacenamiento específicas. Retirar de manera inmediata los medicamentos afectados por alertas sanitarias, mediante el establecimiento, en su caso, de cuantos protocolos o medidas sean necesarias.
 - 2) Contar con una dotación de medicamentos y productos sanitarios teniendo en cuenta la población a atender, así como las patologías más frecuentes que permita un sistema ágil de dispensación de tratamientos agudos y cambios de medicación, así como de un stock de urgencias.

- 3) Gestionar los residuos de medicamentos (medicamentos caducados, blísteres utilizados y otros residuos de los mismos) y trasladarlos al sistema SIGRE.

6. Conclusiones

Consideramos dentro del ámbito del presente trabajo y teniendo en cuenta el actual estado demográfico de Extremadura que la asistencia farmacéutica a los centros sociosanitarios debe realizarse de acuerdo con los siguientes criterios generales:

- 1) Se debe garantizar el derecho de los ciudadanos a recibir la prestación farmacéutica en condiciones de igualdad, ya sea en su propio domicilio o en el ámbito sociosanitario en el que pudiera estar ingresado, permitiendo con ello, que sea considerado como un paciente más de la atención primaria.
- 2) La asistencia farmacéutica de centros sociosanitarios, de titularidad pública o privada, con menos de cien camas que no hayan optado por disponer de un servicio de farmacia propio, podrán contar con depósitos de medicamentos vinculados preferentemente, a farmacias comunitarias, de la misma área o zona sanitaria de influencia correspondiente.
- 3) Los servicios profesionales farmacéuticos se prestarán por el farmacéutico titular de la farmacia comunitaria o bajo la responsabilidad de éste por un farmacéutico perteneciente a dicha farmacia.
- 4) Las actuaciones desarrolladas por las farmacias comunitarias no solo se referirán a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, sino que también comprenderán otros servicios profesionales farmacéuticos ligados al medicamento y a la promoción de la salud pública.

LONGEVIDAD ACTIVA Y SALUDABLE EN EXTREMADURA

Remigio Vela Navarrete

Catedrático de Urología de la Universidad Autónoma. Madrid.
Director del Departamento de Cirugía de la Fundación Jiménez Díaz.
Miembro examinador del European Board Urology (1990-1997)
Miembro Steering Comité International Consultation on Urological Diseases.
Chairman del Comité de Strategy Planning Office de la Asociación Europea de Urología (1998-2003). Secretario General Asociación Española de Urología

Tenemos los extremeños una deuda histórica con Carlos V, el emperador, que eligió Extremadura para su voluntario retiro, hecho insólito en la Europa renacentista que se preguntaba los motivos de tan temprana abdicación. Quizás puedan encontrar algunas respuestas en el Atlante Patético, magnífico opúsculo de Ramón Carande. Desde la atalaya de Cuacos de Yuste se preguntaban los vecinos, austeros hidalgos, milicia migrante y religiosos mendicantes, por qué eligió Extremadura: el médico de Logrosan, Soropan de Rieros, afirmó que la belleza de sus tierras y la bondad del clima justificarían tal decisión y Víctor Chamorro evocando la inmensa paz y dignidad de la dehesa extremeña, añadiría

que aquí encontró altar purificador de viejas vergüenzas imperiales. Con la intención de interpretar a Su Majestad, nos preguntamos si dejó algún mensaje implícito en las condiciones habitacionales, sanitarias, sociales, ocupacionales, de aquel retiro que puedan ser aplicadas en la actualidad. Este empeño formó parte relevante de los proyectos sociales de la Academia Europea de Yuste que, durante años, celebró seminarios, cursos, reuniones nacionales e internacionales, dedicados al proyecto de envejecer en salud y dignidad, incorporando temas específicos de salud y discapacidad, y estrategias de protección social y sanitaria, debates que serán frecuentemente citados en lo que sigue, con especial mención de las diferentes estrategias propuestas para cobijar la colectividad añosa en sus diferentes destinos con la cobertura sanitaria y social oportuna.

Voluntariedad y limitaciones de los mayores. La decisión personal.

La población añosa es actualmente muy variada conformando colectivos con niveles de salud muy distintos. Contribuye a ello la precocidad de algunas jubilaciones, la variabilidad de salud física y mental, la gravedad de las discapacidades, y otros muchos factores. La población añosa, jubilada, retirada es tan numerosa en Europa que a finales del siglo pasado los mayores de 60 años ya casi superaban en número a los menores de 20 años, lo que motivó que en el Congreso de Envejecimiento Activo convocado por la Organización Mundial de la Salud (Ginebra 1999) la famosa canción de los niños “We are the World” fuera entonada por los mayores. Efectivamente, desde entonces se viene insistiendo en la llamada cultura de la longevidad cuyos resultados ya comienzan a percibirse.

Discrimina la enorme población de mayores, para cualquier proyecto de envejecimiento activo, discapacidades físicas y salud mental. Las discapacidades físicas permiten tomar decisiones. Por el contrario, los mayores con grave deterioro mental, difícilmente pueden incorporarse por decisión propia a un ambiente activo. Esta es la población que mayoritariamente albergan las Residencias de Mayores constituyendo reto sanitario y social de difícil cumplimiento sobre el que planea tristemente interpretaciones extremas de eutanasia.

¿Alguna alternativa? Conocemos casos en que la familia se hace responsable de todos los cuidados, pero las familias han cambiado mucho en los últimos años, sobre todo en interdependencia y disponibilidad. Úrsula Lehr, ministra de Bienestar Social en tres gobiernos alemanes sucesivos, propuso, para mantener en el ambiente familiar a los graves discapacitados, que además de toda la asistencia social operativa en la localidad donde vivían, optase un miembro de la familia a cuantiosa ayuda económica, similar a su sueldo, que le permitiese ocuparse del familiar a tiempo completo. Ignoramos hasta qué punto prosperó este proyecto, aparentemente desbordado por peticiones que superaron el presupuesto.

La numerosísima población que, en plena salud o con discapacidades menores, se jubila en la actualidad conforma esa sociedad silenciosa que va creando nueva cultura: la cultura de la longevidad. Recordemos que con esperanza de vida superior a los 84 años, muchos de nuestros trabajadores disfrutaran más años de ocio que los que dedicaron al trabajo. Algunas colectividades, espontáneamente, en países de superior nivel económico, han transformado pequeñas ciudades de gratas condiciones climatológicas en pueblos de mayores que

satisfacen sus aficiones personales: artistas, enamorados del golf, aficionados a la equitación y campo abierto, horticultura, jardinería. No viven en hoteles o residencias sino que cada uno, solo o en familia, dispone de casa o apartamento con la misma protección sanitaria que tendrían si residiesen en el entorno del hospital. La modernidad tecnológica permite controles sanitarios eficientes en la dispersión. Podemos ver algunas de estas ciudades en lugares de nuestros mejores destinos turísticos, no solo como colonias de vacaciones, sino como residencias permanentes. He tenido ocasión de visitar varias de estas ciudades en California, comprobando que son fruto del progreso cultural, nuevo, distinto y alcanzable, más que de poderío económico.

Habitabilidad. El lugar deseado

El longevo activo de buena salud, con toda seguridad, prefiere mantener ocupaciones y entretenimiento en el ambiente en el que ha vivido, junto a la familia, con períodos viajeros de mayor o menor duración, en función de muchas variantes. Encontramos aquí grandes diferencias entre ambiente rural y urbano. En nuestros pequeños y medianos municipios rurales, por las circunstancias de la España vacía, el porcentaje de mayores suele ser elevadísimo. Cada uno vive en su casa y, nuevamente, la sociedad de la alta tecnología permite controles sanitarios a distancia que, si insuficientes habrá que implementarlos, y asistencia social personalizada y eficiente. Constituyen núcleos poblacionales singulares con habitantes felices que continúan con sus ocupaciones tradicionales cuya conservación y mantenimiento tiene para ellos, en muchas ocasiones, más valor que su propia vida.

Y no están solos, aunque vivan solos en sus casas, ya que el espíritu de vecindad es renovado y cálido. Cuando la soledad se asocia a discapacidad en los pequeños municipios, donde la Residencia de Mayores suele ser el refugio, situada a veces a sólo cien metros de su propia casa, la municipalidad ofrece al nuevo interno que ingrese con los muebles y efectos personales que le sean más entrañables y con toda naturalidad que siga ocupándose de su casa, jardín y huerta. En definitiva, el único cambio es la asistencia social que ya existe muy bien organizada en muchos municipios. Condición inexcusable para proyectos de este tipo es la voluntad de continuar viviendo en el pueblo, incluso realizando algunos trabajos productivos, junto a la libertad de residencia y movilidad. La ayuda social puede ampliarse incluyendo tutorías que propongan iniciativas laborales, de ejercicios corporales, entretenimientos, convivencias, espectáculos, etcétera, eludiendo en lo posible la pasividad de la resolana o del club social.

Asistencia sanitaria. Papel de Atención Primaria

El emperador viajó a Yuste, residencia definitiva, con protección social y sanitaria, sin duda austera si comparamos con la que su más íntimo enemigo, el rey de Francia Francisco I disfrutó en Chambord o Amboise. Le acompañaron todos sus entretenimientos: relojes, lecturas, sobrada asistencia social, su médico personal con cuantiosa “materia médica”, complementada por la botica del convento y de la cercana Escuela Médica de Guadalupe, donde a su vez podría consultare problemas especiales. La evolución de la asistencia médica especializada para los mayores ha sido muy distinta en diferentes países europeos. Donde la población urbana domina

ampliamente, en las grandes ciudades, la especialización geriátrica fue precoz y numerosa. Por el contrario, en los ambientes rurales, la carga laboral de los mayores recayó en Atención Primaria. Geriátrica es especialidad hospitalaria. El generalista acompaña al paciente durante años y continúa acompañándolo en la vejez, responsabilidad que asume con toda naturalidad, para la que requiere mayor dedicación y formación que, si deseada en la era de la alta tecnología, es ofertada de manera frecuente y continua sin necesidad de desplazamientos. Ya la hay desde hace años bien programada en las campañas de educación médica continuada.

Cultura de la longevidad y autogestión sanitaria

La sociedad actual se preocupa mucho más por la salud que hace años. Los permanentes debates sobre calidad de los alimentos, la toxicidad de algunos productos, bondad de la nutrición o efectos cancerígenos de la misma, las crecientes pandemias de obesidad, hipertensión, insuficiencia renal . más notorias y penosas en la población longeva, la importancia de la salud cardiovascular, todo ello lo evidencia. Del emperador sabemos que sufría al menos tres procesos que requerían cuidados especiales: artritis gotosa, dolorosísimo; profundas depresiones; mal de orina. Diseñó la famosa silla que se conserva en Yuste para mantener la pierna derecha en posición menos dolorosa: durante los terribles ataques de gota; para las depresiones buscó refugio espiritual en variados confesores, lecturas y entretenimientos, aunque no consiguió vencer la apremiante bulimia que le obligaba a ir “de la misa a la mesa”; para el mal de orina sufrió exploraciones con la algalia que no detectaron piedra en vejiga pero si graves retenciones de orina

que obligaron a practicar auto sondajes, como se deduce del librito que Andrés Laguna escribió para su majestad contándole como debía hacer la cura con las “candelillas”. Estos cuidados elementales, autogestionados, han progresado de manera extraordinaria en la era del cuidado corporal. En lo que se refiere a procesos y disfunciones típicas del varón añoso, la síntesis de un curso de la Academia Europea de Yuste se editó en 2015: Guía educativa para la prevención de las enfermedades y disfunciones más comunes del varón, con la convicción de que este tipo de información, y cualquier otra en el mismo sentido, es extraordinariamente provechosa para la población añosa.

Confinamientos y barreras en la era de la globalización

La pandemia Covid-19 nos obliga a considerar la protección y cuidado de los mayores en circunstancias excepcionales. Ya conocemos, con precisión, las singularidades más relevantes del agente infeccioso: estructura, virulencia, forma de contagio, mecanismos patogénicos, etc. También la historia natural de la enfermedad, sintomatología inicial, ingreso hospitalario y, en el agravamiento, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y desenlace fatal. La humillante ineficacia de la medicina de “alta tecnología” ha sido también reconocida. Nos interesa resaltar tres aspectos de Covid-19: la vulnerabilidad de los mayores, la rapidez de la propagación en la era de la globalización y la sorprendente inacción internacional frente a medidas elementales y obligadas para el control de epidemias.

- La mayor vulnerabilidad de los mayores, sobre todo de los varones, se detectó en las primeras semanas de la llegada a Europa. Publicaciones del Instituto Italiano de Salud alertaron de proporciones letales de 80% de varones frente

a 20% de mujeres. En abril, las mismas fuentes señalaban que, aunque la proporción de contagios era similar, la mortalidad masculina seguía siendo del 70%. En España, en la tercera semana de marzo la mortalidad en las Residencias de Mayores fue suficiente motivo para iniciar estudios sobre causas habitacionales y biológicas ¿Concentración en residencias o dispersión domiciliaria para mejor defensa? Los motivos por los que el varón es más vulnerable que la mujer, fueron ampliamente investigados por clínicos, genetistas, farmacólogos . que no comentamos. Murieron muchos más mayores en residencias que los que vivían en su casa, incluso en completa soledad. En Madrid, en las dos últimas semanas de marzo, los bomberos tuvieron que ingresar en 70 domicilios privados donde vivían mayores solos, fallecidos, ante la alarma de los vecinos. Un número muy inferior a los muertos habidos en residencias. El debate se centra, ahora, en saber si vivir en nosocomios es más arriesgado que vivir en casas particulares, en familia, o en plena soledad.

- La rapidez de la propagación del virus está motivada por la facilidad del contagio aéreo, y la intensidad del tráfico internacional, por negocios, turismo o migraciones, que se permiten y fomentan en la era de la globalización, cuando el objetivo político fundamental en algunos países es derribar fronteras. El mecanismo de transmisión, aéreo, por intermediación de mosquitos, piojos chinchas, garrapatas, por relaciones íntimas mucosa, etcétera es importante para establecer estrategias defensivas. Recordemos la gran epidemia que afectó al entorno del emperador, la primera epidemia transatlántica, que nos llegó del Nuevo Mundo: las bubas, más tarde conocida como sífilis. El contagio se

producía, y se produce, por contacto de mucosas (primera enfermedad de transmisión sexual documentada). Nuestro gran cronista de Indias, don Gonzalo Fernández de Oviedo, nos contó que la enfermedad se originó en La Española (Santo Domingo) cuando soldados y marineros del segundo viaje de Colón tuvieron relaciones con las bellas taínas. Llevaron a su vuelta a España la enfermedad, a Castilla y donde mayor concentración militar había en aquellos momentos, Nápoles, que justificó el nombre de mal napolitano y mal francés. En 1497 en Roma, el doctor Gaspar Torrellas, familiar de los Borgia, describe el primer chancro sífilítico que consta en historia clínica, en un joven que alcanzó notoriedad política y militar años después: César Borgia. En tiempos de carabelas, sandalias y herraduras sorprende la rapidez con que se propagó en Europa la enfermedad que necesitaba para el contagio relaciones íntimas. Sus estragos en la Roma de principio del siglo XVI pueden encontrarlos en la famosa novela “la lozana andaluza” de Francisco Delicado, médico y él mismo enfermo de bubas y autor de un libro dedicado al uso del “leño del guayaco” con el que se trataba. La sífilis sigue cinco siglos después entre nosotros, sin perder virulencia, pero felizmente controlada con antibióticos. El emperador también conoció otras terribles epidemias: tifus exantemático de Granada, peste bubónica de Barcelona (1557-1558 varios brotes) y recibió noticias de las epidemias del Nuevo Mundo.

- La sorprendente inacción internacional en el control de epidemia que se anunciaba de gran mortalidad. Sólo se comprende al priorizar los intereses políticos de la globalización sobre los sanitarios, y por la pretendida

seguridad de que los magníficos sistemas hospitalarios occidentales frenarían y superarían la enfermedad. La historia nos recuerda que el objetivo de las autoridades sanitarias ha sido confinar el agente infeccioso, al enfermo, no a la población sana, que de este modo queda protegida. Éste era y es el motivo de las famosas cuarentenas y ha sido permanente objetivo del Consejo Nacional de Sanidad, formado por médicos, veterinarios y farmacéuticos, ante cualquier epidemia. El fracaso internacional frente a Covid-19 está seguramente motivado por anteponer criterios políticos a la autoridad sanitaria, cuando en realidad la estrategia debe ser complementaria.

La siguiente historia, que ha podido vivir en primera persona mi generación, aclarará con nitidez estos conceptos. Entre los años 1900-1920 entraron en Estados Unidos de Norteamérica por el puerto de Nueva York cinco millones de migrantes europeos. Europa sufría en aquellos años terrible epidemia tuberculosa que, en palabras de Robert Koch, el descubridor del *Mycobacterium tuberculosis*, “mataba una de cada siete personas”. Estados Unidos instaló una barrera en el puerto de Nueva York, en la isla Ellis donde todo individuo que pretendía entrar en el país era sometido a concienzudo examen físico. Como se demostrase alguna enfermedad infectocontagiosa, además de tuberculosis, era devuelto a su país tras unos días en el lazareto de la isla. Este Centro de Acogida se cerró en 1954 pero los que fuimos a Estados Unidos en los años 60 comprobamos que la barrera de la isla Ellis se había trasladado a los consulados americanos. Para obtener el visado de residente, B1 era preciso documentar, con certificado médico, excelente estado de salud y acompañarlo

de radiografía de tórax reciente. A mi llegada al puerto de New York en septiembre del 65 desde Le Havre, fui muy bien acogido pero cumplí rigurosamente las formalidades sin que ello fuera motivo de humillación o desencanto. ¿Por qué no se puso barrera alguna al virus en China, para que no escapara o en los aeropuertos internacionales para que no entrara? Nótese que el debate que ha seguido con el virus ya en casa, se ha reducido a dos extremos: los que quieren confinar el virus, enfermos y potencialmente infectados y los que, por el contrario, quieren confinar a la población en su totalidad. Las graves consecuencias económicas son ya evidentes. En este escenario nuestra pregunta anterior sobre cómo se protege mejor a los mayores durante pandemias, si concentrándolos en residencias o permitiendo su vida en domicilios dispersos en ambiente familiar o en soledad, es sin duda buen motivo de reflexión.

Longevidad, Medicina centrada en el paciente y Atención Primaria.

La moderna medicina de alta tecnología diagnóstica y operativa, de superior evidencia científica y eficiente farmacoterapia, de la precisión, gestionada por expertos administrativos, tasadores de tiempos, ha conseguido reducir la relación médico-enfermo a tales límites que ya se han propuesto campañas para humanizar la práctica médica. El nuevo proyecto asistencial camina bajo el título de medicina centrada en el paciente o, si prefieren, el paciente en el centro de la atención médica, realzando el valor de la historia clínica, la exploración física y en consecuencia, el diálogo y contacto con el paciente. Es decir, renovando el viejo equilibrio asistencial de la

reposada medicina clínica hospitalaria y el inmediato y próximo seguimiento del generalista de Atención Primaria. Las exigencias asistenciales sobrevenidas con la longevidad de la población han crecido de manera exponencial y la pandemia C6vid-19 las ha exagerado con brusquedad creando inesperadas deficiencias en el sistema sanitario, en su organizaci6n, dotaci6n de personal, sistemas de protecci6n de trabajadores, enfermos y poblaci6n en general, coordinaci6n y prioridades de atenci6n m6dica y social, sobre todo en la poblaci6n discapacitada, etc. que motivar6 a corto plazo obligadas reflexiones sobre pol6tica sanitaria, sin duda de mucha m6s urgencia que las motivadas por el cambio clim6tico. La vida acad6mica persiste, ahora con nuevos ritos telem6ticos, consiguiendo discernir problemas y necesidades b6sicas no suficientemente valoradas por las autoridades pol6ticas del momento, desbordadas. En la Tercera Cumbre Mundial sobre Salud Masculina (15 agosto 2020, Panam6) un tema altamente especializado, se record6 la extraordinaria importancia de Atenci6n Primaria en sus m6ltiples compromisos sanitarios, sociales, administrativos, 6ltimamente exageradas las obligaciones puramente administrativas en detrimento de la sanitarias, como fundamento de la renovada tendencia de la medicina centrada en los individuos, personalizada no en los colectivos y procedimientos que han motivado tantas especialidades, necesarias y eficientes, con inevitable detrimento de la imagen profesional del generalista.

El siguiente escenario nos permite una reflexi6n especializada sobre longevidad y Covid-19: los mayores de 70 a6os est6n tomando diariamente entre 3 y 5 medicinas distintas, habitualmente recomendadas por distintos especialistas; los mayores de 80 a6os entre 5 y 10 medicinas distintas

diarias. ¿Quién conoce la potencial interacción entre estos medicamentos a favor o en contra de la salud del individuo? ¿Cuáles de ellos favorecen o frenan la penetración del virus en las células o estorba o facilita su itinerario ulterior? Corresponde al mundo especializado investigar estas cuestiones pero quien las vive a diario es Atención Primaria. Un argumento, entre muchos otros, para que Atención Primaria recupere tiempos, dedicación y autoridad sanitaria y posibilidades de información médica continuada, sobre todo en temas urgentes, hoy día facilitadas por la comunicación telemática. El envejecimiento poblacional, la pandemia Covid-19 y la revolución digital va a cambiar muchas cosas pero, en el nuevo mundo tecnológico, el enfermo aspira a la medicina personalizada.

“De la lectura atenta de los trabajos que componen este libro-ensayo he llegado a la conclusión de que también en el ámbito de la sanidad y de los servicios sociales, los mayores son personas discriminadas. La medicina ha ido evolucionando, adaptándose a los descubrimientos científicos y a las necesidades de especialización y de los diferentes segmentos de población. De todos los segmentos y particularidades, pero, cien años más tarde de que inventara la Geriatria, aún hoy día se discute si la atención y el tratamiento del envejecimiento necesita o no profesionales especializados. ¡En Extremadura, solo uno de sus hospitales dispone de un servicio geriátrico!”

