

**REFLEXIONES PARA UNA MEJORA ORGANIZATIVA DE LA
ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA DE LA CRONICIDAD Y LA
DEPENDENCIA**

FUNDACIÓN EDAD&VIDA

Mayo 2014

| |
|---------------|
| ÍNDICE |
|---------------|

| | Página |
|---|--------|
| 1.- INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2.- CONTEXTO | 4 |
| 3.- FACTORES CLAVE PARA LA EVOLUCIÓN FUTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA DE LA CRONICIDAD Y LA DEPENDENCIA | 6 |
| 4.- REQUISITOS PARA UN MARCO DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS INTEGRADOS | 7 |
| 5.- LOS PERFILES DE ATENCIÓN..... | 8 |
| 6.- LA REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA | 9 |
| 7.- ASPECTOS QUE DEBERÍAN ACOMPAÑAR LA PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA | 13 |

1.- INTRODUCCIÓN

La Fundación Edad&Vida, Instituto per a la mejora, promoci3n e innovaci3n en la calidad de vida de las personas mayores, pretende contribuir con sus actividades a la reflexi3n sobre aquellos temas en que se puedan llevar a cabo acciones que promuevan la calidad de vida de las personas mayores.

Impulsada por un grupo de empresas de diferentes sectores econ3micos y con miembros colaboradores del mundo acad3mico y de asociaciones de personas mayores, la Fundaci3n es un catalizador de las inquietudes de la sociedad y del mundo empresarial y tiene como finalidad colaborar con las administraciones p3blicas en dar una respuesta eficaz, a la vez que eficiente, a los retos econ3micos y sociales derivados del cambio demogr3fico y del envejecimiento progresivo de la poblaci3n.

Desde su creaci3n, en el a3o 2.000, la Fundaci3n se ha centrado en la reflexi3n, el debate y la elaboraci3n de propuestas de mejora en varias 3reas de actividad. La salud, en sus vertientes sanitaria, sociosanitaria y de atenci3n a la dependencia, ha ocupado y ocupa un espacio destacado en el trabajo de la Fundaci3n, con el objetivo de poner de relieve y dar respuesta a las necesidades de atenci3n social y sanitaria de las personas mayores, con servicios de calidad, eficaces e integrados en un modelo de atenci3n sostenible en el tiempo, en el que la colaboraci3n entre las administraciones p3blicas y la iniciativa privada ha de tener un papel crucial.

Teniendo en cuenta la escasez de recursos econ3micos as3 como las previsiones de incremento de la demanda de servicios en este 3mbito, para Edad&Vida es evidente la necesidad de mejorar la eficiencia en la utilizaci3n de los recursos y la eficacia en la gesti3n. Es necesario, pues, reflexionar sobre el modelo que tenemos en la actualidad y fomentar la atenci3n integral e integrada a los enfermos cr3nicos y a las personas en situaci3n de dependencia, donde resulta imprescindible la coordinaci3n sociosanitaria, que sit3e a la persona en el centro y permita ofrecerle los recursos m3s adecuados a sus necesidades en cada momento.

En este sentido, desde Edad&Vida consideramos que es necesario plantear una reconversi3n de la atenci3n sanitaria y social. A continuaci3n se presentan las reflexiones y propuestas que estamos trabajando con el fin de contribuir a mejorar la organizaci3n de la atenci3n social y sanitaria de la cronicidad y la dependencia.

2.- CONTEXTO

Cambio demográfico

El cambio demográfico y el envejecimiento de la población son ya una realidad en los países occidentales y especialmente en España. Según las últimas proyecciones del INE a largo plazo, la población mayor de 64 años pasará a representar el 37% del total en 2052; Más de 15 millones de personas, un 40% de las cuales tendrá más de 80 años.

Además, mientras hoy en España hay 4 personas en edad activa por cada persona mayor, en 2052 solamente habrá 1,4 personas en edad activa por cada persona mayor, con la consiguiente presión para los presupuestos públicos.

Cronicidad, pluripatología y dependencia

Por otro lado, el patrón de las enfermedades ha cambiado en los últimos años, produciéndose un incremento de la cronicidad y la pluripatología.

Actualmente, el 70% del gasto sanitario está ligado a enfermedades crónicas, con mayor prevalencia entre las personas mayores y se calcula que más de un 25% de los mayores de 45 años sufre más de una patología crónica que requiere ser tratada.

Como siempre, el problema no es en sí el cambio epidemiológico, sino la rigidez de nuestro sistema para adaptarse al cambio y la limitada eficacia del enfoque tradicional para conseguir buenos resultados en el tratamiento y seguimiento de la enfermedad crónica, que requiere de atención tanto de carácter sanitario como social, para curar pero también cuidar.

Precisamente, la necesidad de atención social y sanitaria coordinada surge por la simultaneidad de situaciones de cronicidad y dependencia.

Edad, enfermedades crónicas y pluripatología están altamente correlacionadas, no solamente en su presencia en las personas, sino también en su intensidad.

En la mayoría de las personas en situación de dependencia el curso de la enfermedad agrava la dependencia, a la vez que la dependencia dificulta la capacidad para seguir el tratamiento de la enfermedad.

La Ley de Dependencia

El 14 de diciembre de 2006 el Congreso de los Diputados aprobó por amplia mayoría la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

Este hito significaba la aprobación de un nuevo marco que debía contribuir a la sostenibilidad de los presupuestos públicos, para afrontar los retos derivados del cambio demográfico y el envejecimiento de la población, en los sistemas sanitario y de cuidados de larga duración.

La nueva Ley definía claramente la existencia de grados y niveles de dependencia y priorizaba las prestaciones en servicios ante las prestaciones de carácter económico, considerando como excepcional el caso de la prestación económica al cuidador informal. Además, establecía que los usuarios contribuirían económicamente, en función de su capacidad, a la financiación del Sistema.

8 años después de su entrada en vigor, la Acreditación de servicios por grados de dependencia todavía no se ha desarrollado; la prestación económica al cuidador informal es la más concedida en el conjunto del Estado, un 43% del total de prestaciones concedidas; y la aportación media del usuario a la financiación del sistema es del 15%, cuando se preveía que debía alcanzar el 33%.

Resulta evidente que la atención a cada grado de dependencia requiere de una organización, tipo de cuidados y profesionales diferentes y específicos. Las necesidades de una persona en situación de gran dependencia no tienen nada que ver con las de una persona en situación de dependencia moderada y por supuesto los costes asociados a la atención que requiere tampoco son los mismos. A esta situación de falta de organización y acreditación de los servicios por grados de dependencia, hay que añadirle el hecho de que en la mayoría de Comunidades Autónomas se ha desarrollado una Ley de Servicios Sociales propia que “incorpora” la Ley de Dependencia, olvidándose, en algún caso, que el ciudadano es el mismo en todas partes y que posee los mismos derechos y se mueve por la geografía española.

3.- FACTORES CLAVE PARA LA EVOLUCIÓN FUTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA DE LA CRONICIDAD Y LA DEPENDENCIA

Con el objetivo de conseguir la máxima eficacia y eficiencia en la gestión de los escasos recursos disponibles, más aún si cabe en el actual contexto de crisis económica, es muy importante reflexionar y actuar sobre los factores clave que determinarán la evolución futura del sistema de atención a la cronicidad y a la dependencia que estamos construyendo:

- La **reorganización y coordinación de la atención social y sanitaria.**
- La **profesionalización de los servicios** de atención a la dependencia y la necesaria excepcionalidad del cuidador informal.
- Una verdadera **colaboración público-privada** con marcos de actuación claros y a largo plazo.
- La **responsabilidad individual.**
- La **aportación del usuario a la financiación** del sistema y el desarrollo de productos privados de ahorro y previsión.

La actuación sobre estos factores clave daría un nuevo impulso al desarrollo de un sistema de atención social y sanitaria para atender a la cronicidad y a la dependencia en España y permitiría:

- **Ahorrar y maximizar la eficiencia** del sistema de atención a las personas
- **Generar empleo** estable y no deslocalizable
- Mejorar los recursos destinados a hacer **sostenible el Estado del Bienestar**
- **Mejorar la calidad de vida** de las personas mayores

La persona, el ciudadano, debería ser el **eje principal** sobre el que se articularan todas las políticas y esquemas organizativos destinados a cubrir sus necesidades de atención, y no al revés como sucede en muchos casos. A la vez que el ciudadano además de exigir sus derechos, debería tomar conciencia de sus obligaciones, utilizando responsablemente el sistema y contribuyendo a su financiación.

4.- REQUISITOS PARA UN MARCO DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS INTEGRADOS

Para el desarrollo de un modelo de provisión de servicios integrados, sostenible en los costes, eficaz y eficiente en la atención, diferentes Administraciones Públicas están iniciando estrategias y líneas de actuación que abren un nuevo marco de relación entre las Consejerías para la atención a enfermos crónicos y/o personas en situación de dependencia.

La reconversión requiere:

1. **Voluntad política.**
2. Definir los **perfiles de atención.**
3. Definir los **recursos humanos y materiales** necesarios.
4. Establecer una **cartera de servicios integrada por recursos acreditados** tanto del **sistema sanitario** como **social** para facilitar el continuum asistencial.
 - *Con un acceso ágil a los servicios*
 - *Con circuitos de atención consensuados entre las Administraciones.*
5. Poner en marcha un **modelo de Acreditación Sanitario y Social** para los Servicios de atención a la cronicidad y a la dependencia, por **grados de dependencia, orientado a resultados** y que garantice la excelencia y la mejora continua en la calidad de la atención.
6. Desarrollar **sistemas de prevención social y sanitaria** para la población general que impulsen su educación en el autocuidado y la responsabilidad individual en la utilización de recursos.
7. **Formar a los profesionales** en protocolos que identifiquen los factores de riesgo y las actuaciones para anticipar las crisis y evitar el uso de recursos urgentes.
8. Promover la **investigación social** y la **innovación** en tecnologías para
 - *acercar los servicios a la población en su domicilio*
 - *facilitar y conectar la asistencia desde diferentes puntos del sistema sanitario y/o social, evitando traslados e ingresos innecesarios de colectivos de riesgo*
9. **Presupuesto común** (socio-sanitario)

5.- LOS PERFILES DE ATENCIÓN

La definición de los perfiles de atención, tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, es un elemento clave en la reconversión del sector hacia un modelo sociosanitario, cuyo eje principal debería centrarse en la persona y sus necesidades de atención social y sanitaria integrada.

Desde esta perspectiva, la Fundación Edad&Vida considera que una definición óptima de estos perfiles sería el que se describe a continuación:

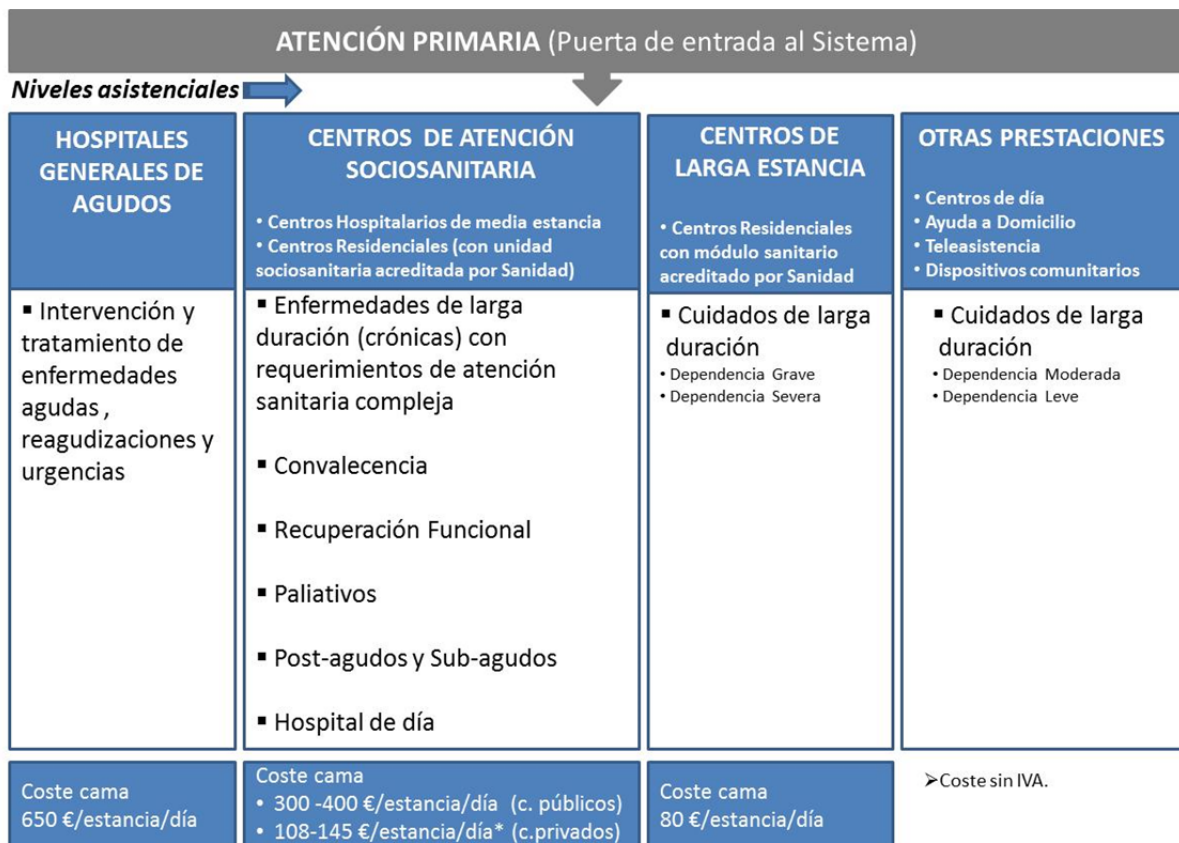
- Personas con **enfermedades crónicas de larga evolución** (más de 2 o 3 diagnósticos) con requerimientos de **atención sanitaria compleja**.
- Personas con **demencias avanzadas** u otro **trastorno cognitivo crónico** que requieren cuidados sanitarios complejos (Alzheimer y otras demencias)
- Personas que sin patología previa relevante, sufren un proceso que, superada la fase aguda, causa **incapacidad grave potencialmente reversible** (fracturas de cadera, amputaciones, patologías cardiorespiratorias, etc.)
- Personas que **tras una intervención quirúrgica (postquirúrgicos) o un proceso agudo (subagudos o postagudos)** sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o una cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o exploraciones complementarias antes de volver al domicilio.
- **Paciente geriátrico frágil:** Personas mayores con una reserva funcional disminuida y que sufren algún síndrome geriátrico (depresión, incontinencia, caídas).
- Personas con necesidades de **cuidados paliativos**.
- Personas que necesiten **cuidados y curas de enfermería, o administración de medicación que requiere técnicas sofisticadas de enfermería o tratamientos preventivos complejos** para los que no es necesario ocupar una plaza de Hospital de Agudos, pero no pueden ser atendidas en su domicilio, ambulatoriamente o en un Hospital de día. (Curas Complejas de heridas, sueroterapias, transfusiones oxigenoterapia...).
- Personas que necesitan **recuperar funciones**, sin posibilidad de sesiones de recuperación ambulatoria o en el domicilio.
- **Niños y adolescentes con discapacidad intelectual o física**, con problemas de conducta y/ o de atención especializada para atender su discapacidad física.

6.- LA REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

La propuesta reorganizativa parte de la base de que las **personas deben ser atendidas** utilizando los **recursos humanos y materiales más adecuados a sus necesidades sanitarias y sociales** en cada momento, y apuesta por una **racionalización** en el uso de los diferentes recursos y niveles asistenciales, dado el **diferente coste** de los mismos y las **dificultades de financiación pública y privada**. El objetivo principal de nuestra propuesta es la búsqueda de la **máxima eficacia y eficiencia**.

- Las proyecciones demográficas prevén un envejecimiento progresivo de la población en los próximos años. Las personas mayores de 64 años representarán el 37% de la población en el año 2052, con un fuerte crecimiento de la población mayor de 80 años.
- El incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la pluripatología, especialmente en personas mayores, provocan una demanda creciente de atención sanitaria y social de media y larga duración.
- El 70% del gasto sanitario está ligado a las enfermedades crónicas, con mayor prevalencia entre las personas mayores.

Con el objetivo de gestionar de forma eficaz y eficiente los recursos de carácter sanitario y social disponibles, Edad&Vida propone una **reorganización de la atención comunitaria, hospitalaria y de la media y larga estancia**:



* Excepto plazas Hospital de día

- Es necesario diseñar un modelo de atención integrada, social y sanitaria, que articule adecuadamente la coordinación y transmisión de información dentro del sistema entre responsables de atención primaria y servicios especializados, para asegurar una atención óptima y evitar derivaciones hospitalarias innecesarias, especialmente en pacientes crónicos complejos y paliativos, al final de la vida. Tendrían que optimizarse también los programas de ayudas técnicas, de accesibilidad de los servicios sociales básicos y de ayudas ortoprotésicas, así como los servicios de transporte adaptado.
- La **atención primaria**, como puerta de entrada del sistema, debería fundamentarse en una cartera de servicios común y el diseño de modelos de atención basados en la colaboración social y sanitaria, que contemple también otras necesidades básicas del paciente tales como la atención psicológica - si procede - y la atención espiritual, en especial al final de la vida. Tendrían que optimizarse los activos profesionales de ambos servicios de atención primaria (sanitarios y sociales), armonizando tipologías, modalidades, condiciones de acceso y criterios de asignación de las prestaciones.
- La **atención domiciliaria** tendría que ser un **eje destacado del modelo**. Por ello, es necesario optimizar los servicios de ayuda a domicilio prestados por los dos sistemas, con el fin de rentabilizar al máximo el potencial preventivo y asistencial de servicios como la telemedicina y la teleasistencia.
- La **atención hospitalaria** debería centrarse en la intervención y trato de las **enfermedades agudas**. Con el objetivo de racionalizar el uso de los diferentes recursos y niveles asistenciales, así como reducir el gasto en hospitalización de agudos, los casos de post-agudos, sub-agudos y convalecientes deberían ver incrementada su rotación en los centros hospitalarios, produciéndose un trasvase hacia centros de media estancia, o centros residenciales con unidad sociosanitaria acreditada por sanidad. También al domicilio de la persona, siempre y cuando la atención comunitaria resulte la adecuada.
- Otra medida de optimización del gasto hospitalario sería la **derivación de pacientes a los centros de media estancia/centros residenciales con unidad sociosanitaria acreditada, directamente desde los servicios de urgencias hospitalarias**.
- La **media estancia** se ocuparía de los casos de **paliativos, convalecencia, post¹/sub²-agudos, hospital de día y enfermos crónicos con requerimientos de atención sanitaria compleja³**. Este tipo de atención lo ofrecerían centros hospitalarios de media estancia y centros residenciales con Unidad Sociosanitaria acreditada por Sanidad. Actualmente, la estancia media en este tipo de centros es de 45 días, pudiendo ser de hasta 3 meses.

¹ **Atención postaguda:** que persigue un tratamiento integral del enfermo mayor frágil con una enfermedad aguda reciente o un accidente, disminuyendo su estancia en agudos mediante un traslado precoz a unidades de convalecencia.

² **Atención subaguda:** que persigue un tratamiento integral a enfermos con una enfermedad crónica conocida y muy evolucionada, disminuyendo o evitando la estancia en agudos mediante un tratamiento en una unidad de menor complejidad terapéutica.

³ **Enfermos crónicos con requerimientos de atención sanitaria compleja:** persona dependiente que requiere servicios sanitarios, por patología crónica prevalente y condiciones sanitarias específicas.

Con el objetivo de racionalizar el uso de los diferentes recursos y niveles asistenciales, la estancia media debería reducirse progresivamente.

- La **atención de larga duración** se inscribe en el ámbito **social y sanitario**. Los **centros residenciales ofrecerían atención social y atención sanitaria menos compleja que los centros hospitalarios de media estancia y centros residenciales con Unidad Sociosanitaria acreditada por Sanidad**, y su financiación debería tener en cuenta estas dos vertientes. Por ello, se propone la incorporación de un **módulo sanitario de financiación en los centros residenciales**, que deberían ser acreditados según los recursos y servicios que ofrezcan. Este módulo tendría que incorporar la atención sanitaria y la farmacia.

Estas propuestas comportan la necesidad de definir de forma precisa la frontera entre los pacientes agudos, aquellos con necesidades de media estancia y los que requieren una atención de larga duración.

ARGUMENTOS QUE APOYAN ESTA PROPUESTA:

Algunos argumentos que apoyan esta propuesta reorganizativa son los siguientes:

Marco legal propicio

- La **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, de 2003, ya preveía el **desarrollo de la prestación de atención sociosanitaria**.
- La **Ley de Dependencia** se inspira en el **principio de colaboración entre los servicios sociales y sanitarios** en la prestación de los servicios a los usuarios del SAAD.

Existencia de inversión privada en infraestructuras para la larga estancia

- La **atención de larga estancia en centros residenciales** con un **módulo sanitario acreditado** no supone un esfuerzo inversor público adicional en infraestructuras ya que actualmente el **71% del sector residencial es privado** en España.
- Los centros residenciales ofrecen **capilaridad** en el conjunto del territorio.

Mayor eficacia y eficiencia

- Se ofrecen **instalaciones, personal y recursos más adecuados a las necesidades** de atención de cada persona.
- La **asignación correcta de pacientes a cada nivel asistencial** debería redundar en un **ahorro de costes**, ya que el coste de una plaza hospitalaria es 5 veces superior a la de

una plaza privada de carácter sociosanitario, que a su vez tiene un coste casi dos veces superior a la de un centro de atención residencial.

- Por otro lado, los **costes de gestión de los centros residenciales** (atención de larga duración) son **inferiores a los costes de los centros hospitalarios de media estancia**, ya que los primeros se rigen por los convenios laborales de servicios sociales y por lo tanto soportan unos costes de personal de atención directa menores.

Participación efectiva del usuario en la financiación

- En la mayoría de las Comunidades Autónomas, ya está establecido que las **personas ingresadas en centros de atención de larga duración** contribuyan a la **financiación de su plaza con el 75%-80% de su pensión**.

Avances importantes en la utilización de nuevas tecnologías

- El **uso de nuevas tecnologías** adecuadas permite **facilitar y conectar la asistencia desde diferentes puntos del sistema sanitario y/o social**, evitando traslados e ingresos innecesarios de colectivos de riesgo.

PROPUESTAS ADICIONALES PARA LA REORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

Por otro lado, la reorganización hospitalaria también debería implicar una **reordenación de la medicina de tercer nivel y de la oferta hospitalaria**, que en estos momentos está sobredimensionada si nos comparamos con los países de nuestro entorno, **buscando el equilibrio entre accesibilidad y costes**, estableciéndose **centros de referencia**, ya que resulta ineficiente que cada centro ofrezca el conjunto de los servicios sanitarios del sistema.

Número de Hospitales Universitarios (medicina de tercer nivel)
por millones de habitantes

Fuente: Antares Consulting.

| País | Hospitales Universitarios | Población | N habitantes por H.U. |
|---------|---------------------------|------------|-----------------------|
| España | 54 | 46.661.950 | 864.110 |
| Francia | 32 | 64.351.000 | 2.010.969 |
| Suiza | 5 | 7.783.000 | 1.556.600 |
| Bélgica | 7 | 10.666.000 | 1.523.714 |

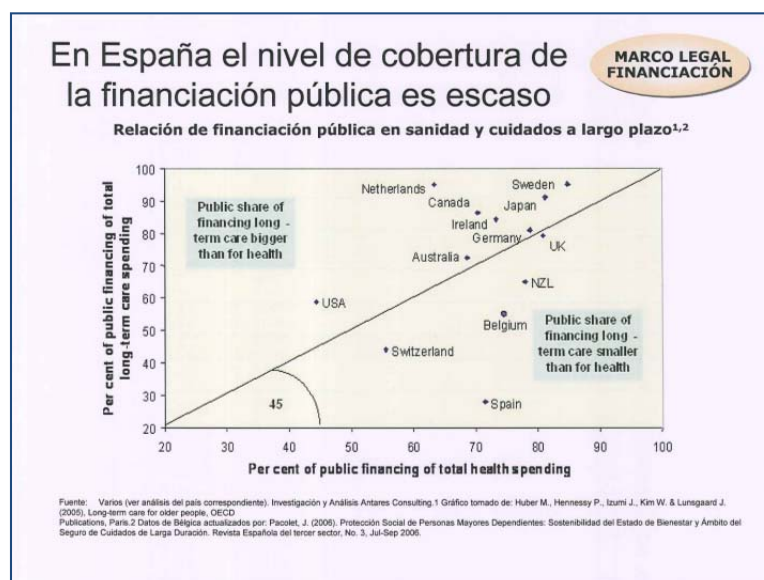
También propondríamos una **racionalización de la oferta de hospitales pequeños** (menos de 200 camas), que tienen un **coste medio muy superior a los hospitales de mayor tamaño**. Además, estudios recientes han demostrado que existe una relación positiva entre volumen de actividad y calidad asistencial⁴.

⁴ Questions d'Economie de la Santé Quel lien entre volumen d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France. Zeynep Or, Tomas Renaud (Irdes) n° 149. Décembre 2009.

7.- ASPECTOS QUE DEBERÍAN ACOMPAÑAR A LA PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

- La reconversión sanitaria y la implantación del sistema de atención a la dependencia en España pasa ineludiblemente por el **desarrollo de la colaboración público-privada**.
 - Para que la colaboración público-privada sea posible y duradera es imprescindible que existan **marcos claros y estables de actuación**, con distribución de **responsabilidades bien definidas**, que **incentiven las inversiones** necesarias tanto en infraestructuras como en servicios, con un **sistema de pago** para el sostenimiento de la **relación a largo plazo**, en función de los servicios ofrecidos y los **grados de dependencia atendidos**, que **cumpla plazos**, en **igualdad de condiciones** para todos los proveedores de servicios y que **retribuya las inversiones** en función de los riesgos transferidos.

- La **financiación del sistema** de atención sanitaria y social debe desarrollar y encontrar nuevas fuentes de financiación para permitir su sostenibilidad futura (Ver gráfico adjunto que presenta una comparativa internacional del nivel de cobertura de la financiación pública en los ámbitos de sanidad y de cuidados de larga duración), ya que en estos momentos en España los recursos públicos dedicados al gasto sanitario son muy superiores a los dedicados a cuidados de larga duración.
 - La financiación de los Sistemas Sanitarios y de Atención a cronicidad y la dependencia debe **desarrollar la contribución de los usuarios en función del tipo de servicio y de su renta y patrimonio**, y la adopción de medidas por parte de las administraciones para facilitar y **fomentar el ahorro y previsión privados**, apelando a la **responsabilidad individual** de los ciudadanos para hacer sostenible el Estado del Bienestar que hemos construido durante tantos años.



www.edad-vida.org