

COMPARECENCIA FUNDACIÓN EDAD&VIDA ANTE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA GESTIÓN DE LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES (CIGREG) PARLAMENT DE CATALUNYA

Barcelona, 14 de septiembre de 2020

- Presentación de Fundación Edad&Vida

Edad&Vida es una fundación privada apolítica con la misión de promover desde las empresas de diversos sectores, en colaboración con el mundo académico, instituciones de investigación, sociedad científica y organizaciones de personas mayores, la búsqueda de soluciones para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Su razón de ser es facilitar corresponsabilidad y equilibrio entre el sector público y la iniciativa privada, con el fin de dar respuesta a los retos económicos y sociales del cambio demográfico, actuando desde una perspectiva de eficiencia y sostenibilidad, generando un estado de opinión independiente que facilite la mejora de los comportamientos de todos los actores en el entorno de las personas para cuando sean mayores.

- Comparecencia

Creemos que la mortalidad excesiva durante esta crisis ha evidenciado, una vez más, una serie de **problemas estructurales y sistémicos en los cuidados de larga duración y, en concreto, el modelo de atención residencial** que, actualmente, no responde ni a las actuales necesidades sociales de las personas ni, como lamentablemente hemos vivido, tampoco a las sanitarias. De hecho, la aparición del SARS-CoV-2 ha sometido al sector residencial a unas tensiones que han resaltado la vulnerabilidad de este recurso como prestador de cuidados sanitarios, si bien es cierto que en ningún momento se pensaron como tal, y que su capacidad resolutoria ante crisis sanitarias de esta magnitud ha sido insuficiente.

En Fundación Edad&Vida, históricamente, hemos defendido el **modelo de integración de servicios sanitarios y sociales** para atender de forma óptima las necesidades de las personas mayores con pluripatología crónica, la denominada cronicidad, y en situación de dependencia y sus necesidades sociales derivadas de su situación.

Consideramos que la fragmentación, aún excesiva, del sistema de salud y las dificultades de integración entre los distintos eslabones del propio sistema, y con los propios del sistema social, imposibilitan el objetivo de situar a la persona en el centro del sistema, de manera que los servicios se adapten a sus necesidades y no al revés.

Esta situación es especialmente tangible en lo relativo a la provisión de cuidados especializados en el ámbito residencial a personas mayores en situación de dependencia y/o alta vulnerabilidad. En un estudio realizado hace unos años por nuestra Fundación, pero cuyos resultados pueden ser aplicables hoy en día, tratamos de caracterizar el **perfil clínico de estas personas**. Los resultados obtenidos indicaron que **más del 75% de los usuarios de los centros residenciales tiene tres diagnósticos activos, el 66% toma más de 7 medicamentos cada día, el 18% ingresa con algún tipo de úlcera por presión, el 75% presenta algún tipo de incontinencia urinaria y el 45% está en una situación de dependencia total**. Se puede concluir pues que, globalmente, la **complejidad de las personas atendidas en los centros residenciales, suele ser elevada y poco diferenciada de los atendidos en centros hospitalarios de cuidados intermedios o sociosanitarios**, allí donde existen.

Si se quiere que estos centros continúen desarrollando su labor asistencial que, no olvidemos, contribuye al desahogo del sistema sanitario, pues proveen cuidados sanitarios especializados de facto, es necesario plantear **soluciones que mejoren su situación dotándoles de los mismos recursos disponibles que otros niveles asistenciales.**

En Edad&Vida, desde el inicio de la pandemia, señalamos la necesidad de reforzar los recursos disponibles en las residencias, tanto materiales (dotación de EPIS, productos sanitarios y farmacéuticos específicos para el tratamiento de la enfermedad e, incluso, para garantizar un final de vida digno), como de profesionales (aumento de profesionales), como de gestión y organización (establecimiento de circuitos específicos de coordinación entre los diferentes recursos y niveles asistenciales sanitarios y las residencias). Celebramos y reconocemos aquí que muchas de estas medidas se escucharon y se han implementado diferentes soluciones adaptadas a la realidad de los centros para tratar de paliar, en la medida de lo posible, los efectos la pandemia.

No obstante, no podemos ser autocomplacientes y debemos aprovechar el momento para reforzar y rediseñar el sistema. Como hemos dicho anteriormente, creemos que el sistema de atención residencial adolece de importantes deficiencias que hay que solucionar. Se necesita un **profundo cambio de cultura y mentalidad en la concepción y organización de los cuidados de larga duración, entre los cuales se incluye la atención residencial como uno de los posibles recursos, y esto, no nos engañemos, requiere un aumento de los recursos económicos que se destinan.**

En base a un estudio de nuestra Fundación en el que participaron diferentes agentes expertos en el ámbito de la atención sociosanitaria, representantes de sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, prestadores de servicios, laboratorios farmacéuticos, de productos sanitarios y nutrición enteral, etc. para debatir sobre la situación actual de los centros residenciales y detectar y describir los principales retos a los que se enfrenta el sector residencial, a la vez que se proponían diferentes **soluciones que permitieran mejorar la atención social y sanitaria, así como la calidad de vida de las personas que viven en estos centros residenciales;** al mismo tiempo que dar visibilidad a la atención sanitaria (médica, enfermera, funcional y farmacéutica) que se realiza para que se integren en el Sistema Nacional de Salud.

Podemos aseverar que las personas deben ser atendidas utilizando los recursos humanos y materiales más adecuados a sus necesidades sanitarias y sociales en cada momento, y apostar 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.**

En la documentación que os hemos facilitado, podrán encontrar el detalle de nuestro posicionamiento que podríamos resumir en los siguientes 10 puntos:

- 1. Reconocer la atención sanitaria en residencias como un nivel asistencial diferenciado de la primaria y de la hospitalaria y plenamente integrado en el Sistema Nacional de Salud.**

El perfil de necesidades integrales (sanitarias, sociales, emocionales, espirituales, etc.) unido a la cronicidad y alta complejidad clínica propia de las personas atendidas en estos centros justifica la necesidad de creación de este nuevo nivel asistencial. Además, se le deberá dotar de los



recursos humanos, materiales y estructurales necesarios y suficientes para desarrollar su labor garantizando uno mínimos de calidad asistencial.

Todo ello reconociendo y defendiendo, a la vez, la importancia de los aspectos sociales de los cuidados, haciendo una defensa enérgica de la **atención centrada en la persona** y la utilización de la historia de vida, preferencias y valores de la persona que permita obtener una visión integral de las personas y sus necesidades y se optimicen los resultados en la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas atendidas que, no olvidemos, deben poder vivir, en la medida de lo posible, tal y como a ellos les gustaría.

2. Establecer las herramientas de integración necesarias para facilitar el funcionamiento de este nuevo nivel asistencial de forma integrada con los demás niveles y recursos de los sistemas nacionales de salud y el de servicios sociales.

Nos referimos al desarrollo de **protocolos de coordinación realistas y eficientes** entre diferentes niveles asistenciales y el **establecimiento y puesta en marcha de todos los instrumentos y mecanismos que faciliten la asistencia integral y centrada en la persona** como la historia clínica y social compartida, acceso a recetas electrónicas y a productos farmacéuticos especializados o a la gestión de pruebas complementarias o derivación a especialistas, establecimiento de canales de comunicación fluidos y rápidos entre los diferentes niveles, reuniones de coordinación y revisión de casos o conexión directa con servicios sociales a través de una figura que ejerza de intermediaria, por señalar algunos ejemplos.

De la misma forma, se desarrollarán **unidades especializadas** para dar respuesta a las peticiones y necesidades propias de las personas usuarias de los centros residenciales. De este modo, se podría atender de una forma más ágil y eficiente, mediante una correcta **gestión de casos** y el establecimiento del seguimiento adecuado, la pluripatología y la cronicidad propia de este perfil de usuario con especial atención a los que mayor riesgo o vulnerabilidad presenten.

Finalmente, es necesario desarrollar una apuesta decidida por las soluciones tecnológicas y su utilización en la asistencia y cuidados a personas en situación de dependencia.

3. Desarrollo de un nuevo modelo de planificación de cuidados de larga duración.

Este modelo permitirá **diferenciar y desarrollar los diferentes recursos asistenciales según las necesidades sociales y asistenciales de su zona de influencia** y las estructuras y recursos necesarios de apoyo social y sanitario. El objetivo es poder atender a las personas en el contexto en el que vivan para adaptarnos a sus preferencias (actualmente manifiestan querer vivir en su casa el mayor tiempo posible). Así, la atención domiciliaria, la teleasistencia, los servicios sanitarios comunitarios, la hospitalización domiciliaria y otros tipos de viviendas con servicios son recursos que, junto con los centros residenciales y otros servicios de atención diurna y nocturna, deben ser considerados y desarrollados para complementar el catálogo de recursos asistenciales a las personas.

4. Creación de un marco estatal de acreditación social y sanitaria básico y común en todos los territorios.

Este reconocerá los **diferentes servicios y niveles de atención a la cronicidad y a la dependencia**, por diferentes grados de acreditación según la complejidad de los recursos residenciales (básicos, medios o avanzados) según el perfil de personas que puedan atenderse en ellos, estará orientado a resultados y garantizará la excelencia y la mejora continua en la calidad de la atención.



En este sentido, se deberán detallar el número de centros y las condiciones (estructurales, de recursos humanos, etc.) exigibles que podrán prestar asistencia en cada uno de los niveles establecidos para los centros.

Además, creemos que los resultados obtenidos en el proceso de acreditación y/o de evaluación o inspección posterior, que deberían basarse en el uso de indicadores de proceso, de resultado y de satisfacción de los usuarios, tiene que ser inexcusablemente públicos y **estar a disposición de los potenciales usuarios de los centros.**

Finalmente, recordamos el “**Modelo de acreditación de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación en España**” que hicimos hace unos años en Fundación Edad&Vida y que podría ser utilizado como base para ese futuro marco de acreditación.

5. Apostar por la especialización profesional, reconociendo la formación específica y especializada, e impulsar la formación continua.

Se deberá **garantizar unos niveles mínimos de cualificación de los profesionales.** De manera específica, se deberían poner en marcha **programas de formación específicos en aptitudes, actitudes tanto en valores humanísticos, como en conocimientos específicos para el correcto desarrollo profesional.** Así, se optimizarían sus conocimientos y sensibilización en la asistencia a las necesidades integrales de las personas usuarios de los centros.

6. Mejorar las condiciones laborales de los profesionales de los centros residenciales para hacerlas más atractivas y equilibradas.

Equiparar las condiciones laborales del sector a los equivalentes en el sistema sanitario: aumento de ratio de profesionales de atención directa (estamos muy por debajo de los 95 trabajadores por cada 100 residentes de Suecia), mejora y equiparación salarial con los homólogos, optimizar el desarrollo de las carreras profesionales, fomentar la formación, etc.

7. Establecimiento de un nuevo modelo de financiación.

Tendría **dos tipos de aportaciones** en función de la tipología de necesidades que se atiendan en los centros, es decir, **del sistema de salud para las asistenciales con un complemento del sistema social para las suyas**, teniendo en cuenta el peso de la prestación sanitaria y social que asume cada centro.

Así, la propuesta sería que se asignara una parte del presupuesto sanitario a la atención de las personas en situación de dependencia mediante la implantación y acreditación de módulos sanitarios en centros residenciales.

8. Uso eficiente de los recursos disponibles.

Para que la colaboración entre todos los agentes disponibles, públicos y privados, 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

9. Priorizar la libertad individual en la elección del recurso asistencial.

Es de vital importancia desarrollar los mecanismos necesarios para garantizar que los usuarios tienen **absoluta libertad en la elección** de la entidad que puede prestarle los servicios y cuidados integrales que ella necesita.

10. Poner en marcha estudios científicos robustos que expliciten tanto la carga sanitaria que atienden los centros residenciales como el coste real de la atención en los centros por grados de dependencia.

El objetivo sería realizar un estudio nacional a gran escala y multicéntrico sobre **indicadores sanitarios, resultados en salud y otros relacionados con el ahorro de costes al sistema público de salud que supone la atención de los usuarios en los centros** (reducción de ingresos hospitalarios, reingresos, derivaciones, etc.). Además, se debería analizar el **coste real** de la asistencia residencial por módulos de atención (sanitario, social, hostelero) en los diferentes grados de dependencia.

Finalmente, no queremos terminar sin hacer un **reconocimiento explícito a todos los profesionales** que han desarrollado su labor durante estos meses en las residencias y reconocemos y celebramos la medida adoptada por la Generalitat de complementar su salario reconociendo dicho esfuerzo. Igualmente, celebramos que se hayan elaborado los planes de contingencia necesarios para tratar de controlar la expansión del virus. En este sentido, únicamente queremos recordar **la necesidad de establecer y reforzar los mecanismos adecuados de coordinación para garantizar que todas las residencias pueden elaborar adecuadamente dichos planes** (si es que no los han elabora ya), se realiza una adecuada **supervisión por parte de los servicios de salud pública, se informa a usuarios y familiares para evitar episodios de desinformación**, se cuenta con unos **profesionales adecuadamente formados** en todo lo referente a la contención del virus y se **definen y conocen los circuitos de derivación y de consulta con las unidades especializadas del sistema público de atención geriátrica en las residenciales** (unidades de geriatría de enlace).

Nadie discute que la aparición del SARS-CoV-2 ha supuesto una crisis para nuestros sistemas sanitario y social. Creemos que debemos aprovechar la ocasión para analizar y repensar nuestros sistemas para **adecuarlos a la realidad y complejidad de las necesidades de la población a la que se dirigen**. Igualmente creemos que este no es un esfuerzo de un único sector o de un determinado conjunto de agentes. Se trata, posiblemente, de unos de los retos más importantes a los que nos hemos enfrentado como sociedad. Uno de los más tangibles y con más implicaciones prácticas directas para las personas. Uno que puede determinar no solo la calidad de vida de las personas, sino incluso su esperanza de vida en condiciones aceptables. Nos concierne a todos, administraciones públicas, sindicatos, colegios profesionales, empresas proveedoras de servicios asistenciales, fundaciones, grupos de investigación, usuarios y sus familiares. Únicamente con el **esfuerzo de todos** podremos convertir esta crisis en una **oportunidad para crecer y avanzar** en el desarrollo de los valores humanos que caracterizan nuestra sociedad. En este reto podrán contar con Fundación Edad&Vida y con su conocimiento y experiencia analizando la situación del sector.