

COMPARECENCIA FUNDACIÓN EDAD&VIDA ANTE EL GRUP DE TREBALL D'ANÀLISI DE L'IMPACTE DE LA COVID-19 EN LES RESIDÈNCIES (GTAICRE)

Barcelona, 8 de julio de 2022

- **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**

El pasado mes de octubre de 2021, en Fundación Edad&Vida celebramos la octavaedición de nuestro Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida. En él, entre otros muchos aspectos, analizamos específicamente el impacto de la COVID en los centros residenciales para personas mayores tanto a nivel estatal como a nivel internacional.

En este sentido, trasladamos a esta Comisión algunas de las principales conclusiones que extrajimos en dicho evento y les invitamos a consultar la página web de nuestra Fundación en la que podrán consultar las conferencias del Congreso al completo.

Para comenzar, se concluyó que la COVID, simplemente ha puesto de manifiesto de forma cruda los déficits del sistema. Los que todos conocíamos. Dentro de esas evidencias ha resaltado la limitación, de la mayor parte de sistemas de protección social del mundo, en (a) la capacidad de proporcionar respuesta adecuada; de hecho, no había planes de contingencia para afrontar una situación parecida y no se tuvieron criterios claros de actuación durante muchas semanas(b) en la prevención de la pérdida de capacidades (cognitivas, físicas y funcionales) conservadas en las personas usuarias de estos servicios y en (c) la compensación del impacto de la cronicidad. Además, la COVID ha evidenciado la reducida accesibilidad de las personas que viven en residencias, a los sistemas de salud de la mayor parte de países del mundo. En este caso, todo el mundo ha podido comprobar que la falta de integración sociosanitaria extrema, en todos los ámbitos y en todos los interlocutores, comporta consecuencias graves de todo tipo y muerte.

También se evidenció que el impacto de la COVID sobre los profesionales del cuidado -en el conjunto de países del análisis presentado en el Congreso- ha sido superior al que ha tenido el virus sobre los profesionales sanitarios y ha sido el doble que el que ha tenido sobre el conjunto de trabajadores.

Además, ha podido observarse también, en todos los países, la baja prioridad política otorgada a los sistemas de cuidados, exacerbándose el carácter coyuntural y oportunista de la toma de decisiones.

Por otro lado, tampoco es despreciable la observación de que la COVID ha provocado en España -y en muchos otros países- una crisis de confianza en el sistema residencial y una culpabilización social del sector. Así y todo, no es descabellado dudar de la implementación de las lecciones derivadas de la COVID. Por ese motivo se enfatiza el riesgo de cerrar en falso el debate -y no aplicar soluciones- sobre, más allá de la falta de integración social y sanitaria, simplemente la falta de respuesta de los servicios de salud en las residencias en España.

La COVID también ha evidenciado que la innovación tecnológica, no substituye el contacto humano. Las experiencias de final de vida y muerte en soledad han sido terribles. Se ha puesto de manifiesto la urgencia de mejorar los sistemas y modelos de comunicación y de gestión de las emociones, tanto de residentes, como de sus familiares y de los profesionales.

El contexto COVID ha dado pie a insistir especialmente, en la necesidad de formar y profesionalizar el sector de cuidados. Ha servido para refrescar el recuerdo de que los profesionales, los trabajadores, todos, tanto del sector social como del de salud, SON PERSONAS. Así si la vocación, la motivación, no es condición suficiente, si es necesaria ya que el lado humano del profesional determina la calidad de la conexión con la persona dependiente y pluripatológicas. Las experiencias vividas de muerte en soledad, han constituido un revulsivo dramático para recordarlo.

Es necesario recordar que las residencias de mayores, por definición normativa, no fueron concebidas para hacer frente a procesos infecciosos, ni a un virus infecto-contagioso de las características del covid-19. Los centros hacen frente cada año a la gripe estacional, es cierto, pero hay que tener en cuenta que los centros no están sectorizados, no tienen equipos sanitarios más allá de una pequeña área de cuidados especiales, no son hospitales a pequeña escala, son centro de vida y convivencia adaptados que sustituyen al domicilio de las personas. Así, conviene no olvidar que las residencias para personas mayores no son equiparables a centros sanitarios de media o larga estancia y que, por supuesto, salvo casos muy concretos de errores involuntarios, las residencias no fueron causantes de los daños humanos ocurridos durante la pandemia, sino víctimas de ella.

Es justo, resaltar en este momento los aspectos que funcionaron correctamente. En concreto, nos referimos al soporte material y financiero por parte de la Generalitat para sufragar los mayores costes asociados a la protección efectiva de los usuarios y a la colaboración efectiva entre diferentes actores de diferentes ámbitos (sanidad o servicios sociales) y de diferentes titularidades con el objetivo de proteger a las personas.

Este análisis coincide con el presentamos en nuestra primera comparecencia ante esta comisión, el 14 de septiembre de 2020, cuando concluíamos que el actual modelo residencial no responde ni a las actuales necesidades sociales de las personas ni tampoco a las sanitarias.

Además, durante este tiempo, organismos internacionales como la OMS y la UE han reconocido la necesidad de transformar el modelo de cuidados de larga duración. Sin ir más lejos recientemente se ha aprobado un nuevo sistema de acreditación de los centros residenciales en la Comisión Interterritorial de Servicios Sociales.

Se pretende, así, desarrollar los servicios domiciliarios, coordinados e integrando apoyos multidimensionales (no solamente sociales o sanitarios) y flexibles para que se adaptan a las necesidades variadas de los ciudadanos y permitir que permanezcan en su entorno. Por otro lado, se propone realizar un proceso de desinstitucionalización cuyo objetivo sería transformar

las actuales plazas residenciales en entornos domésticos, hogareños, modulados en grupos pequeños de personas en situación de dependencia grave y garantizando la intimidad de quienes allí viven (por ejemplo, aumentando el número de habitaciones individuales).

De cara a transformar, no solo las residencias para personas mayores, sino el modelo de cuidados de larga duración, garantizando una adecuada respuesta a las necesidades reales de la persona, la continuidad de los cuidados y la permanencia de la persona en el nivel óptimo de atención, en Fundación Edad&Vida defendemos un modelo integrado social y sanitario. Así, se podría evitar la excesiva fragmentación de servicios y se situaría a la persona en el centro del modelo aportándole los apoyos necesarios para que desarrolle su plan de vida.

Mención aparte merece el abordaje de las necesidades nutricionales de las personas que viven en los centros residenciales. El perfil específico que presentan, caracterizado por la pluripatología crónica compleja, hace necesario plantear una serie de estándares mínimos nutricionales que garanticen un adecuado aporte de los nutrientes precisos para evitar posibles complicaciones. De hecho, se podrían incluir estos estándares mínimos, basados en la evidencia científica disponible, en los pliegos de condiciones para la gestión de los centros residenciales. Ya se ha hecho en comunidades como la de Madrid o a nivel estatal en Francia.

Además, insistimos en que es necesario plantear soluciones que mejoren la situación de los centros residenciales, evaluar los costes asociados a los cambios propuestos y garantizar su adecuada financiación y la dotación suficiente de recursos, tanto humanos como materiales, X, situándolos al mismo nivel que otros servicios con actividad similar, si queremos que estos centros continúen desarrollando su labor asistencial, con cuidados sociosanitarios muy especializados, que, no olvidemos, contribuye al desahogo del sistema sanitario.

Tal y como hicimos en nuestra anterior comparecencia, nuestras propuestas serían las siguientes:

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, en definitiva, medir la calidad del servicios, y tiene que ser inexcusablemente públicos y estar a disposición de los potenciales usuarios de los centros.

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.

En este sentido, ante la escasez de profesionales dispuestos a trabajar en el sector, es preciso instaurar medidas urgentes y efectivas para dignificar el sector y que, por un lado, aumenten el atractivo laboral del sector; por otro, mejoren las competencias profesionales de los trabajadores; y, finalmente, permitan retener el talento.

7. Establecimiento de un nuevo modelo de financiación.

El objetivo que tendría sería resolver la infrafinanciación del sistema y asegurar una forma de trabajar más segura y que permitiera aplicar los aprendizajes extraídos de la pandemia.

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. Creemos que establecimiento una eficaz colaboración público-privada se conseguirá convertir al sistema de atención a la dependencia un motor de generación de valor.

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

Es de vital importancia desarrollar los mecanismos necesarios para garantizar que los usuarios, por un lado, acceden al recurso al que por ley tienen derecho y, por otro lado, 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.

A modo de conclusión, creemos que existe un amplio consenso entre los diferentes agentes que intervienen de alguna forma en la prestación de cuidados y apoyos a las personas mayores en situación de dependencia en relación la concepción del nuevo modelo de atención como algo dinámico, desinstitucionalizado, con base domiciliaria y comunitaria y con una atención centrada en la persona. Las residencias serán un servicio más de ese modelo y se precisan de mecanismos que garanticen la conexión e interrelación entre todos los servicios para trabajar de manera coordinada. El reciente acuerdo sobre acreditación de los centros alcanzado en la Comisión Interterritorial, con sus luces y sus sombras, marcará el camino a seguir en la transformación del modelo actual de las residencias. Confiamos en que la administración pública autonómica garantizará tanto el cumplimiento de los acuerdos como la adecuada valoración de los costes asociados a este cambio de modelo así como la obtención de los recursos extras para implementar esos acuerdos.

La mejora de la calidad de vida y bienestar de los ciudadanos en su conjunto y, en particular, de los potenciales usuarios de este nuevo modelo de atención, es lo que debería guiar las diferentes estrategias y políticas en la materia. ¡Es el momento de aplicar estos cambios, de un compromiso real por parte de los agentes intervinientes! No sirven más excusas! Pueden contar con Fundación Edad&Vida, su conocimiento y experiencia, para situar a la persona en el centro del modelo de cuidados de larga duración.