

LA ATENCIÓN SANITARIA EN LAS RESIDENCIAS Catalunya

¿Quo Vadis?

Andrés Rueda.

Presidente de ASCAD

Director del Centre Geriàtric S. Pere de les Fonts de Terrassa.

Barómetro A.S.C.A.D. de la dependencia. Datos Catalunya

Análisis de los puntos diana ASCAD de la aplicación Ley de Dependencia en Catalunya 31-03-2013 a 30-06-2018

Beneficiarios España (datos IMSERSO)	756.423	746.702	736.249	753.842	731.120	733.772	723.471	745.720	742.813	746.142	765.053	736.109	802.269	826.362	847.747	865.564	878.208	898.243	927.521	954.831	967.835	987.086	230.663
	31-03-13	01-06-13	30-09-13	31-12-13	31-03-14	30-06-14	30-09-14	31-12-14	31-03-15	30-06-15	30-09-15	31-12-15	31-03-16	30-06-16	30-09-16	31-12-16	31-03-17	30-06-17	30-09-17	30-12-17	30-03-18	30-06-18	
	Artur Mas CiU (Neus Munté)											Puigdemont JxS (Dolors Bassa)				"155" rra (El Homrani)							
Beneficiarios Catalunya (datos IMSERSO)	139.531	138.439	135.831	139.391	135.850	134.448	128.795	125.821	127.811	127.559	127.117	126.450	126.625	126.118	126.339	126.668	132.905	135.171	138.886	141.058	144.639	143.489	9.358
	31-03-13	01-06-13	30-09-13	31-12-13	31-03-14	30-06-14	30-09-14	31-12-14	31-03-15	30-06-15	30-09-15	31-12-15	31-03-16	30-06-16	30-09-16	31-12-16	31-03-17	30-06-17	30-09-17	31-12-17	30-03-18	30-06-18	
Beneficiarios Catalunya (datos TBSiF)	161.213	161.436	158.011	156.333	150.342	148.381	147.947	145.618	143.899	139.533	139.100	142.474	137.610	140.378	145.477	145.965	146.636	151.379	157.201	160.891	163.562	166.777	5.564
	31-03-13	01-06-13	30-09-13	31-12-13	31-03-14	30-06-14	30-09-14	31-12-14	31-03-15	30-06-15	30-09-15	31-12-15	31-03-16	30-06-16	30-09-16	31-12-16	31-03-17	30-06-17	30-09-17	31-12-17	30-03-18	30-06-18	
Residencia GG (datos TBSiF)	25.372	25.785	24.956	25.486	24.923	25.025	25.773	25.997	26.012	25.505	25.993	26.435	24.728	25.371	26.275	25.714	26.387	27.085	28.021	27.860	28.102	28.428	3.056
	31-03-13	01-06-13	30-09-13	31-12-13	31-03-14	30-06-14	30-09-14	31-12-14	31-03-15	30-06-15	30-09-15	31-12-15	31-03-16	30-06-16	30-09-16	31-12-16	31-03-17	30-06-17	30-09-17	31-12-17	30-03-18	30-06-18	
PEY Residencia (datos TBSiF)	10.888	11.399	11.614	10.814	9.132	8.160	7.632	6.958	6.762	6.878	7.985	8.678	8.537	8.747	9.382	9.506	9.215	9.463	9.882	10.206	9.886	9.595	-1.293
	31-03-13	01-06-13	30-09-13	31-12-13	31-03-14	30-06-14	30-09-14	31-12-14	31-03-15	30-06-15	30-09-15	31-12-15	31-03-16	30-06-16	30-09-16	31-12-16	31-03-17	30-06-17	30-09-17	31-12-17	30-03-18	30-06-18	
Cuidador no profesional (datos TBSiF)	111.154	106.600	106.299	104.211	100.015	98.095	97.010	94.990	92.319	88.139	87.575	87.077	83.178	82.769	83.816	83.191	82.069	83.824	85.908	87.416	88.135	88.722	-22.432
	31-03-13	01-06-13	30-09-13	31-12-13	31-03-14	30-06-14	30-09-14		31-03-15	30-06-15	30-09-15	31-12-15	31-03-16	30-06-16	30-09-16	31-12-16	31-03-17	30-06-17	30-09-17	31-12-17	30-03-18	30-06-18	
Limbo estadístico BSiF (IMSERSO-BSiF)	21.682	22.937	22.180	16.342	14.432	13.933	19.152	19.797	16.088	11.974	11.983	16.024	10.985	14.260	19.138	19.297	13.791	16.208	18.315	19.833	18.323	17.288	17.288
	31-03-13	01-06-13	30-09-13	31-12-13	31-03-14	30-06-14	30-09-14	31-12-14	31-03-15	30-06-15	30-09-15	31-12-15	31-03-16	30-06-16	30-09-16	31-12-16	31-03-17	30-06-17	30-09-17	31-12-17	30-03-18	30-06-18	30-06-18

PERIODO MAS- MUNTÉ:

ESPAÑA SUBE 5,24%

CATALUNYA BAJA UN 8.72%

PUIGDEMONT-BASSA:

ESPAÑA SUBE 15%

CATALUNYA SUBE 9.9%

DEL 155 A TORRA-EL HOMRADI:

ESPAÑA SUBE 5,24

CATALUNYA SUBE 5.9%

SUBIDA EN GENERAL:

ESTATAL UN 25.48%

CATALUNYA 7.08%

EL IMPACTO DEMOGRÁFICO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA SERÁ DEMOLEDOR

DATOS jun-18	Actualidad	Proyección a años:		
		8	20	30
AÑOS:	2018	2026	2036	2046
POBLACION ESPAÑA:	46.5 M.	46.1 M.	45.5 M.	44.7 M.
% POBLACION:	%	%	%	%
MAYORES 65 AÑOS	18,6	22,7	28,6	34,3
Nº DEPENDIENTES C/P :	8.7 M	10.4 M.	13.0 M.	15.3 M.
ESPAÑA	987.086	1.179.964	1.520.206	1.735.758
CATALUNYA	149.489	178.699	229.859	275.671
LISTA DE ESPERA ESP:	289.097	345.587	445.237	508.367
CAT: GR. II - III	25.501	31.122	39.211	47.026
GR. I	49.170	58.778	75.726	86.464
PLAZAS RESIDENCIAS	59.637	71.290	91.700	109.976
Incremento:		11.653	32.063	50.339
Creación nº plazas /mes		114	144	147

ESFUERZO EN 8 AÑOS EQUIVALENTE A:

233.060 M2 SUPERFICIE RESIDENCIAL BÁSICA

35.300 CAMPOS DE FÚTBOL

11.653.000.000 M.€ INVERSIÓN INMOBILIARIA (SIN COSTE SUELO, A 50.000 €/M2 CONSTRUIDO)

La atención sanitaria a nivel Estatal:

- ¿Qué es?: Básicamente la prestación de servicios médicos y farmacéuticos.
- ¿De quien depende?: El S.N.S. es un sistema transferido a las CC.AA. que en Catalunya depende de CatSalut.
- ¿Dónde se presta?: En establecimientos sanitarios o domicilios.
- ¿Quién lo presta?: Los profesionales de la Salud.
- ¿Quienes son los beneficiarios?: Todos los españoles.

Las residencias son:

“Institució on VIUEN PERSONAS..... als que PRESTEM SERVEIS
D’ACOLLIMENT residencial”: *HIGIENE, MOVILIDAD, DESPLAZAMIENTOS, VESTIRSE,
CONTINENCIAS, ALIMENTACIÓN, AUTOCUIDADOS, MOVILIDAD / DESPLAZAMIENTOS,
LLEURE,.. Y*

*(DECRET 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis
Socials 2010-2011.)*

*Las residencias NO son establecimientos sanitarios pero SI tienen que
asegurar que los residentes tengan ese derecho garantizado. **(Sistema
público o por medios propios)***

En consecuencia, para la atención sanitaria en residencias:

Cada sistema *-el social y el sanitario-* debería hacerse cargo de **garantizar** y **costear** sus prestaciones con **independencia** de donde esté la persona usuaria.

1.- ¿Cómo?: En clave de articulación para que sea eficaz y no de duplicación de recursos (ahora es un sistema duplicado).

2.- El coste de la duplicación de los recursos sanitarios en las camas asistidas* TBSiF (56.665 plazas):

Médico: **15.047.778 M.€.** (21.407 €/año)

Enfermería: **72.996.544 M.€.** (34.615 €/año x3 DUE)

Fisioterapeuta: **17.050.452 M.€.** (24.256 €/año)

TOTAL ANUAL: 105.094.774 M.€.

El peso excesivo de la atención sanitaria residencial:

Conlleva:

- 1.- Mal uso residencial: Las residencias no pueden ser aparcamientos sanitarios «**low-cost**» en el que se medicalíce o se pervierta el sentido lógico de la última etapa de la vida.
- 2.- A inducir estigmatización social de mala praxis por crear expectativas asistenciales en ámbitos de salud que no le son propios. (“en la residencia ya hay médico y enfermería” con aparente obligación/derecho ilimitado de atenciones...).

Necesidad de acotar la perversidad de estas dos desviaciones.

Actuaciones inmediatas conjuntas sanitarias y sociales:

- **No se debería tocar la asistencia sanitaria actual sin contextualizarla con la necesaria FLEXIBILIZACIÓN material y funcional del “modelo” por...** (“el sabio y el dedo” – “Primum non nocere”)
- 1.- La frágil situación actual es producto de lo que hay. (“andamio de bambú”). Solo introduciría mejoras puntuales como el acceso a la historia clínica y la receta electrónica con una habilitación especial a los prescriptores. No tocaría nada más por riesgo de colapso.
 - 2.- Vista la tendencia de la población a atender se impone el desarrollo de equipos PADES o similares. (Hay un déficit importante de la función informativa “pronostica” a familia/referentes)
 - 3.- Urgente protocolizar y normalizar las derivaciones hospitalarias. (“deshidrataciones”)
 - 4.- Es vital desarrollar y avanzar en los empoderamientos de la persona y de su propio control vital. (*P.e. Voluntades anticipadas, Asistencia paliativa, Testamento vital,...*)

Claves a contemplar ante posibles cambios corto-medio:

- 1.- La atención a la Salud: Es propia de CatSalut. Avanzar en formas de coordinación socio-sanitaria.
- 2.- ¿Modelo o Modelos?: El envejecimiento de la población aflora un doble problema, incremento asistidos y déficit de personal asistencial. Necesidad de imaginación: modelos elásticos.
- 3.- Económico: Menor capacidad económica de la administración y de las personas físicas (Copago).
- 4.- Aspectos jurídicos: La inseguridad actual de los agentes, previsiblemente, se multiplicará ante la nueva situación geroasistencial. (*demandas judiciales*).



¿Como debe ser el modelo?

- **VIVIBLE**: no excesivo en sus condiciones por encima de las necesidades. Se ha de abrir a polivalencias y flexibilidades.
- **VIABLE**: sostenible económicamente en el tiempo. No son aceptables cartas interesadas a los reyes magos que creen derechos de papel imposibles de mantener.
- **EQUITATIVO**: Política y socialmente el sistema NO puede generar una desatención equivalente colateral (1:1) de sus beneficiarios. Es absolutamente inaceptable.

Revisión de la ley 39/2006 y los modelos actuales generados

“Con dinero público no podemos generar modelos desmedidos para privilegiados mientras otras personas mueren con derechos reconocidos en las listas de espera.”

Actuación : Detectar y abordar:

- La **discriminación**: Criterios de discriminar quien es atendido y quien no. (P.e. lista espera)
- La **no-calidad**: revisar la adecuación necesidad-prestación. (P.e. ¿profesionales idóneos?)
- Las **bolsas de ineficiencia** que genera el propio modelo actual. (P.e. El amplio horario de visitas roba tiempo asistencial)



Revisión de la ley 39/2006 y los modelos generados

Revisar y actuar en:

- La cartera de servicios: FLEXIBILIZARLA y adaptarla entre lo social y lo sanitario.
- Las condiciones materiales: espacios POLIVALENTES.
- Los equipos asistenciales: polivalentes y adecuarlos a los diferentes momentos. Libertad a los centros. Nuevos Ratios y formación continuada gerocultoras.
- Los flujos económicos: FINALISTAS y GARANTIZADOS. (I.L.P. ASCAD)



Contexto económico: Coste del SAAD

- 2017 El coste estimado 8.626 M.€. para 922.050 ... pero fueron 954.131.
- 2018 estimación de 9.309 M.€.
- 2019 estimación de 10.192 M.€.
- **2020** estimación de **11.339** de M.€.

(Datos IMSERSO. SIN ATENCIÓN a la LISTA DE ESPERA)

El coste medio por dependiente :

Estatal: **9.226,29** €/año.

Catalunya: **10.449** €/año

(Dependientes IMSERSO y presupuesto Gencat 2017)

La población en situación de dependencia seguirá aumentando a fuerte ritmo los próximos años y si contáramos la lista de espera,

- **2020** superará los **1,8** millones de personas. (16.000 M. €.)
- **2025** se situará cerca de los **2** millones. (18.000 M.€.)
- **2030** habrá sobrepasado la cifra de **2,14** millones (19.700 M.€.)

Anclaje jurídico para la revisión del modelo: falta de equidad.

- Llei de Serveis Socials de Catalunya
(Llei 12/2007, d'11 d'octubre)
Article 9. Dret d'accés als serveis socials:
 1. **TOTES** les persones **tenen dret** a accedir a l'atenció social i a **gaudir-ne**, sense discriminació per raó de lloc de naixement, ètnia, sexe, orientació sexual, estat civil, situació familiar, malaltia, religió, ideologia, opinió o qualsevol altra circumstància personal o social.



DICTAMEN COMISIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE LA DEPENDENCIA, DE SU SOSTENIBILIDAD Y DE LOS ACTUALES MECANISMOS DE FINANCIACIÓN, PARA EVALUAR SU ADECUACIÓN A LAS NECESIDADES . (Nov/17, punto 12)

- “Sería el momento oportuno de realizar una **revisión** de la Ley que aproveche la experiencia acumulada en la gestión, **adapte** sus mecanismos a la demanda de los ciudadanos, **flexibilice** sus estructuras para mejorar su **capacidad** de respuesta a los nuevos problemas sociales, mejore su encaje en el marco del sistema público de Servicios Sociales y **garantice** la sostenibilidad del Sistema”.

¡Muchas gracias!