

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

**FUNDACIÓN EDAD&VIDA**

Octubre 2013

## 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.- LA REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA .....	8
6.- ASPECTOS QUE DEBERÍAN ACOMPAÑAR LA PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA .....	11

## 1.- INTRODUCCIÓN

La Fundación Edad&Vida, Instituto per a la mejora, promoción e innovación en la calidad de vida de las personas mayores, pretende contribuir con sus actividades a la reflexión 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 económicos y con miembros colaboradores del mundo académico y de asociaciones de personas mayores, la Fundación es un catalizador de las inquietudes de la sociedad y del mundo empresarial y tiene como finalidad colaborar con las administraciones públicas en dar una respuesta eficaz, a la vez que eficiente, a los retos económicos y sociales derivados del cambio demográfico y del envejecimiento progresivo de la población.

Desde su creación, hace 13 años, la Fundación se ha centrado en la reflexión, el debate y la elaboración de propuestas de mejora en varias áreas de actividad, entre las cuales la salud, en sus vertientes sanitaria, sociosanitaria y de atención a la dependencia, ha ocupado y ocupa un espacio destacado, con el objetivo de poner en relieve y dar respuesta a las necesidades de atención social y sanitaria de las personas mayores, con servicios de calidad, eficaces e integrados en un modelo de atención sostenible en el tiempo, y en el cual la colaboración entre las administraciones públicas y la iniciativa privada ha de tener un papel crucial.

Teniendo en cuenta la limitación de los recursos disponibles así como las previsiones de incremento de la demanda de forma exponencial de los servicios en este ámbito, para Edad&Vida es evidente la necesidad de mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos y la eficacia en la gestión. Es necesario, pues, reflexionar sobre el modelo que tenemos en la actualidad y fomentar la atención integral e integrada a los enfermos crónicos y a las personas en situación de dependencia, donde resulta imprescindible la coordinación sociosanitaria, que sitúe a la persona en el centro y permita ofrecerle los recursos más adecuados a sus necesidades de cada momento.

En este sentido, desde Edad&Vida consideramos que es necesario plantear una reconversión de la atención sanitaria y social. A continuación se presentan las reflexiones y propuestas que estamos trabajando con el fin de contribuir a mejorar la organización de la atención 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.

Casi 7 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:

- Una verdadera **colaboración público-privada** con marcos de actuación claros y a largo plazo.
- La **profesionalización de los servicios** de atención a la dependencia y la necesaria excepcionalidad del cuidador informal.
- La **reorganización y coordinación de la atención social y sanitaria**.
- 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 costos, 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. Definir los **perfiles de atención**.
2. Definir los **recursos humanos y materiales** necesarios.
3. 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.*
4. 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.
5. **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.
6. Promover la **investigación social** y la **innovación** en tecnologías para acercar los servicios a la población en su domicilio.

## 5.- LA REORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

Con el objetivo de gestionar de forma eficaz y eficiente los recursos de carácter sanitario y social disponibles, se propone una reorganización hospitalaria y de la media y larga estancia.

- 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.

### PROPUESTA REORGANIZATIVA:

HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS	- CENTROS HOSPITALARIOS DE MEDIA ESTANCIA (Modelo Sociosanitario) - CENTROS RESIDENCIALES (con Unidad Sociosanitaria acreditada por Sanidad)	CENTROS DE ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN (Centros Residenciales con Módulo Sanitario Acreditado)	OTRAS PRESTACIONES (Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, etc.,)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervención y tratamiento de enfermedades agudas y de reagudización y urgencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedades de larga duración (crónicas) con requerimientos de atención sanitaria compleja (1)</li> <li>▪ Convalecencia</li> <li>▪ Recuperación Funcional</li> <li>▪ Paliativos</li> <li>▪ Post-agudos y Sub-agudos (2) y (3)</li> <li>▪ Hospital de día</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedades de larga duración (crónicas):</li> <li>→ Gran dependencia</li> <li>→ Dependencia severa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfermedades de larga duración:</li> <li>→ Dependencia moderada</li> <li>→ Dependencia leve</li> </ul>
<p><b>Coste cama</b> <b>650 €/estancia/día</b></p>	<p><b>Coste cama</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>300 -400 €/estancia/día</b> (Hospitales públicos de crónicos y larga estancia)</li> <li>▪ <b>108-145 €/estancia/día*</b> (Centros privados con modelo sociosanitario)</li> </ul>	<p><b>Coste cama</b> <b>80 €/estancia/día</b></p>	<p>➤ Coste sin IVA.</p>

\* Excepto plazas hospital de día

Según un reciente estudio de Antares Consulting actualmente existen 5.281 camas en hospitales generales de agudos dedicadas a pacientes que podrían beneficiarse de una atención alternativa de carácter sociosanitario, lo que supondría un ahorro de 1.500 Millones de Euros anuales para el SNS.

<sup>1</sup> **Atención post-aguda:** 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.

<sup>2</sup> **Atención sub-aguda:** 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 menos complejidad terapéutica.

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

- 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 trasvaso hacia centros de media estancia, o centros residenciales con unidad sociosanitaria acreditada por sanidad.
- 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, post/sub-agudos, hospital de día y larga duración** con requerimientos de atención sanitaria compleja. Actualmente, la estancia media en este tipo de centros es de 45 días, pudiendo ser de hasta 3 meses. 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**. **Ofrecerían atención social y atención sanitaria menos compleja que los centros de media estancia** 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:**

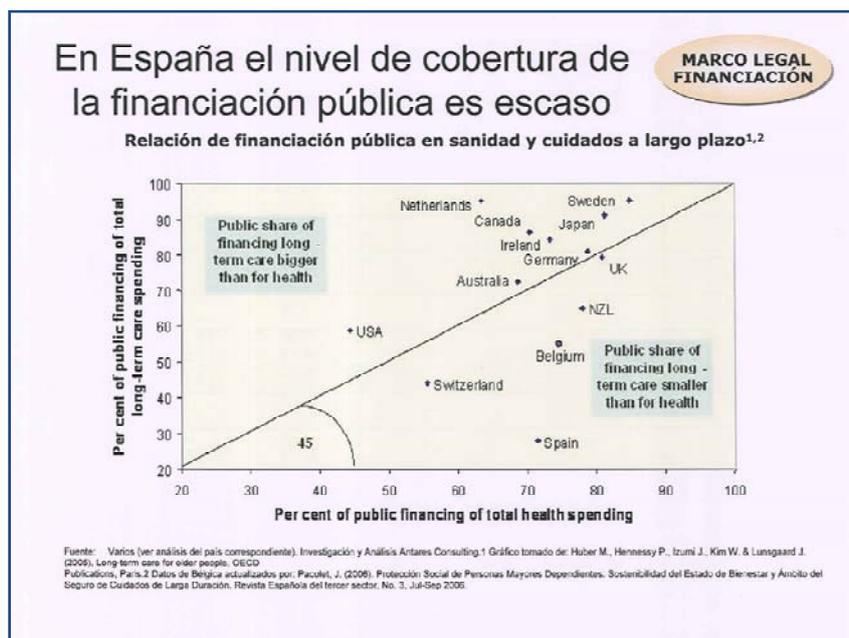
Algunos argumentos que apoyan esta propuesta reorganizativa, en la que la atención de la cronicidad y la dependencia debe pasar por los centros de media y larga estancia son los siguientes:

- La **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, de 2003, ya preveía el **desarrollo de la prestación de atención sociosanitaria**, sin embargo, ésta se ha quedado sin desarrollar hasta la fecha.
- Por otro lado, el apostar por atender las situaciones de cronicidad, que impliquen gran dependencia y dependencia severa, en centros de larga duración con módulo sanitario acreditado, no supone un esfuerzo inversor público adicional, ya que actualmente el **71% del sector residencial es privado en España**.

- La **asignación correcta de pacientes a cada tipología de centro** debería redundar en un **ahorro de costes**, ya que el coste de una plaza hospitalaria es 5 veces superior a la de una plaza 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.
- Además, 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**.
- El **uso de nuevas tecnologías** adecuadas permitiría facilitar y conectar la asistencia desde diferentes puntos del sistema sanitario y/o social, evitando traslados e ingresos innecesarios de colectivos de riesgo.

## 6.- 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](http://www.edad-vida.org)**