

APORTACIONES DE SACYL AL PROYECTO DE LEY DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

El modelo de atención sanitaria en las residencias, es un tema pendiente desde hace tiempo. Había que trabajar este tema, y la pandemia ha hecho que se convierta en una urgencia hacerlo.

La llegada del COVID, nos ha demostrado que el modelo de atención estaba en un equilibrio inestable y ha puesto de manifiesto los puntos más débiles del sistema. Pero también nos ha mostrado sus fortalezas.

INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN

El sector residencial de personas mayores en Castilla y León

Basado en el informe: El impacto del COVID-19 en la residencia de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas (29 septiembre 2020)

PROVINCIA	CENTROS	PLAZAS	OCUPACIÓN	
			INICIAL	%OCUPACIÓN
Ávila	51	3.681	3.210	87,2%
Burgos	97	6.978	6.258	89,7%
León	114	7.944	6.995	88,1%
Palencia	56	4.272	3.622	84,8%
Salamanca	126	7.546	6.720	89,1%
Segovia	40	3.060	2.746	89,7%
Soria	35	2.505	2.293	91,5%
Valladolid	116	7.898	7.001	88,6%
Zamora	65	4.412	4.014	91,0%
Total General	700	48.296	42.859	88,7%

- En Castilla y León hay **700 centros** residenciales de personas mayores con **48.296 plazas** y un nivel de ocupación media **del 89% al inicio de la crisis sanitaria**.
- En la Comunidad de Castilla y León, a 31 de diciembre de 2019 el total de las plazas de financiación pública ascendían a 38.677, que suponen el 90% de las plazas ocupadas y el 80% de las totales. Concepto éste, el de la financiación pública, diferente al de la titularidad de los centros donde están ubicadas las mismas.
- La mitad de las plazas se sitúan en el medio rural, un 36% en ciudades y el 14% en su entorno inmediato.

El 47% de las plazas están en centros grandes (de más de 100), y solo el 4% en centros muy pequeños (de menos de 25 plazas).

La situación de pandemia que hemos vivido ha provocado reacciones desde diferentes colectivos, estableciendo la necesidad de articular un nuevo modelo de atención residencial. En una crisis como la actual ¿era inevitable el impacto producido en los centros residenciales?

En el estudio realizado por Instituto Carlos III, señala que los factores más relevantes para la expansión de la epidemia en cada Comunidad Autónoma son la movilidad interna, infecciones entre el personal sanitario, las plazas en residencias y en el caso de nuestra comunidad, la movilidad con el País Vasco y con Madrid.

Si se observa la sobre mortalidad en España, la primera Comunidad fue Madrid (desde el 9 de marzo), Castilla – La Mancha (día 10), Cataluña (día 13), y Castilla y León y País Vasco (15 de marzo). Esto significa que los contagios ya se estaban dando de manera importante desde los primeros días del mes de marzo, y que existía transmisión comunitaria en Castilla y León 10 días antes del cierre de los centros (13 de marzo).

Al menos el 80% de los centros fue contagiado en el mes de marzo, la mayoría antes del día 23. En esos centros se concentra el 92% de las personas contagiadas y se produjo el 94% del total de fallecimientos. Teniendo en cuenta que el tiempo medio de incubación del coronavirus cuando se produjo el cierre de los centros, el virus estaba dentro en la mayoría de los casos.

En los centros con contagios la morbilidad ha sido del 43,6%. El análisis de los datos concluye que las diferencias en la morbilidad se explican por la fecha de identificación del primer contagio y la provincia y el tamaño de los centros. **El resto de factores (hábitat, titularidad y nivel de ocupación) no son estadísticamente significativos.**

Los centros grandes tienen mayores tasas de morbilidad (28,4%) que los medianos y pequeños (entre el 6,7% y el 18,8%), probablemente porque en aquellos (por el número de trabajadores y visitas) se producen muchos más contactos con el exterior, y se sitúan principalmente en las ciudades y su entorno, donde la pandemia ha tenido más impacto.

La titularidad del centro (público/privado) no tiene relevancia en cuanto al riesgo de contagio ni se observan diferencias significativas en las tasas de morbilidad.

El 91% de los fallecidos con COVID tenía más de 80 años. La edad media al fallecimiento asciende a 90 años en las mujeres, y 88 en los hombres, la misma que se registra en los fallecidos por otras causas.

Teniendo en cuenta esos datos, no puede sorprender que la mayoría de los casos y de los fallecimientos, que afectan a la población más vulnerable, de edad más avanzada y con deterioro cognitivo, se haya producido en las personas residentes de estos centros.

Parece oportuno dimensionar adecuadamente el impacto de la crisis, analizando los datos disponibles. En este sentido, el Centro de Documentación y Estudios SiS tras monitorizar las cifras de mortalidad en Europa, ha determinado los factores que influyen en la infección y mortalidad por covid-19 en residencias, que incluyen los siguientes:

- El tamaño de las residencias.
- Diseño arquitectónico: habitaciones individuales o dobles, espacios más o menos fáciles de aislar...
- La calidad de la atención, vinculada a la ratio de profesionales por número de internos, a su formación y los salarios.
- La adopción de medidas rápidas y oportunas por parte de cada centro.
- Su capacidad para disponer de equipos de protección y test.
- Su ubicación en territorios más o menos expuestos al virus fueron elementos que jugaron a favor o en contra de cada residencia.
- Formación de profesionales.

Influyen por lo tanto diferentes variables, ya sea de los propios centros (personal, infraestructura, tamaño del centro, etc) como de las personas (patologías previas, edad). Y por supuesto, la rapidez y agilidad de los dispositivos de atención sanitaria que se han puesto en marcha precisamente con motivo de la crisis.

La primera impresión es que el mayor impacto se ha producido en residencias grandes, privadas o concertadas, en las que predomina un modelo hotelero, con escasez de personal, y que ha afectado en mayor medida a personas con pluripatología y fragilidad.

En consecuencia se deben extraer conclusiones y proponer una hoja de ruta para evitar en lo posible que nuevas crisis como la actual provoquen resultados similares, pero sobre todo para **avanzar en la mejora de la calidad de vida de las personas** que viven en las residencias.

Para ello se propone un cambio a dos velocidades:

- el primero a corto plazo marcado por la crisis, que duraría lo que dure la crisis (pero que se tendría que extender más allá de la fase de desescalada y de la llamada “nueva normalidad”, en tanto exista riesgo de nuevos contagios o brotes).

- el segundo más profundo, permanente, que se tiene que consolidar superada la crisis (si bien tiene que tener en reserva los dispositivos necesarios para su puesta en marcha en el momento en que sea necesario).

La primera fase es continuista con la situación actual pero aprendiendo de los errores y potenciando lo que ha funcionado. La característica de esta fase es ante todo un refuerzo de la atención sanitaria en las residencias, con el fin de prevenir contagios y complicaciones graves, preservando la salud física y mental de los residentes.

La segunda fase cuando se alcance una situación estable, debería perseguir un cambio más profundo y duradero, orientado a mejorar la calidad de vida de las personas a través de la preservación de las mejores condiciones de salud mediante una estrategia clara de cuidados.

ESQUEMA:

- Análisis de situación.
- Dispositivos sanitarios puestos en marcha durante la crisis.
- Conclusiones (tanto en forma de áreas de mejora como de fortalezas) de los antecedentes existentes en Castilla y León.
- Propuestas de algunas claves para el debate acerca de la estrategia de atención de las personas mayores en los centros residenciales.

De lo que se trata es de revisar y actualizar el modelo de atención sociosanitaria en las residencias aprovechando la crisis actual, que ofrece una oportunidad, y aprendiendo de las experiencias previas.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN -

Datos básicos de Castilla y León

- Población: 2.399.548. Representa el 5% de la población total del Estado
- Población > 65 años: 608.530. Es el 25% de la población de Castilla-León
- Población > 80 años: 227.790. Es el 9% de la población de Castilla-León
- Plazas en Centros residenciales: 52699 plazas
- Ratio de camas por cada 100 personas mayores de 65 años: 7,04 (la media de España es 4,08)
- Ratio de camas por cada 100 personas mayores de 80 años: 18,82 (la media de España es 12,09)

Datos del sistema de información de Servicios Sociales sobre Residencias (16/05/2020)

PROVINCIAS	Nº RESIDENCIAS			Total general
	LIMPIAS	RIESGO	CRITICAS	
AVILA	47	16	16	79
BURGOS	122	22	19	163
LEON	118	29	20	167
PALENCIA	80	19	7	106
SALAMANCA	86	31	30	147
SEGOVIA	13	25	12	50
SORIA	20	10	13	43
VALLADOLID	155	21	20	196
ZAMORA	126	9	10	145
Total general	767	182	147	1.096
	70%	16,6%	13,4%	

LIMPIAS	0 CASOS COVID+, AUNQUE PUEDE TENER SOSPECHOSOS
RIESGO	>=1 CASO+
CRITICAS	>10% CASOS COVID+

	Nº Residencias	Plazas autorizadas	Residentes actuales	Total fallecidos	Fallecidos en hospital	Fallecidos en residencia	Fallecidos COVID+	Casos COVID+
AVILA	79	4.172	3.384	200	62	136	116	522
BURGOS	163	7.641	6.387	271	109	162	168	829
LEON	167	8.735	6.957	397	158	235	211	904
PALENCIA	106	5.123	4.157	86	37	49	50	308
SALAMANCA	147	7.820	6.292	455	169	281	251	1.015
SEGOVIA	50	3.136	2.372	380	62	314	182	850
SORIA	43	2.719	2.164	199	67	132	108	686
VALLADOLID	196	8.553	6.872	399	133	265	275	1.059
ZAMORA	145	4.800	4.304	120	29	91	57	268
Total general	1.096	52.699	42.889	2.507	826	1.665	1.418	6.441
				5,5 %	32 %	66,4 %		

Las revisiones y publicaciones tanto nacionales como internacionales son numerosas pero se trata sobre todo de referencias a buenas prácticas más que de estudios científicos contrastados.

En el momento actual, con motivo de la crisis de la COVID-19, abundan las Declaraciones y Manifiestos sobre la necesidad de revisar el modelo de atención en residencias: destacamos los de la Sociedad de Geriátrica o la declaración de expertos titulada “Ante la crisis de COVID-19: UNA OPORTUNIDAD DE UN MUNDO MEJOR. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país”: <http://envejecimientoenred.es/ante-la-crisis-del-covid-19-una-oportunidad-para-un-mundo-mejor/>) así como también las Recomendaciones del Defensor del pueblo (<https://www.defensordelpueblo.es/noticias/residencias-mayores-la-crisis-del-covid-19/>).

“Ante la crisis de COVID-19: UNA OPORTUNIDAD DE UN MUNDO MEJOR. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país”:

Sobre el cuidado en centros residenciales

- 1/ Reconocer, cuidar y formar a los profesionales.
- 2/ Disponer de profesionales suficientes y formados.
- 3/ Hacer valer el derecho a la atención sanitaria pública.
- 4/ Transformar el Modelo de Atención Residencial, eliminar los macro-centros y diseñar entornos para una vida con sentido.

Necesitamos un cambio en profundidad del modelo de alojamientos para mayores o con discapacidades que precisan apoyos para continuar con sus proyectos de vida. La experiencia de otros países sugiere la bondad de desagregar los conceptos “vivienda” y “cuidados” dependientes cada uno de su ámbito competencial natural.

Consideramos de especial importancia erradicar definitivamente los macro-centros y dejar de percibir como un lujo las habitaciones individuales.

Apostamos de una forma decidida por **nuevos modelos de diseños arquitectónicos y fórmulas organizativas y de gestión lo más similares al hogar**. Lugares de vida donde se garantice la intimidad, se personalice el cuidado y en los que se evite la continua rotación de profesionales.

Sobre los estereotipos en relación a la vejez y a la discapacidad

- 7/ Reconocer la heterogeneidad de las personas mayores y personas con discapacidad.
- 8/ Promover un trato digno basado en los derechos y deberes.

Finalmente manifestamos la urgencia de:

9/ Generar modelos de cuidados de larga duración.

10/ Construir una sociedad de los cuidados.

Recomendaciones del Defensor del pueblo

1. **Realizar todo el esfuerzo adicional de coordinación que sea posible con las consejerías responsables.**
2. **Suplir las bajas laborales de los trabajadores.**
3. Adoptar las medidas precisas para **garantizar la información continua.**
4. Facilitar información a la familia en caso de **traslado** dentro del centro o de derivación a otro centro residencial u hospitalario.
5. Mantener informado regularmente al representante de la familia de la **situación general en que se encuentra la residencia** en cuanto a usuarios afectados por Covid-19 (fallecidos, confirmados y con síntomas compatibles), recursos disponibles e incidencias de personal.
6. Permitir que los mayores no contagiados que viven en una residencia puedan de forma voluntaria y temporal **volver con sus familias** durante esta crisis del coronavirus, sin pérdida de plaza, siempre que sea posible de conformidad con los requisitos para la protección de la salud pública que se establezcan.
7. Adoptar protocolos, en los casos de estado clínico terminal, que permitan **facilitar la despedida** al menos a un miembro de la familia.

No obstante, pensamos que en Castilla y León tenemos una trayectoria y una serie de experiencias de las que podemos extraer conclusiones, tanto en lo que se refiere a áreas de mejora como a puntos fuertes, de ahí que proponemos, en primer lugar analizarlas.

DESCRIPCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS PUESTOS EN MARCHA

Actuaciones por parte de la Consejería de Sanidad

El 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó la situación de Emergencia de Salud Pública ocasionada por la COVID19 a Pandemia Internacional.

Sobre la atención a la población en Residencias de Carácter Social, podemos señalar que, desde principios del mes de marzo se intensificó el trabajo coordinado con la Consejería de Familia y la Gerencia Regional de Servicios Sociales para la atención de esta población, derivando entre otras, las siguientes actuaciones y medidas:

- Inicialmente, se establecieron unas **Recomendaciones generales** en relación a la pandemia por coronavirus. En ellas se intentó reducir el contagio, suprimiendo las visitas y se aconsejó el aislamiento a los residentes con sintomatología respiratoria. También se incluían, las medidas esenciales de protección de los trabajadores.
- En este mismo sentido y en consonancia con la Orden 265/2020, de 19 de marzo del Ministerio de Sanidad se difundió una **Guía de Pautas de actuación ante la pandemia COVID19 para residencias de mayores y centros sociosanitarios**. Lo más relevante la obligación que marca a los centros de disponer de planes de contingencia adaptados a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID19.
 - o Si se detecta un caso positivo se deberá designar en el centro un área diferenciada para residentes con infección y otra para residentes sin infección.
 - o Se recogen medidas generales dirigidas a la protección de la salud de residentes y de los trabajadores.
 - o Se recogen detalladamente las medidas de desinfección, limpieza y la gestión de residuos.
 - o Incluye además medidas de humanización y recomendaciones sobre los fallecimientos en las residencias.
- Se elaboraron varios documentos firmados por el Gerente Regional de Salud y de Servicios Sociales para contener el impacto de la crisis COVID en las residencias de carácter social, así como para la reubicación temporal de personas dependientes tras ingreso en el hospital.
 - o En el primero de ellos, de fecha 20 de marzo, de medidas generales para contener el impacto se incluyen: las relativas al aislamiento de pacientes infectados, la necesidad de prueba negativa para los enfermos infectados con COVID19 que regresen a la residencia tras su ingreso en el hospital y el uso de material de protección por los profesionales de las mismas. Además, **recoge la organización de la asistencia sanitaria y la creación de equipos asistenciales multidisciplinares y de los profesionales de referencia en el Área de Salud**, tanto por parte de la GSS como de la GRS, para el seguimiento diario de la situación, en cada una de las residencias del Área de Salud.
 - o En los documentos posteriores, fechados el 6 y 16 de abril, se diseña un procedimiento para la reubicación temporal de las personas dependientes que ingresan en el hospital con infección por COVID19 y otras situaciones de prioridad social, así como el procedimiento para la atención temporal de personas dependientes en domicilio en situación de prioridad social.

- Entre las medidas para la atención de las residencias y centros sociosanitarios destacan las siguientes:
 - o Se han **designado en cada Área de Salud a dos personas responsables para el seguimiento** de la atención en las Residencias de personas mayores y centros de discapacidad, encargadas de adoptar las medidas necesarias, en cada momento, y garantizar la atención sanitaria y prestación de cuidados personales, el suministro de farmacia y el suministro de material de protección. Un responsable designado por el Gerente de Atención Primaria o Gerente Asistencial del Área de Salud y la otra por el Gerente Territorial de Servicios Sociales
 - o **Cada residencia y centro socio sanitario ha designado un profesional interlocutor de la atención sociosanitaria**, tanto en lo referente a las solicitudes de servicios sanitarios como de material y es el encargado de mantener al día la información relativa a su centro.
 - o **En cada Equipo de Atención Primaria hay, al menos, dos profesionales (médico y enfermera) además del trabajador social** responsables del seguimiento de la situación en las Residencias de su Zona Básica de Salud.
 - o En todas las Áreas de Salud se ha constituido un **equipo multidisciplinar (COVID-Residencias)**, al que se le dotó de un teléfono para prestar apoyo a los Equipos de Atención Primaria y a los profesionales sanitarios de las Residencias de personas mayores y de personas con discapacidad. También para la atención sanitaria directa en las Residencias, cuando fuera preciso.
- La atención presencial igualmente ha sido heterogénea, adaptándose a la situación de cada momento, prestando atención diaria en las residencias en situación crítica, así como apoyos puntuales para aquellas que precisaban soporte temporal.
- En la atención se han tenido en cuenta las guías emitidas por las Sociedades Científicas, así como los dictámenes de las Comisiones de Bioética de Castilla y León.
- Con fecha, a 20 de Marzo de 2020 y dada la situación asistencial en que nos encontrábamos, el Director General de Planificación y Asistencia Sanitaria remitió una serie de medidas a las empresas que proporcionan el servicio de **Terapias Respiratorias Domiciliarias** para pacientes crónicos, de forma que se permitiera la prescripción de oxigenoterapia continua domiciliaria en centros residenciales y centros sociosanitarios, de carácter público o privado, indicado por un profesional médico (aunque no fuera un prescriptor de SACYL autorizado).
 - o También se solicitó posponer toda la actividad programada para centrar en las necesidades sanitarias más apremiantes, entre las que los pacientes de las residencias eran parte primordial.

- Esto permitió subsanar una parte de las deficiencias creadas en torno a la necesidad de inmediatez en la prescripción de tratamientos con oxígeno en el entorno residencial.
- Con fecha 28 de agosto, desde esta DG se remitieron instrucciones concretas a los hospitales para la formalización de contratos de servicio durante cuatro meses, para garantizar la Oxigenoterapia para pacientes con patología respiratoria aguda/subaguda en centros residencias y centros sociosanitarios en respuesta a la situación COVID 19.
- Además de lo ya señalado, se adoptaron una serie de medidas encaminadas a facilitar a la población la accesibilidad a la **prestación farmacéutica**:
 - Así, en aquellos productos farmacéuticos no dispensables a través de oficina de farmacia, las residencias que lo han precisado, para algunos de sus pacientes, han podido solicitarlos a los Servicios de Farmacia de Atención Primaria o al Servicio de Farmacia Hospitalaria de su Área de Salud.
- En relación a la realización de los **test diagnósticos**, señalar el carácter prioritario con el que se ha tratado a esta población, así como a los profesionales que prestan servicios en las mismas.
 - Hemos sido una Comunidad pionera en el cribado de residencias de ancianos. A fecha 28 de mayo estaban ya testadas el 99% de residencias, el 99% de residentes y el 95% de trabajadores de las residencias.
 - A finales del mes de julio se mandaron instrucciones para hacer estudio serológico de diagnóstico rápido en residencias y centros Sociosanitarios, así como instrucciones para la realización de PCR a residentes y trabajadores.
 - Se ha realizado cribado a todos los usuarios de residencias y centros sociosanitarios para el diagnóstico precoz de posibles casos.
 - En cuanto a la realización de las pruebas a los trabajadores de estos centros, se realizan en tres supuestos:
 - Cuando el resultado del cribado es IgM positiva e IgG negativa.
 - En el personal de nueva incorporación que no haya pasado la infección COVID 19.
 - Cuando se haya estado ausente al menos 15 días (vacaciones, etc.) y no se tenga constancia de haber pasado previamente la infección COVID 19.
- También se han dispuesto los denominados **“Recursos intermedios”**, como dispositivos destinados a personas COVID positivas que, por diferentes circunstancias, no puedan hacer el aislamiento o permanecer en sus domicilios o residencias de personas mayores en tanto se negativice la prueba diagnóstica.

- Recurso intermedio de hospitalización (medicalizado) destinado a personas COVID positivas que requieren cuidados sanitarios complejos que no se pueden proporcionar en el domicilio o en las residencias. Este tipo de recurso requiere personal sanitario 24 horas al día y disponibilidad de tomas de oxígeno a pared. En la actualidad las camas disponibles en este recurso son las siguientes:
 - Ávila Hospital 40 (ampliables).
 - Burgos Hospital Divino Valles 36 ampliables a 120.
 - León Monte de San Isidro 156.
 - El Bierzo Hospital 28.
 - Salamanca Los Montalvos 40 ampliables a 120.
 - Soria Hospital Virgen del Mirón 27.
 - Valladolid Edificio Rondilla 48 ampliables a 184 (de referencia para toda la Comunidad).

CONCLUSIONES: ÁREAS DE MEJORA

- Plan de formación continua del personal, tanto del personal sanitario como social. La realización de un Plan de Formación a gran escala de los profesionales y de los cuidadores de las residencias debería ser en todo caso una actuación necesaria.

Entre otros aspectos formativos se han organizado:

Jornadas de formación para actuación en Residencias de mayores, organizadas por la Delegación de gobierno de Castilla y León Y la Consejería de Fomento Y medio Ambiente (Primeras jornadas celebradas en junio y en septiembre se celebran las II jornadas)

Desde GRS se está desarrollando el proyecto docente "RED DE COMUNIDADES DE APRENDIZAJE" monitores en bioseguridad y a finales de este mes se va a desarrollar para personal sanitario y sociosanitario el titulado Curso de formación COVID-19 a personas vulnerables.

Entre los días 1 de agosto y 17 de septiembre se ha impartido en el campus virtual un curso-taller de formación de formadores para Monitores en Bioseguridad para personal sanitario que también se oferta a personal médico y de enfermería de Centros Sociosanitarios.

En la actualidad se imparte el curso de actualización del tratamiento y cuidados en personas vulnerables afectadas por el COVID 19 cuya primera jornada fue el día 3 de noviembre, estando prevista la segunda para el día 1 de diciembre. Está dirigido a personal médico y de enfermería de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Centros Sociosanitarios.

- Modelo de cogobernanza sociosanitaria: las comisiones sociosanitarias de coordinación de área se han ido prácticamente extinguiendo y sustituyéndose por responsables de las áreas de Salud que se han ido poniendo en marcha en función de las necesidades (responsable de la dependencia o responsable de la Gerencia de Atención Primaria para la crisis de COVID). La cogobernanza, fundamentalmente en las áreas de salud (pero posiblemente también a nivel de servicios centrales) requiere una revisión en profundidad porque es necesario tomar decisiones ágiles, elaborar planes de contingencia, y en definitiva resolver incidencias que solo es posible resolverlas en el terreno.
- Coordinación de los profesionales sanitarios de los centros residenciales con los profesionales de SACYL, que en muchos casos sólo se relacionaban para la realización de las recetas. En este documento se plantea alguna propuesta en este sentido. En este mismo apartado se puede incluir la relación con el Hospital (UCA, Unidades especializadas, hospitalización a domicilio).
- A reforzar y potenciar:
 - o Los Equipos de coordinación de base, que pueden trabajar también con personas que viven en residencias.

- El modelo de asistencia farmacéutica, farmacia de uso hospitalario, valorando también la participación del farmacéutico en el equipo multidisciplinar, como se comenta en el último apartado.
- El modelo de UCSS: es el momento de evaluar, y extender el modelo e inclusive, como se comenta en el último apartado, revisarlo y ampliarlo, con acceso desde Atención Primaria a las Unidades.

En Castilla y León se ha trabajado un modelo teórico de coordinación sociosanitaria, en la línea de los nuevos modelos de atención centrada en la persona y la estrategia de la cronicidad.

Este modelo nos ha permitido introducir y desarrollar el concepto de ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRADA, que culmina con el desarrollo del proyecto de la plataforma tecnológica de atención a pacientes crónicos y personas en situación de dependencia, un proyecto que establece nuevos paradigmas de atención en red y que deja abiertas grandes líneas estratégicas, como son la atención integral en el domicilio y la atención integral en residencias.

PLAN DE CHOQUE DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA CRISIS Y EN LA FASE DE TRANSICIÓN

Con motivo de la crisis se han puesto en marcha un conjunto de medidas a diferentes niveles, algunas de las cuales van a permanecer en la medida en que sean necesarias hasta una próxima etapa de estabilidad, mientras que otras se quedarán en reserva por si en un momento se deben reiniciar. Se pueden señalar 2 fases.

PRIMERA FASE:

1. Coordinación sociosanitaria

En este momento es imprescindible garantizar una comunicación continuada con la participación de todas las instituciones involucradas en la atención sociosanitaria (asistencia sanitaria, servicios sociales, salud pública, prevención de riesgos laborales, etc.) y una toma de decisiones inmediata en cada una de las áreas de salud de la comunidad de forma ejecutiva.

En aquellas áreas de salud en las que las actuales comisiones de coordinación sociosanitaria han seguido funcionando, se recomienda su continuidad hasta que la nueva propuesta se haga efectiva. El responsable de coordinación socioas sanitaria de las GAP y el profesional que se signen por parte de la GTSS serán los interlocutores permanentes en la atención sociosanitaria del territorio

La coordinación tiene que ser a todos los niveles: Consejerías, Gerencias, Centros de Salud-CEAS, con un funcionamiento muy variable en las diferentes áreas.

Se establecerán también cauces de comunicación entre los profesionales sanitarios de las residencias y de los equipos de atención primaria de la zona en que estén ubicadas.

2. Refuerzo de la atención sanitaria en las residencias:

Tanto a nivel de zona básica, por parte de los profesionales de Atención Primaria (médicos, enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas...) como a nivel de Área por parte de los equipos COVID- Residencias (en el que han participado profesionales de diferentes perfiles, tanto de Primaria como del Hospital, y con un protagonismo desigual en las diferentes áreas de salud pero con unas dedicación destacable, en general)

Se designarán formalmente por la GAP/GAS a propuesta del coordinador del EAP, los profesionales de AP (médicos, enfermeras, y trabajadores sociales sanitarios) responsables de la atención de las personas que viven en las residencias y centros de discapacitados ubicados en la ZBS.

Por ello, se adoptarán las medidas oportunas para la asignación de las tarjetas sanitarias de los residentes de la ZBS a los profesionales designados. A todos los efectos la

atención sanitaria de las personas que residen en los centros residenciales será prestada por los profesionales del centro de salud de referencia del territorio en el que está ubicado el centro residencial, coordinándose con los profesionales sanitarios de las residencias. Se ha de garantizar la prestación de los contenidos de la cartera de servicios de SACYL a todos los residentes.

Los equipos COVID-Residencias que se han puesto en marcha durante las fases críticas de la pandemia, permanecerán en reserva, por si fuera necesaria su reactivación, dependiendo de la situación epidemiológica en cada momento.

Se designará un profesional en el hospital que organice y coordine el correcto funcionamiento de todos los recursos hospitalarios (HADO, UCA, Cuidados paliativos, etc.) y que ejerza como interlocutor con la GAP.

En esta fase es importante, reforzar y reactivar las UCAS así como ampliar su horario. La UCA debe funcionar como un recurso de apoyo, propiciando interconsultas o la posibilidad de ingreso programado en la misma, evitando de esta manera, en la medida de lo posible, el ingreso de los pacientes en urgencias del Hospital.

3. Equipamiento diagnóstico y terapéutico

Además de una mayor presencia de personal sanitario, es necesario mantener y mejorar el equipamiento diagnóstico y terapéutico como la disponibilidad de oxígeno, sueros fármacos de uso hospitalario, etc.

Se promoverá un plan de adaptación progresiva de los centros residenciales que permita disponer del recurso de oxigenoterapia.

En cuanto a la prestación farmacéutica, se está trabajando sobre un circuito de prescripción que contemple la relación de los profesionales de los equipos de atención primaria y de las residencias, para una prestación farmacéutica segura y de calidad, dentro de la prestación habitual.

Con respecto a la prestación excepcional, se incluye el suministro de medicamentos de uso hospitalario. Se plantea también la participación del Farmacéutico de atención primaria en el equipo multidisciplinar COVID-Residencias.

4. Establecimiento de instalaciones intermedias

Se han definido unas instalaciones intermedias en cada área de salud para el aislamiento y la atención de las personas que, sin tener ya necesidades hospitalarias, tengan necesidades sanitarias que no puedan ser atendidas con las condiciones mímicas de calidad asistencial en las residencias.

Estos recursos están planteados como hospitales de crónicos o de media estancia donde se pueda derivar a los residentes en caso de que aparezca cualquier tipo de brote o enfermedad y no pueda ser atendido con las condiciones mínimas de calidad asistencial en la residencia, o también a aquellos residentes COVID+ que proceden del Hospital y precisan de un recurso intermedio antes de poder retornar a la residencia.

5. Guías y recomendaciones, tanto en la fase de contención, como en la crisis y desescalada:

- a. Medidas generales de seguridad e higiene
- b. Realización de pruebas/test tanto a residentes como trabajadores.
- c. Recomendaciones en la fase de desescalada (visitas, información a la familia, pautas para concluir el aislamiento, nuevos ingresos en residencias,...)

6. Monitorización de las residencias:

En esta fase es también especialmente importante la realización de visitas conjuntas de técnicos de servicios sociales y de sanidad, para comprobación de cumplimiento de protocolos, requisitos, condiciones laborales, y asesoramiento de los centros residenciales,

SEGUNDA FASE:

ELEMENTOS CLAVE PARA UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Partimos de los siguientes principios:

- El modelo de Atención Sanitaria en general, debe responder al **MODELO CENTRADO EN LA PERSONA**. Este mismo modelo de atención es el que debe regir la atención en las Residencias de Mayores. El respeto a sus creencias, expectativas, y preocupaciones, y su proyecto de vida, debe regir en todas las decisiones que se tomen.
- La atención sanitaria a personas mayores en residencias, se debe de enmarcar en una mejora continua de los servicios, de la calidad asistencial, y de la calidad de vida de las personas.
- La asistencia Sanitaria en los Centros Residenciales corresponde a la **Gerencia Regional de Salud**, al igual que la del resto de los ciudadanos.
- Hay pocas dudas acerca de que el modelo residencial al que se debe tender debe basarse en el concepto de **“cuidados de larga duración”**.

La estrategia de atención a las personas mayores en los centros residenciales tiene que tener en cuenta estos principios: equidad, proximidad, seguridad, continuidad asistencial, calidad de vida de las personas y financiación pública de la asistencia sanitaria

Centrado en la persona:

De hecho, una de las claves de la transformación que se debería afrontar es situar el eje de los cuidados no en las residencias, sino **en el domicilio**, y ofrecer recursos para paliar la falta de medios o para compensar la dependencia de la persona y que pueda permanecer en su domicilio.

Por tanto, **las residencias deberían recordar, cuanto más mejor, al propio domicilio:** habitaciones individuales, cocina de apoyo y entornos acogedores para recibir a la familia y amistades, uso de los espacios compartidos, etc. Este modelo, pone **en el centro a las personas, sus necesidades y preferencias, para seguir viviendo su vida con significado y sentido.**

El problema es la adaptación de los centros existentes a las nuevas tendencias, huyendo tanto del modelo hotelero como del modelo hospitalario.

Pero no podemos olvidar que socialmente sigue considerándose el ingreso en la residencia como un “abandono” o “fracaso”, de ahí que siga siendo mayoritario el perfil del residente de edad avanzada, alto grado de dependencia y con procesos crónicos o trastornos cognitivos.

Necesidades asistenciales:

De ahí también que debemos considerar a los centros residenciales un dispositivo de atención intermedio, sociosanitario, con un componente asistencial, en mayor o menor medida. Por otra parte, como consecuencia de la crisis de la COVID-19 se han puesto de manifiesto algunas deficiencias que deben tenerse en cuenta para afrontar posibles crisis futuras.

Hay que adaptar la prestación de la Asistencia a las características de los centros asistenciales, dada su diversidad

Además, debemos tener en cuenta que los centros residenciales se mueven en un amplio espectro desde un nivel elevado de hospitalización, por una parte, a otro extremo en el que predomina el espacio de convivencia sin componente hospitalario (a este nivel están las viviendas tuteladas o los centros de día, por ejemplo).

En el nivel intermedio, en el que posiblemente estén la mayor parte de los centros, tenemos que aceptar que exista un componente asistencial sociosanitario, en mayor o menor medida.

El reto por tanto es cómo hacemos para que un espacio de vida concebido en una organización tenga, además, el soporte de un servicio que cuide, que garantice la salud de las personas que viven allí porque tienen el mismo **derecho que las demás personas**.

Tenemos que hacer un plan de atención:

- PLAN: El plan de atención sociosanitaria en los centros residenciales de carácter social debería partir de **un estudio del estado de salud y de las necesidades de asistencia sanitaria** de las personas ingresadas en las mismas. Dichas necesidades, requerirán un aumento de profesionales.

Esto también implica necesariamente la colaboración entre DGPAS y DGSP ya que la autorización de funcionamiento de un centro, deberá contar con la necesidad de profesionales suficientes en la zona.

- PRINCIPIOS: **La estrategia de atención a los ancianos en los centros residenciales** tiene que tener en cuenta estos principios: equidad, proximidad, seguridad, continuidad asistencial, calidad de vida de las personas y financiación pública de la asistencia sanitaria
- BASADO EN CUIDADOS: Tenemos que tener presente, además, que es preciso hablar de **atención sociosanitaria** y que, para la atención sociosanitaria es clave, por ejemplo, la **dotación de personal de base**, especialmente de cuidadores-gerocultores, y que tengan la formación suficiente y un sistema de gestión moderno, ya que si en las residencias no hay un buen equipo de cuidadores profesionales de base, los recursos sanitarios no serían efectivos. Pero además de los gerocultores, es

necesario la presencia de TCAES, debido a la situación real de las personas residentes.

- EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES: El modelo asistencial tiene que basarse en una atención personalizada y en la constitución de **equipos multidisciplinares compuestos por cuidadores, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos.**

Una propuesta sería que algunos de estos profesionales, fueran proporcionados por el centro residencial, como el personal de atención directa, gerocultores y auxiliares de enfermería, y terapeutas ocupacionales, y el sistema nacional de salud proporcionará los profesionales médicos, enfermeras, psicólogos y fisioterapeutas.

¿Cómo dispensar esa atención?

Si partimos de la base de que la atención sanitaria corresponde a la Gerencia Regional de Salud, habría que arbitrar fórmulas para poder dispensar esa atención, y que no existen en la actualidad.

- ATENCIÓN PRIMARIA:

Las personas institucionalizadas deberían disponer de un **plan individualizado de cuidados** que debería ser gestionado desde **la atención primaria** por el mismo equipo que se ocupe de la atención domiciliaria en el territorio. También podrían existir equipos formados en cada área que se encargaran de la atención a los residentes con necesidades asistenciales más complejas.

Para ello necesitamos una **Atención Primaria reforzada y reformada.**

Se realizará asimismo un estudio estimativo de la dotación de recursos tanto de médicos como de enfermería atendiendo al número de residencias asignadas, número de residentes y grado de dependencia de los mismos.

- Los centros grandes, (la mayoría de titularidad pública) precisan de un elevado volumen de profesionales. Una propuesta a estudiar es que los profesionales sanitarios, que en el momento actual trabajan en las residencias, pudieran integrarse en la atención primaria¹.
- El personal podrá depender de SACYL, pero el centro tendrá que poner infraestructura sanitaria acorde con su tamaño y número de plazas.

¹ Como estrategia transitoria se puede dejar la dependencia orgánica del centro pero a efectos de gestión clínica dependería del coordinador del centro de salud de referencia.

- No hay que olvidar que los servicios sanitarios que se deben ofrecer a las personas que viven en residencias serán los mismos que los de las personas atendidas en sus domicilios (empezando por la CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA).

En las residencias se deberán integrar los protocolos y procesos existentes: **el proceso de atención al paciente crónico complejo** será de aplicación preferente en las residencias, puesto que en las residencias viven las personas más frágiles, vulnerables, dependientes y con mayor patología crónica y compleja por lo que la atención sanitaria debe orientarse y dirigirse en esos aspectos.

- ATENCIÓN HOSPITALARIA:

Los profesionales de las residencias o los equipos de atención primaria que tuvieran que realizar la atención en los centros residenciales, deben contar con profesionales de apoyo a nivel hospitalario, que pudieran formar parte de estos equipos de área.

Especial importancia tendría, entre los profesionales de apoyo, **el geriatra** así como los equipos de **cuidados paliativos** o de **hospitalización a domicilio**.

La UCA como ya se ha dicho anteriormente, debe funcionar como un recurso de apoyo, propiciando interconsultas o la posibilidad de ingreso programado en la misma, evitando de esta manera, en la medida de lo posible, el ingreso de los pacientes en urgencias del Hospital.

- ATENCIÓN EN EL PROPIO CENTRO:

Los centros residenciales más grandes, tendrán que disponer de enfermería ya que albergan personas con necesidades asistenciales más complejas. Eso es, profesionales que puedan atender a los pacientes las 24 horas, y camas de enfermería diferentes de las camas habituales de los residentes.

Es necesario disponer de instalaciones en los centros en los que tener en observación o con unos cuidados especiales, a algunos residentes, sobre todo para evitar ingresos en centros hospitalarios, si no está claramente indicado.

Hay que evitar en lo posible la estancia de estas personas frágiles en hospitales de agudos, no solo por la actual infección por coronavirus, sino por todas las complicaciones, incluidas las infecciones bacterianas resistentes que conlleva un ingreso hospitalario.

- UNIDADES DE CONVALECENCIA SOCIOSANITARIA:

Se puede asumir que el modelo de referencia, el modelo convivencial, puede coexistir con **la existencia de espacios mixtos, más asistenciales**, lo que se demuestra útil no sólo en épocas de crisis epidémicas como la actual (para facilitar el

aislamiento), sino también como espacios de internamiento intermedio, de media estancia.

Estas unidades, (las Unidades de Convalecencia sociosanitaria en algunos centros o un módulo sociosanitario², como concepto más amplio, en otros), se deberían ampliar de forma importante en los próximos dos años, llegando incluso a triplicar en número, y ampliar también el perfil de pacientes susceptibles dando también la posibilidad a que atención primaria pueda derivar pacientes.

- **CREACIÓN DE CENTROS DE MEDIA ESTANCIA:**

Para aquellas personas con necesidades sanitarias más complejas que no puedan ser atendidas en el propio centro, u otro centro residencial con camas acondicionadas para ello, pero que no necesitan de un tratamiento intensivo.

Indicado en el seguimiento de reagudización de patologías crónicas.

- **TECNOLOGÍA:**

Parece oportuno potenciar en los centros residenciales un **uso intensivo de tecnologías**: para facilitar la comunicación y la coordinación con otros niveles asistenciales y de los residentes con los profesionales y **con sus familiares**:

- el acceso historia clínica
- el intercambio de información social y sanitaria
- acceso a recetas electrónicas
- gestión de pruebas complementarias
- interconsulta con atención primaria y con los servicios hospitalarios
- reuniones de coordinación y revisión de casos
- conexión directa con servicios sociales

Debe impulsarse la teleconsulta o videoconsulta, tanto desde Primaria como desde el Hospital.

El uso de estos medios además, mantiene al residente alejado de los centros sanitarios siempre que sea posible, evitando la presencia en consultas masificadas.

² Estos pueden ser espacios asistenciales, de hospitalización, pero de baja intensidad, por lo general de media estancia y que conviven con otros espacios “convivenciales” dentro del mismo centro.

RESUMEN:

- El modelo de atención en los Centros Residenciales debe ser un modelo centrado en la persona.
- Debe basarse en los cuidados.
- La asistencia sanitaria debe estar garantizada por el sistema nacional de salud.
- Las residencias no son hoteles, ni hospitales
- Pero muchos residentes, tienen una elevada vulnerabilidad
- A las personas que residan en estos centros, se les aplicará la cartera de servicios de SACYL, y la estrategia de atención al paciente crónico pluripatológico.
- Es necesaria mayor comunicación entre el Centro Residencial, Atención Primaria y Atención hospitalaria, trabajar en el desarrollo tecnológico necesario que permita compartir la información clínica.