

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
EN ASTURIAS”***

JULIO BRUNO
Médico Salubrista. Ex-Gerente del ERA

30 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas tardes a todos: con el título de esta presentación trato de abordar la invitación del Ridea, de Juan Luis Rodríguez-Vigil y de mi amigo Martín, en estas jornadas sobre los servicios sanitarios. Lo primero a destacar, desde una perspectiva de la salud, y de ahí su acierto al introducir este tema en unas jornadas sanitarias, es lo imprescindible que resulta hoy, en la era del envejecimiento y la epidemiología de las enfermedades crónicas, la gestión del sector social y su funcionamiento integrado con el sector sanitario.

La Ley de Dependencia es una conquista social para miles de ciudadanos y un verdadero logro político. El elevado nivel de prestaciones implica la necesidad cada vez más urgente de revisar y adecuar las políticas de servicios al nuevo escenario de demandas de los ciudadanos: 15.000 usuarios reciben en este momento en Asturias prestaciones por la Ley de Dependencia, con apenas dos años de desarrollo de la norma. Es un éxito y también un verdadero reto, como decía hace un momento Pepe García, para

los servicios asturianos, la forma en que se organizan los servicios para afrontar este tema. En el mes de marzo se habían presentado más de 25000 solicitudes y producido más de 19000 dictámenes, lo que da una idea cabal del esfuerzo a realizar.

Prestaciones Dependencia Asturias Marzo 2009.SAAD

SAAPD	Asturias	Nacional	%Ast/Nacional	%sobre habitantes Asturias	%Hab España
Habitantes	1.080.13	46.157.822	2,3%		
Solicitudes	25.588	78.828	3,2%	2,4%	1,7%
Prestaciones total	15.639	567.068	2,8%	1,4%	1,2%
Prevención, Dependencia y promoción Autonomía Personal	0	656		0,0%	0,0%
Teleasistencia	20	14.482	0,1%	0,0%	0,0%
Ayuda Domicilio	491	46.429	1,1%	0,0%	0,1%
Centros de Día/N	406	16.307	2,5%	0,0%	0,0%
Atención Residencial	2.818	76.011	3,7%	0,3%	0,2%
P.E. Vinculada Servicio	349	21.022	1,7%	0,0%	0,0%
P.E. Cuidados Familiares	4.224	151.291	2,8%	0,4%	0,3%
P.E. Asist. Personal	0	432	0,0%	0,0%	0,0%
Sin especificar	7.331	240.438	3,0%	0,7%	0,5%



En Asturias la base de ese éxito puede residir en gran parte en el trabajo realizado en la historia reciente, durante las legislaturas 1991, 1999 y 2003, gracias al que se ha creado un sistema de acogida para mayores y de instituciones e incluso unos derechos reconocidos en Asturias antes de la llegada de la Ley estatal.

Pero la aplicación inicial de esta Ley debe acompañarse de otras acciones de transformación de las estructuras y servicios y de ordenación de dispositivos asistenciales o de gestión. En esta conferencia, intento identificar los problemas y los retos del Sistema en Asturias para los próximos años, pero a modo de resumen, lo que quisiera concluir aquí es que hoy en el sistema asturiano de atención a la dependencia, que es lo que el conjunto de servicios que tratan de dar respuesta a este problema de la discapacidad hay dos elementos, dos retos clave que afrontar:

- Diseñar y poner en marcha un modelo de gestión del Sistema Asturiano de Atención a la Dependencia basado en la efectividad de los derechos del ciudadano y en la eficiencia y sostenibilidad a largo plazo de los servicios.

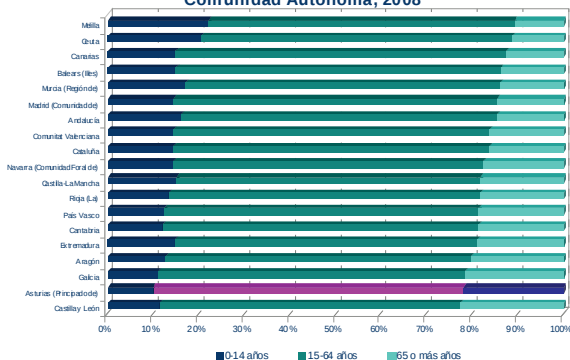
- Por otra parte, la necesidad de garantizar la continuidad asistencial a los dependientes desde los servicios sanitarios y sociales.

En consecuencia, hablaremos de los problemas de gestión que tiene actualmente el sistema, desde mi punto de vista y también me referiré a los elementos de coordinación socio-sanitaria, de nuestra experiencia concreta en Asturias.

1) La magnitud del problema

El 25% de nuestra población mayor de 65 años tiene discapacidad, el 9% de la población total, estimado de la encuesta de 1999 para Asturias en unos 80 a 90000 ciudadanos. Bueno, ya sabéis que estas estimaciones hay que hacerlas con prudencia, puesto que hay autores que pronostican cierta reducción de la dependencia a medida que avanza el progreso técnico.

Población por sexo, edad (grandes grupos) y por Comunidad Autónoma, 2008



Fuente: INE: INE BASE, Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2008. Consulta en enero de 2009

Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



El caso es que el proceso de dependencia puede encuadrarse en un modelo que la mayoría conocéis que forma parte de la Historia Natural de la enfermedad, desde la salud hasta el handicap, y como en la historia natural de la enfermedad interviene el proceso de rehabilitación en cada uno de los pasos que van desde la pérdida de salud a la enfermedad, desde la enfermedad al déficit y a la afectación orgánica.

Relaciones entre DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD y DEPENDENCIA

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN



Históricamente nos encontramos en este proceso con cambios en la gestión de los servicios y las prestaciones muy notables en poco tiempo, empujados por la dinámica demográfica. Anteriormente teníamos sólo el sistema sanitario en la práctica para responder a esto, que ha ido retirándose de las prestaciones para dependientes con una transferencia de costes hacia otros sistemas que tienen la posibilidad de abordarlo porque financieramente se nutren de los propios usuarios, como el copago o con las prestaciones individuales que es lo que está sucediendo; es decir, los sistemas sanitarios han ido regulando y nosotros tenemos una experiencia muy cercana: aquí hace 20 años el Sistema Sanitario trató de dar respuesta con aquellas unidades de media y larga estancia y aquellas fueron desapareciendo para transformarse en un sistema de prestación de servicios, ubicado en los servicios sociales. Se transfirió el cuidado a un sistema nuevo, que al final, visto como un proceso histórico, es hoy el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

En 2002 se estimaron unos 30.629 usuarios asturianos con una discapacidad importante. Y las prestaciones que da hoy el sistema están en

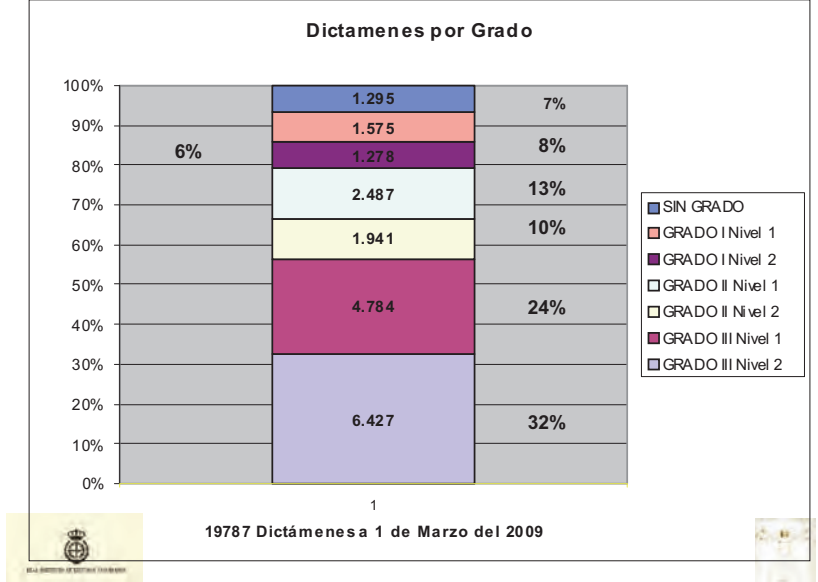
el registro del IMSERSO: en Marzo del 2009 hay 25.588 solicitudes, y estamos hablando de los niveles III y II-II, es decir de los grandes discapacitados y los discapacitados y dependientes moderados. Estamos en este momento con prestaciones totales 15.000, dictámenes 19.000. La distribución también es muy llamativa porque el sistema no nos dice todavía el tipo de prestaciones, la mitad 7.331 están registradas de una forma indefinida, no nos dice que servicio están recibiendo, aunque podemos estimarlo, porque esos 2.818 de atención residencial son los usuarios del ERA, y solo tenemos en teleasistencia 20, en ayuda a domicilio 491; muy poquitos en centros de día: 406. La mayoría de estos 7.000 son prestaciones vinculadas al servicio, en otras residencias que no son públicas sino privadas.

Comparativamente con el nivel nacional también Asturias está bastante bien, en porcentaje sobre habitantes de Asturias el 1,4% en prestaciones, y en atención residencial en Asturias el 3,7% del total de las prestaciones de atención residencial que hay en el sistema de atención a la dependencia a nivel nacional son asturianos, bastante bien. Por tanto la primera observación que es como las verdades del barquero: la demanda actual está por encima de las posibilidades de los Servicios Sociales Públicos, se deduce que la mayoría de las prestaciones actuales se satisfacen mediante prestaciones vinculadas al servicio, de la iniciativa privada, en Marzo había estos dictámenes 17.124 del grado 3 y 2-2.

De aquí que la necesidad de ordenar la gestión de los servicios destinados a la dependencia para garantizar la aplicación efectiva de la Ley sea una evidencia urgida por el enorme crecimiento de las obligaciones de la Administración que trae la Ley y la notable magnitud del crecimiento de los recursos que su aplicación exige.

Pero además hay que tener en cuenta que la gestión de los recursos para dependientes, con independencia del grupo de población que se trate conlleva la interacción constante y la transversalidad que implica el hecho mismo de la dependencia sea el usuario joven o mayor, discapacitado intelectual o físico o padezca ambas discapacidades. Son muchos los elementos y puntos de encuentro entre estas poblaciones, lo que pudiera facilitar una gestión similar en recursos y a veces compartida, que desafortunadamente no se realiza.

Existe por ello un gran consenso en que tendríamos que tener capacidad para gestionar de modo empresarial los servicios destinados a la dependencia manteniendo la singularidad de los programas asistenciales pero posibilitando el uso más eficiente de los recursos públicos.



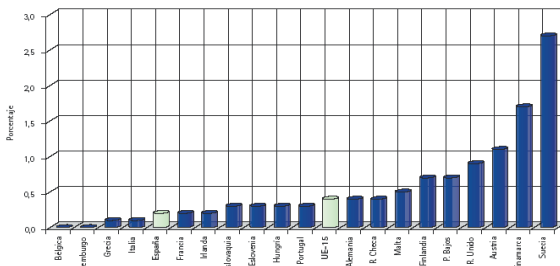
Dictámenes de dependencia. Marzo 2009

La distribución de los dictámenes está en el gráfico, el 66% corresponden a una dependencia superior al grado II-2.

En gasto público en Asturias, estamos bastante bien en datos del 2005, euros por persona mayor de 65, es un poco anticuado, pero quiere decir que la Comunidad venía haciendo un esfuerzo, ya tradicionalmente en esta materia. En euros por persona estamos un poquito más bajos que la media, puesto que tenemos muchos ancianos, pero en el esfuerzo que hace la Comunidad sobre el PIB estamos más altos que la media y esto se refleja en los datos de las memorias que realiza el Observatorio de mayores.

GRÁFICO 3.14

Gasto en cuidados de larga duración a mayores en porcentajes del PIB en los países de la Unión Europea, 2002



Fuente: BUIROSTAT - DATABASE, Structural Indicators. Sustainable development. Ageing Society, <http://ecp.eurostat.ec.europa.eu/>

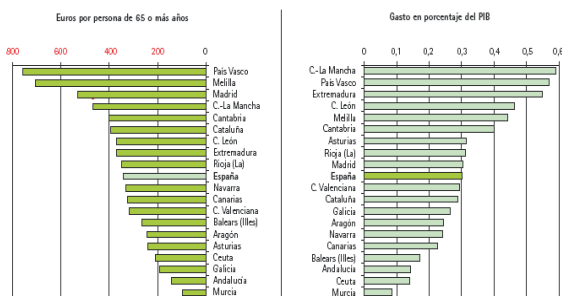


Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



GRÁFICO 3.16

Indicadores sobre el gasto en cuidados de larga duración por Comunidades Autónomas, 2005



Fuente: OPM-Albama, «Servicios sociales para personas mayores en España», Perfiles y tendencias, n. 22, abril 2006: 38.

1740 millones € 2006 a 12000 millones € 2015



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009

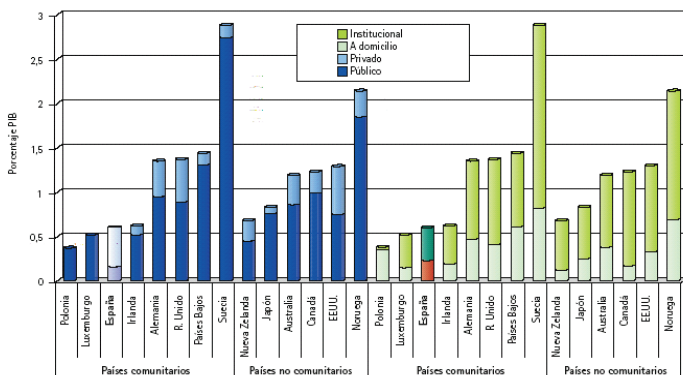


Es decir, que estamos en 0,3 del PIB y el objetivo, marcado abajo, es llegar al 1%, a nivel nacional. El 1% representa pasar aproximadamente de 1.700 millones de euros a 12.000 millones de euros destinados a los servicios de la dependencia para hacerse una idea del salto.

Y en la distribución en el entorno Europeo en términos de privado-público y en términos de institucional y domiciliario, en España pesa mucho más que la media lo privado sobre lo público en servicios de cuidados de larga duración y también en España pesa más que nada lo institucional sobre lo domiciliario, en términos de servicio, por tanto esa es la realidad que reflejan las estadísticas oficiales.

GRÁFICO 3.15

Estructura del gasto en cuidados de larga duración en algunos países de la OCDE, 2000



Fuente: OCDE, *Projecting OECD health and long-term care expenditure*, Economics Department Working Papers, n. 447. Tomado de OPM-Alborma, «Servicios sociales para personas mayores en España. Perfiles y tendencias», n. 22, abril 2006: 42.

2) El sistema de atención a la dependencia

El SAAD se basa en los principios que siguen:

Principios del SAAD

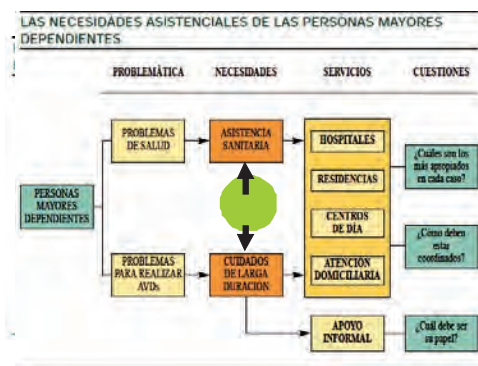
- Universalidad del servicio
- Acceso en condiciones de igualdad y no discriminación
- La equidad en la distribución territorial de los recursos.
- Promoción de la autonomía
- Permanencia en el entorno vital de la persona
- Colaboración social sanitarios y público-privado
- La coordinación y colaboración inter-administrativa



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Cuando hablamos del sistema de servicios , he cogido este otro esquema de Casado, para describirlo y he hecho una modificación introduciendo el redondel verde porque los mayores, pueden tener problemas de salud o problemas para realizar actividades de la vida diaria así que el redondel verde es como un regulador de flujo, una válvula para que se entienda que no son dos líneas diferenciadas, y que a lo largo del tiempo la asistencia sanitaria debe de proporcionarse independientemente de si tiene usted capacidad para actividades de la vida diaria o no. Entonces, el Sistema se compondría así: Hospitales, residencias, centros de día, atención domiciliaria y apoyo informal. Las preguntas ¿Cuáles son los servicios más apropiados en cada caso, como se deben coordinar, cual es su papel?



Casado modificada



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Nosotros en el SESPA, tenemos una cartera de servicios para lo que se trata del adulto y el anciano que incluye la asistencia sanitaria a domicilio, los programas para el anciano, atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales, en atención especializada hospital de día, rehabilitación, prestaciones complementarias, prestación ortoprotésica, prestación complementaria a transporte.

En la red de Hospitales tenemos 9 Generales, 4 Hospitales de apoyo complementario, que se llaman Hospitales de agudos asociados que tienen 592 camas y me interesa señalar eso y 5 clínicas con contratos por actividad dentro del Sistema Público.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA

CENTRO	INGRESOS	H. DE DÍA	EXITUS	%
H. MONTE NARANCO	4004	15	542	46,67 %
H. CRUZ ROJA	2863	-	398	33,37 %
H. AVILES	1244	-		14,51 %
SANATORIO ADARO	467	-		5,45 %
TOTAL	8578	15	940	100 %



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Entre los Hospitales asociados agudos tenemos unos servicios, que son servicios de hospitalización geriátrica que se han venido desarrollando desde el año 86-87. Estos atienden anualmente a 8.578 pacientes ancianos, usuarios geriátricos, enfermos geriátricos, y tienen servicios de valoración especializados dentro de la red sanitaria.

También tenemos alguna institución en Salud Mental, que hace cuidados de larga duración, como son por ejemplo, las comunidades terapéuticas, en ese mismo año ingresaron 488 usuarios con una estancia media parcial de 105 días y parcial de 420 días, y después de esto que es la red sanitaria, seguimos el esquema de Casado, Hospitales, Residencias, Servicios; los organismos gestores del Sistema de Atención a la Dependencia en Asturias son: alojamientos residenciales por gestión directa por el ERA, por gestión indirecta por el ERA, por conciertos por el ERA, centros de día directa por el ERA, centros de día indirecta por ONGS, centros de día gestionados por la Consejería, ayudas a domicilio por los Ayuntamientos, Teleasistencia por los Ayuntamientos, otros establecimientos para discapacidad, o bien pueden ser por gestión directa o indirecta por la Consejería, por Fundaciones o por otro tipo de instituciones.

Organismos gestores de los SAAD

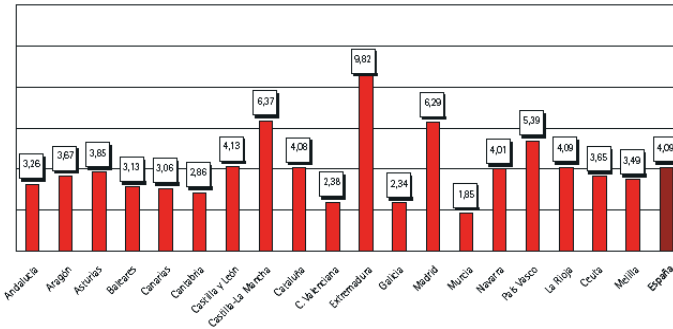
Tipo de servicio/recurso	Tipo de Gestión	Organismo Gestor	Adscripción de personal
PERSONAS MAYORES 3800 plazas residencia 1000 plazas centro día			
Alojamientos/residencias	Directa	ERA	Convenio Ppado
Residencias	Indirecta	ERA	Convenio de ONGs
Residencias	Conciertos	ERA	Convenio privado de empresas y ONGs
Centros de día	Directa	ERA	Convenio del Ppado
Centros de día	Indirecta	ONG	Convenio privado
Centros de día	Indirecta	CONSEJERÍA 467p.	Convenio privado
Ayuda a domicilio	Indirecta	Ayuntamientos 9977	Convenios privados
Teleasistencia	Indirecta	Ayuntamientos 7045	ONGs
PERSONAS CON DISCAPACIDAD 600 plazas residencia 1600 plazas centro de día			
Alojamientos/residencias	Directa	CONSEJERÍA	Convenio Ppado
Alojamientos/residencias	Indirecta	FASAD	Convenio de la fundación
Alojamientos/residencias	Indirecta	ONGs	Convenio privado
Centros de atención integral	Directa	CONSEJERÍA	convenio Ppado
Centros de día discapacidad	Indirecta	ONGs	Convenio privado

Una segunda observación que me interesa señalar entonces es que Asturias tiene múltiples organismos públicos responsables de la provisión y de la gestión de servicios similares para atender a los usuarios dependientes, lo que es una fuente de ineficiencia y de duplicidad, el ERA por ejemplo hace valoración y acceso a alojamientos, centros de día, apartamentos. Pero hay otros departamentos de mayores que gestionan también centros de día, teleasistencia, hogares y otros departamentos públicos que hacen valoraciones (PIAs), otros departamentos para gestión de centros de discapacidad, centros de atención integral.

La cobertura de servicios es comparable con la nacional, por ejemplo en hogares Asturias está por encima de la media nacional con 64,31 plazas por cada 100 mayores de 65 sobre la media de 47. Sin embargo, cuando hablamos de teleasistencia, estamos más bajos, aquí no funciona tan bien la teleasistencia. ¿Por qué? No sabemos. Tal vez, por la dispersión geográfica, porque nuestra población no está tan concentrada como en algunas ciudades, la media nacional en el 2006 era de 3,5, en el 2007 el dato era este: dábamos 7045 usuarios que eran el 2,9%. El Servicio Público de ayuda a domicilio, también está por debajo de la media nacional, en el 2007 estábamos con 9977 usuarios, es decir un año después de esta referencia, nosotros estábamos aproximadamente sobre la media nacional del año anterior.

GRÁFICO 7.4

Servicio Público de Ayuda a Domicilio. Índice de cobertura. Enero 2006



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2006), Datos de Población. Padrón Municipal 1/1/2006. Elaboración propia.

Cuando hablamos de la intensidad con la que se daba ayuda a domicilio, nosotros también estamos por debajo, dábamos menos horas que la media nacional.

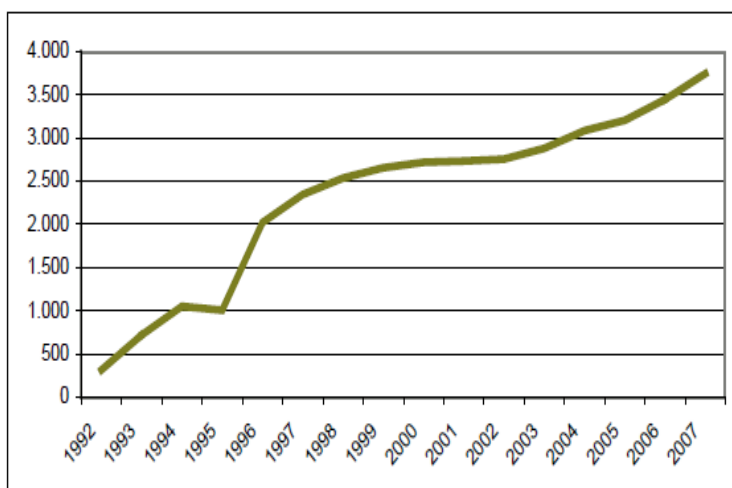
En cuanto a centros residenciales, en Marzo del 2009 tenemos en 4,8 plazas por cien mayores de 65, es decir estamos sobre la media nacional, décima arriba o abajo. No es un dato actualizado a nivel nacional, pero con los datos nacionales últimos del Imsero, podríamos decir que estamos en un buen nivel de recursos públicos.

Características de los servicios residenciales públicos

- Nivel aceptable de cobertura de plazas residenciales totales.4,8
- Escasa diversificación de servicios
- Modelo de gestión Mixto definido en la Ley 1/91: Plazas de gestión pública 34%. 66% gestión directa y 34% gestión indirecta y concertada
- Precio público de lo más bajo del Estado
- Acelerado proceso de dependencia de usuarios (LAPPD)
- Sistema de acceso que prima necesidades sociales y dependencia (87% de ingresos por alta hospitalaria o por motivos de salud)

Las plazas residenciales que existen en la región son aproximadamente 10.000, están creciendo mucho en el último año, pero también se están destruyendo plazas. El ERA, ahora tiene 3.420 plazas o sea un 34% de las plazas son de financiación pública, y de esas gestiona directamente el 24% del total de las plazas del Principado que son las de gestión directa pública. En la evolución nacional, como podéis ver aquí, del año 1999 al año 2006 la evolución significa que han ido decreciendo las plazas de gestión pública directa, en relación al total, se han ido incrementando las plazas concertadas y las plazas de gestión indirecta.

Figura 8. Evolución del número de plazas



Hay dos periodos de crecimiento de las plazas públicas, un periodo cuando se planifica el crecimiento del ERA en 1994, se planifican las plazas en el 94-95 y ocurre el gran crecimiento inmediatamente, es decir de las plazas planificadas, luego hay un estancamiento que va todo el periodo hasta el año 1999 y a partir de ahí se vuelven a planificar y hay un nuevo crecimiento de plazas hasta el año 2003 y siguientes, en el periodo 2005 y 2007 se construyen la mayor parte de esas plazas diseñadas anteriormente y hay una gran intensidad constructiva; en los últimos 10 años se construyeron 3000 plazas en total, 2000 sobre más sobre las 1000 que

existían al inicio del periodo, las dos terceras partes. Y los dos periodos corresponden a la gestión de Pepe García que está aquí escuchando y podría decir mucho más que yo.

NUMERO DE CENTROS DEL ORGANISMO POR AREAS A
MARZO 2009

	AREA I	AREA II	AREA III	AREA IV	AREA V	AREA VI	AREA VII	AREA VIII	TOTAL
CENTROS ALOJAMIENTO	5	1	6	15	10	12	3	4	56
APARTAMENTOS	0	0	0	1	1	0		0	2
CENTROS DE DIA	0	0	2	7	2	2	1	2	16
PLAZAS DEPENDIENTES/ 1000 >80a	40,97	32,47	28,78	44,86	32,07	63,32	32,35	57,39	38,28

CENTROS DE ALOJAMIENTO POR N° DE PLAZAS Y TIPOS DE GESTION

	N° DE CENTROS	PLAZAS VALIDOS	PLAZAS DEPENDIENTES	TOTAL DE PLAZAS	Plazas x 1000 =65a	Plazas x 1000 =80a
PROPIOS GESTION DIRECTA	18	568	1.675	2.243	9,52	31,79
PROPIOS GESTION INDIRECTA	8	10	289	299	1,27	4,24
CONCERTADOS	30	2	864	866	3,67	12,27
TOTALES	56	580	2.701	3.408	14,47	48,30



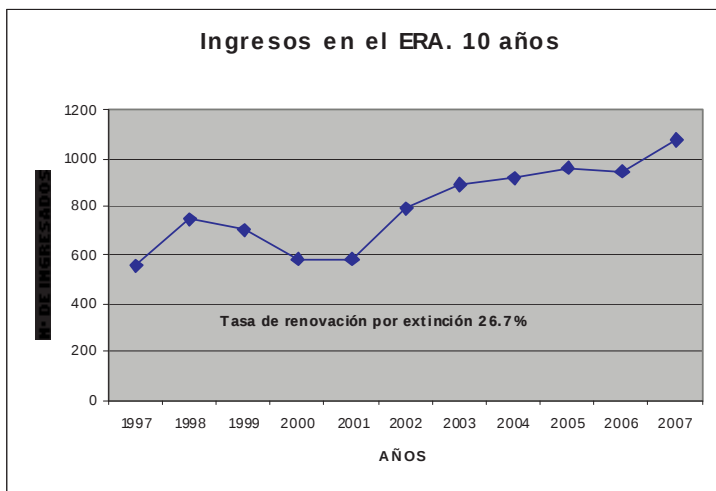
Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



En el ERA las plazas para dependientes son 2.701, las plazas para válidos 580, a fecha de hoy el número total de plazas son 3.480, claro que está en un proceso de crecimiento. Cuando vamos a compararnos con las ratios que existen por el mundo, he tomado esta referencia de Julia Montserrat, del observatorio de mayores y fijaros que aquí estamos bastante bien, que son plazas residenciales, pero volvemos a señalar que tenemos una gran diferencia con lo que son o van a ser plazas de ayuda a domicilio, centros de día, ahí es donde va a estar nuestro mayor déficit en relación con las expectativas que se generaron con ello.

Por lo tanto hay que diversificar, partiendo de que en lo que mejor estamos es en Residencias públicas, mal en Centros de día y ayuda a domicilio y también deberíamos de crecer en temporales, en estancias de día y noche y señalo aquí una cuestión más, la gestión de los PIAs: que debía de tener más en cuenta la atención progresiva. Nos está pasando que o hay Residencia o hay prestación vinculada al servicio, pero no hay otro servicio,

porque no los ofertamos y porque tampoco los Pias son capaces de indicar que tipo de servicios, por ejemplo a un usuario malamente se le indica un servicio de centro de día como alternativa o previo a un ingreso Residencial, o Residencia o no hay otro servicio. Habría que resolver esto. Los ingresos de usuarios previstos son un gran reto: los usuarios que ingresan en las Residencias públicas vienen a ser 2.000, para crecer este año a 6.100 aproximadamente, la tasa de renovación es del 26% por fallecimientos.



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



La gestión los centros en Asturias a la luz de la Ley

El año pasado en verano se hizo una proyección del sistema financiero, de las Residencias y de las plazas, centros de día, para un periodo y entre sus conclusiones sobre el año 2012 la previsión era tener un total de 4.250 plazas en el ERA con las previsiones del programa de gobierno, que suponía un 50% de crecimiento sobre el actual, en plazas a dependientes y unas 5.200 plazas en total. Las previsiones de este estudio 2007-2012 son:

- Aumento progresivo de plazas a costa de las dependientes y reducción de plazas de autónomos. (>50% sobre el 2007)
- Incremento en Centros de día

- ❑ Aumento de las plazas de gestión indirecta y concertadas
- ❑ Aumento de costes directos e indirectos. La repercusión sobre los costes unitarios dependerá del control de precios del mercado y la oferta de concertación.
- ❑ Aumento de los ingresos por vía transferencia del Estado
- ❑ Sostenible hasta 2010 debido a un crecimiento de la transferencia. Déficit previsible a partir del 2011
- ❑ El coste medio por plaza dependiente en el 2012 se prevé de 2164 euros/mes
- ❑ Los centros de día generaran un mayor déficit si no se corrigen los precios

La repercusión sobre costes unitarios va a depender del control de precios de mercado y de la oferta de concertación, un aumento de los ingresos por vía transferencia del Estado que va a ser suficiente para sostener el Sistema al esfuerzo que está haciendo la C.A. hasta el 2010, pero no a partir de ahí. A partir del 2012 las previsiones de financiación preveían un coste medio por plaza al 2012 de 2.164 € al mes, y planteaba que habría que modificar los criterios porque el sistema no se sostendría.

Proyección de las plazas residenciales del SAAD a 2012

Proyección de plazas para dependientes ERA 2007-2012							TASA/100
Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Residencia G D	1146	1146	1146	1146	1146	1146	0,5%
Residencia G DRM	952	1025	1025	1135	1135	1135	0,5%
Residencia GI	293	293	554	690	760	892	0,4%
Residencia concertada	905	905	997	997	997	1077	0,5%
SUBTOTAL RESIDENCIA	3296	3369	3722	3968	4038	4250	1,8%
Centro Día GD	219	239	329	374	404	414	0,2%
Centro d Día GI	28	48	108	178	228	268	0,1%
Centro Día GC	28	28	58	58	58	88	0,0%
SUBTOTAL C. DIA	275	315	495	610	690	770	0,3%
Apartamentos	174	174	174	174	174	174	0,1%
TOTAL ERA	3745	3858	4391	4752	4902	5194	2,2%



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Esto me lleva a una cuarta observación: La evolución de plazas concertadas debía experimentar un empuje importante si se pretende cumplir con la Ley, que es que se prioricen los servicios sobre las prestaciones, porque si no hay plazas que ofrecer, seguiremos dando la prestación económica para que planifiquen el mercado privado.

En cuanto al número de Centros según tamaño, la gran mayoría de las 220 que hay son de menos de 50 plazas. Está modificándose un poco la previsión de construcción de plazas, en el sentido de que hoy en el mercado están poniéndose más plazas de grandes centros, pero importa esto porque es un debate sobre que tamaño tienen que tener los Centros Residenciales.

Los Centros residenciales del ERA, como estos por ejemplo que tenéis aquí, la Residencia de Infiesto, la de Avilés, la de Laviana, la de Pravia, que son las sirven como más eficientes, y están en la media de todos los centros del ERA, mas o menos, vienen a tener unas 80 u 85 plazas de media, es un tamaño, que en mi opinión no debería moverse mucho del Sistema, entre otras cosas, también porque la evolución de las plazas y la convivencia dentro de las plazas, salvo para muy grandes dependientes, en la mayoría de Europa hace que se tenga muy en cuenta las habitaciones individuales; nosotros casi siempre tenemos habitaciones dobles y si observamos las de Francia, las de Alemania , nos encontramos con unos porcentajes de habitaciones individuales crecientes, muy importante.

El problema de la gestión de los centros de estructura ligera

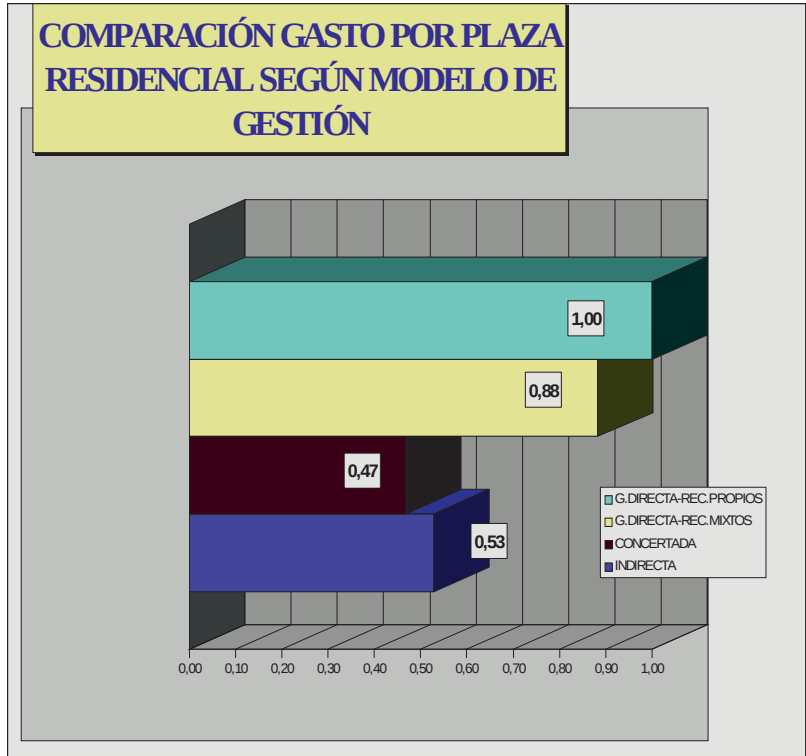
Lo que pasa con los Centros de día, este mensaje curioso de los Centros de día en Asturias que son siempre públicos, casi no los hay privados, los privados tienen 22% de las plazas y los públicos 78% y ¿Porqué será eso? y volvemos a un problema de precio, hay un problema con los precios: no se pueden pagar 400 € por un Centro de día; hemos de modificar eso si queremos dar servicios que sean secuenciales de una atención progresiva, porque si no tendremos que prescindir de esa oferta.

Además, aunque los tengamos este sistema no los gestiona bien porque lo que se está observando es que este servicio, aunque se oferte se queda vacío porque el usuario no lo elige. Y aquí hay otro tema, que es el modelo de gestión, el ERA basado en la Ley que lo creó que es la Ley del 91. La Ley 1/91 desarrolló un modelo de gestión que está basado en 4 tipos de Centros: aquellos que gestionan todo con todos los recursos propios,

aquellos que son plazas Residenciales de gestión directa del ERA, pero con recursos mixtos, recursos de los cuales ponen los propios los asistenciales pero los otros los traen de afuera, aquellos otros que son de gestión indirecta, que ya no los gestiona el ERA, si no que son Centros propios pero los saca a concurso para que los gestione un tercero y luego están las plazas que se concertan, que son de una entidad privada.

Coste medio por plaza: Este modelo ha dado lugar a un coste y a un crecimiento del coste medio como el que veis ahí, aproximadamente. Los costes medios de las plazas del ERA, oscilan según el tipo de modelo de gestión, que van desde los 2.000 € hasta los 900 €, ¿Quién cuesta menos?: el concertado.

Gasto por plaza según modelo de gestión de las plazas públicas



Es lógico, pero sin embargo, aún teniendo un peso importante de patrimonio público, el coste medio ponderado del conjunto del modelo público en Asturias es menor de lo que cuesta a nivel nacional, es decir, debido al modelo de gestión de los servicios tenemos un coste medio, o una capacidad de ofrecer plazas a un coste más competitivo que el nacional. El ERA ha trabajado con un coste medio que está por debajo de los precios medios de muchas de las CC.AA de España. Y lo que me importa subrayar con esto es que la virtud de mantener ese modelo no supone aspirar a que el ERA tenga el patrimonio de todas las plazas públicas, sino a mantener ese modelo mixto y eficiente.

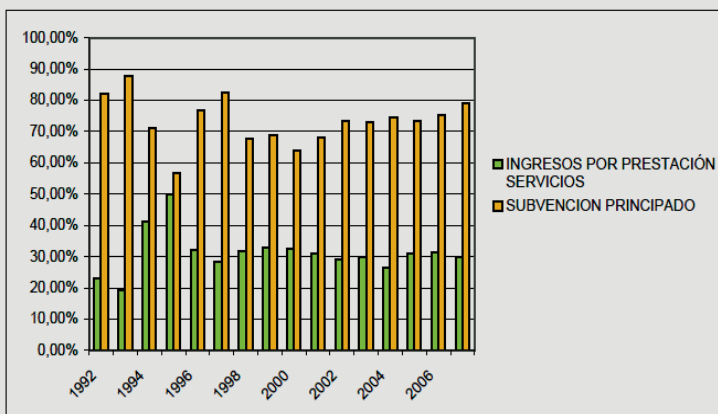
Cuando lo comparamos por ejemplo con esta diapositiva, que es de Rodríguez Cabrero sobre los costes medios en distintos escalones de servicio: en el Hospital de agudos, la unidad de convalecencia, el centro socio-sanitario, las Residencias Asistidas Públicas etc y a pesar de que esta diapositiva es de hace 2 años las magnitudes están por encima de los gastos medios del ERA.

Precios públicos 2009 por tipo de plaza. Asturias

☐ TIPO DE PLAZA	€uros /mes	€/día
☐ Plaza en residencia/ Vivienda o piso tutelado	1.229,09	40,41
☐ Plaza en apartamento amueblado individual	375,28	12,34
☐ Plaza en apartamento amueblado doble	294,26	9,70
☐ Plaza en apartamento sin muebles individual	354,80	11,65
☐ Plaza en apartamento sin muebles doble	279,75	9,20
☐ Plaza en Centro de día para mayores	614,40	12,28

Tenemos unos precios públicos, que si miráis la diapositiva anterior en costes por ejemplo de Centros de día, pues no se aproximan para nada. Los precios cubren una parte de las prestaciones del servicio, esa parte la financian las aportaciones de los usuarios por sus tarifas, la otra parte la subvenciona el Principado o el Estado.

Figura 7. Proporción de gastos cubierta por los ingresos



Por tanto, si se quiere disponer de recursos concertados de calidad los precios públicos deben de aproximarse al coste medio real, en el caso de los Centros de día, esta es una barrera importante para que exista oferta privada.

En cuanto a la organización y voy terminando, el ERA nació pequeño con 1000 plazas pero hoy en día gestiona 57 Centros, de los cuales son propios de gestión directa 19 y propios de gestión indirecta 8 y los 30 concertados, por lo tanto la estructura organizativa para esa gestión, no puede basarse en un organigrama que es una gerencia, un titulado superior o un titulado medio, que son el área económica administrativa y el área de RRHH de un titulado medio o un titulado superior. Para una plantilla de 1.119 profesionales, de los cuales con esa distribución, básicamente centrada en la asistencia en el grupo D. Esta no es un gestión empresarial acorde a las necesidades, es simplemente un servicio administrativo y creo que no puede funcionarizarse todo. Por tanto mi

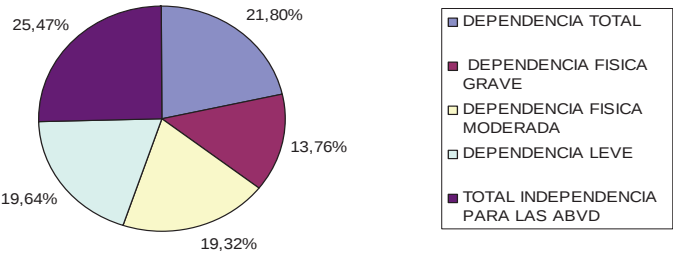
observación es que la estructura organizativa del ERA no se corresponde con la dimensión de los recursos que gestiona ni con las obligaciones que le asigna la Ley y hay que modificarla. Por ejemplo, dentro del sistema de información, no hay aún sistemas de clasificación de usuarios de acuerdo a la Ley, están poco desarrollados o no hay sistemas de gestión asistencial y la estructura organizativa actual está también muy condicionada por una política de RRHH que es la política con una estructura directiva funcionarial y con una gran endogamia en los puestos de libre designación propios de un modelo funcionarial. A este nivel la política de Administraciones Públicas es una gran dificultad.

Los problemas de gestión de personal entonces, son múltiples en la planificación y en el día a día y se reflejan en un dato tan simple, como por ejemplo que el 10% de absentismo laboral, pues es una cifra muy importante mayor incluso que en los servicios sanitarios públicos dónde está muy por debajo.

La dependencia en el ERA

Otro aspecto que nos interesa mucho, porque estamos hablando de la dependencia es la cantidad de dependientes entre los usuarios del ERA pues cada vez más, la dependencia para las actividades de la vida diaria de los usuarios de las Residencias Públicas crece. Para una total independencia el 25% y el resto son moderados o grandes dependientes excepto ese 19% que hemos visto, o sea que digamos que esta parte de la etapa son moderados o grandes dependientes en las Residencias del ERA hace 2 años.

PORCENTAJE DE USUARIOS SEGUN GRADO DE DEPENDENCIA.
Indice de Barthel.ERA 2007



Esto significa que hay que transformar la plantilla asistencial. Nosotros tenemos normado 0,3 asistenciales por usuario, un dato muy insuficiente para este nivel de dependientes. Y si miramos cualquier referencia a nuestro lado, por ejemplo Francia, ellos tienen una clasificación que nosotros aún no tenemos que son cuidados de larga duración y por grados o niveles de dependencia su encuadramiento de personal.

O sea, que los costes de la estructura de personal debe adaptarse a la progresiva mayor dependencia de los usuarios y la organización de los dispositivos debía tener en cuenta la clasificación por niveles asistenciales, ahora como sabéis, solo funciona las clases asistido/válido; bueno pues esto debería reorganizarse, porque la Ley nos lo está pidiendo, nivel 1, nivel 2 y nivel 3 de dependencia.

Resumiendo, en lo que respecta a la gestión de los servicios que conlleva la aplicación de la Ley mis impresiones son estas que os resumo:

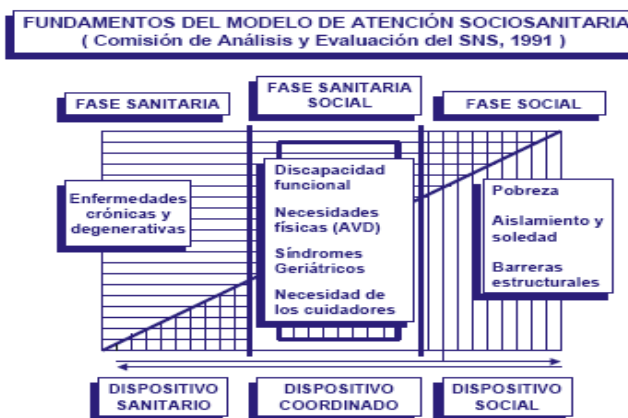
- ❑ Insuficiencia relativa de recursos. Bajo nivel de gestión de recursos ligeros:
 - Centros de día
 - Ayuda a domicilio
 - Alojamientos preventivos
- ❑ Modelo de gestión indefinido.
 - Público-privado
 - Tamaño de los centros
 - Niveles de complejidad y coste
- ❑ Dispersión de la gestión de los servicios: numerosos centros gestores.
- ❑ Estructura de gestión débil y escasa autonomía.
- ❑ Gestión burocrático-administrativa de personal
- ❑ Sistemas de información disgregados y pobres
- ❑ Gestión asistencial rudimentaria
- ❑ Escasa coordinación con el sector sanitario

Y los retos de gestión conllevan como he dicho más arriba diseñar un modelo de gestión de los servicios de la dependencia que suponga eficiencia y sostenibilidad a largo plazo lo que supone:

- Adecuar el coste real de los servicios y su ordenación financiera,
- Resolver la dispersión organizativa de los servicios sociales públicos y su heterogénea regulación
- Evitar la duplicación de servicios iguales en diferentes órganos de gestión: centros de día para mayores
- Generar un sistema de información de servicios sociales competente
- Establecer una política de personal que responda a las necesidades asistenciales.
- Garantizar la continuidad asistencia

3) La continuidad asistencial a los dependientes desde los servicios sanitarios y sociales. La atención socio – sanitaria.

Y ahora voy con el segundo capítulo que he señalado que es la necesidad de garantizar la continuidad asistencial y eso implica a los servicios sanitarios y sociales. El modelo de la Comisión Abril ya planteaba esta necesidad y dio lugar a un gran cambio, aunque nunca se consiguió un dispositivo coordinado como se planteaba.



Después hubo otros intentos como fue el acuerdo de ambos ministerios de 1994 y la Ley de Cohesión en 2003. El último gran intento de incluir lo socio sanitario en la cartera de servicio comunes del SNS quedó pospuesto a la promulgación de la Ley de dependencia. Y ahora seguimos en la misma coyuntura. Y es que uno de los puntos negros de los sistemas sanitarios modernos es la atención integral. La coordinación efectiva de los cuidados es mejor y más barata, y demasiado a menudo no se da. De acuerdo con la OCDE¹ “la organización de la atención de salud, los hospitales, los médicos operan típicamente como “silos” separados entre sí”.

Características del paciente que requiere atención socio-sanitaria prolongada:

1. ***Presencia de ENFERMEDAD CRONICA clínicamente objetivable, que genera***
2. ***PERDIDA DE AUTONOMIA en el individuo e incapacidad total o parcial para resolver sus necesidades básicas, y en consecuencia***
3. ***DEPENDENCIA DE CUIDADOS CONTINUADOS sociales y sanitarios cuya asignación exige***
4. ***MEDIACION entre el individuo y los servicios prestadores de los cuidados e implica la***
5. ***CONSTRUCCION motivada y responsable de la demanda por los profesionales.***

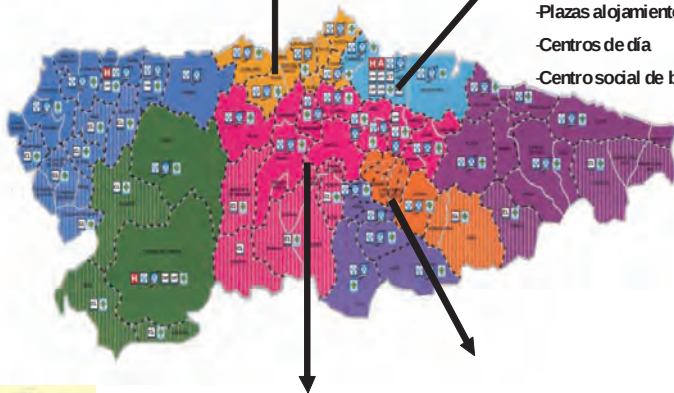
Conocemos las características de los usuarios dependientes con necesidades de cuidados prolongados sanitarios y sociales. Y sobre esta base habrá que organizar el principio de continuidad de cuidados y atención socio-sanitaria. Las dificultades surgen en primer lugar porque la atención que prestamos no se centra en los pacientes y hay un gran déficit en el trabajo de equipo. Un equipo de atención a un paciente es un grupo de clínicos y profesionales diverso que interactúan y se comunican regularmente sobre la atención de un paciente o un grupo de pacientes.

¹ The Health of nations. A Survey of health-care finance. July 17 2004

SISTEMA SOCIO-SANITARIO EN ASTURIAS. ATENCION A MAYORES DEPENDIENTES

AREAS CON TODOS
LOS NIVELES DE
RECURSOS

- A.Primaria y AE
- Servicio de Geriatria
- Unidad de convalecencia
- Plazas residenciales dependientes
- Plazas alojamiento temporal
- Centros de día
- Centro social de base



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Y sabemos también que el grupo de usuario complejos con enfermedades crónicas que exigen un seguimiento importante o específico, apenas suponen el 10% de todos los crónicos en una pirámide como la que os reflejo en la diapositiva. Para esto es precisamente para los que habría que disponer un sistema de gestión de casos.

Además está el tema de la telemedicina y de las tecnologías de comunicación actuales, que son capaces de resolver las dificultades físicas de ubicación de los equipos y de los usuarios.

Así que el buen trabajo en equipo, la clasificación de ese 10% de pacientes que necesitan gestión individualizada del caso, el uso de las actuales tecnologías de la comunicación son herramientas que podrían facilitar grandemente la mejora de la continuidad de cuidados. Siempre que estas herramientas se aplicasen sobre Administraciones como son la social y la sanitaria, con un objetivo común, es decir coordinadas, que ahora no lo están ni tienen objetivos comunes.

Dónde estamos en Atención a mayores

- ❑ Asistencia sanitaria : adecuado nivel de medios.
- ❑ Recursos sociales normalizados para dependientes: nivel estatal medio. Necesidad de Ordenar el SAAD
- ❑ Cuidados de larga duración: déficits de atención socio sanitaria :
 - Tenemos los elementos
 - Tenemos las Leyes
 - Faltan mejorar las relaciones entre los dos sistemas:
 - ❑ Establecer una relación de "gestión de casos complejos" entre ambos: Larga estancia, Servicios de Geriatria, Servicios de S Mental
 - ❑ Redefinir los niveles de asistencia a los dependientes
 - ❑ Compartir la información clínica : OMIAP
 - ❑ Organizar la provisión de fármacos y su control.
 - ❑ Desarrollar el Área Socio-sanitaria: EVCG



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



En Asturias tenemos una estructura proclive a esa coordinación que muchas veces falla. Con esta estructura que refleja la diapositiva, creo que no es difícil poner en relación los servicios sociales y sanitarios, de forma similar a como lo planteaba el modelo de 1996 para cada Area Sanitaria. Al menos para organizar esa gestión de casos complejos. Las ventajas son muchas desde el punto de vista asistencial pero, a su vez, los pocos puntos de encuentro que se han experimentado han generado resultados. Y en definitiva en el corto plazo podrían resolverse cuestiones como estas:

1. Sistema único de acceso a los servicios públicos. Redefinición de la "entrada al servicio".
2. Estudio y reasignación de las plantillas asistenciales de enfermería, T.O y auxiliares en función de la dependencia.
3. Implantación de un sistema de información compartido para la atención asistencial (OMI-AP o Selene) en todos los centros e instituciones residenciales.

4. Implantación de un sistema de gestión farmacéutica (reducción del gasto 20% , mejora de la seguridad y mayor eficiencia en la dedicación asistencial)
5. Implantación de un modelo de gestión de casos complejos entre el SESPA y los servicios institucionales (ERA). Mediante la reordenación de recursos propios: reorganización del personal médico.
 - a). Actualmente la cobertura de asistencia médica se realiza por los centros de salud. Sin embargo la problemática que se plantea en la Areas V, IV, VII, VIII, III, podría tener un enfoque de cooperación asistencial, situando en esta Áreas la mayoría de las plazas de convalecencia temporal y de gran dependencia, mediante la reordenación de recursos propios.
6. Creación de un importante volumen de plazas para ingreso temporal, dentro de las de nueva creación. Lo que posibilitaría una relación de servicio más ágil entre ambos sistemas.
7. Definición de la atención de salud mental, salud bucodental y otras específicas en los centros de servicios sociales.
8. Afrontar los gastos compartidos de transporte y gestión duplicada de servicios.

En definitiva y con esto termino: la situación no es mala, porque tenemos los medios, tenemos las leyes es decir, que tenemos todos los elementos para que funcione el sistema. Solamente hacen falta las relaciones entre estos elementos que es lo que falla.