

Modelo sanitario





1. Introducción	4
2. Las sociedades que cuidan como marco	5
3. La importancia de la salud pública (SP)	7
4. Las residencias de mayores no forman parte del Sistema Nacional de Salud	8
5. El rol de la Atención Primaria de Salud (APS)	10
6. Efectos del envejecimiento de la población sobre la atención hospitalaria	12
7. Centros sociosanitarios o de cuidados intermedios u hospitales de cuidados intermedios	14
8. Atención domiciliaria	15
9. Oficinas de farmacia	16
10. Territorialización de los servicios sanitarios y sociosanitarios. El rol de los municipios	17

Barcelona
Enero, 2021



Autores



Josep Maria Via Redons

Doctor en Medicina. Máster en Gestión de Servicios Sanitarios. Diplomado en Gestión Hospitalaria. Profesor en EADA, ESADE, UOC y profesor colaborador de la Universidad de Montreal en Suiza e Italia. Consultor en el ámbito sanitario. Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Mémora. (Líder del área).



Rafael Bengoa Rentería

Doctor en Medicina por la Universidad del País Vasco. Médico especialista en Salud Comunitaria por la Universidad de Londres. Dirección de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud durante 15 años. Ex Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Codirector del Institut for Health and Stratey (SI-Health). Senior Fellow de Harvard. Patrón de la Fundación Mémora.



Joan Berenguer Maimó

Licenciado en Medicina y médico especialista en Cuidados Intensivos por la UAB. Démi-certificat de Méthodes Stadistiques et de Méthodes Epidémiologiques, Facultad de Medicina de París. Diplomado Gestión Hospitalaria (ESADE). Gestor del sector hospitalario. Director de la Fundación Mémora.



José Augusto García Navarro

Licenciado en Medicina. Diplomado en Gestión Clínica por EADA, en Gestión de Servicios Sanitarios por ESADE, en Liderazgo y Gestión de Equipos por la U.B. y Programa de Alta Dirección de Empresas por IESE. Director del Consorci de Salut i Social de Catalunya. Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)



Olga Pané Mena

Licenciada en Medicina y Cirugía por la UAB. Diplomada en Sanitat por la Escola Nacional de Sanitat de Barcelona. Diplomada en Gestión Hospitalaria por ESADE. Especialista en Medicina de Trabajo por la U.B. Máster en Gestión de Servicios de Salud por la U.B. Directora gerente del Parc de Salut Mar.

Promoción, Coordinación y Edición



1 Introducción

Desde la perspectiva de las ciudades, de las administraciones municipales, de las entidades ciudadanas y de los propios ciudadanos, cualquier aspecto del sistema de salud y del modelo sanitario, les afecta y les concierne. Ya sea la atención primaria de salud, la salud pública y comunitaria o la atención hospitalaria, en especial en las ciudades que cuentan con estos equipamientos. En definitiva, nada les es ajeno.

No obstante, y atendiendo al objetivo de tratar de ser útiles al proyecto *Ciudades que cuidan* de la Fundación Mémora, muy orientado hacia personas mayores y al final de vida, sin eludir una visión sistémica general, nos vamos a centrar en un aspecto muy concreto que, desgraciadamente, la pandemia provocada por el coronavirus ha puesto de manifiesto de forma cruenta: la necesidad de integrar las residencias de mayores en un *continuum* asistencial sociosanitario.

Los profesionales y expertos en modelos sanitarios y sociosanitarios no han experimentado sorpresa –o su sorpresa ha sido relativa– con lo sucedido en residencias de mayores. No hacía falta llegar a una situación tan lamentable para saber que la atención sanitaria a los mayores que viven en residencias no está bien resuelta.

Probablemente, incluso con vacuna y tratamiento, el coronavirus acabará siendo endémico, como lo es el virus de la gripe y, al igual que este, en términos de morbilidad, afectará preferentemente a los mayores. Ese va a ser el tema en el que nos vamos a centrar, y el mismo nos llevará a formular algunas consideraciones más sistémicas, más de modelo sanitario y sociosanitario.

«La atención sanitaria
a los mayores que
viven en residencias
no está bien resuelta»



Las sociedades que cuidan como marco



En el documento «Sociedades que cuidan», su autora, Victoria Camps, nos describe una sociedad moderna en la que el cuidado de los demás, en especial de los más necesitados (niños, enfermos, personas discapacitadas, mayores...), era una responsabilidad que recaía en las mujeres. Explica cómo la evolución ha llevado a una «desresponsabilización» del cuidado y reclama que este se reincorpore como responsabilidad cívica, asumida de igual manera por hombres y mujeres, y como un deber político y moral. Por lo tanto, un deber ciudadano, privado y también una responsabilidad política, pública.

Victoria Camps introduce la necesidad de tomarse en serio el cuidado del prójimo a partir, no únicamente de la necesidad de contar con sociedades más justas, que también, sino de reclamar una moralidad relacionada con la capacidad de responder a la interpelación del otro que pide ayuda o reconocimiento. Para dar cuenta de esta exigencia, no basta, pues, con hablar de justicia, sino que conviene hablar también de cuidado.

El cuidado es, en teoría, una disposición que se activa cuando algo en nuestro interior nos dice que lo que vemos que ocurre está mal y no debería ser así.

«¡La sensación ha sido que nuestro Estado del Bienestar, nuestra sanidad pública, ha abandonado a los mayores que viven en residencias!»

No obstante, esa llamada interna permanece desactivada demasiado a menudo, y la razón de que así sea es que la costumbre, el lenguaje y las formas de vida han acabado normalizando situaciones que están mal y deberían corregirse. Es normal, pensamos, que la soledad acompañe a los mayores, que los ancianos mueran a veces solos, y que las residencias geriátricas sean el hábitat natural para personas con familiares que viven lejos o están excesivamente ocupados.

Victoria Camps piensa en la población general y aboga por que la responsabilidad del cuidado deje de atribuirse fundamentalmente a las mujeres, se generalice y, por supuesto, forme parte de las obligaciones públicas, políticas.

El hecho de que el cuidado de los mayores que viven en residencias suponga una delegación – mayor, menor o absoluta– del deber social de cuidar a elementos profesionales, contribuye a que cuando preguntamos a los residentes si han elegido por voluntad propia vivir allí, solo el 4% respondan afirmativamente. A menudo se sienten solos y más o menos abandonados por familiares y amigos, que viven una vida poco compatible en la práctica –y no solo por obligaciones laborales– con cuidar de sus mayores.

El coronavirus ha hecho ver a todo el mundo que la dejación de responsabilidad, más allá de la ciudadanía, la ha practicado la Administración. La atención social profesional ha hecho todo y más por hacer frente a la situación, pero la falta o insuficiencia habitual de atención sanitaria ha tenido, en este caso, efectos especialmente graves.

¡La sensación ha sido que nuestro Estado del Bienestar, nuestra sanidad pública, ha abandonado a los mayores que viven en residencias!

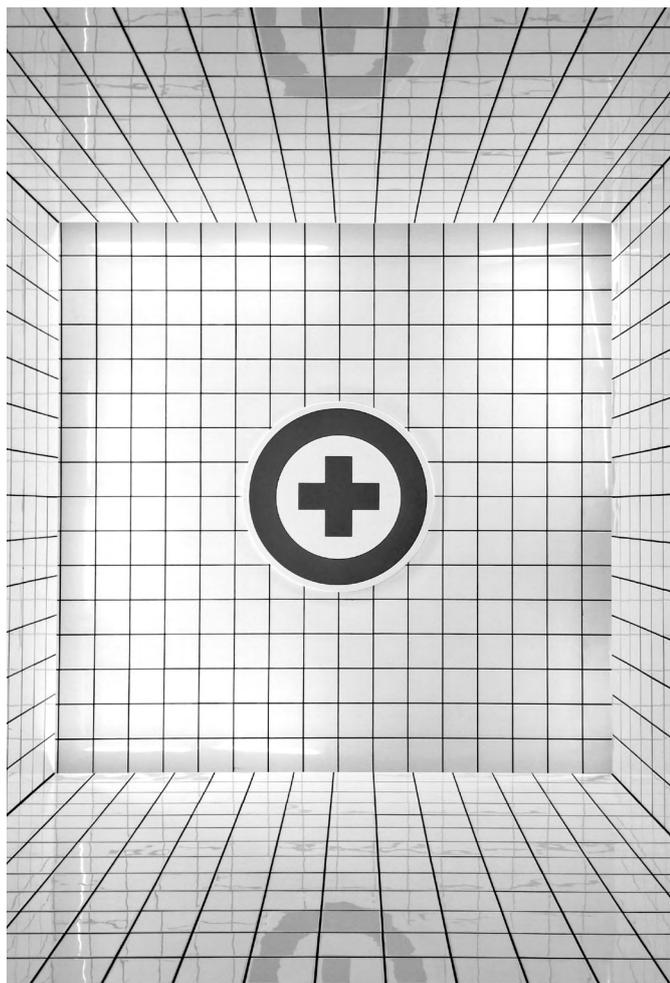
Como bien dice Victoria Camps, la dignidad de nuestros ancianos depende de la forma en que la sociedad los trate. En este caso, el trato no siempre ha sido todo lo digno que debería haber sido. No solamente han muerto algunos mayores más de los que inevitablemente hubiesen muerto –es de justicia contribuir a hacer entender que personas mayores muy deterioradas hubiesen muerto igualmente por la COVID-19, con o sin atención médica– sino que han tenido, en muchos casos, un final de vida indigno, sin acceso a atención paliativa adecuada.

Es a partir de este análisis que plantearemos algunas reflexiones sobre el modelo sanitario, en general, y su integración con los servicios sociales, en particular.



La importancia de la salud pública (SP)

3



Si contar con un buen sistema de salud pública es esencial, en cualquier caso, teniendo en cuenta lo vivido por la pandemia del coronavirus y el rol destacado de las ciudades y de los ayuntamientos en esta materia, se impone insistir en repensar y mejorar la organización de la salud pública.

Esa revisión del modelo de SP debería acompañarse de su modernización. Agencializar la salud pública significa captar profesionales competitivos, a menudo fuera de las carreras funcionariales, independizarla de la influencia política y asentarla sobre estructuras de gobernanza plurales con representación territorial.

Debería crearse una Agencia de Salud Pública capaz de coordinarse adecuadamente con las correspondientes Agencias de Salud Pública de las CCAA. El modelo de la Organización Nacional de Trasplantes podría inspirar la estructuración coordinada y colaborativa de esas Agencias.

El fortalecimiento y agencialización de funciones ministeriales, tanto en salud pública como en otros ámbitos, en correspondencia con las reformas promovidas en diversos países europeos, debería acompañarse de su reubicación territorial. No debería ser extraño que la Agencia Española de Medicamentos, de Salud Pública, de Trasplantes, etc., pudiera tener su sede no en base a criterios de capitalidad, sino a su acercamiento a polos de talento.



4

Las residencias de mayores no forman parte del Sistema Nacional de Salud

La crisis del coronavirus ha puesto de manifiesto que, en general, la población desconoce que las residencias de mayores, desde su origen hace décadas, fueron concebidas como recursos sociales sustitutivos del hogar y no forman parte del Sistema Nacional de Salud. Nacieron para cuidar, no para curar.

Como resultado de ello, y dado que el 85% de mortalidad por la COVID-19 se ha producido en mayores de 70 años, el número de decesos en las residencias ha sido elevado, y la opinión pública no ha comprendido la falta de personal sanitario, que se ha vivido como abandono y dejadez. Los Media no han ayudado a la hora de analizar adecuadamente la situación y centrar el debate de forma realista, apostando en demasiados casos por el tremendismo que más vende. *Business as usual* (lo de siempre).

¿Cuál es la realidad? Hace muchos años, los residentes eran personas que vivían mucho menos que ahora. La morbimortalidad por pluripatología crónica no era comparable, puesto que la mayoría fallecían antes de que esta se manifestara como lo hace hoy en día.

Un estudio de la Fundación Edad&Vida, de 2015, caracterizaba el perfil clínico de los mayores que viven en residencias. Los resultados obtenidos indicaron que más del 75% de los usuarios de los centros residenciales para personas mayores tiene tres diagnósticos activos, que el 66% toma más de siete medicamentos cada día, que el 18% ingresa con algún tipo de úlcera por presión, que el 75% presenta algún tipo de incontinencia urinaria, y que el 45% está en una situación de dependencia total.



«La complejidad de las personas atendidas en los centros residenciales es elevada y poco diferenciada de los atendidos en centros hospitalarios»

De esta forma, se puede concluir que, globalmente, la complejidad de las personas atendidas en los centros residenciales es elevada y poco diferenciada de los atendidos en centros hospitalarios de cuidados intermedios o sociosanitarios, allí donde existen. El resultado, pues, es que tenemos personas mayores dependientes, con alta carga de enfermedad, viviendo en residencias sociales no definidas para cubrir sus necesidades de salud en cada momento que lo requiera la persona.

En esta misma línea, en el marco del VII Congreso Internacional de Dependencia y Calidad de Vida organizado por Edad&Vida se presentaron las conclusiones de un trabajo realizado por la Fundación en colaboración con expertos del ámbito de la atención sociosanitaria, de sociedades científicas, de colegios profesionales, de asociaciones, etc. En este trabajo, se reclamaba:

1. La necesidad de reconocer que la asistencia sanitaria básica que se lleva a cabo, con mayor o menor intensidad en las residencias, no es, en ningún caso, suficiente, y que debe reconocerse y conceptualizarse como un nivel asistencial diferenciado de la atención primaria y de la hospitalaria y, además, plenamente integrado en el Sistema Nacional de Salud.
2. La creación de un marco estatal de acreditación social y sanitaria básico y común.
3. La necesidad de un nuevo modelo de financiación pública que contemple la carga sanitaria y social de los servicios prestados en las residencias, que contribuya, a su vez, a la dignificación del sector y de sus profesionales.

Como resumen, diremos que si la –inexistente– integración sociosanitaria ya era una laguna preocupante, la COVID-19 la ha transformado en una prioridad absoluta. La solución que deberá adoptarse para prestar atención sanitaria integrada con la social en residencias deberá contemplar, entre otros, protocolos de derivación claros a hospitales de agudos, hospitales de cuidados intermedios y cualquier otro recurso asistencial existente, además de integrar –digitalmente– la historia social y la historia clínica.



5

El rol de la Atención Primaria de Salud (APS)

«Debería existir una historia de salud social y de salud, única y compartida, así como un plan integral de atención individualizada»

En términos generales, la coordinación entre la APS y la atención especializada en hospitales y centros de cuidados intermedios, presenta dificultades. En el caso de las residencias, salvo en algunas excepciones, tiende a ser inexistente.

En la medida que la residencia de mayores es un sustituto del hogar, al igual que cada familia, en función de dónde vive, tiene asignado un Equipo de Atención Primaria (EAP) que, entre otros servicios, presta atención domiciliaria, el Centro de Atención Primaria (CAP) del distrito o pueblo en el que hay una residencia, debería ocuparse de la atención a los residentes. También de la atención domiciliaria, es decir, del pase de visita en la residencia, haciendo efectivo el derecho a la prescripción farmacéutica con receta pública y de otros tratamientos, el derecho a la petición de pruebas complementarias y de interconsulta a especialistas, así como la derivación a hospitales y centros de cuidados intermedios. Debería existir una historia de salud social y de salud, única y compartida, así como un plan integral de atención individualizada. Igualmente, debería estratificarse adecuadamente la población, considerando de forma diferenciada las personas que viven en sus domicilios, versus las que viven en alternativas residenciales u otras. Ese es el camino para saber quién necesita protección.





A partir de aquí, cualquier otra fórmula de contratación de personal sanitario por parte de la residencia, debería implicar la coordinación con el EAP.

En la práctica, esto no suele ser lo habitual, ya que los EAP no suelen estar dimensionados para asumir en sus cupos de 50 a 120 personas mayores frágiles que viven en residencia. Ni en términos de personal, ni de recursos materiales. Simplemente comparando el presupuesto asignado para farmacia a un CAP, se observa que difícilmente va a poder cumplirlo con un centenar de residentes polimedificados, adicional a su cupo. Así, en la práctica, las personas mayores que viven en residencias no están en el presupuesto territorializado de atención primaria del respectivo Departamento de Salud autonómico (donde radica la competencia).

Igualmente, es necesario resaltar que la concentración territorial de las residencias no es homogénea, lo que comporta que la carga asistencial sobre unos equipos u otros diste mucho de ser uniforme.

El resultado es que el derecho de todos los españoles a la protección de la salud, establecido en el artículo 43.1 de la Constitución (recogido y desarrollado por la Ley General de Sanidad), no acaba de ser efectivo, de forma satisfactoria, en las residencias de mayores.

Resulta obvio que la respuesta está en la integración social y sanitaria (sociosanitaria) efectiva, destinando los recursos necesarios para hacerla realidad y venciendo intereses políticos y corporativos, de grupos empresariales y otros.

«La respuesta está en la integración social y sanitaria (sociosanitaria) efectiva»



6

Efectos del envejecimiento de la población sobre la atención hospitalaria

Los hospitales de enfermos –teóricamente– agudos observan cómo, día a día, la edad media de sus pacientes crece o, dicho de otra manera, hay un número cada año mayor de pacientes de más de 70 años atendidos en los hospitales. El resultado es que instituciones concebidas hace años para atender población joven afectada prevalentemente por enfermedades agudas, deben afrontar cuadros de pluripatología crónica en personas mayores y muy mayores.

Es evidente que, en la medida que los hospitales son un eslabón más de una red, deben adaptarse a esta realidad, pero difícilmente el valor añadido que se espera de ellos se materializará si el conjunto de la red no se transforma también y se adapta a este perfil de paciente. Por ejemplo, la organización y funcionalidad del hospital variarán según disponga en su entorno, o no, de verdaderos centros sociosanitarios o centros de atención intermedia, preparados para atender a personas mayores convalecientes, garantizar rehabilitación avanzada y atención paliativa. Como veremos, sería tan poco descabellado como difícil, plantear una reconversión amplia de camas hospitalarias de enfermos agudos, a camas de centros u hospitales de atención para atender personas mayores con elevado grado de dependencia y pluripatología crónica severa y/o agudizada. La necesidad de minimizar la estancia de estos pacientes en un hospital de enfermos agudos es conocida. Más allá de razones de eficiencia, es necesaria para reducir en estos pacientes, entre otros problemas, la exposición a sobreinfecciones, o evitar la desorientación y el deterioro cognitivo que supone su estancia en centros de estas características.

«Hay un número cada año mayor de pacientes de más de 70 años atendidos en los hospitales»



En cualquier caso, los hospitales deberían tener Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), estrechamente coordinadas con hospitales de cuidados intermedios –donde existan– y con la APS.

En este contexto, el domicilio, la residencia del paciente, los mencionados centros de cuidados intermedios y la APS, devienen ámbitos de atención sanitaria, cuya intervención debe ser armonizada y colaborativa si se quiere prestar con la máxima eficacia y eficiencia. Hay que estructurar los cuidados de larga duración de forma coordinada con todos los niveles asistenciales.

La intervención en el domicilio o residencia del paciente debe estar liderada por la atención primaria, pero no tiene por qué ser un ámbito exclusivo atendiendo al hecho de que determinadas intensidades de atención o especialización pueden requerir el concurso de otros niveles asistenciales (hospitalización a domicilio). Lo que sí requiere es que todos los agentes que intervengan en la atención se remitan a un mismo plan de cuidados y conozcan quién interviene en cada momento y para qué. De nuevo, la historia clínica y social, integrada digitalmente y accesible a toda la red de atención social y sanitaria, es indispensable.

«La historia clínica y social, integrada digitalmente y accesible a toda la red de atención social y sanitaria, es indispensable»



7 Centros sociosanitarios o de cuidados intermedios u hospitales de cuidados intermedios

En España hay un problema grave de apariencia semántica, pero no solamente de apariencia. Va más allá. Se usa el término sociosanitario para definir desde residencias sociales sin la atención sanitaria bien resuelta, hasta verdaderos centros sociosanitarios dotados de trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, gerocultores, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, personal de enfermería, médicos...

En estos centros, hay Unidades de Convalecencia, se prima la rehabilitación, se dispone de soluciones y productos terapéuticos básicos como son oxígeno y sistemas de vacío, morfina y otros fármacos para paliar el dolor y, en general, fármacos, en farmacia hospitalaria propia o compartida con algún hospital cercano. Puede haber Unidades específicas para demencias y otras. Y también Unidades de Larga Estancia para aquellas personas con alto grado de dependencia y necesidad de cuidados sanitarios no disponibles en residencias ni posibles de prestar a domicilio.

En España hay un grave problema, consistente en que solamente Cataluña, el País Vasco y, de forma aislada, algunas Comunidades Autónomas, disponen de este nivel asistencial. El Sistema Nacional de Salud, de forma integrada con los servicios sociales y de atención a la dependencia, debería fijarse como objetivo disponer de este

recurso asistencial en el conjunto del territorio. La COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia de contar con este recurso. En la Comunidad de Madrid, durante el mismo periodo de tiempo –el de subida y pico de la pandemia– se derivaron desde las residencias a hospitales de agudos 10.300 mayores infectados. En Cataluña, la existencia de hospitales de cuidados intermedios hizo posible que los mayores infectados, derivados desde residencias a hospitales de agudos, fueran 2.168. Igualmente, la posibilidad de derivar a mayores convalecientes desde hospitales de agudos a hospitales de cuidados intermedios y así disponer de más camas hospitalarias, fue crucial en Cataluña.

Dentro de las diversas posibilidades de cumplir con el objetivo imprescindible de generalizar la existencia de hospitales de cuidados intermedios en toda España, mencionaremos tres:

1. Reconversión de parte de las camas de agudos en hospitales a Unidades Sociosanitarias de Cuidados Intermedios.
2. Crear o concertar nuevos hospitales de cuidados intermedios.
3. Dotar a residencias de mayores, cuya estructura lo permita, de Unidades de Cuidados Intermedios.



Atención domiciliaria



La mayor parte de la población prefiere vivir el máximo tiempo posible en sus hogares. Solamente el 4% de los mayores que viven en residencias, están allí por elección y voluntad propia. Preferirían disponer de buenos sistemas de atención social y sanitaria que facilitasen esa opción. Teniendo en cuenta que hoy en día, en España, de promedio, la atención domiciliaria diaria a mayores solo contempla 95 minutos de gerocultor, 11 minutos de enfermera, 5,8 minutos de fisioterapeuta y 1,6 minutos de médico, las posibilidades de vivir en el hogar con un cierto grado de dependencia son limitadas. Además, hay que tener en cuenta que entre el hogar y la residencia, hay diversos recursos: centros de día, centros de noche, viviendas con servicios... Sería más que recomendable implicar a los afectados y darles la oportunidad de manifestar sus preferencias, de forma sistematizada. Sea cual sea la elección, hoy por hoy, normalmente, se trata de fórmulas que no tienen mejor resuelta la atención sanitaria de la que la tienen las residencias.

Está claro, además, que la mayor parte de *baby boomers*, próximos usuarios potenciales de residencias, va a optar por permanecer a domicilio mientras la técnica, la ciencia, los servicios disponibles y la financiación lo permitan.

Si el SNS, de forma integrada con los servicios sociales y de atención a la dependencia, priorizara la financiación de la atención domiciliaria (servicios básicos de ayuda a domicilio, teleasistencia, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, enfermería, médicos, servicio farmacéutico domiciliario –Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)– domótica, adaptaciones arquitectónicas, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos...), la alternativa residencial podría acotarse substancialmente y limitarse a los casos en los que la autonomía personal sea incompatible con todas las posibilidades de la atención domiciliaria avanzada. En muchos de estos casos, la residencia tampoco sería la alternativa adecuada. Debería pensarse en Unidades de Larga Estancia en centros de cuidados intermedios.



9 Oficinas de farmacia

«Han demostrado su capacidad de llegar a los domicilios y un gran papel en la divulgación de buenos hábitos sanitarios»

Es relevante también considerar que entre los agentes sanitarios, cuya intervención es relevante, están las oficinas de farmacia. Más allá de la crisis provocada por el coronavirus, la prestación es importante. Durante la crisis de la COVID-19, han demostrado también su capacidad de llegar a los domicilios y un gran papel en la divulgación de buenos hábitos sanitarios y en la vigilancia de la adherencia a los tratamientos e interacciones farmacológicas. El Servicio Personalizado de Dosificación (SPD) debe permitir administrar a las personas mayores dependientes el equivalente a la unidosis hospitalaria, a domicilio.



Territorialización de los servicios sanitarios y sociosanitarios.

El rol de los municipios

Las competencias sanitarias y sociales, en buena lógica de subsidiariedad, fueron transferidas a las Comunidades Autónomas. El hecho de que los territorios dispongan de la gestión ha conllevado que allí se produjera la innovación. Y es bueno que sea así, ya que la flexibilidad y la variedad de soluciones, lejos de asustar, debe verse como una riqueza.

Siguiendo esta misma lógica, tiene pleno sentido que los municipios propongan y apliquen las mejores soluciones, coordinadamente con otras administraciones competentes. Más allá de las estrictas competencias municipales que existen –por ejemplo, en el campo de la salud pública–, la dinámica histórica del municipalismo en España, la proximidad de la Administración municipal a los problemas de las personas, les legitiman

plenamente para ejercer un rol esencial en lo referente al cuidado de los ciudadanos. Esa es la base del proyecto de la Fundación Mémora, *Ciudades que cuidan*. Hoy en día sabemos, por ejemplo, que el control de los rebrotes de coronavirus deberá ser controlado a nivel local. Los EAP, que, a pesar de no ser de titularidad municipal, deberán trabajar estrechamente con los responsables locales de salud pública –que sí compete a los municipios– para controlar esas recidivas, es solo un ejemplo de tantos.

El tema no es estrictamente competencial. Es de responsabilidad de la administración local en el cuidado de las personas. La atención sociosanitaria a los mayores es inimaginable sin la implicación local, más allá de las competencias.

«La atención sociosanitaria a los mayores es inimaginable sin la implicación local»



11 Conclusión

El Sistema Nacional de Salud debe adaptarse mejor a la realidad demográfica y al envejecimiento de nuestra sociedad. Y debe hacerlo mejorando la integración con los servicios sociales y el sistema de atención a la dependencia.

Las residencias han de resolver el déficit de atención sanitaria que, si bien viene de lejos, se ha hecho dramáticamente patente con la pandemia provocada por el coronavirus. El compromiso de la APS de prestar primero, y además prestar adecuadamente, este servicio es una posibilidad a tener en cuenta. En cualquier caso, la APS deberá adaptarse a las preferencias sociales, entre las que destacamos la atención domiciliaria. Para que la APS pueda cumplir esa función, queremos destacar dos requisitos imprescindibles:

1. Se precisan más recursos económicos para incrementar las dotaciones materiales y de profesionales. La APS actual, sin más, está limitadísima para prestar esa función.
2. Hay que reorganizar, agilizar y desburocratizar los EAP.

El hospital todavía llamado de agudos también ha de adaptarse al envejecimiento de la población. Además de prestar atención hospitalaria domiciliaria, deberá reconvertir camas y dispositivos de agudos a Unidades de Cuidados Intermedios en el propio hospital o simplemente disminuir el número de camas de agudos y sustituirlas, en el mismo territorio, por camas en nuevos centros de atención intermedia. Además, el hospital de agudos deberá dotarse de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) gestionadas conjuntamente con hospitales de atención intermedia.

«El Sistema Nacional de Salud debe adaptarse mejor a la realidad demográfica y al envejecimiento de nuestra sociedad»



Más allá de que la atención social residencial sea completada, de forma integrada, con la atención sanitaria, el nivel de hospitalización de cuidados intermedios resulta indispensable.

El SNS deberá priorizar, en su presupuesto, la atención domiciliaria integrada con los servicios sociales y de atención a la dependencia. Además de la APS domiciliaria y la hospitalización a domicilio, deberá priorizar la atención farmacéutica domiciliaria, a través del Sistema Personalizado de Dosificación, para personas dependientes.

La Comisión Europea recomendó a España, a propósito de la crisis generada por la COVID-19, que incrementara el presupuesto sanitario. Esa es una premisa princesa, sin la cual, difícilmente va a ser posible adaptar el sistema sanitario y sociosanitario a la evolución demográfica y a la nueva morbilidad (cronicidad), lo que vendría a ser. El poder cuidar a las personas, exige ese esfuerzo.

El incremento del gasto en salud y la aplicación del principio de subsidiariedad, incentivando la territorialización, es decir, la implicación de las CCAA y los municipios en la política sanitaria y sociosanitaria, son dos premisas esenciales para hacer posibles los cambios apuntados.

«La implicación de las CCAA y los municipios en la política sanitaria y sociosanitaria, son dos premisas esenciales»



Bibliografía

- Ham, C. Walsh, N. *Making integrated care happen at scale and pace*. March 2013
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf
- The Commonwealth Fund. *Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers*. September 8, 2017.
<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/sep/designing-high-performing-health-care-system-patients-complex>
- COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. British Geriatrics Society 2020. National Institute for Health Research (NIHR)
<https://enrich.nihr.ac.uk/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes-for-older-people/>
- Bengoa, R. *Una oportunidad para mejorar el sistema de salud*. 22 ABR 2020. Elpais.
https://elpais.com/elpais/2020/04/21/opinion/1587482908_052132.html
- Amblàs-Novellas, J., Santauegènia, S.J., Vela, E. *et al*. What lies beneath: a retrospective, population-based cohort study investigating clinical and resource-use characteristics of institutionalized older people in Catalonia. *BMC Geriatr* 20, 187 (2 Junio 2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01587-8>
- Via, JM. Video - Entrevista d'Antoni Bassas al Dr. Josep Ma. Via. Diari ARA. Julio 2020
https://www.ara.cat/videos/entrevistes/Entrevista-Antoni-Bassas-Josep-Maria_3_2483181668.html
- Comas-Herrera A, Zalakain J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, Arling G, Fernández JL. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes. *ltccovid.org* (last updated 14 october 2020)
- Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-5
- Santabalbina, FJT. Vidán, MT. García Navarro, JA. *Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002>



La Ciudad que Cuida

quiere ser una ciudad referente, como ciudad amigable y compasiva, capaz de tener una visión amplia y transversal para estructurar una respuesta a las necesidades que surgen por el envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población, con especial énfasis en atender el final de la vida, centrándose en evitar la muerte en situación de vulnerabilidad y soledad no deseada.



www.ciudadesquecuidan.com