

Provisión y gestión de servicios de atención a la dependencia.

Provision and management of dependency care services.

Pablo Rubio Valor

prubio@caserresidencial.es

Director de Operaciones en Caser Residencial.

Recibido: 22/02/2024

Aceptado: 15/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Rubio Valor, P. (2024). Provisión y gestión de servicios de atención a la dependencia. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 92-99.

RESUMEN

Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, la proporción de personas de mayor edad está creciendo de manera significativa. Esta tendencia plantea importantes desafíos en términos de atención y cuidado de las personas mayores y dependientes. Desde el punto de vista de provisión, el acceso a los servicios parece encontrarse dividido en silos de producción independientes: el sistema sanitario, los servicios sociales y su financiación. Dentro de cada área específica, también existen desafíos en términos de cooperación y acceso. En el ámbito sanitario, nos encontramos con la dicotomía entre atención hospitalaria y residencial. Dentro de los servicios sociales, las opciones de atención residencial, de ayuda a domicilio, de teleasistencia y de rehabilitación se encuentran en numerosas ocasiones dispersas e inconexas entre sí, con diferentes interlocutores o requisitos, dependiendo de quién preste el servicio. El tercer gran reto es el acceso a la financiación. Existen diferentes fórmulas, pero también aparecen desdibujadas dentro del mapa inicial que cada familia debe trazar. Ya sea con ayudas públicas, financiación privada, ahorros familiares, patrimonio, etc., suponiendo una barrera más para un cuidado efectivo.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, sistema sanitario, servicios sociales, financiación, recursos residenciales.

ABSTRACT

With increasing life expectancy and declining birth rates, the proportion of older people is growing significantly. This trend poses major challenges in terms of care for older and dependent persons. From the point of view of provision, access to services seems to be divided into separate production silos: the health system, social services and their financing. Within each specific area, there are also challenges in terms of cooperation and access. In health care, there is the dichotomy between inpatient and residential care. Within social services, residential care, home help, telecare and rehabilitation options are often scattered and unconnected with each other, with different interlocutors or requirements, depending on who provides the service. The third major challenge is access to funding. Different formulas exist, but they also appear blurred within the initial map that each family must draw. Whether with public aid, private funding, family savings, patrimony, etc., this is yet another barrier to effective care.

KEYWORDS

Dependency, healthcare system, social services, financing, residential resources.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es uno de los desafíos más importantes que enfrenta nuestra sociedad en la actualidad. Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, la proporción de personas mayores está creciendo de manera significativa. Esta tendencia plantea importantes desafíos en términos de atención y cuidado de las personas mayores y dependientes. Ante esta realidad, es crucial revisar y adaptar el modelo de atención a la dependencia, para satisfacer las nuevas demandas y necesidades que surgen de este proceso de envejecimiento poblacional y asegurar al mismo tiempo la sostenibilidad del sistema, que cada vez requiere de más recursos.

2. REFLEXIÓN INICIAL SOBRE LA ADECUACIÓN A LAS NUEVAS NECESIDADES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El sistema actual de provisión de servicios de atención a la dependencia presenta desafíos significativos en términos de coordinación y eficiencia. Desde el punto de vista de provisión, el acceso a los servicios parece encontrarse dividido en lo que podemos llamar silos de producción independientes: el sistema sanitario, los servicios sociales y su financiación. Todos ellos prudentemente aislados y gestionados desde el propio prisma organizativo, con sus diferentes operativas y recursos.

Esta falta de integración genera saltos en la atención y en el acceso a los servicios, lo que dificulta la provisión de una atención continua y centrada en las necesidades concretas de la persona en cada momento determinado. Dentro de cada área específica, también existen desafíos en términos de interconexión y acceso. En el ámbito sanitario, nos encontramos con la dicotomía entre atención hospitalaria y residencial. Dependiendo del sistema en el que se encuentre, el individuo pasa de ser residente a paciente, y viceversa. En estos cambios de identidad de la propia persona, todo parece cambiar igualmente, protocolos de cuidados y atención, sistemas de información, los propios datos sanitarios y sociales, etc. Este es un gran salto que en numerosas ocasiones supone un gran perjuicio a la persona, con derivaciones hospitalarias posiblemente evitables, o con tratamientos también posiblemente menos invasivos cuando la persona cambia de recurso. Y todo ello acompañado con pérdida de información, que permanece también sin interconexión.

Dentro de los servicios sociales, las opciones de atención residencial, de ayuda a domicilio, de teleasistencia y de rehabilitación se encuentran igualmente en numerosas ocasiones dispersas e inconexas entre sí, con diferentes interlocutores o con diferentes requisitos dependiendo de quién preste el servicio. Y todo esto se suele dar en momentos difíciles desde el punto de vista emocional y de toma de decisiones de la persona y su familia, pues de todos es sabido que la previsión en materia de dependencia no está muy extendida, y la mayoría de los casos suelen aparecer en momentos de dependencia sobrevenida, tras un accidente o pérdida más o menos repentina de la autonomía.

Y aquí se suma el gran reto, cómo financiar el acceso a la financiación. Existen diferentes fórmulas, pero todas ellas también aparecen desdibujadas dentro del mapa inicial que cada familia debe trazar de manera rápida. Ayudas públicas, financiación privada, ahorros familiares, patrimonio... todo ello se convierte en una barrera más, pero imprescindible de resolver, en un momento donde las prioridades de acción familiar deberían ser otras. Por tanto, y para resolver estas divisiones, es esencial trabajar desde todos los ámbitos, para profundizar en cada uno de los retos. Cabe destacar, a modo de ejemplo, en cada uno de estos tres ámbitos, la importancia de la coordinación sociosanitaria para colocar a la persona en el centro del sistema, la necesidad de desarrollar un enfoque personalizado para cada usuario para ofrecer el mejor servicio en cada momento, y la agilidad en el ámbito de la financiación, facilitando el acceso a las ayudas públicas y explorando todas las demás opciones, como la inclusión de servicios en seguros o la hipoteca inversa.

3. INTRODUCCIÓN A UN ECOSISTEMA DE CUIDADOS

Para abordar estos desafíos, los proveedores de servicios deben sumergirse en un auténtico ecosistema de cuidados, estableciendo alianzas y colaboraciones con diversas instituciones y entidades relacionadas con el cuidado, tanto dentro como fuera del sector. En el caso de Caser Residencial, estamos comprometidos con la creación de una fluidez asistencial dentro del sistema sanitario. Esto se refleja en nuestras colaboraciones con diferentes instituciones, como la implementación de historiales clínicos compartidos en algunas comunidades o la implantación de farmacia hospitalaria en algunos centros. Además, hemos desarrollado acuerdos para ofrecer servicios de Hospitalización a Domicilio en colaboración con el sistema sanitario y unidades sociosanitarias de media estancia.

En el ámbito de los servicios sociales, trabajamos activamente en la integración de los recursos de atención, para evitar precisamente en este sector, el salto entre recursos. Para ello trabajamos activamente con empresas, entidades públicas y privadas y Administraciones, para que nos ayuden a seguir explorando vías de colaboración y de mejora de cada uno de los servicios, para confeccionar servicios a la carta que de manera cada vez más flexible den respuesta a soluciones concretas en momentos concretos.

En cuanto a la financiación, igualmente ofrecemos asesoramiento individualizado para facilitar el acceso a plazas concertadas o a prestaciones vinculadas al servicio. Y presentamos igualmente diferentes opciones que ayuden a complementar de manera privada aquello que sea necesario, mediante soluciones, por ejemplo, de licuación de patrimonio a través de la hipoteca inversa. Además, estamos expandiendo nuestros servicios de cuidados domiciliarios a través de más de 600.000 pólizas de diferentes tipos de seguros.

4. DESAFÍOS Y APRENDIZAJES

Durante todo el proceso previamente descrito de identificación de los principales desafíos actuales y del desarrollo del ecosistema que creamos, nos hemos ido encontrando con diferentes retos que han supuesto un valioso aprendizaje previo a la implementación del nuevo modelo de atención. Uno de ellos es la implantación de soluciones tecnológicas en fase de innovación. Todos sabemos de la necesidad de incorporar la tecnología y la cada vez mayor y más rica oferta. Pero antes de lanzarnos a incorporar dicha tecnología, debemos ser conscientes de la brecha digital a la que nos enfrentamos, ya no solo con los usuarios, sino entre los mismos profesionales.

Además, debemos encontrar el correcto equilibrio entre el uso de la tecnología (sobre todo cuando se implanta en procedimientos de atención directa) y el necesario contacto humano cuando se cuida a una persona. Trabajamos con personas, y esta reflexión debe ser incorporada en todas y cada una de las decisiones estratégicas de innovación. Otro punto que no debemos pasar por alto es la búsqueda de la eficiencia versus los costes iniciales de implantación. En un sector donde en numerosas ocasiones los incrementos de los costes operativos no se pueden compensar de igual manera con los ingresos, y los márgenes son difícilmente crecientes, cualquier decisión relacionada con la innovación tecnológica debe venir acompañada de suficiente certidumbre.

Y por último, es fundamental garantizar la correcta gestión de los datos, pues es crítico que se pueda compartir de manera fluida los datos sanitarios y sociales entre los recursos que acompañan a la persona, pero más importante aún es asegurar el respeto a su privacidad, el derecho a su intimidad y de decisión de cómo compartirlos. Todos estos desafíos conllevan un esfuerzo adicional en formación e interconexión con otros grupos de interés, entre los que se deben incluir empresas tecnológicas y universidades. Junto con ellos, avanzamos en un proceso ordenado de integración y avance de mejoras tecnológicas aditivas a la mejora en la calidad asistencial.

5. CASER RESIDENCIAL Y SU MODELO DE CENTRO DE CUIDADOS

A todo lo anteriormente expuesto, cabe destacar que es necesario replantear el marco conceptual del itinerario de la dependencia, rompiendo con la concepción lineal que lo caracteriza. Estamos habituados a pensar que toda persona va perdiendo autonomía de manera gradual, y como tal, hemos diseñado los recursos para facilitar ayudas en la promoción de la autonomía, como la teleasistencia. Después vamos añadiendo intensidad de atención, como la ayuda a domicilio, para continuar acudiendo a un centro de día donde pueda tener más cuidados, finalizando en una estancia residencial con un cuidado completo de manera permanente.

Esta es una concepción errónea de la graduación de la dependencia, pero es cómo está también diseñada la provisión de los servicios. Como hemos dicho anteriormente, bastante estandarizados y diferenciados, con grandes saltos de atención, de acceso a los mismos, organizativos, y administrativos. Para romper con todo esto, Caser Residencial ha desarrollado el modelo de centro de cuidados como modelo de provisión de servicios para acompañar a la persona en todo momento durante su itinerario de dependencia.

La clave está en la flexibilidad a la hora de ofrecer una variedad de servicios adaptados a las necesidades de cada individuo, en cada etapa de su dependencia, con una sola interlocución, sin cambios radicales en la atención y con una graduación en coste que no supongan barreras para saltar de un servicio a otro. El centro de cuidados, con la residencia en el centro como hub de cuidados, asiste y provee todos estos servicios, desde los servicios residenciales tradicionales hasta estancias temporales, estancias diurnas y servicios especializados de rehabilitación. Además, ofrece servicios domiciliarios, tecnología en el hogar y asesoramiento en la toma de decisiones sobre la mejor manera de sufragar estos servicios.

De esta manera, las residencias no son centros de estancias permanentes para el cuidado de personas con dependencia, sino que se convierten además en centros de rehabilitación, y desde donde se pivota el programa de atención. Cada vez son más numerosas las convalecencias en residencia que vuelven al hogar, o que posteriormente necesitan rehabilitación ambulatoria, y que no necesariamente implican una institucionalización de la persona.

Este modelo aporta una mayor coordinación con el sistema sanitario, una mayor flexibilidad para el individuo y su familia, una graduación en los programas de atención según la necesidad y el momento en el que se encuentre. Y no menos importante, añade una impactante eficiencia global en todos los eslabones de la cadena, que redundará en una mejor atención de la persona, un menor coste para la familia y un mayor ahorro para el sistema.

6. RETOS ACTUALES Y FUTUROS

En este proceso dinámico de revisión del modelo de centro de cuidados, gracias a los aprendizajes previamente descritos y la reflexión inicial contemplada, continuamos enfrentándonos a diversos retos. El primero de ellos es la propia cultura interna de la organización. Esta transformación exige la interiorización por parte de todos los profesionales del gran cambio que supone identificar a la compañía, no como una empresa de residencias, sino como una empresa de atención a personas con dependencia. Todo ello requiere de una implantación global, desde el propio propósito (“Excelencia en el cuidado cuando realmente importa”), hasta el desarrollo del modelo de atención social y asistencial, con un nuevo mapa de procesos que identifica cada procedimiento susceptible de cambio.

Esto viene acompañado lógicamente de un despliegue formativo e informativo a todas las categorías profesionales de la compañía y de unas nuevas adaptaciones en las que el área de Formación y Desarrollo adquiere un mayor protagonismo. También hemos hablado de la apertura al exterior, de la creación de un auténtico ecosistema de cuidados donde la persona se encuentre realmente en el centro, no sólo de los recursos asistenciales, sino de todos los grupos de interés que aporten una mejora en su atención. Para ello, contamos con el sello EFQM desde el año 2014, habiendo obtenido una puntuación en 2022 de +600, reflejando así la integración del modelo de centro de cuidados en todo el ecosistema de dependencia.

No debemos dejar pasar el necesario respeto a la autonomía de la persona y de la responsabilidad ética de todos los profesionales que trabajamos en el sistema de dependencia, independientemente de las funciones que realicemos. El Comité de Ética de Caser Residencial, implantado desde 2012, tiene como objetivo analizar los casos de conflicto ético en la atención a nuestros usuarios, con el fin de asesorar a los profesionales y asegurar la protección de los valores de la persona.

Para garantizar este respeto, una adecuada atención y la toma en consideración de uno de nuestros grupos de interés más importantes, debemos mantener una escucha activa que permita comprender las necesidades del individuo y sus familias. Por tanto, trabajamos intensamente en este sentido, manteniendo conversaciones personales por parte de nuestra área de atención al cliente con todas y cada una de las familias, al menos cada seis meses, para conocer su grado de satisfacción en cada área de atención, su índice de recomendación mediante el sistema NPS y sus sugerencias de mejora, que provocan distintos planes de acción locales o transversales, y que se implementan directamente en nuestro modelo de mejora continua.

Por último, y como gran reto futuro, debemos continuar nuestra labor para optimizar el funcionamiento del modelo. Animo a todos los participantes del sistema a profundizar en sus procedimientos internos y en su integración en los diversos entornos de cuidado. Nuestro objetivo es forjar conjuntamente un futuro innovador, que fomente una mayor fluidez en la distribución de recursos y fortalezca el enfoque de atención a la dependencia. Adoptando una postura proactiva de esta índole estaremos capacitados para edificar y mantener la viabilidad del sistema, mejorando así un modelo de atención a la dependencia que sea reconocido por su calidad y prestigio. Esto no solo se traducirá en un servicio más amable para los ciudadanos, sino también en un entorno más atractivo para los profesionales del sector.

