

LA EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

JUAN MIGUEL CABELLO NEILA

Responsable Asistencial-Director Médico. CASER RESIDENCIAL.

PABLO GONZÁLEZ ÁLVAREZ

Director de Calidad, Innovación y Prevención. CASER RESIDENCIAL.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL EN EL MODELO SOCIOSANITARIO.

2.1. Salud Mental.

2.2. Unidad Residencial Sociosanitaria.

PALABRAS CLAVE

Caser Residencial; residencias para personas mayores y dependientes; unidades de salud mental; unidades residenciales sociosanitarias.

RESUMEN

Caser Residencial presenta un enfoque de excelencia de gestión integral de residencias para personas mayores y dependientes desde la atención centrada en la persona, la profesionalidad del equipo humano, y la promoción de la innovación, calidad y eficiencia. Entre los 15 centros residenciales que actualmente tiene Caser Residencial, este artículo destaca dos modelos de intervención: el que se realiza en el centro Castillo de Oliana (Lleida, Cataluña), con unidades de salud mental, y el que se realiza en Residencial Alto del Prado (Vitoria, País Vasco) con unidades residenciales sociosanitarias.

KEYWORDS

Caser Residencial; Homes for the elderly and dependent persons; mental health units; residential and public health units.

ABSTRACT

Caser Residencial presents a comprehensive excellence approach to complete management of homes for the elderly and dependent persons from people-centred care, the professionalism of the team, and the promotion of innovation, quality and efficiency. Among the 15 nursing homes that Caser Residencial currently has, this article highlights two models of intervention: the one implemented at the Castillo de Oliana centre (Lleida, Catalonia), with mental health units, and the one implemented at the Residencial Alto Prado (Vitoria, Basque Country) with public health residential units.

1. INTRODUCCIÓN.

La coordinación sociosanitaria ha sido y sigue siendo un caballo de batalla en el más puro ámbito asistencial. Sin embargo lo que produce en las organizaciones e instituciones es una necesidad, que, más allá del motivo inicial asistencial, influye en el plano económico, presupuestario y sobre todo en la garantía del Estado del Bienestar.

La confluencia de dos sistemas como el sanitario y el social, desde el eje asistencial de la persona, puede deparar beneficios no solo a la sociedad sino a los agentes productores de servicios.

Las intervenciones más adaptadas a las necesidades reales de las personas, la posibilidad de optimizar los recursos y la contención final del gasto en pos de una integralidad en la prestación de los servicios, parece que pueden favorecer un escenario con una atención centrada en la persona, más humano, posiblemente con menos gasto y sobre todo, productor de nuevas oportunidades.

La realidad asistencial, donde el evento agudo está bien asistido, necesita de una atención especial a la cronicidad. En el caso de la asistencia social el sistema parece haber abordado un esquema apto para las necesidades de la población, pero sin embargo, cuando la cronicidad y la dependencia confluyen, el sistema todavía "hace aguas", faltando una coordinación real.

La población española, con un crecimiento sostenido de envejecimiento, pasará a tener un 30% de mayores de 65 años en 2050 sobre la población total del país. Sin embargo, la edad cronológica no va a coincidir necesariamente

con la edad social o incluso con la edad "geriátrica" tal cuál la entendemos hoy en día. Y además, pese a las mejoras en calidad de vida y salud de los mayores, no se puede obviar que la vejez conlleva ciertas limitaciones físicas y psicológicas aunque los modelos lleven a una prevención en materia de salud e integridad.

Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y que hacia 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años. Aunque el desarrollo de la medicina, los niveles preventivos de salud y los avances en la atención han supuesto una mejora en la calidad de vida y salud de los mayores, no se puede olvidar que el propio envejecimiento trae consigo limitaciones a las personas. Y acompañando a esta realidad.

Según nos refiera el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria, *en nuestro país, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas las realiza la población mayor de 65 años, que además es la que necesita mayores cuidados continuados y más recursos sociales. El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total.*

Si atendemos a estos tres factores antes mencionados, el envejecimiento de la población, la dependencia y las enfermedades crónicas, se nos plantea el reto de mejorar el Sistema de promoción a la Autonomía y la Atención a la Dependencia, la orientación a un modelo sanitario con base en el cuidado y la definitiva

coordinación entre los sistemas sanitarios y social para lograr un acercamiento más lógico al verdadero Estado del Bienestar.

Para favorecer esa coordinación entre los dos sistemas se podrían observar factores de potenciación, que sin embargo pueden verse

influidos negativamente por otros tantos factores que lo dificultan.

FACTORES QUE FAVAROCCEN	FACTORES QUE DIFICULTEN
Liderazgo	Presión financiera
Compromiso (personal y profesional)	Complejidad organizativa
Buenas Relaciones	Cambio de líder
Estrategia conjunta	Complejidad financiera
Visión conjunta	Rigidez Cultural
Recursos adicionales	Complejidad del manejo de la información
Modelo centrado en el usuario	
Puesta en marcha conjunta	

Fuente: Adaptado de NHS 2010.

En España se han desarrollado en los últimos años diferentes iniciativas en el ámbito organizativo, asistencial, de la administración, de la formación a profesionales, de la financiación y la gestión que demuestran el gran interés por hacer realidad la verdadera coordinación sociosanitaria. Supone un esfuerzo por garantizar el continuum asistencial, planteando una atención integral, con visión sinérgica que facilite la optimización de los recursos y la satisfacción de las necesidades de la población. Y las distintas CCAA han apostado por distintas acciones que supongan el acercamiento al modelo de coordinación sociosanitaria.

Para resumir el modelo se pueden establecer los siguientes puntos que darán cabida a cada actor del proceso:

- Por un lado, el actor sanitario se encarga de la atención especializada a las enfermedades crónicas y degenerativas con su estructura y potencial.
- De otro lado, el ámbito social se encarga de atender a las situaciones de pobreza, aislamiento, soledad así como a la atención a los estados de salud alterados que provocan dependencia.

La reunión de los dos actores debe proporcionar un sistema eficaz que atienda a la discapacidad funcional, a las necesidades físicas, las patologías prevalentes en la población que se va a atender y a los apoyos con los que cuenta cada individuo.

2. EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL EN EL MODELO SOCIOSANITARIO.

Caser Residencial se crea en noviembre de 2004 con la finalidad de liderar un proyecto para desarrollar residencias para personas mayores y para la atención de personas dependientes en todo el territorio nacional.

Dentro del sector privado sociosanitario, Caser Residencial presenta un modelo de gestión integral que la sitúa como una organización de gran solvencia y experiencia acreditada.

Con el paso de los años, Caser Residencial se ha consolidado como una de las principales empresas dentro del sector, disponiendo actualmente de 15 centros residenciales. La experiencia, calidad y dedicación de Caser Residencial nos permite consolidar un proyecto encaminado a proporcionar un servicio de excelencia a nuestros residentes.

De nuestros centros, Caser Residencial Alto del Prado (Vitoria) cuenta además con una unidad residencial sociosanitaria de 25 camas en concertación con IFBS y Sanidad (Osakidetza) de Álava. Por su parte, Caser Residencial Olivenza (Badajoz) dispone 60 plazas para dependientes concertadas y 20 plazas para personas con necesidades sociosanitarias y altamente dependientes, concertados ambas con la Junta de Extremadura. En Caser Residencial Betha-

ram, Hondarribia, con 150 plazas residenciales, de las cuales 113 son concertadas con la Diputación, se trabaja con 24 plazas de Trastorno Mental Severo. Y del mismo modo, en Castell D'Oliana (Lleida), se encuentran concertadas plazas de salud mental con Catsby. En total, Caser Residencial gestiona actualmente 1091 plazas públicas, de las 2303 plazas totales de la compañía.

Nuestra misión es la excelencia en el cuidado de personas dependientes, destacando por la atención centrada en la persona, profesionalidad del equipo humano, la innovación, calidad y eficiencia. Y las líneas que marcan nuestra visión giran en torno a los siguientes puntos:

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	PROFESIONALIDAD	INNOVACIÓN	
Atención individualizada al cliente, adaptada a sus necesidades y preferencias.	Selección, desarrollo de competencias y reconocimientos a las personas.	Bajo el enfoque de Excelencia, consolidar la innovación, diseñar e implantar alternativas mejores a las actuales, en lo relativo a gestión, servicios y manera de hacer las cosas.	
CALIDAD	EFICIENCIA	LIDERAZGO	CARTERA DE SERVICIOS
Reconocimiento externo de la calidad en los servicios asistenciales y hosteleros, mientras seguimos avanzando en el camino de la excelencia.	Gestión eficiente de los recursos mediante el uso de tecnología, innovación y mejora continua.	Reconocimiento de marca y referentes en el sector de la dependencia.	Crecimiento y mejora de los servicios a través de la especialización.

Nuestra cultura se fundamenta en valores que se han ido consolidando a lo largo de nuestra trayectoria a través de confianza, compromiso, honestidad, transparencia, trabajo en equipo y rigor.

Esta misión no orienta exclusivamente al colectivo de mayores de 65 sino que parte del factor dependencia para observar el radio de acción de sus servicios.

2.1. Salud Mental.

En el área de salud mental, el centro Castillo de Oliana (Lleida, Cataluña), con una trayectoria de 16 años, presta una atención que aún entrando en la conceptualización del modelo sociosanitario, en esta Comunidad se encuentra bajo otro epígrafe asistencial. La coordinación es a través de la Comisión Interdisciplinar Mixta de Salud Mental, que está formada por representantes (directores, trabajadores sociales...) de todos los Centros que tienen plazas concertadas de Salud Mental con el CatSalut (unidad de agudos, subagudos, MILLE, Hogar-

Residencia...) y representantes de las regiones de Lleida y Pirineo-Aran del CatSalut. Estas comisiones están moderadas y presididas por el Director de los Servicios de Salud Mental y Drogodependencias del Hospital Santa María de Lleida.

Las comisiones realizan la valoración de casos y regulan el flujo de pacientes. Se presentan diferentes pacientes que ya están en un recurso de salud mental o no (vienen de consultas externas del Hospital Santa María u otros) y según su patología, edad, situación personal, familiar, etc., se valora cuál es el recurso más adecuado.

Una vez pasado un tiempo de atención y soporte en el centro, en el caso de que la persona atendida retorne a domicilio u otras instituciones que no sean de Salud Mental, los profesionales del centro se ponen en contacto con Servicios Sociales para garantizar que se mantenga un buen control de la enfermedad del paciente.

La atención prestada, centrada en la persona permite un abordaje que observa el bienestar emocional, material y físico, el desarrollo personal, la inclusión social, la autodeterminación, las relaciones interpersonales y los derechos.

2.2. Unidad Residencial Sociosanitaria.

La experiencia en unidades poliasistenciales sociosanitarias, como la de Alto del Prado (Victoria) donde la cobertura acoge distintos perfiles de usuarios, ofrece un rango de cobertura que asume una gran parte de los casos que interesan abordar:

PERSONAS CON NECESIDAD DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	Personas con alta hospitalaria y expectativa de vida breve que no precisan ingreso en unidades de cuidados paliativos y no pueden retornar a su domicilio.
PERSONAS EN PROCESO DE CONVALECENCIA	Personas que tras ingreso hospitalario, sufriendo una grave discapacidad física y/o psíquica, necesitan cuidados asistenciales continuos y sanitarios frecuentes.
PERSONAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA	Personas con procesos demenciales que presentan agitación y/o trastornos del comportamiento, que no puedan permanecer en su domicilio pero que no requieren de asistencia en centros psiquiátricos.
PERSONAS CON ENFERMEDAD INFECTO - CONTAGIOSA	Personas que a consecuencia de su infección o por estar colonizadas por microorganismos multirresistentes precisan medidas de control especiales o de aislamiento.
PERSONAS CON PROBLEMÁTICA SOCIAL	Personas que al alta hospitalaria no requieren convalecencia pero no pueden regresar a su domicilio por problemática básicamente social.
OTROS	Otras situaciones con requerimientos sociales y sanitarios intensos, y que no requieran hospitalización.

El fin no consiste en la institucionalización sino el control de la situación que impide el correcto manejo en otro nivel asistencial por diferentes motivos (hospital de agudos, Residencia, domicilio).

El abordaje en estas unidades debe dejar a la persona en el centro de la atención, facilitando el abordaje sanitario y social y, conociendo de su temporalidad, proyectando el siguiente nivel de atención dentro de la planificación que se estime.

Sirve de ubicación temporal para personas ingresadas en centros hospitalarios que, reuniendo criterios de alta clínica, no pueda ser llevada a cabo por motivos sociosanitarios de diversa índole, así como para derivar casos de difícil mantenimiento en centros de la red de servicios sociales y domicilios, por confluir en ellos necesidades de atención sociosanitaria intensa que, sin embargo, no son susceptibles de hospitalización.

Si bien se fija como objetivo una estancia media de noventa días, el plazo máximo de estancia en la unidad podrá ser de doce meses ininterrumpidos, debiendo las personas usuarias abandonar la Unidad conforme al dictamen que formule al respecto la Comisión de Valora-

ción y Orientación Sociosanitaria, bien siendo derivadas a su domicilio habitual, o bien siendo ubicadas en el recurso más adecuado, ya sea sanitario o social, para la correcta atención de sus necesidades.

Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria realiza:

La coordinación y colaboración entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava con relación a la implantación de la que se halle gestionada, tutelada o concertada por el IFBS.

El examen de las cuestiones, sugerencias y propuestas que puedan plantearse relativas a la gestión técnico-asistencial y de funcionamiento de la Unidad Residencial Sociosanitaria.

El estudio, deliberación y realización de propuestas relativas a las solicitudes presentadas para la valoración de acceso a la Unidad.

El seguimiento de la situación de las personas ingresadas en la Unidad Residencial Sociosanitaria.

A las sesiones de la Comisión pueden ser convocado cualquier técnico adscrito al departamento de Salud del Gobierno Vasco, al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava, así como cualquier persona responsable de los centros que atienden a las personas usuarias de los servicios que presta el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava y de otras entidades colaboradoras.

Una vez que el recurso es determinado por la comisión sociosanitaria, la persona ingresa participando de unos criterios que permitan el abordaje interdisciplinar, necesario y suficiente, que debe lograr el objetivo asistencial.

Tras la detección y planificación de los cuidados iniciales y dentro de esa primera semana de estancia en el centro, los profesionales deben acercarse al usuario o su familia (en su defecto) recabando, manejando y armando un constructo que defina la individualización de la asistencia. No solo por sus apartados más técnicos y objetivos sino por todos aquellos procesos subjetivos que hacen que la persona encuentre en su estancia y su asistencia una continuidad de su proyecto de vida, aún sabiendo que no, o si (cuidados al final de la vida), es su definitivo nivel asistencial.

Para el diseño del plan, atendiendo al nivel de atención, entendimiento, capacidad y respuesta del usuario, utilizamos métodos de re-

cogida de información que aporten los datos necesarios para construir el plan. El producto final de esa observación enriquece el Plan Interdisciplinar de Atención Individualizada y aunque no sea construido definitivamente en la primera aproximación (la atención centrada en la persona es un constructo vivo), ya desde esa primera valoración nos aporta la información suficiente para generar un modelo que permita tanto a los profesionales como al usuario o su familia conocer el alcance de la asistencia que vamos a prestar.

Resulta necesario involucrarse en una metodología probada y estandarizada que aboga por la calidad de vida del usuario, siendo una fase de gran importancia en el modelo asistencial Caser. Entender la necesidad del usuario como el eje de nuestras actuaciones obliga a pensar en sus expectativas, sus deseos y la forma en la que le gustaría ser atendido, independientemente de nuestra valoración exhaustiva y profesional de cada caso.

Como lógica del continuum asistencial, la unidad debe coordinarse con los actores sanitarios y social, practicando la figura de enlace ante episodios que necesiten de una u otra intervención especial para garantizar el proceso en la unidad sociosanitaria.

Siguiendo los criterios marcados por el sistema público de salud de referencia para la unidad sociosanitaria, el departamento asistencial establecerá las relaciones y gestiones necesarias para una atención sanitaria integral de la persona al igual que para una rápida y correcta atención en caso de urgencias. Se complementa con protocolo de derivación hospitalaria y circuitos de gestión de citas y pruebas específicas.

La atención es individual y familiar e incluye la atención social individual, grupal y comunitaria, así como la atención social familiar. Tiene además su importancia considerando y aportando información sobre valoración de calidad de vida, situación económica, legal y otras. Tramitando, en coordinación con los servicios sociales, las prestaciones, recursos y servicios derivados de la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Los diferentes modelos de atención de los que participa Caser Residencial ofrecen la posibilidad de atender a las personas en sus vertientes de envejecimiento, dependencia y enfermedades crónicas, dependiendo de la necesidad de la población y la colaboración que se pueda mantener con las administraciones públicas. El reto está en visibilizar las posibilidades de colaboración público privada para fomentar y ayudar al sostenimiento de las políticas asistenciales y las iniciativas de carácter privado para proveer de un sistema de atención complementario para la sociedad.

