

Ante esta situación, la visión de CEAPs es la siguiente:



¿QUÉ HA PASADO?

La mayor crisis sanitaria por la que ha pasado España en cien años. De este modo se puede definir la COVID-19 desde su llegada hasta hoy. ¿Por qué el impacto ha sido tan brusco en nuestro entorno residencial? Hay varios motivos. El primero de ellos es la alta capacidad de infección del virus, que rápidamente se ha propagado por todo el territorio nacional. En segundo lugar, la vulnerabilidad de unas personas con un gran nivel de dependencia. Para que se entienda, el usuario tipo en una residencia es una mujer de más de 80 años con pluripatologías que requiere de un gran nivel de atención asistencial. En tercer lugar, el abandono de las administraciones para con las residencias: ha fallado el sistema sanitario, las derivaciones hospitalarias de urgencia, la coordinación política para dar una respuesta coordinada que garantizase la salud de los residentes. En cuarto lugar, la inexistencia de materiales de protección, los denominados EPIs, durante muchas semanas durante las cuales el virus entró en los centros causando una gran mortalidad. En quinto lugar, un alud de bajas de profesionales, que se infectaron por el coronavirus al no contar con elementos de protección.

Todas estas razones juntas han provocado una tormenta perfecta que ha acabado situando el sector, empresarios y profesionales, en el centro de la opinión pública y publicada y no siempre de la mejor manera. Se ha querido criminalizar la atención a los mayores que se daba en las residencias en España, como si las muertes fuesen provocadas por desatención cuando el problema ha sido general y ha afectado al resto de países de nuestro entorno, incluso en sistemas de atención a la dependencia mucho más desarrollados que el nuestro. Hay que reflexionar pues sobre la percepción que se tiene del sector, lo que ha fallado y cómo podemos, entre todos y todas, corregir el rumbo para evitar que en el próximo rebrote las cosas se hagan de un modo correcto.



¿QUÉ HA FALLADO?

SIN DERIVACIONES HOSPITALARIAS, SIN ACCESO A LA SANIDAD UNIVERSAL. Muchas personas no han podido acceder al sistema de sanidad público durante la pandemia mediante unas derivaciones y unos cribajes no realizados siempre bajo un criterio de igualdad.

DESCOORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. Dos mundos, sanitario y social, que no se miran. Residencias sin apoyo médico, falta de oxígeno y de un historial clínico compartido. No se han situado las residencias como primer nivel sanitario hasta a finales de marzo.

RETRASO INJUSTIFICADO EN EL ACCESO A LOS EPIs Y LAS PRUEBAS PCR. El abastecimiento se produjo después de los centros sanitarios.

DESCOORDINACIÓN POLÍTICA. Las residencias no fueron consideradas como un servicio esencial de primer nivel hasta pasadas unas semanas desde el inicio de la crisis.

FALTA DE PERSONAL. Los profesionales no han tenido la protección suficiente para combatir la COVID-19 y han causado el triple de bajas porcentuales que los profesionales del sector sanitario. Esto ha provocado que las residencias tuvieran que afrontar la crisis con muy poco personal.

DAÑO REPUTACIONAL AL SECTOR. Determinadas formaciones políticas junto a medios de comunicación han presentado a las residencias privadas y sus gestores como parte del problema y no como aliados a los que había que apoyar.

¿QUÉ PROPONEMOS?

1 – MAYOR FINANCIACIÓN

Situar el presupuesto en el 2% del PIB y crear un Ministerio de Atención a la Dependencia.

Solidaridad interterritorial: igualdad entre administraciones para que el estado cumpla con el 50% de aportación que marca la Ley de la Dependencia.

Incrementar salarios: aumentar el sueldo de los profesionales de los centros residenciales garantizando la sostenibilidad financiera de las empresas y entidades.

Reconocimiento a los profesionales: aplicar una gratificación económica al personal de residencias por el esfuerzo realizado durante la pandemia.

2 – MODELO PROPIO PARA RESIDENCIAS

Compatibilizar el método de Atención Centrada en la Persona (ACP) con una atención sanitaria universal por parte de la atención primaria. No se trata únicamente de medicalizar las residencias sino de hacer frente a la COVID-19 con una mayor presencia de la atención primaria y respetando el método ACP que hace posible que los centros se mantengan como "el hogar" de las personas y no acaben convertidas en un hospital. El concepto de residencia hacia el que debemos encaminarnos debe estar basado, como en todos los países de nuestro entorno en tres elementos: El hotelero, financiado básicamente con aportaciones del usuario; el asistencial, que comporta los apoyos que genera la situación de dependencia y se debería financiar mediante el sistema de servicios sociales con participación del usuario según su capacidad económica, y el sanitario, que debería ser prestado y financiado desde el sistema público de salud.

"La residencia es mi casa": campañas mediáticas que pongan en valor los recursos asistenciales para mayores dependientes, entre las cuales las residencias.

3 – COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA COMPLETA

Los mayores que viven en residencias tienen derecho a recibir atención médica gratuita con independencia de la titularidad del centro donde residan. En consecuencia, hay que garantizar que las residencias se integran totalmente en los servicios que la atención primaria presta a la comunidad, tanto en los aspectos preventivos como en los asistenciales. La atención primaria debe aportar y hacerse cargo de los recursos humanos y materiales a los centros, acceso universal al historial clínico de los residentes por parte de los equipos de los centros, sistema informático compartido...

Derivaciones y atención: garantizar la atención sanitaria pública de los mayores que viven en residencias cuando se producen derivaciones hospitalarias.

Seguridad y prevención: garantizar la protección a los profesionales con un suministro periódico de EPIs y PCR ante las posibles nuevas olas de COVID-19 previstas para otoño e invierno.