



Propuesta de CCOO, UGT, CEOE y CEPYME para el diseño de estrategias de coordinación sociosanitaria en el marco del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD)

Necesidad de un plan de acción a corto plazo frente al posible rebrote de la COVID19.

La crisis de la COVID19 ha puesto de manifiesto las limitaciones y la falta de medios en muchas áreas, pero especialmente en la sanitaria y en el ámbito social y, en concreto, de la dependencia. Quienes han sufrido las peores consecuencias han sido las personas más vulnerables.

Aunque se han logrado paliar algunas carencias, aún nos encontramos bajo la amenaza de un nuevo rebrote de la enfermedad, y necesitamos conocer el escenario actual, los medios con los que contamos y abordar nuevas estrategias para paliar, en lo posible, las nefastas consecuencias de una nueva ola de la epidemia.

Pese a que las medidas a tomar van dirigidas fundamentalmente a las personas en situación de dependencia, no podemos pasar por alto que coordinación sociosanitaria debe abordarse en toda su extensión. Debe dar respuesta a la diversidad de circunstancias en las que pueden encontrarse las personas vulnerables, tanto usuarias de centros residenciales¹ como atendidas en sus domicilios o pendientes de su valoración como personas en situación de dependencia.

En este sentido, resulta necesario garantizar estructuras de coordinación socio-sanitaria que hagan posible el cumplimiento de los objetivos señalados en el Informe

¹ Según los últimos datos del SISAAD 154.924 beneficiarios del SAAD reciben atención residencial, y, en cambio, se estima que este año la cifra de personas que viven en residencias asciende a cerca de 334.000 personas. Si atendemos al Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales (SEISS) en 2015 las personas usuarias en centros residenciales eran 297.220.



del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia por el SARS-CoV-2².

Debe recordarse que el escenario más habitual en el que viven las personas mayores y en situación de dependencia es el domicilio, y en menor medida la residencia, aunque ésta se convierta en los momentos actuales en el ámbito de mayor preocupación y riesgo en el curso de la epidemia. Por ello, se debe incidir en ambos escenarios de manera específica.

Cabe así proponer las siguientes actuaciones:

1. Un acuerdo político en el marco del Diálogo Social que garantice la coordinación sociosanitaria.

La construcción jurídica de la que emana la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Ayuda a la Dependencia es precisamente la necesidad de cooperación y acuerdos entre las distintas administraciones públicas y los agentes implicados en los desarrollos normativos necesarios para su aplicación. Por tanto, una acción protectora para la atención a las situaciones de dependencia, requiere dar una respuesta integral, comprometiendo a configurar y desarrollar nuevos derechos sociales en toda su extensión; para atender íntegramente a las personas que necesitan cuidados de larga duración.

Para ello, resulta esencial que la administración central y las autonómicas, en aplicación de sus respectivos marcos competenciales, y en colaboración con el conjunto de actores sociales y políticos implicados, promuevan un acuerdo de condiciones básicas comunes en todo el Estado que permita garantizar un marco de coordinación social y sanitaria estable entre los Servicios Sociales y el SNS en los diferentes niveles de la Administración. Con la máxima seguridad jurídica debe ser capaz de garantizar con eficacia la calidad de la atención de las personas mayores y en situación de dependencia, la calidad del empleo asociada a ello, y la continuidad de la actividad económica y de las inversiones públicas y privadas asociadas a la misma. Cabe recordar que esta coordinación ya estaba prevista para su desarrollo tanto en la LAPAD como en la Ley de cohesión y calidad del sistema sanitario.

²https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf



Para garantizar este marco de estabilidad es necesario establecer, asimismo, estructuras administrativas estables y comunes en todo el Estado, nacidas necesariamente del acuerdo y la cooperación entre las administraciones central y autonómicas (catálogo común de prestaciones básicas, protocolos, órganos de gestión y participación, etc.).

Del mismo modo, resulta indispensable que los debates que han de producirse en este sentido respeten un orden de prioridad que anteponga la calidad de la atención de las personas mayores y dependientes, junto con su seguridad sanitaria, al resto de elementos, de modo que se debata en el siguiente orden:

- 1º. ¿Qué debemos hacer? (estrategias de atención)
- 2º. ¿Cómo debemos hacerlo? (modelo de gestión)
- 3º. ¿Cuánto cuesta? (determinación de costes)
- 4º. ¿Cómo se financia? (financiación del modelo)

Perfil de las personas beneficiarias

Dentro de los elementos que resultan imprescindibles a la hora de poder establecer un modelo de coordinación socio-sanitaria, destaca la determinación de los distintos perfiles con el mayor detalle posible. De manera que podamos determinar con exactitud cuales son las necesidades de las personas a las que se presta el servicio. La elaboración de este perfil debe superar la información que actualmente ofrece el SESISS, de personas en centros residenciales, y el SISAAD respecto de las personas beneficiarias de prestación, y que se limitan a la presentación del perfil demográfico básico (edad, sexo y comunidad autónoma de residencia).

La información en cuestión, además de incluir los detalles demográficos básicos señalados, para resultar útil a los efectos que aquí se requieren, debe presentarse cruzada por las variables de gestión de prestaciones más relevantes, que ya deberían constar en las bases de datos de gestión del propio SISAAD:

- Grado de dependencia reconocido.
- Prestación/prestaciones que tiene reconocidas.
- Nivel de copago asignado.
- Identificación de la provincia y municipio en el que reside la persona beneficiaria, con especial atención a la identificación de las zonas rural/urbana.

Adicionalmente, los datos de gestión con los que cuenta el SAAD deberían ser completados por la administración sanitaria correspondiente con el establecimiento de



perfiles de atención sanitaria de la población dependiente y teniendo como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) respecto a las capacidades de las personas a consecuencia de las diferentes patologías; en especial, las relativas a deterioro cognitivo, patologías y secuelas neurológicas.

2. Mapa de recursos socio-sanitarios.

De la misma forma, resulta necesaria la elaboración de un mapa de los recursos con los que contamos para afrontar un modelo de atención integral tanto desde el punto de vista social como sanitario. Cabe incluir en el mismo la siguiente información:

Centros residenciales

- Número de residencias
- Carácter de su gestión
- Tipo de residencias:
 - o Número de residentes
 - o Valoración de las patologías que impliquen mayor vulnerabilidad en las capacidades de los usuarios.
 - o Ratios de personal, desagregadas por categorías profesionales, siendo éstas las adecuadas para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los residentes, tanto en volumen como en complejidad; todo ello, en función de la disminución de las capacidades de los usuarios.
 - o Valoración de residencias con profesionales sanitarios contratados y su nivel de comunicación con el Sistema Público.
- Relación geográfica y de competencias asistenciales desde el punto de vista social y del Sistema Nacional de Salud de las residencias de mayores con los Centros de Salud y Servicios de Geriatría.

Servicios de atención domiciliaria y no residencial.

- Servicio de ayuda a domicilio
 - o Cobertura del servicio (ubicación geográfica).
 - o Trabajadoras/es en plantilla y capacidad laboral utilizada (porcentaje de jornada)
 - o Horas de atención.
- Servicios de Centro de día
 - o Ubicación de los Centros y capacidad de atención utilizada
 - o Trabajadoras/es en plantilla y capacidad laboral utilizada (porcentaje de jornada), especificación de las ratios gerocultoras/ personas usuarias.



- Horas de atención
 - Servicios prestados
- Servicios de prevención
 - Centros y capacidad de atención utilizada
 - Trabajadoras/es en plantilla (porcentaje de jornada)
 - Horas de atención
 - Servicios prestados
- Prestación de asistente personal
 - Ubicación territorial de las personas beneficiarias de este servicio
 - Cualificación profesional del asistente personal
 - Horas de atención
 - Encuadramiento profesional del asistente personal
- Prestaciones económicas de cuidado familiar
 - Ubicación territorial de las personas beneficiarias de esta prestación
 - Perfil del cuidador familiar

Otros servicios sociales de atención a la dependencia.

- Servicios de corporaciones locales
- Otros servicios de Dependencia previstos por las CCAA

Centros sanitarios.

- Centros de atención primaria
- Centros de atención especializada
- Centros hospitalarios
 - Servicios de especialidad (atención médica, enfermería, posibilidad de atención ambulatoria, trabajo social hospitalario y extrahospitalario, etc.)
 - Recursos disponibles
 - Especial atención y comunicación con los servicios de Geriatría. Servicio de Geriatría Hospitalario y/o extrahospitalario
 - Existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre los distintos niveles asistenciales, con especial atención a los pacientes con Covid19.

3. Objetivo prioritario a corto plazo: unidades de coordinación socio-sanitaria para enfrentar un posible rebrote de Covid19 en el marco del SAAD.

Estas unidades de coordinación deben estar conformadas por:



- Las personas responsables de los centros de atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria del Sistema Público de Salud (SPS), y las personas responsables de la provisión de prestaciones de dependencia (SAAD), estando la coordinación a cargo de los responsables del SPS.

Igualmente, se habilitarán procedimientos concretos que permitan a las empresas que proveen las prestaciones de la red pública del SAAD (empresas públicas, concertadas, etc.) de un marco de comunicación efectiva con la comisión de coordinación.

Entre las funciones de estas comisiones, deben incluirse las siguientes:

- Supervisión de aplicación de protocolos de atención establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD³.
- Auditoría de los recursos sanitarios y sociales con los que cuenta cada unidad de referencia en la que se constituye la unidad de coordinación socio-sanitaria (municipio, comarca, provincia, ...)
- Protocolos específicos de identificación y comunicación de casos Covid desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al SPS.
- Protocolos de atención específica de casos Covid por el SPS en Centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).
- Protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.

³ De manera exclusivamente orientativa, se señalan los siguientes:

Documento técnico de recomendaciones para responsables políticos y personal directivo de los Servicios Sociales de atención primaria ante la Crisis por Covid-19 (6 de abril 2020): [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_SERVICIOS_SOCIALES_ATC_PRIMARIA_\(v1\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_SERVICIOS_SOCIALES_ATC_PRIMARIA_(v1).pdf)

Documento técnico de recomendaciones de actuación desde los Servicios Sociales de atención domiciliaria ante la Crisis por Covid (18 de marzo de 2020): https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_GESTORES_SAD_COVID-19_Ver_2.pdf

Guía de prevención y control frente al Covid-19 en Residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial (24 de marzo de 2020): https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf



En todo caso, entre las condiciones básicas comunes que deben definirse han de establecerse, al menos, las siguientes:

- El modelo de coordinación socio-sanitaria tiene como objetivo garantizar la atención integral de las personas en situación de dependencia mediante la continuidad de los diferentes niveles de atención y cuidado que cada ámbito ofrece, siguiendo los principios de integralidad e interdisciplinariedad.
- Definición de un catálogo de prestaciones socio-sanitarias que conecte los respectivos catálogos de prestaciones que ofrecen tanto el SAAD como el SPS.
- Evitar las duplicidades e inequidades en la atención, garantizando la máxima eficiencia en la atención.
- Garantizar la suficiencia de los recursos de atención. En este sentido es necesario advertir que la coordinación socio-sanitaria no puede suplir las insuficiencias de recursos que puedan presentar ambas redes de protección.
- Establecimiento de un marco de financiación adecuado y suficiente. En el mismo sentido que el punto anterior, es necesario huir de la idea de que la coordinación socio-sanitaria como fórmula de ahorro de costes; tal ahorro sólo es posible si se reduce la atención o la calidad de la misma.