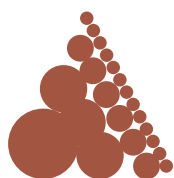




EL ENREDO

DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO



ASOCIACIÓN ESTATAL DE
DIRECTORES Y GERENTES EN
SERVICIOS SOCIALES

[LAS PERSONAS MÁS FRÁGILES
NECESITAN SERVICIOS SOCIALES Y
SANITARIOS COORDINADOS]

1 INDICE

1

2 Atención sociosanitaria y coordinación sociosanitaria tienen diferentes lecturas

3 En una etapa de destrucción de avances en universalización, recortes y co-pago en la sanidad y de demolición de los servicios sociales

4 Los recortes: la racionalidad y la sostenibilidad tienen lecturas interesadas

5 Se reclaman cambios de modelo, en lo sanitario y en lo social

6 Identificando el “espacio sociosanitario”: ¿o se trata de comprar plazas de residencia a las grandes empresas del sector?

7 Bloques de propuestas y ¿posicionamiento del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad?

9 Consideraciones y propuestas

13 ANEXO: UNA GRAN ALIANZA POR LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

1. ATENCION SOCIO SANITARIA Y COORDINACION SOCIO SANITARIA TIENEN DIFERENTES LECTURAS.

En el Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España, se reconocen dos posicionamientos y tendencias que se colocan bajo el paraguas de “coordinación sociosanitaria”: *“las que buscan la coordinación del sistema social y el sanitario y las que propugnan la creación de una red de atención sociosanitaria, diferenciada de las redes sanitaria y social”*. Noviembre 2011

2

En Abril de 2007, en el contexto del análisis de repercusiones de la LAPAD, presentamos propuestas prácticas sobre coordinación sociosanitaria, aplicables significativamente a las personas con dependencia, que hemos reiterado y tratado de aclarar desde entonces. Entendimos que, puesto que la valoración de la dependencia exigía la intervención inicial de médicos y enfermeras del sistema público de salud, ofrecía también la posibilidad de intercambio de información y la colaboración para la articulación de cuidados sanitarios y sociales. Optamos entonces, y mantenemos ahora, que la misión de la coordinación sociosanitaria es garantizar la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales a las personas que necesitan simultánea o sucesivamente, prestaciones de ambos para vivir con dignidad.

Volvimos a trabajar, esta vez planteando 20 comentarios y medidas de distinta índole, a partir de la publicación de el “Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España”, en el IX Observatorio de la Dependencia (Junio de 2012), si bien se constataron desconfianzas e intereses que parecían hacernos volver a la ya frase hecha de que la coordinación sociosanitaria es imposible (y en lo imposible ¡para que gastar esfuerzos!!).

En Marzo de 2013, ante la Resolución nº 10 del Congreso de los Diputados¹, cuyo primer punto era *“Avanzar en un Pacto Sociosanitario entre instituciones (Estado y Comunidades Autónomas), partidos políticos y agentes sociales, en materia de sanidad y servicios sociales, para mejorar la calidad de vida de las personas, familias y su entorno, a través de la garantía de continuidad en la atención y los cuidados que necesitan coordinando y optimizando los recursos sociales y sanitarios existentes”*, planteamos el engaño que suponía un pacto sociosanitario cuando venía precedido de medidas de destrucción del frágil sistema de servicios sociales y de la vuelta atrás de un sistema de salud con cobertura universal, acompañada de recortes y evoluciones hacia la privatización del sistema.

¹ Sesión del día 26 de febrero de 2013, con motivo del debate de política general en torno al estado de la nación.

Vimos entonces como la FED (Federación Empresarial de Atención a la Dependencia) presentaba a la Ministra Ana Mato un documento con ideas y “*propuestas del sector sociosanitario para reducir el déficit público y reactivar la economía*”. El presidente de la FED, José Alberto Echeverría declaraba unos días después, incidiendo la comparación entre el coste de una cama hospitalaria y el de una plaza de residencia, que *“llenar las 55.000-60.000 plazas residenciales vacías le costaría a la Administración 700 millones de euros. Si no dispone de ese dinero, nosotros lo financiamos y le damos un plazo de tres o cuatro meses para que nos pague”*.

2. EN UNA ETAPA DE DESTRUCCION DE AVANCES EN UNIVERSALIZACION, RECORTES Y CO-PAGO EN LA SANIDAD Y DE DEMOLICION DE LOS SERVICIOS SOCIALES

“La coordinación sociosanitaria fue un compromiso de esta legislatura. Ante la urgencia de garantizar los criterios de sostenibilidad, estos meses hemos dedicado todo nuestro esfuerzo a las reformas del ámbito de la dependencia y servicios sociales y del Sistema Nacional de Salud”, Pilar Farjas, secretaria general de Sanidad y Consumo, Enero 2013

Volvimos a plantear propuestas, y reconocer amenazas, a medida que se iba eliminando el discurso de “coordinación sociosanitaria” para convertirse en el de “un espacio único sociosanitario”, en el Congreso de la Asociación de Directoras y Gerentes en Octubre de 2013,

Casi al mismo tiempo se debatía en el Congreso de los Diputados² la proposición no de ley relativa a la creación de una cartera de servicios sociosanitarios, presentada por el PP, cuya portavoz decía basarse en datos de la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna), para afirmar que *“el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios de deben a pacientes que muestran cuadros crónicos, no solo ligados al envejecimiento”*. Otros grupos parlamentarios hablaron de la fase de retroceso y demolición del sistema de dependencia, de una sanidad menos pública, menos gratuita, menos universal; de la incongruencia de una estrategia sociosanitaria entre un sistema de salud y un no-sistema de servicios sociales; de que se pide lo que ya está aprobado en el año 2003³ y operativizado en algunas CC. Autónomas, aunque sin la existencia de un catálogo con la dotación de los recursos necesarios; de la intencionalidad, que ya no puede ocultarse, de deshacerse de la atención sociosanitaria pública para convertirla en un negocio privado; de que la construcción sociosanitaria está en

² Diario de sesiones de 16/10/2013

³ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema de Salud

marcha, al menos en País Vasco como fruto del compromiso político-institucional y el compromiso personal de los profesionales, en la estrategia, la organización de los servicios, la atención directa a la persona usuaria ...; se habló de que la frase “los recortes matan” no es un eslogan....

Por nuestra parte verificamos, una vez más, los datos que mostraban con claridad el retroceso del derecho de las personas con dependencia a recibir los servicios y prestaciones, los recortes en la financiación estatal, las personas que permanecían en el “*limbo de la dependencia*”, y en suma la indefensión ante la “*derogación encubierta*” de la LAPAAD (Ley para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia),.....a la que se suman los recortes en el conjunto del sistema de servicios sociales, con la perspectiva de una “Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local” que, aún antes del plazo previsto, ya está destruyendo la red de servicios sociales básicos, y eliminando en la práctica la competencia de las entidades locales en materia de servicios sociales.

4

3. LOS RECORTES: LA RACIONALIDAD Y LA SOSTENIBILIDAD TIENEN LECTURAS INTERESADAS

Una de las lecturas, que compartimos, es que la **sostenibilidad es “Atender a las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer las suyas, garantizando el equilibrio entre crecimiento económico, cuidado del medio ambiente y bienestar social” (triple vertiente del desarrollo sostenible: vivible, viable y equitativo)**. Que un sistema sea sostenible no puede ser simplemente eliminar servicios y prestaciones sanitarias y sociales imprescindibles, haciendo proyecciones de futuro para dibujar un escenario de desastre que justifique medidas viables, eso sí, pero ni equitativas ni vivibles.

“Racionalizar una actividad social, laboral o comercial es organizarla de forma racional, para que se abaraten los costes y se incremente el rendimiento sin disminuir la calidad”. Y todos, o casi todos, conocemos los costes de la no-calidad que suponen las bolsas de ineficiencia que persisten en los sistemas sanitario y social, simple y llanamente porque no se han abordado desde el rigor y la persistencia. Racionalizar no es simplemente suprimir o racionar o subir precios.

El contrapunto a los gobernantes, estatales o autonómicos, que se han llenado la boca con la frase de que la ley de dependencia es insostenible, o que nuestro actual sistema sanitario es insostenible, abundando en los datos del envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de las personas con enfermedades crónicas, de su gasto farmacéutico, de su frecuentación de los servicios de atención primaria, pero sobre todo de ingresos y reingresos

hospitalarios, tienen como contrapunto informes de expertos que, con los mismos datos y proyecciones de futuro con los que se pretende justificar la insostenibilidad, dibujan un escenario completamente distinto.

4. SE RECLAMAN CAMBIOS DE MODELO, EN LO SANITARIO Y EN LO SOCIAL

5 “Los crónicos son más una solución que un problema. Necesitan un modelo asistencial muy diferente, porque los datos dicen que la mitad de las hospitalizaciones de crónicos podrían haberse evitado si hubiésemos hecho las cosas bien antes y después. Si están ahí es culpa del modelo, que no les previene de entrar en el hospital y no les da soluciones para la salida”. Rafael Bengoa, ex consejero de Sanidad del País Vasco y actualmente asesor en la UE

Cualquiera de los informes y documentos elaborados en los últimos años, y especialmente los surgidos a partir del “Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España” (Diciembre 2011), vengán de donde vengán, plantean **la necesidad de modificación paradigmas y modelos de atención sanitaria sanidad y social**. Y evidentemente se apoyan en los mismos datos, con sus respectivas proyecciones, en función de los intereses que subyacen.

Se reclaman cambios de paradigmas y de modelos, **en lo sanitario por la necesidad de adaptación a los cambios demográficos y epidemiológicos, que exigen reorientaciones en la atención al paciente con enfermedad crónica, enfermedad neurodegenerativa, enfermedad mental, o pluripatología y complejidad clínica**. En lo social, los cambios se fundamentan en la necesidad imperiosa de **simplificar y agilizar procedimientos y en la necesidad de invertir para paliar el escaso nivel de cobertura**, que se cada vez más reducida en vez de incrementada, con especial referencia al colapso de servicios y prestaciones por dependencia y/o discapacidad.

Para la Fundación Economía y Salud⁴, que detalla los inconvenientes de los sistemas públicos y su ineficiencia ante la cronicidad, el modelo deseable hoy es de coordinación sociosanitaria y el modelo deseable futuro es de integración sociosanitaria, organizados por un único Ministerio y una única Consejería en cada territorio, adjudicando a la atención sociosanitaria los servicios de ayuda a domicilio, centro de día y atención residencial. Se indica que *“lo social, trasciende lo sociosanitario, pero solo se integraría el ámbito de la cronicidad y*

⁴ Nacida en Noviembre de 2012, presidida por Alberto Giménez, miembro de la Comisión de Sanidad de la CEOE, miembro de la Junta directiva de FED y promotor de la Fundación, junto a Jose Alberto Echevarría, presidente de la FED y miembro del Consejo Gral. del IMSERSO. Presentó el informe “Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud” en Noviembre de 2012.

la dependencia, quedando el resto de las atribuciones (familia, drogodependencias, etc...) en el ámbito social”.

Rafael Bengoa añade la clave del hogar como espacio de cuidados esencial y plantea que los enfermos crónicos son una vía para garantizar la sostenibilidad de la sanidad pública, entre otras cosas porque **“los datos dicen que la mitad de los enfermos crónicos hospitalizados, no lo estarían si hubiésemos hecho bien las cosas antes y después”**. Si el 5% de los pacientes acapara el 50% del gasto ¿Por qué no ofrecerles atención sociosanitaria?

6

5. IDENTIFICANDO EL ESPACIO SOCIOSANITARIO: ¿O se trata de comprar plazas de residencia a las grandes empresas del sector?

“En el último mes se cerraron 1.192 plazas de residencias para personas en situación de dependencia.... Y la reforma local amenaza el futuro de 567 residencias dependientes de ayuntamientos y otras entidades locales”. AEDGSS, Enero 2014

No tiene sentido reiterar los argumentos sobre la coordinación sociosanitaria, ni siquiera volver a repetir que **estamos hablando de dos sistemas públicos y no una operación de compra de plazas residenciales a las empresas del sector para que el hospital envíe a ellas a personas que necesitan cuidados sanitarios de baja intensidad**. Por otra parte, ya sabemos que la necesidad de garantizar la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales afecta a personas de cualquier edad (también niños y niñas) con diferentes necesidades de apoyo (también las personas con gran discapacidad, también personas con enfermedad mental, también personas sin techo...) en diferentes situaciones convivenciales, mas o menos pobres o ricos... Pero también sabemos de la repercusión económica y social (sin olvidar el sufrimiento) de las personas mayores que sufren dependencia ligada a enfermedad crónica o pluripatología.

Hablamos de racionalizar, no del racionamiento, porque racionalizar es prevenir hospitalizaciones innecesarias y garantizar la continuidad de cuidados a la salida de hospital, con apoyos sanitarios y sociales en el hogar, o con apoyos sanitarios y sociales en un centro residencial o en un centro de día; e insistimos en **que cada sistema se haga cargo de garantizar y costear sus prestaciones, allí donde la persona usuaria esté y necesite cuidados sanitarios y sociales**. No podemos aceptar un cheque-servicio y que cada cual se busque la vida, porque sería una clara muestra de irresponsabilidad de los poderes públicos y una desgraciada caricaturización de la atención sociosanitaria.

Las unidades para la convalecencia y la rehabilitación públicas (propias o concertadas) ya están inventadas, aún muy insuficientes, pero existen, como existe la atención domiciliaria social y sanitaria: no para todas las personas que las necesitan, no en todos los territorios, no con la misma intensidad o coste. **Seguirán siendo casi un espejismo si no cambian el escuálido mapa de recursos sociales, la regresión a otros tiempos de no universalidad y no gratuidad de servicios de salud y las amenazas (y realidades) que penden de un hilo y caen de nuevo aplastando el derecho a vivir con dignidad para el que trabajamos desde la salud y desde los servicios sociales.**

Hoy hablar de coordinación y atención sociosanitaria es hablar de sostenibilidad, del sistema de salud sin duda por una cuestión de costes de hospitalización en los casos en que no es necesaria y llega a ser incluso contraproducente, pero también de modelo de atención. Y es hablar del sistema de servicios sociales, muy significativamente de las prestaciones básicas y de las prestaciones por dependencia, en las que apenas había despegado la universalización de un derecho, siempre cuestionado por la “in-sostenibilidad” que proclaman algunos, cuando vemos como se asfixia el derecho a los servicios y prestaciones por dependencia. **Sabemos que ambos sistemas son sostenibles, y que lo son más aún si se piensa en clave de articulación de recursos sanitarios y sociales**

6. BLOQUES DE PROPUESTAS Y ¿POSICIONAMIENTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD?

“Todo el mundo quiere estar en casa el máximo tiempo posible. Es el punto de partida, el hogar como centro de cuidados, pero no es el modelo que nos está saliendo, sino una trayectoria fragmentada de un paciente sociosanitario. Eso pasa porque no hemos partido de sus necesidades, sino de lo que pensamos los de arriba. Entre primaria y el hospital de agudos sí hace falta un centro de crónicos. Solo para rehabilitarte e ir a casa, no es un aparcamiento de crónicos”. Rafael Bengoa, Enero 2014

La Fundación Edad&Vida sugiere una reorganización hospitalaria y de media y larga estancia en la que se asigne correctamente a los pacientes con cada tipo de centro. De este modo, paliativos, convalecencia, postagudos y subagudos, hospital de día y enfermos crónicos con requerimientos de atención sanitaria compleja, podrán atenderse en centros hospitalarios de media estancia y en centros residenciales con unidad sociosanitaria acreditada por Sanidad. Enero 2013

“Modelo único de atención a la persona crónico/dependiente, desde una concepción sinérgica y eficiente en la que la persona es el centro, utilizando como palanca de cambio las nuevas tecnologías”. Fernando Vicente, Vocal asesor de la Dirección General del IMSERSO, Noviembre 2013

Sin ningún rubor el informe de la Fundación Economía y Salud señala que *“la sanidad pública funciona como un oligopolio de gestión administrativa..... pero en la atención sociosanitaria el sector privado está más asentado”*, y por tanto es una buena oportunidad de negocio.

En los últimos meses tanto la Secretaria General de Sanidad y Consumo, como el Director General del IMSERSO, han presentado en diversos foros sus previsiones para avanzar en la construcción del denominado “espacio sociosanitario”, desde la perspectiva de la **reorientación de los dos sistemas públicos implicados hacia las personas con enfermedad crónica y las personas con dependencia**, planteando la evolución del objetivo de curar, hacia el de cuidar, aliviar el sufrimiento, y acompañar.

Calidad de vida, continuidad de cuidados, efectividad y eficiencia y calidad de los servicios y prestaciones, son los términos que definen los objetivos de la coordinación y atención sociosanitaria, planteando como premisas el **reconocimiento mutuo de las competencias de los sistemas sanitario y social, la optimización en la utilización de recursos, la gestión y el acceso a los recursos asistenciales de forma equitativa y con criterios homogéneos, la cercanía a las necesidades de las personas y la implantación de nuevas metodologías de gestión.**

Se insiste en obtener un **marco común de gestión y de articulación de las relaciones entre ambos sistemas**, que desarrolle el mandato de la Ley de Cohesión y Calidad del sistema de salud y de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, a través la participación y un amplio consenso previo, del que se deberán obtener los criterios básicos para:

- a) La identificación y definición del **perfil de las personas con necesidades de atención sociosanitaria.**
- b) La definición de los servicios que deberá incluir: **cartera/catálogo de servicios sociosanitarios**, tomando como base la cartera básica de servicios sanitarios y el catálogo de referencia de servicios sociales
- c) **Los requisitos básicos y comunes en todo el territorio nacional**, que deben cumplir los prestadores del servicio y los medios materiales y profesionales, así como la autorización y acreditación de centros, servicios y procedimientos.

- d) Los **instrumentos de gestión de casos** a través de los que se coordinará y prestará la atención socio sanitaria.
- e) Los **sistemas de información** adecuados para prestar una atención integral y coordinada.

Este último punto se desarrolla desde la evidencia de que los sistemas de información de sanidad y de servicios sociales son distintos y no son interoperables y de que las actuales tecnologías de información y comunicación permiten avanzar en la obtención, entre otras cosas, de una historia clínica socio sanitaria compartida por el sistema de salud y de servicios sociales.

7. ¿UN NUEVO ENGAÑO? CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS

El panorama de la atención socio sanitaria sigue siendo confuso. No podemos evitar la desconfianza hacia Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales de Igualdad, aunque compartamos una parte importante de los contenidos de las propuestas de “espacio socio sanitario” que se presentan en estos últimos meses y se han resumido en el punto anterior. **No podemos evitar la desconfianza, porque día a día comprobamos la crueldad de los efectos, en las personas y en las familias, de las medidas que se han adoptado. Tampoco podemos evitar la desconfianza cuando constatamos el trato preferencial hacia las grandes empresas del sector, cuyas propuestas para la atención socio sanitaria son difundidas por el IMSERSO mucho más allá de las propuestas, las iniciativas y la experiencia de las CC. Autónomas.** No podemos evitar tampoco desconfiar del término “espacio único socio sanitario”, a menos que “espacio” sea equivalente a “coordinación” y “único” equivalente a derecho a las mismas prestaciones en todo el territorio del estado.

No obstante:

1. A pesar de que entendemos que la necesidad de coordinación socio sanitaria no solo afecta a las personas que sufren enfermedad crónica y dependencia, **reconocemos la necesidad de avanzar partiendo inicialmente del conjunto de perfiles que se incluyen tradicionalmente en el binomio cronicidad-dependencia.**
2. **Negamos rotundamente,** entre otras cosas porque no hay demostración de ello en la historia de las iniciativas de coordinación socio sanitaria, **que la organización de un solo Ministerio o una sola Consejería para la Sanidad y los Servicios Sociales repercuta positivamente en la coordinación socio sanitaria.** Valoramos la posición de reconocimiento mutuo de las competencias de

los sistemas sanitario y social y continuamos reclamando un Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad.

3. De la misma forma, señalamos que, **a las dificultades y la complejidad inherentes a los dos sistemas públicos implicados, se une una etapa plagada de medidas que destruyen la capacidad actual y la capacidad potencial** de ambos para la cobertura de las necesidades de las personas que necesitan prestaciones sociales y sanitarias, además de vulnerar las leyes que consagraban derechos sociales que van desapareciendo progresivamente. Y así solo se construye un discurso, e esos llamados “políticamente correctos” pero sin más transcendencia que la publicitaria, contradictorio y ajeno a la realidad.
4. Insistimos en que **cada sistema público ha de asumir la responsabilidad de la financiación, la supervisión y el control de la calidad de las prestaciones de su competencia**, aunque tales prestaciones se dispensen en centros y servicios ajenos al sistema de salud (centros de día, residenciales....)
5. **Reclamamos que el principio de prioridad de los cuidados en el hogar, y por tanto de la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales, tenga los efectos prácticos ahora casi inexistentes**, entre otras cosas por la debilidad de los recursos de atención domiciliaria, incluidos los recortes en las redes de atención primaria en salud y en servicios sociales, por las amenazas que aún se ciernen sobre ellos y por los efectos perversos de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local en los servicios sociales básicos y el conjunto de los servicios sociales de proximidad.
6. En coherencia con el punto anterior, y reconociendo que al menos una parte de la sostenibilidad de ambos sistemas se relaciona directamente con el uso de los mayores centros de gasto (hospitales y residencias), **situamos la atención primaria de salud y de servicios sociales como un conjunto de servicios crucial en la atención sociosanitaria, que deben ser reforzados y apoyados, y no minimizados en el “espacio sociosanitario”**.
7. **Las personas directamente interesadas, y sus cuidadoras y cuidadores, deben conocer y compartir con los profesionales su diagnóstico y los planes de cuidados que les afectan, así como**

recibir los apoyos y el entrenamiento necesario para el autocuidado y para los cuidados no profesionales⁵.

8. **Reiteramos el peligro de reducción del “espacio sociosanitario” a un acuerdo con las grandes empresas del sector**, para el trasvase de personas con enfermedad crónica y hospitalizados a sus “centros sociosanitarios”, e insistimos en que solo la fortaleza de la gestión pública directa garantiza el acceso sin discriminaciones al conjunto de la ciudadanía, y muy especialmente a la población más frágil. Y recordamos que no contar servicios públicos significativos y consolidados, lleva directamente a dejar el sector en manos de “los mercados” y los mercaderes.
9. Entendemos que las **iniciativas de distintas comunidades autónomas, para prestación de servicios sanitarios de baja intensidad en centros residenciales de servicios sociales propios y concertados**, dirigidos a las personas que no pueden volver a su hogar tras su hospitalización, y que necesitan que se les garanticen periodos de convalecencia y/o rehabilitación, **contribuyen eficazmente al cumplimiento de los objetivos de la coordinación y la atención sociosanitaria, y deben ser conocidas y extendidas al resto de las CC. Autónomas.**
10. **Alertamos del peligro de convertir centros residenciales con estructura similar a la hotelera, en guetos para personas con enfermedad crónica**, a partir de la idea de recuperar los hospitales de crónicos. Las residencias que incorporen unidades de atención sociosanitaria **tienen que concebirse y organizarse como lugares para vivir y convivir, de la forma mas parecida posible a la vida en el hogar y a la vida en la comunidad.**
11. Reconocemos la necesidad de introducir **nuevos modelos de gestión, tanto en la permeabilización de las estructuras de ambos sistemas, como en la organización y gestión directas y en la colaboración con otros proveedores de servicios (ONGS y empresas)**, dando prioridad a las ONGs integradas por usuarios y familiares y contando con la mayor participación posible de los

⁵ No tiene sentido que los cuidadores sean expulsados de la habitación del hospital cuando los profesionales se ocupan de la higiene, los cambios posturales y otros cuidados, que será necesario que ellos mismos presten a su vuelta al hogar. Las y los profesionales de enfermería deberán mejorar y consolidar lo aprendido, y resolver dudas e incidencias.

profesionales y expertos del sector, conocedores de las bolsas de ineficiencia de ambos sistemas.

12

- 12. Valoramos especialmente la previsión de realizar la inversión necesaria para incorporar nuevas herramientas y tecnologías de información y comunicación** para prestación integrada de servicios sanitarios y sociales. Esperamos que tal previsión no se limite a compartir datos y a diseñar y compartir la historia sociosanitaria⁶, sino que forme parte de un proyecto inteligente y ambicioso, en el que tengan en cuenta las tecnologías ya existentes en el mercado y las necesidades de información y comunicación de los usuarios y de sus cuidadores, así como de sus profesionales de referencia en el sistema de salud y en el sistema de servicios sociales.

⁶ Ver la convocatoria conjunta de la Gerencia de Servicios Sociales y SACyL para la presentación de propuestas de soluciones innovadoras destinadas a mejorar la atención sociosanitaria a pacientes con enfermedades crónicas y a personas en situación de dependencia en Castilla y León, y especialmente sus anexos:
<http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla66y33/1246991411473/ / />

ANEXO: UNA GRAN ALIANZA POR LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES



13

El gobierno de Rajoy, cómplice de las políticas impuestas por los líderes de la Unión Europea, dictadas por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio, que actúan en defensa de los intereses de los grandes bancos, sus fondos de inversión y las grandes multinacionales, se ha embarcado en el progresivo desmantelamiento de los servicios públicos esenciales en todo el Estado. La gigantesca maniobra, diseñada para acabar con los derechos laborales y sociales y para reducir a la nada la igualdad de oportunidades y la protección social, abarca las pensiones, la educación, la sanidad y los servicios sociales, además de minimizar hasta el ridículo la inversión en servicios públicos y poner en riesgo el mantenimiento de otros derechos de ciudadanía.

El objetivo es eliminar tanto los servicios y prestaciones que hasta hace poco más de un año eran universales, como los directamente dirigidos a sectores de población en situación de exclusión social, para dejar en la cuneta a las personas y a las familias más frágiles, menos “productivas” y más pobres. Y mientras día a día comprobamos las consecuencias de los recortes y del abandono de los servicios públicos, vemos como se potencia, apoya y refuerza la intervención de los lobbies empresariales en la apropiación de redes de servicios públicos, ahora vistos como oportunidades de negocio. Un negocio que se entrega y se financia con fondos públicos y al que se sumarán las aportaciones de quienes necesiten estos servicios y puedan pagarlos. La amenaza, ya muy visible, favorece el miedo que lleva al florecimiento de un negocio vinculado al anterior: el de los ahora llamados “seguros complementarios” para la cobertura privada de la enfermedad, las pensiones, la dependencia.....

En menos de dos años la ministra Mato, fuertemente defendida por Rajoy y el gobierno que él preside, ha hecho del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad una trágica caricatura del mandato legal y social para el que existe el Ministerio. Es difícil provocar tanto sufrimiento como el que ella ha llevado a millones de personas, con el apoyo de su entorno político y económico-empresarial. Sin embargo, como si se tratase de una burla a la ciudadanía, declara que todo lo que hace es para el sostenimiento y la mejora de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales y simultáneamente presenta orgullosamente estrategias, planes y catálogos que, en el mejor de los casos, son papel mojado. Pero los hechos son claros:

1. Las personas en situación de dependencia ya no tienen más derecho a las prestaciones y servicios sociales, que el que en cualquier momento decida el gobierno de Rajoy por decreto, con o sin la complicidad de las comunidades autónomas. En Julio de 2012 se redujo un 15% la prestación para cuidados familiares, se anuló la seguridad social para cuidadoras, se redujeron las horas de ayuda a domicilio, se aumentó el co-pago, se pospuso hasta el año 2015 la atención a las personas con dependencia moderada.... y se “legitimó” que el pago de las prestaciones pueda demorarse hasta 2 años. El nº de personas con derecho reconocido a recibir prestaciones y servicios que están en el “limbo” (en lista de espera) ¡ha disminuido!!! ¿Cómo no, si se mueren esperando?

2. En Sanidad la reducción de más de 7.000 millones de euros ha ido acompañada de la reducción de la actividad de los servicios asistenciales, el cierre de centros y reducciones de personal; la introducción de copagos a pensionistas, enfermos que precisan prótesis, traslados en ambulancia o medicamentos especiales; la supresión del derecho a la asistencia a más de 800.000 inmigrantes y la dificultades a los jóvenes mayores de 26 años que nunca han cotizado y amas de casa divorciadas. Estas medidas han ido acompañados de privatizaciones en los servicios como las concesiones de obra pública; la financiación y gestión privada de hospitales y centros de salud; privatización de hospitales, servicios de laboratorio y de diagnóstico por imagen; la cesión a las multinacionales y fondos de inversión de las plataformas informáticas, teléfonos de información, centrales compras o la planificación y gestión de los recursos de los Servicios de salud Autonómicos. Entre las consecuencias de estas medidas cabe destacar la limitación de acceso a medicamentos, incremento de las listas de espera, aumento de la mortalidad por enfermedades evitables o la reducción de la esperanza de vida.

La última medida, si cabe aún más cruel, es el copago los enfermos que reciben tratamiento en los hospitales por cáncer y otras patologías graves, que además de inhumana es irracional ya que no supondrá ningún ahorro relevante para el sistema.

3. El último ataque, por el momento, es la llamada Ley de Racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, por la que se destruirá la red de servicios sociales municipales, que ya no será competencia municipal. Son servicios sociales básicos y servicios de proximidad, que se prestan a cerca de 8 millones de personas, para los que los ayuntamientos aportaban más de 50% del coste y que pasarán a ser competencia de las comunidades autónomas y las diputaciones, eso sí, sin ningún aumento de la financiación estatal que sustituya la aportación de los ayuntamientos. Son servicios información y orientación, de ayuda a domicilio, apoyo a la familia, prevención e inserción social, viviendas

tuteladas, centros de día para personas mayores o personas con discapacidad, atención de emigrantes.... Son también residencias en las que viven más de 30.000 personas mayores.

Las consecuencias son evidentes: sin financiación y sin experiencia en la gestión de los servicios sociales de proximidad, las comunidades autónomas tendrán pocas opciones diferentes a las del cierre de servicios y/o la privatización de los que sean apetecibles para las grandes empresas del sector. El presupuesto propio de las CC.LL en materia de Servicios Sociales y Sanidad es de 3.851 millones de € y de 802 millones de € respectivamente, que desaparecerá con la supresión de servicios que considera impropios esta Ley publicada en el BOE el 30 de diciembre de 2013.

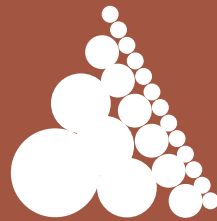
15

En resumen: se avanza a alta velocidad hacia que la mayor parte de la población, especialmente la que más necesita prestaciones sanitarias y sociales y no tenga capacidad para pagar seguros y asistencia privada, no tenga más protección ante la enfermedad, la pobreza o la superación de barreras para la convivencia y la inclusión social, que los residuos que queden de los servicios públicos y la beneficencia. Se avanza también en la destrucción de cientos de miles de empleos en los servicios públicos.

Es imprescindible y urgente articular una alianza social y profesional en defensa de la sanidad y de los servicios sociales, que paralice la política y la estrategia de desmantelamiento y privatización y devuelva a la ciudadanía sus derechos, desde conciencia y el conocimiento de que los servicios públicos, en los que trabajamos y/o que utilizamos, tienen bolsas de ineficiencia que es necesario eliminar y cambios que es necesario realizar: lo sabemos y estamos en disposición de contribuir a ello.

Es imprescindible y urgente construir una gran alianza entre las “mareas blanca y naranja”, forjada con la participación de los movimientos sociales, las plataformas y las organizaciones ciudadanas, de profesionales, de usuarios, de servicios sin ánimo de lucro, políticas y sindicales.... en la que las legítimas discrepancias políticas e ideológicas tengan cabida y sean franqueadas en aras de un gran objetivo compartido.

Llamamos la participación de todas ellas, y nos comprometemos a promover un gran encuentro en el que se elabore un Manifiesto en Defensa de la Sanidad y los Servicios Sociales, y se consensuen una estrategia común y un calendario de acciones significativas y movilizaciones a nivel de Estado y de todas las Comunidades Autónomas. Hoy no existe otra forma de frenar la crueldad de la troika y de quienes tienen la responsabilidad de gobernar, ni de limitar la voracidad de las multinacionales.



A S O C I A C I Ó N E S T A T A L D E
D I R E C T O R E S Y G E R E N T E S E N
S E R V I C I O S S O C I A L E S



www.directoressociales.com

directoressociales@hotmail.com



@Ascdiresociales



Asociación Estatal de Directoras y
Gerentes de Servicios Sociales

José Manuel Ramírez Navarro