

LA AUSENCIA DE UN MODELO SOCIOSANITARIO EN LA CRISIS COVID-19

**María
Martín Ayala**

*Servicio de Coordinación Sociosanitaria
Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha*

SUMARIO

1. Introducción.
2. “Lo sociosanitario”.
3. Modelos sociosanitarios.
4. Efectos de la ausencia de respuestas coordinadas en la crisis COVID-19.
5. Hacia un necesario espacio sociosanitario. Conclusiones.
6. Bibliografía.

RESUMEN

La crisis generada por el COVID-19 ha dejado al descubierto muchas de las deficiencias de nuestro sistema sanitario. Si bien hemos de reconocer que la pandemia actual constituye un escenario sin precedentes, la limitada capacidad de respuesta que ha tenido en algunos ámbitos, como el de los pacientes de centros residenciales de personas mayores, no puede atribuirse únicamente a los devastadores efectos de la enfermedad o a las graves patologías previas de las personas enfermas. Siendo este sector el más afectado por la epidemia del coronavirus, contabilizando más de la mitad de personas fallecidas en España, resulta evidente la necesidad de consolidar y en algunos casos, crear, una auténtica estructura sociosanitaria que responda de manera simultánea y sinérgica a las necesidades de atención integral de la persona, tanto sociales como sanitarias, que cuente con instrumentos ágiles para situaciones excepcionales como la vivida. En el presente trabajo nos planteamos lo que ha significado esta ausencia durante la actual crisis sanitaria y el reto reformista que tenemos ante nosotros hacia un cambio de modelo.

PALABRAS CLAVE

Servicios sociales y sanitarios. Atención integral de la persona. Descentralización. Coordinación. Modelos. Sociosanitario. Residencias de personas mayores.

1. INTRODUCCIÓN

A finales del pasado mes de marzo, cuando la epidemia golpeaba con mayor virulencia en nuestro país, muchas de las personas residentes en centros sociosanitarios derivados a hospitales por el agravamiento de su situación clínica, no fueron trasladadas finalmente a los mismos debido al colapso sanitario existente¹. A la escasez de equipos de protección y respiradores, se sumó la escasez de personal y de medios. En algunas Comunidades Autónomas, ello dio lugar a protocolos inspirados en medicina de catástrofes que recomendaban no admitir en hospitales a enfermos con graves patologías previas o grandes dependientes, estableciendo criterios a gran escala

¹ PEINADO, Fernando: “Los días más duros de los geriatras”, *EL PAÍS*, 13 de junio de 2020, pp.25

de quién se beneficiaría de los escasos recursos médicos. A medida que avanzaban los días se hizo evidente que la medicalización de muchas residencias no iba a llegar a tiempo y el incremento del soporte médico y la introducción de tratamientos tan básicos como la oxigenoterapia o terapia intravenosa en muchos casos, no pudieron llevarse a cabo.

Igualmente, dada la diversidad de los centros y la rápida consecución de los acontecimientos, en muchas residencias no se había llegado a separar adecuadamente a las personas enfermas y las medidas de aislamiento propuestas no se habían realizado correctamente o no resultaron eficaces², lo que desencadenó un mayor nivel de contagios.

Y el último factor decisivo lo constituyó la ausencia de suficientes pruebas diagnósticas destinadas a residentes y a trabajadores, lo que no hacía posible detectar los focos y en última instancia, establecer el alcance de la letalidad de la pandemia.

A pesar de los grandes esfuerzos, por parte de todos los ámbitos, incluidos el de la sociedad civil, el virus seguía presente en un número muy importante de centros y la cifra de fallecidos no ha dejado de crecer.

Analizar lo ocurrido requiere tener presente aspectos del ámbito asistencial que resultan de suma importancia pero si hay algo que la actual crisis sanitaria ha puesto claramente de manifiesto es la falta de respuesta coordinada de nuestras administraciones a las necesidades sanitarias requeridas por parte de los pacientes de los servicios sociales, así como la necesidad de dotar de medios materiales y personales al sistema.

Es necesario instaurar un modelo propiamente sociosanitario, que facilite un cuidado integral de la persona dependiente, que cuente con más medios sanitarios, en sinergia con los equipos asistenciales de las residencias. Las decisiones son complejas y su resultado depende en gran medida de la existencia de una comunicación fluida entre profesionales y responsables de las administraciones públicas. Pero la gestión de esta y de futuras crisis no será la

adecuada si el objetivo no es mejorar la calidad de los cuidados.

2. “LO SOCIOSANITARIO”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y que este derecho incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Asimismo define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades³. Plantea, por tanto, un concepto integral y no segregado de la salud, en estas tres dimensiones: física, mental y social.

En nuestro país, el punto de partida del concepto “sociosanitario” lo encontramos en la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud cuyo artículo 14 establece que la atención sociosanitaria “*comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social*”; disponiéndose igualmente que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes. Prosigue estableciendo que “*en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: a) Los cuidados sanitarios de larga duración. b) La atención sanitaria a la convalecencia. c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. 3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.*”

Por su parte, la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, establece como función de las Comunidades Autónomas establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de

2 Dichas medidas se establecieron en un primer momento en documentos técnicos de recomendaciones del Ministerio de Sanidad tales como el “Documento técnico de Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 del Ministerio de Sanidad”, en su versión de 5 de marzo, https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf y posteriormente en disposiciones normativas como la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que dieron lugar a disposiciones autonómicas posteriores.

3 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Oficial Records of the World Health Organization, N° 2, pp. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención⁴. Así, junto a las personas enfermas que señalaba la Ley de Cohesión, que generalmente van a ser crónicas, la Ley de dependencia incluye a las personas dependientes. Los primeros proceden del ámbito sanitario y los segundos del campo social, por lo que será imprescindible la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, puesto que en otro caso no estaríamos hablando de “lo sociosanitario”.

Efectivamente, el aumento de la esperanza de vida y la baja natalidad ha causado el crecimiento acelerado del porcentaje de personas mayores en España, llegando a duplicarse el número de ciudadanos con más de 65 años en menos de 30 años⁵. Ello ha llevado aparejado el incremento de la cronicidad de las patologías y una disminución en la capacidad funcional de las personas de avanzada edad, generando una demanda creciente de cuidados sociales y sanitarios. Igualmente, los cambios sociales, laborales y económicos han originado situaciones más complicadas para el cuidado familiar de las personas dependientes, así como que las expectativas de apoyo recaigan cada vez más sobre los servicios sociales y sanitarios.

En algunos casos, estas realidades están siendo afrontadas por las administraciones mediante el diseño de espacios sociosanitarios en los que se incide especialmente en la atención, de manera integral y pluridisciplinar, de las necesidades de colectivos como personas mayores, personas con discapacidad o problemas de salud mental, todos ellos normalmente con situación de dependencia, o enfermedad crónica⁶. Sin embargo, en la mayoría de ocasiones,

4 Artículo 11 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema: (...): “c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”.

5 http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion

6 Un ejemplo de ello lo constituye la creación de Direcciones Generales en consejerías autonómicas como la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, cuyas funciones en materia sociosanitaria son las siguientes: “k) Desarrollo de políticas de cuidados sociosanitarios, con especial atención a las situaciones de cronicidad. l) Diseño de los planes de coordinación sociosanitaria entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Bienestar Social, especialmente orientados a los colectivos más vulnerables o de especial necesidad. m) Definición, en coordinación con la Consejería de Bienestar Social, de un catálogo de centros sociosanitarios. n) Desarrollo de la cartera de servicios que garantice unos cuidados sociosanitarios equitativos y de calidad. ñ) Coordinación de los recursos sociosanitarios”, según el Decreto 81/2019, de 16 de julio, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad (DOCM núm.141 de 18 de julio).

dichos espacios se encuentran aún en momentos muy iniciales de creación y para cuya efectiva consecución se precisa de una coordinación de todos los agentes involucrados en la misma (servicios de salud, servicios sociales y servicios sanitarios), coordinación sin lugar a dudas dificultosa, pero cuya sinergia resulta imprescindible para una verdadera implementación.

Para comprender mejor la situación actual, y antes de referirnos a lo desarrollado por algunas Comunidades Autónomas a lo largo del tiempo, es importante referir el documento elaborado por el Comité Ejecutivo del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) del 6 de noviembre de 2014⁷. Aunque dicho documento está elaborado desde la perspectiva de la discapacidad, el análisis y las conclusiones son perfectamente extrapolables en relación con el espacio socio-sanitario. Este documento, apuesta por el diseño y despliegue en España de un espacio sociosanitario universal y de responsabilidad pública, coherente con la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, por tanto inclusivo, en un marco de diálogo y cooperación institucional, con clara orientación a resultados efectivos en la salud y el bienestar de las personas, con financiación pública suficiente, que reconozca y garantice la aportación del movimiento social de la discapacidad y de sus estructuras asociativas al espacio sociosanitario, como un operador cualificado y legitimado, y capaz de asegurar la equidad y la coherencia territorial para eliminar las desigualdades territoriales.

Sin embargo, en la actualidad no podemos afirmar que en España exista el sector sociosanitario público como tal, ya que para ello haría falta la existencia de una normativa reguladora, así como de estructuras sinérgicas. Indudablemente, sí existen los sectores social y sanitario, encontrándose en la intersección de ambos la existencia de un espacio sociosanitario en el que se coordina la asistencia curativa con la social, con la atención integral al usuario que presente simultáneamente enfermedades de tipo crónico y carencias sociales. Esta atención sociosanitaria se sustancia en centros que prestan servicios transversales y multidisciplinarios, sociales y sanitarios, intentando atender a determinados colectivos previamente definidos de forma personalizada, de acuerdo con sus necesidades específicas⁸.

7 “El espacio sociosanitario inclusivo. Posicionamiento del CERMI”, aprobado por el Comité ejecutivo del Comité español de representantes de personas con discapacidad (CERMI) el 6 de noviembre de 2014. https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/00-Espacio_sociosanitario_67.pdf

8 En Castilla-La Mancha se realizan estas funciones en la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, creada como

Por todo lo anterior, comprobamos que el uso de “lo sociosanitario” se ha ido haciendo hueco a lo largo de los últimos años en los distintos foros científicos, textos legislativos, instituciones, medios de comunicación o conversaciones más o menos formales, aunque no son pocas las ocasiones en que desconocemos con la precisión adecuada qué elementos engloba dicho término. Lo que no parece albergar dudas es que se trata de una realidad que es sentida e interesa a todos los agentes del sector de la salud en el sentido amplio, y para el que todos buscamos soluciones⁹. Ya el Defensor del Pueblo, en su informe de 2019¹⁰, antes incluso de que la pandemia del coronavirus invadiera de lleno nuestros centros de mayores, hacía referencia explícita a esta emergente necesidad.

Así, tal y como recoge el Plan de Inspección de Oficio de la Atención Sociosanitaria (AEPD)¹¹, la atención sociosanitaria debe centrarse en colectivos que combinan la presencia de enfermedad con diversas situaciones de dependencia y carencias sociales, siendo de especial importancia en el diseño de la atención sociosanitaria la previa identificación de los perfiles de las personas destinatarias de los servicios. En el espacio sociosanitario se encuentran servicios como: atención sanitaria a la convalecencia después de un tratamiento agudo de una enfermedad, cuidados paliativos, rehabilitación de pacientes con déficit funcional, cuidados a personas mayores con alguna enfermedad, dependencia o riesgo social, atención de enfermedades mentales o neurológicas avanzadas, cuidados sanitarios de larga duración, tanto en el nivel primario como en el especializado, con supervisión médica y de enfermería continuada. Estos servicios se prestan fundamentalmente en: hospitales de media estancia especializados en rehabilitación y/o en pacientes geriátricos, centros o

instrumento de trabajo de las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social, con el objetivo de garantizar una atención sociosanitaria de calidad a todas las personas de nuestra comunidad que padecen trastornos mentales o tienen algún problema de adicciones, ofreciendo apoyo y atención también a sus familiares, a través de contratos con centros privados y con el tercer sector. <https://fsclm.com/web/>

9 NIETO, José Ignacio, DEL BARRIO, Jaime (Coord.): *Lo Sociosanitario: de los casos reales al modelo*, Fundación Economía y Salud, 2018, p.12.

10 Defensor del Pueblo. Atención a personas mayores. Centros residenciales. Separata del Informe anual 2019. Madrid, 2020. Consultado el día 14 de junio de 2020 en https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf. Estos mismos hechos ya los venía constando en informes de años anteriores.

11 Agencia Española de Protección de Datos. Plan de Inspección de Oficio de la Atención Sociosanitaria, documento cuyo origen se encuentra en la actuación numerada como 1.3.2. del Plan estratégico 2015-2019 de la Agencia Española de Protección de Datos. <https://www.aepd.es/sites/default/files/2020-06/plan-inspeccion-oficio-atencion-sociosanitaria.pdf>

complejos asistenciales para pacientes con afecciones psíquicas, residencias geriátricas, especialmente en aquellas especializadas en psicogeriatría o enfermedades tales como el Alzheimer.

Es indudable es que el concepto de atención sociosanitaria conlleva un nuevo paradigma en la prestación de los servicios, que busca atender de forma integral y transversal las crecientes expectativas de los pacientes en cuanto a calidad y efectividad, centrándose más en las personas y sus necesidades.

3. MODELOS SOCIOSANITARIOS

En diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España¹², de cuyas conclusiones se infiere que existían numerosos planes y programas sociosanitarios, pero que muy pocas veces se traducían en cambios estructurales organizativos o en la creación de estructuras mixtas compartidas en el espacio intermedio entre el sector social y el sector sanitario.

Al Libro Blanco le siguió la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud de 2012¹³, y el Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria de 2013¹⁴, donde ya se hacía referencia a la necesidad de un gran Pacto de Estado para llevar a cabo con éxito el salto cualitativo que representaría una legislación moderna para la atención sociosanitaria, apuntando a la conveniencia de la promulgación de una Ley Básica de coordinación y atención sociosanitaria.

Tal y como recogen estos documentos, la coordinación sociosanitaria es un “factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario y para la mejora de los servicios sociales: maximiza la eficiencia y permite ahorros, ya que posibilita una racionalización y una mayor adecuación del consumo de recursos”.

Sin embargo, en nuestro país, los servicios sociosanitarios ofrecidos varían sustancialmente de una comunidad autónoma a otra, debido fundamentalmente a las transferencias de las competencias

12 <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>

13 https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf El libro blanco establece hasta 63 medidas para favorecer la coordinación sociosanitaria, en el marco de la situación social y económica del año 2011 que es cuando se elabora.

14 http://www.agoraceg.org/system/files/consejo_asesor_sanidad_2013_informe_atencionsociosanitaria.pdf

de atención sanitaria culminada en 2002 y social, efectuada en 1996, que ha derivado en la creación de modelos de atención diferentes. En la actualidad existen importantes contrastes en el número de servicios sociosanitarios prestados por las diferentes administraciones autonómicas. E incluso, tal y como se comentaba anteriormente, también existen diferencias en su definición, por las variaciones del término sociosanitario adoptadas en cada caso.

De este modo, algunas varias Comunidades Autónomas han diseñado planes de encaminados hacia la atención integral sociosanitaria¹⁵, en otros casos

15 Castilla y León va por el III Plan Sociosanitario 2017-2021. Igualmente ha desarrollado el llamado GASS que es el nombre del sistema de información que ha diseñado para dar soporte a la gestión de la actividad Sociosanitaria. Igualmente existen los Equipos de Coordinación de base (ECB) que realizan la gestión de casos sociosanitarios y detectan necesidades de mejora, y las Comisiones de Coordinación de casos sociosanitarios (CCSS) compuestas por profesionales médicos y de servicios sociales en el ámbito del área de salud. <https://www.saludcastillayleon.es/es>.

En Castilla-La Mancha, el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2019-2025, establece como eje estratégico la elaboración de un Plan de Atención Sociosanitaria, y para ello en el Decreto 81/2019 de estructura de la nueva Consejería de Sanidad se creó una Dirección General denominada de Humanización y Atención Sociosanitaria entre cuyas competencias se encuentra el desarrollo del mismo, así como la definición de la cartera de recursos y servicios sociosanitarios, todo ello en coordinación con la Consejería de Bienestar Social. La asociación de la humanización con la atención sociosanitaria es especialmente novedosa, sin perjuicio de que la atención integral de la persona responde claramente a principios de humanización. Para ello se está desarrollando un Decreto de la humanización de la atención sanitaria y sociosanitaria, que verá la luz en los próximos meses. Igualmente desde el año 2000 la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha ha dotado de dispositivos y ha integrado algunos pre-existentes, siguiendo el modelo de desinstitucionalización y abordaje comunitario para la atención integral a las personas con trastorno mental. La Red de Salud Mental de CLM está configurada por los dispositivos sanitarios dependientes del Sescam y por la red de dispositivos sociosanitarios gestionados o financiados desde la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, por lo que se hace necesario un funcionamiento coordinado entre ambas instituciones.

La puerta de entrada al sistema público de servicios sociosanitarios está en el nivel de atención primaria, donde se atienden las demandas directas de las personas o instituciones con el fin de darles a conocer los servicios y las prestaciones del Sistema Público Sanitario y de Servicios Sociales u otros sistemas de protección social, en relación con las situaciones de necesidad, autonomía e integración social. Independientemente de la prestaciones de los servicios sociales dependientes de la Consejería de Bienestar Social y de las entidades locales (acompañamiento, atención a la familia o unidad de convivencia, ayuda a domicilio, tele-asistencia,...), la Consejería de Sanidad, a través del Sescam, tiene en su cartera de servicios, tanto en atención primaria como en centros hospitalarios, Unidades de Trabajo Social que desarrollan su labor en coordinación con los anteriores. <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgschas/funcionesycompetencias>

En Madrid, se está elaborando una Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria que mantiene en exposición pública y que todavía no se ha aprobado, que se extendía inicialmente hasta 2021. Trata con bastante amplitud la Red de Salud Mental y la Estrategia de Atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid de 2013, contemplando el desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria y para el establecimiento de rutas y procesos asistenciales integrados. La estrategia se plantea solo para los

se han firmado protocolos de actuaciones conjuntas entre las administraciones sanitarias y sociales, y en ocasiones se han suscrito convenios para determinados servicios, entre los responsables de los servicios sociales y de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma. Otras comunidades, sin embargo, prefieren seguir asumiendo de manera independiente las materias relativas a los servicios sociales de

centros de titularidad pública, ya sea de gestión directa o indirecta. <https://participa.madrid.org/content/estrategia-coordinacion-atencion-sociosanitaria-comunidad-madrid-2017-2021>

En Euskadi, los planes sociosanitarios se remontan a octubre de 2001. En la Ley 12/2008 de 5 de diciembre de Servicios Sociales, se establece ya el concepto de atención sociosanitaria. En 2013, se aprueban las líneas estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2013-2016, que recogen los objetivos estratégicos y líneas de actuación centradas en la ciudadanía y suponen una respuesta a las necesidades sociosanitarias individuales y colectivas. Posteriormente se aprueba las líneas estratégicas 2017-2020. La estrategia parte de la definición y delimitación del espacio sociosanitario y así llega al modelo de atención sociosanitaria. No plantea la creación de un tercer sistema, sino la confluencia y coordinación en la actuación de los dos sistemas social y sanitario. Considera básicos un sistema de información y comunicación sociosanitario y una historia sociosanitaria. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf

En la Generalitat de Catalunya, los servicios sociosanitarios se pusieron en marcha en el año 1986. Se trata de un conjunto de recursos de la red pública para atender a personas mayores con enfermedades crónicas y/o dependencia y para atender a las personas con enfermedades en situación terminal. Los más conocidos de estos recursos son los centros sociosanitarios, con las unidades de convalecencia, de cuidados paliativos y de larga estancia. Igualmente es también muy conocido el programa de Atención domiciliaria-equipos de apoyos (PADES), consistentes en equipos de atención domiciliaria interdisciplinarios distribuidos por toda la geografía catalana. El programa interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales aprobado en 2013 tiene como objetivo la integración de carácter instrumental de la red pública sanitaria y la de servicios públicos del ICASS para dar una atención integral a las personas en residencias asistidas. <https://web.gencat.cat/es/inici/>

En La Rioja, en el año 2004 se dictó un Decreto que regulaba los llamados centros sociosanitarios de convalecencia. Posteriormente el modelo evolucionó hacia uno de mayor coordinación de los servicios sociales y sanitarios y se replicó en las tres grandes áreas geográficas con sede en Haro, Logroño y Calahorra. Consistía en reunir en un entorno próximo, cuando no compartía edificio, un centro de convalecencia, una residencia de dependientes y un centro sanitario de atención especializada, ya fuese hospital o centro de especialidades con medios diagnósticos. La estructura asistencial se completa con la atención de hospitalización a domicilio y cuidados paliativos a domicilio. <https://www.larioja.org/servicios-sociales/es/entidades-centros-servicios/sociosanitario>

En Asturias se ha llevado a cabo el Plan sociosanitario 2019-2020 para la coordinación entre los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales, en noviembre de 2016 se aprobó el Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen los órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias, con el objetivo de dotar a las actuaciones técnicas, llevadas a cabo desde ambos sistemas, de un aval político y normativo que las ampare y haga posibles.

Por su parte en Extremadura encontramos el Plan Marco de Atención sociosanitaria de 2005 y mediante Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos y se establece su régimen jurídico, se regula el espacio sociosanitario <https://saludextremadura.ses.es/web/normativa-sanitaria-de-extremadura>

las competencias sanitarias, no disponiendo de un espacio sociosanitario como tal para la prestación de los servicios al ciudadano.

A nivel local, algunas corporaciones locales, mediante la suscripción de convenios de colaboración con las administraciones autonómicas, han creado organismos autónomos locales en forma de Institutos para la realización, en su ámbito de actuación, de actividades de promoción, prestación y gestión de recursos y servicios sociosanitarios, docencia, investigación y promoción de la atención sociosanitaria. También existen centros sociosanitarios titularidad de corporaciones locales. Se observan por ejemplo centros residenciales de personas mayores que, como centros sociales, dispensan también atención sanitaria especializada en una determinada dolencia, en función de las necesidades de las personas, que se benefician de la acción sinérgica de ambos tipos de atención.

Por su parte el IMSERSO, entidad gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tiene atribuidas competencias de gestión de planes, programas y servicios de ámbito estatal para personas mayores y personas con dependencia, además de las prestaciones y programas sociales sobre Ceuta y Melilla. Algunos de sus centros prestan servicios sociosanitarios a usuarios¹⁶, si bien las competencias de atención directa a los usuarios corresponden a las Comunidades Autónomas.

Por lo tanto, y según las conclusiones del citado Plan de Inspección de Oficio de la Atención Sociosanitaria (AEPD), los modelos de atención sociosanitaria existentes suelen basarse en la ampliación de la cobertura de las prestaciones de los actuales sistemas social y sanitario, con el objetivo de cubrir todas las necesidades de las personas de estos colectivos concretos que requieren intervención sinérgica de atenciones sociales y sanitarias, pero sin la creación de un sistema sociosanitario como tal, sino instrumentando mecanismos de coordinación y relación entre el sistema social y sanitario.

16 Son titularidad del IMSERSO los Centros de Referencia Estatal siguientes: Centros de Recuperación para Personas con Discapacidad Física (CRMF), Centros de Atención para Personas con Discapacidad Física (CAMF), Centros de Referencia Estatal (CRE's), integrados en la red de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con los objetivos, entre otros, de garantizar el equilibrio interterritorial e impulsar las políticas de equiparación, Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), Centro de Referencia Estatal para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y Dependencia, Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con Enfermedades Raras (CREER).

Por último, no podemos olvidar por su peso en este ámbito, a la iniciativa privada. Este protagonismo se ha puesto especialmente de manifiesto durante la presente crisis, debido al ingente número de disposiciones normativas que desde el pasado 14 de marzo de 2020, una vez se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, mediante el Real Decreto 463/2020, lleva a cabo el Ministerio de Sanidad que afectaban por igual a centros de titularidad pública como de titularidad privada, y entre cuyas medidas impuestas se incluían numerosas medidas de intervención¹⁷.

Efectivamente, en relación con los centros residenciales de personas mayores, especialmente afectados por la crisis, tal y como recoge la página

17 Por un lado La Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 establecida en su artículo octavo que "durante el tiempo en el que por la progresión o afectación de la epidemia de COVID-19 no se pueda atender adecuadamente la asistencia sanitaria de la población con los medios materiales y humanos adscritos a cada comunidad autónoma, éstas tendrán a su disposición los centros y establecimientos sanitarios privados, su personal, y las Mutuas de accidentes de trabajo". Posteriormente la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, introducía medidas relativas a todo el personal, sanitario y no sanitario, que preste servicio en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, medidas relativas a la ubicación y aislamiento de pacientes COVID-19 en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, medidas relativas a la limpieza en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, medidas relativas a los profesionales sanitarios en relación con la atención sanitaria en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, así como medidas de coordinación para el diagnóstico, seguimiento y derivación COVID-19 en residencias de mayores y otros centros sociosanitarios y el Sistema Nacional de Salud. Más tarde, la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, introdujo medidas aplicables en los centros de servicios sociales de carácter residencial (entre las que se encontraba la prohibición de cierre, reducción o suspensión de actividades o de contratos laborales), así como **medidas de intervención** por las que se facultaba a la autoridad competente de la comunidad autónoma, en función de la situación epidémica y asistencial de cada centro residencial o territorio concreto y siempre atendiendo a principios de necesidad y de proporcionalidad, a intervenir los centros residenciales objeto de esta Orden. Con posterioridad, la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19, Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios, Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por la que se modifican la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y posteriormente todas aquellas correspondientes a la desescalada.

del Gobierno “Envejecimiento en red”¹⁸, el número de centros residenciales en nuestro país es de 3.844 privados (71% del total) y 1.573 de carácter público (29%). Además, el informe sobre distribución de centros y plazas residenciales de 2019, recoge que existen 271.696 camas privadas y 101.289 públicas, que hacen un total de 372.985 plazas. Existen centros sociosanitarios privados, titularidad de Asociaciones, Fundaciones y Congregaciones Religiosas, que ofrecen servicios especializados según las necesidades individuales de los usuarios, desde cuidados psicogeriátricos o atención a enfermedades neurológicas en general, hasta rehabilitación, convalecencia y cuidados paliativos. La gestión de los servicios sociosanitarios por las entidades privadas puede ser puramente privada, pero lo habitual es encontrar la suscripción de contratos de gestión de servicio público, bajo la modalidad de concierto y concesión, regulados en la normativa de contratación del sector público. En esta gestión indirecta la Administración Pública es la responsable de garantizar el derecho a las prestaciones, y del ejercicio de la potestad inspectora al objeto de garantizar el adecuado cumplimiento, sin embargo la gestión privada de los centros ha sido en ocasiones cuestionada por distintos sectores sindicales y sociales al tratarse de modelos basados en la rentabilidad económica y, en ocasiones, en la opacidad de los grandes grupos empresariales que los gestionan. A raíz precisamente de la crisis sanitaria se ha vuelto a poner de nuevo en cuestión esta realidad¹⁹.

Sin perjuicio de lo anterior, en todos los modelos citados, resulta imprescindible que se cuente con la participación de profesionales y las asociaciones de familiares de personas afectadas por determinadas enfermedades, así como de las asociaciones de pacientes, para la mejora de esta atención integral, pues son ellos sin duda los que mejor conocen el alcance de las necesidades. La participación de estas asociaciones se ha potenciado durante los últimos años, mejorando la coordinación con la Administración y aumentando la cobertura de recursos asistenciales, rehabilitadores y de promoción y prevención.

Son los pacientes, sus familiares y los profesionales, los que ahora también deberán tomar la palabra para analizar lo ocurrido durante esta pandemia²⁰.

18 <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>

19 RICO, Manuel: “Fondos de inversión, multimillonarios y algún empresario corrupto controlan los 13 mayores grupos de residencias en España”, Infolibre, 27 de abril de 2020. https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/04/27/los_verdaderos_duenos_las_residencias_espaa_106217_1012.html Consultado el 5 de mayo de 2020.

20 Los representantes de las organizaciones colegiales,

4. EFECTOS DE LA AUSENCIA DE RESPUESTAS COORDINADAS EN LA CRISIS COVID-19

En la actualidad, tal y como se ha expuesto anteriormente, la atención sanitaria en las residencias de mayores no está integrada en el sistema de salud. En las mismas, se atiende a personas de especial vulnerabilidad que requieren cuidados complejos, sociales y sanitarios, pero como es lógico, su organización no es equiparable a un centro hospitalario. En estos centros se cuida, más que se cura y por ello se dispone de una dotación de personal, de medios y de material sanitario muy reducida.

Desde esta perspectiva puede entenderse el resultado: Ante un virus desconocido, la fragilidad avanzada ha derivado en un riesgo de mortalidad mayor que cualquier otra circunstancia.

La elaboración de protocolos y procedimientos para la prevención y el cuidado que exige esta epidemia han resultado mucho más complejos por la desconexión con el sistema sanitario y la precariedad de personal. Efectivamente, la crisis del coronavirus ha hecho evidente una realidad advertida desde hace mucho tiempo por parte de los profesionales sanitarios²¹.

La atención sanitaria a las personas mayores que viven en las residencias depende del sistema de salud correspondiente y este ha sido dispar dependiendo del impacto del virus en el espacio territorial correspondiente, lo que ha conllevado un tratamiento desigual en la atención. Hasta ahora, en un balance global, la descentralización de la sanidad la habíamos entendido como algo positivo al permitir una atención más próxima a las personas, pero en la presente situación, y de forma parcial, ha constituido una dificultad extra a la hora abordar la excepcionalidad y de garantizar la equidad. Efectivamente, junto a la gran dispersión normativa autonómica sobre centros residenciales y la ausencia de protocolos consensuados e uniformes, se han puesto de manifiesto los efectos de los recortes en personal y medios, tanto el ámbito social, como en el sanitario de los últimos años.

sociedades científicas y asociaciones de pacientes agrupadas en la plataforma ‘Cronicidad: Horizonte 2025’ han puesto de manifiesto, durante un encuentro virtual, “la necesidad de reorientar el modelo de atención a la cronicidad tras la crisis sanitaria”, dadas las “deficiencias del sistema sanitario español en la atención a la cronicidad durante la pandemia de la Covid-19”, según informan desde este colectivo. <https://www.actasanitaria.com/colegios-atencion-cronicos-pandemia-covid/>

21 <https://valenciaplaza.com/desnudos-frente-al-covid-19-la-pandemia-en-las-residencias-sociosanitarias> Consultado en fecha 27 de abril de 2020.

Ello se comprueba, entre otros factores, a través de las numerosas órdenes ministeriales publicadas en el BOE por la autoridad sanitaria estatal que trataban de dar uniformidad a las actuaciones de las administraciones de todo el territorio nacional, y que a pesar de establecerse mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, que “Cada Administración conservará las competencias que le otorga la legislación vigente en la gestión ordinaria de sus servicios para adoptar las medidas que estime necesarias en el marco de las órdenes directas de la autoridad competente a los efectos del estado de alarma (...)” hasta bien avanzada la situación, lo que provocó fue un bloqueo en la actuación de las diversas administraciones que se limitaron a seguir las instrucciones que de forma paternal publicaba el Estado, sumidas en un gran desconcierto y falta de coordinación ante la situación generalizada de ausencia de medios de protección y test diagnósticos. Posteriormente, y teniendo en cuenta que los tiempos de la crisis se han medido en días y semanas, se han sucedido múltiples disposiciones normativas por parte de los entes autonómicos que demuestran la capacidad de adaptación de nuestro sistema ante la adversidad, a pesar de todo.

Igualmente y en no pocas ocasiones, este contexto ha generado confusiones en materia de competencias en cuanto a quién correspondía la compra de materiales, cómo y quién debía llevar a cabo el cómputo de fallecidos por el virus en los centros de mayores, qué conllevaba la intervención de un centro social privado por la autoridad sanitaria, quién debía de proveer de medios a estos centros, quién llevaba ahora la gestión residencial y cómo diferenciarla de la gestión sanitaria, quién gestionaba al personal contratado, qué servicios debían considerarse esenciales en el caso de no incluirse en el llamado catálogo de referencia de servicios sociales para la aplicación de la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo²², a qué unidad debían derivarse las consultas

22 Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19, estableciendo los siguientes en relación a su ámbito de aplicación (apartado segundo): Esta orden es de aplicación a todos los centros y entidades que presten cualquiera de los servicios contenidos en el Catálogo de Referencia aprobado por Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 16 de enero de 2013, con independencia de su titularidad, así como a sus trabajadores y trabajadoras cualquiera que sea la naturaleza de su relación contractual o administrativa. A los efectos de lo previsto en la presente orden, los centros y entidades de titularidad privada a los que se refiere el párrafo anterior tendrán la consideración de operadores de servicios esenciales con los efectos previstos en el artículo 18.2 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. En este sentido la Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios a los efectos previstos en el artículo 1 del Real Decreto-ley

y quejas de familiares de pacientes y residentes... Consecuencia de la excepcionalidad de la pandemia pero también, de modelos de gestión claramente departamentados y la ausencia de estructuras de coordinación entre las unidades con competencias sanitarias, los servicios de salud propiamente dichos y los departamentos con competencias en servicios y bienestar social.

Asimismo, la grave situación de colapso sanitario dio lugar a protocolos de priorización inspirados en medicina de catástrofes, estableciendo criterios de quién se beneficiaría de los escasos recursos médicos²³. Si bien no podemos negar que el triaje o priorización es algo habitual de la profesión médica, el riesgo de las situaciones de escasez es que se dé prioridad a un criterio utilitarista, por el cual el bien común se impone a las necesidades del individuo. En este sentido se pronunció el pasado 25 de marzo el Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus²⁴.

Ya en el interior de los centros residenciales y en las habitaciones de las unidades de cuidados intensivos de los centros hospitalarios se han vivido auténtico drama. Ante el altísimo riesgo de contagio que presentaba este virus, y la aplicación de las medidas de separación y aislamiento impuestas, muchas personas que enfermaron en estos momentos, sobre todo mayores, fallecieron sin poder despedirse de los suyos, o en el mejor de los casos, a través de la pantalla de un dispositivo electrónico. Este hecho ha constituido el factor de mayor deshumanización de la crisis, incrementado por los límites establecidos para los acompañamientos en los sepelios y entierros.

A esta circunstancia hace referencia la Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con covid-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial

9/2020, de 27 de marzo, los centros, servicios y establecimientos sanitarios previstos en el anexo.

23 Un ejemplo de ello fueron las recomendaciones publicadas por el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), bajo el título de “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos”. https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf o el Protocolo de la Comunidad de Madrid para residencias de 25 de marzo. https://issuu.com/prisarevistas/docs/protocolo_actuacion_en_residencias_24_03_20/7

24 http://www.comitedebioetica.es/documentacion/#doc_crisis_coronavirus

vulnerabilidad²⁵, que apelaba a que, una vez pasado el primer impacto organizativo, urgía afrontar el desafío que supone la asistencia en situaciones especiales, como la de los menores de edad y/o personas con discapacidad, y la atención a la agonía de los pacientes en los momentos finales de su vida con la mayor calidad asistencial y humana que sea posible, de acuerdo con la filosofía de los cuidados paliativos, que incluyen criterios de atención psicoemocional, espiritual, religioso y de acompañamiento familiar, pues todos ellos contribuirán a evitar duelos patológicos y al agravamiento de las situaciones de vulnerabilidad.

Sin embargo en estos días se comprueba que los efectos psicológicos por las situaciones vividas y la sobrecarga de trabajo que ha supuesto durante estos largos meses a numerosos profesionales tanto del ámbito sanitario como el social, han marcado para siempre su trayectoria y sus prioridades, y ello se hace visible en los numerosos pronunciamientos que salen a la luz de los diferentes colectivos²⁶.

Actualmente, en plena consecución del Plan para la transición hacia una nueva normalidad²⁷, la falta de uniformidad en las medidas de desescalada también se refleja en los distintos territorios nacionales²⁸, permitiéndose o no las salidas, las visitas o

25 http://assets.comitede bioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID19.pdf. “Como tales derechos reconocidos ya normativamente, debe procurarse siempre que su limitación no solo esté justificada ética y legalmente, sino que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación. A este respecto, tanto la Constitución en su artículo 53.1 como la doctrina consolidada del Tribunal Constitucional establecen que todos los derechos deben conservar, al menos, un contenido mínimo esencial, lo que en estos tiempos no parece que se esté respetando.”.

26 https://www.actasanitaria.com/dimes_y_diretes/con-movedora-carta-de-los-jefes-de-uci-de-castilla-la-mancha-a-las-familias-de-sus-asistidos/ “Nuestra primera carta no es reivindicativa, ni crítica; nos enseñaron hace mucho tiempo a ser agradecidos. Hoy queremos con esta pequeña misiva hacer llegar nuestro agradecimiento a las familias. En estos días que hemos pasado de sufrimiento, nos han sobrecogido las familias que no han podido estar con sus seres queridos. Les hemos dado las peores noticias y, aún así, han encontrado momentos para dedicarnos unas palabras de ánimo y consuelo. Somos intensivistas; es duro ingresar a pacientes que te susurran “no quiero morir”, decirles alguna mentira que todos necesitamos escuchar, oír sus teléfonos cuando ya no pueden responder... ¿Se puede comparar al dolor del que no puede estar, anhelando un mensaje de esperanza? Desde nuestro trabajo en las UCI de Castilla-La Mancha, desde lo más profundo de cada uno de nosotros, una y mil gracias a las familias. Su entereza y sus palabras de ánimo nos han ayudado a seguir adelante, aunque nos hayan arrancado más de una lágrima”.

27 El pasado 28 de abril de 2020 el Consejo de Ministros adoptó el Plan para la transición hacia una nueva normalidad, que establece los principales parámetros e instrumentos para la consecución de esta normalidad.

28 Así por ejemplo, si bien la Orden SND/414/2020 de 16 de mayo, recoge que las Comunidades Autónomas podrán permitir en su ámbito territorial la realización de visitas a los

los ingresos en los centros, en función de la comunidad autónoma de residencia. Si bien las limitaciones vienen justificadas por razones de salud pública en tanto no exista una clara evidencia científica de ausencia de riesgo, lo cierto es que, superada la fase álgida de la pandemia, dichas restricciones en tanto en cuanto suponen una limitación de los derechos fundamentales y personalísimos del usuario, como mínimo requiere una justificación válida y suficiente²⁹. Esas salvaguardias han de asegurar que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente.

5. HACIA UN NECESARIO ESPACIO SOCIOSANITARIO. CONCLUSIONES

Para poder hablar de la existencia de un espacio sociosanitario consolidado en España, sería necesario desarrollar una normativa reguladora, estructuras de gobierno, documentos técnicos de consenso, programas asistenciales y recursos tanto materiales como humanos.

La crisis actual ha dejado patente lo que, como vemos, ya resultaba obvio en momentos anteriores: la necesidad de un espacio donde se coordinen los servicios sociales y los sanitarios para prestar una atención integral y no fragmentada al usuario que

residentes de viviendas tuteladas, centros residenciales de personas con discapacidad y centros residenciales de personas mayores, correspondiendo a las mismas establecer los requisitos y condiciones en los que se deben realizar dichas visitas, a fecha actual muchas de administraciones siguen sin regular las mismas, lo que ha conllevado diferentes interpretaciones por parte de los diferentes centros sociosanitarios.

29 Teniendo en cuenta que en condiciones normales requieren una comunicación al ministerio fiscal, en su función de supervisor de tutelas, según el artículo 232 del Código Civil, para que, en su caso, se requiera autorización judicial respecto a la limitación del derecho. El Tribunal Constitucional, en la Sentencia 174/2002, de 9 de octubre, pone de manifiesto que: [...] el derecho a la personalidad jurídica del ser humano, consagrado en el artículo 6 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, lleva implícito el reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica de la persona, por lo que toda restricción o limitación de su capacidad de obrar afecta a la dignidad de la persona y a los derechos inviolables que le son inherentes, así como al libre desarrollo de la personalidad (artículo 10.1 de la CE). Así cita el artículo 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, que obliga a los Estados parte a asegurar que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos, de conformidad con el Derecho internacional en materia de derechos humanos.

presente simultáneamente enfermedades crónicas y dependencia, con servicios transversales y multidisciplinares que atiendan al individuo de forma más eficaz y de acuerdo con sus necesidades específicas³⁰.

La descentralización de la Sanidad no puede ser un obstáculo en el abordaje de esta pandemia y futuros riesgos de salud. Al contrario, debe ser una fortaleza si se trabaja de forma coordinada entre todas las administraciones públicas generando sistemas de información, vigilancia, herramientas y plataformas de apoyo comunes con las suficientes garantías de seguridad y privacidad. Es fundamental el diseño e implementación de protocolos de coordinación y planes de contingencia de rápida puesta en marcha durante las próximas etapas de esta pandemia y ante riesgos de salud emergentes. Igualmente es imprescindible una efectiva coordinación entre unidades administrativas sociales y sanitarias, estableciendo criterios claros en la toma de decisiones partir de criterios epidemiológicos y de salud pública establecidos³¹. Del mismo modo las Comunidades Autónomas deberán realizar un esfuerzo de actualización y armonización en la dispersión normativa

Una de las lecciones aprendidas de esta traumática experiencia es que existe un vínculo ineludible entre la salud individual y la comunitaria, por lo que el refuerzo de la prevención debe venir de la mano de una Atención Primaria fuerte y consistente, así como de un sistema social solidario e inclusivo, que

30 El informe global del Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) del 2016, concluye que "necesita un giro muy importante, pasando de la atención centrada en el paciente a la atención centrada en la persona; dando especial relevancia a su entorno diario y a su vida familiar en comunidad; capacitando a familias y cuidadores para que puedan hacerlo con seguridad y satisfacción a través de los programas de comunidades compasivas; reorientando los servicios sanitarios y sociales para que trabajen juntos al servicio de cuidadores y pacientes como una única oferta de cuidados integrados, mucho más conscientes de lo que la persona en sí solicita y con un mejor uso de los recursos disponibles."

31 Con ocasión de la pandemia, la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) compuestas por profesionales relacionados con la sanidad (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, psicólogos, trabajadores sociales, gestores, economistas, etc.), elaboraron un documento de recomendaciones entre las cuales encontramos que para potenciar una mejor coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, hay que establecer alianzas firmes entre la atención primaria sanitaria y los centros residenciales para garantizar una mejor atención y calidad de vida de los mayores más vulnerables. Todo ello con una asignación presupuestaria adecuada y finalista y con auditorias de calidad externas, reforzar los mecanismos de coordinación entre atención hospitalaria, dispositivos de urgencia, Salud Pública, APSC y las organizaciones e instituciones comunitarias y sociosanitarias que logren la mayor racionalización de los recursos disponibles y su eficaz articulación para garantizar la continuidad efectiva de cuidados y de la atención sanitaria, invertir en la comunidad y los servicios sociales <http://www.fadsp.org/documents/2020/Recomendaciones%20para%20una%20Sanidad%20Publica.%20Unversal%20y%20de%20Calidad.pdf>

será clave para el fortalecimiento de un sólido sistema de asistencia al paciente crónico. Por otro lado, se requiere una profunda revisión al alza de las ratios de personal de atención directa y mejorar la cualificación del personal que presta sus servicios en el sistema residencial. Para ello las administraciones deben fomentar e impulsar planes de formación profesional específica para el desempeño de los puestos de trabajo que tienen encomendados.

Se debe avanzar hacia un modelo de residencias propiamente sociosanitario, con atención médica y de enfermería más amplia, sin perjuicio de promover la posibilidad de permanencia de las personas en su entorno habitual de vida y convivencia. En un país donde el sistema sanitario es universal y gratuito y, en cambio, el sistema de servicios sociales no lo es para todos los individuos, el modelo sociosanitario a adoptar repercutirá en los costes que la Administración deberá asumir estando demostrado que, en términos socioeconómicos, la prevención y la mejora de la calidad de vida de los enfermos mejora la salud, disminuye la cantidad de servicios y recursos a los que se accede, disminuyendo a largo plazo el gasto sanitario de estas personas³². En este sentido la creación de una historia clínica sociosanitaria que integre, las historias social y sanitaria para cada ciudadano, ayudaría a no duplicar pruebas y a llevar a cabo un uso racional de los recursos.

Por último, es preciso in gran Pacto de Estado para llevar a cabo con éxito el salto cualitativo que representaría una legislación moderna para la atención sociosanitaria, la promulgación de una Ley Básica de coordinación y atención Sociosanitaria, así como una ley orgánica que delimite las circunstancias extraordinarias vinculadas a la salud y al deterioro físico y mental en las que las personas en edad avanzada pueden tener que asumir limitaciones al ejercicio y realización de algunos de sus derechos fundamentales, con especial referencia a la atención en centros residenciales y a las situaciones en las que excepcionalmente podrían adoptarse medidas extraordinarias de restricción de la libertad y otros derechos.

Esta crisis ha puesto de manifiesto nuestras debilidades y vulnerabilidades, pero también nuestra fortaleza como sociedad. No podemos permitirnos pasar por una situación similar con la experiencia adquirida.

32 RODRIGUEZ CABRERO, Gregorio y MONSERAT CODORNIÚ, Julia. "Modelos de Atención Sociosanitaria. Una Aproximación a los costes de la dependencia". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2002. <https://www.seggs.es/media/descargas/montserrat-modelos-01.pdf>

6. BIBLIOGRAFÍA

- NIETO, José Ignacio, DEL BARRIO, Jaime (Coord.): *Lo Sociosanitario: de los casos reales al modelo*, Fundación Economía y Salud, 2018
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, diciembre, 2011. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, 2012. Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria de 2013.
- RODRIGUEZ CABRERO, Gregorio y MONSERAT CODORNIÚ, Julia. "Modelos de Atención Sociosanitaria. Una Aproximación a los costes de la dependencia". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2002.