



DECALOGO PARA UNA ESTRATEGIA DE COORDINACION Y ATENCION SOCIOSANITARIA

1.- La atención sociosanitaria debe ser el resultado de coordinar e integrar prestaciones, servicios y recursos de los sistemas de salud y servicios sociales. Se entiende por ello todos aquellos dispositivos públicos o privados que dependan de alguna manera de financiación, autorización, supervisión o cualquiera otra tutela encomendada a las administraciones públicas responsables finales de los servicios sociales y sanitarios que se prestan a los ciudadanos.

2.- La garantía de continuidad de atención, que las personas deben recibir como un todo integrado solo será posible cuando la atención social y sanitaria, es decir sociosanitaria, actuando de forma sinérgica, mediante el conjunto de los dispositivos de ambas redes asistenciales, permita a los ciudadanos transitar por ambos sistemas de forma fluida y sin disolución de continuidad.

3.- La financiación de los recursos sociosanitarios es la misma de esos servicios cuando no estaban coordinados y no actuaban conjuntamente. La coordinación va a suponer un plus de eficiencia en los servicios prestados, lo que se podrá traducir en mejoras costo efectivas de los servicios y prestaciones.

Con todo, la coordinación sociosanitaria no va a suplir las carencias de dispositivos, servicios, prestaciones y recursos de ambos sistemas. La necesidad de crecer, reorientar y ordenar los servicios y prestaciones de ambas redes es manifiesta, debido a los cambios demográficos y sociológicos de la población.

Las dificultades económicas de las Administraciones Públicas en el momento actual no deben incidir en el diseño de una estrategia que se plantea con visión de futuro, aun cuando su despliegue práctico se vaya haciendo a medida de las posibilidades de financiación.

4.- El perfil de la persona con necesidades sociosanitarias es el de cualquier ciudadano que en un momento de su vida necesita recibir atención sanitaria y social de forma coordinada y/o integrada. Esta atención puede ser temporal o permanente.

No todas las personas con patologías clínicas o sociales de los grupos que se pudieran priorizar son susceptibles de atención sociosanitaria, sino solo aquellas que **reúnen a la vez patología clínica y problema social** añadido. Esto quiere decir que los sistemas deberán seguir atendiendo con sus propios recursos aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro sistema.

Reconocemos la necesidad de avanzar partiendo inicialmente del conjunto de los perfiles de ciudadanos que se incluyen en el binomio cronicidad-dependencia.



5.- Las carteras y catálogos de servicios sanitarios y sociales son los existentes o que se puedan crear en cada sistema asistencial. Mediante la coordinación sociosanitaria lo que se acuerda es implementar servicios existentes en un sistema con prestaciones del otro sistema, dando un carácter más holístico a la prestación recibida por el usuario, con especial interés en aquellos que facilitan la permanencia de las personas en sus domicilios y el apoyo a sus cuidadores.

Los servicios y centros que presten atención sociosanitaria corresponderán siempre a alguna de las dos redes asistenciales. Los servicios o unidades que dentro de ese dispositivo presten atención sociosanitaria tendrán autorización, financiación, y evaluación de ambas redes.

Los catálogos de centros y servicios de los sistemas de salud y servicios sociales harán constar las prestaciones, servicios, unidades o centros que dispensan atención sociosanitaria. (No parece conveniente establecer un catálogo específico de centros sociosanitarios, por la apariencia que ello implica de una red alternativa.)

Reclamamos que la prioridad de los cuidados en el domicilio debe ser real y para ello es necesario un esfuerzo de reorientación de servicios y recursos en esta dirección.

6.- Los requisitos básicos comunes para los dispositivos de atención sociosanitaria en el territorio español deberían ser fruto del consenso de las Comunidades Autónomas que decidirán en el ámbito de sus competencias la atención sociosanitaria que prestan y los servicios y centros donde la ubican, para lo que establecerán criterios de común acuerdo.

Sin embargo, en el momento actual es más importante desarrollar procesos de coordinación, que hacerlos coincidir, dada la diversidad de situaciones y experiencias que maneja cada Comunidad Autónoma.

7.- Los instrumentos básicos que deben garantizar una auténtica coordinación sociosanitaria son fundamentalmente dos:

a) **Estructura** y órganos formados por directivos, gestores y técnicos de ambos sistemas que, trabajando juntos, realizan procesos y procedimientos compartidos y que asumen la responsabilidad de su puesta en funcionamiento y el seguimiento de los mismos.

b) **Metodología de trabajo común** basada en la Gestión de Procesos y Gestión Compartida de Casos que establezca herramientas comunes: guías, procesos, procedimientos y protocolos.

Cualquier dispositivo, servicio, prestación o recurso sociosanitario necesita tener protocolizado todo el proceso de acceso y alta del mismo, dado que van a intervenir dos redes diferentes que deben garantizar de forma unívoca la atención y la continuidad de los cuidados.




8.- Un sistema de información compartido basado en la interoperabilidad de los sistemas existentes o en la creación de una interface de uso común es muy recomendable. Compartir la información es una herramienta fundamental para desburocratizar las actuaciones y rentabilizar las actuaciones individuales de los profesionales.

9.- Las buenas prácticas en coordinación socioanitaria, puestas en marcha en las diferentes CCAA, deben ser divulgadas y conocidas para que se pueda aprender y hacer posible mas fácilmente la implantación de esta estrategia. En todo caso las prácticas que se divulguen deben estar basadas en esta filosofía de actuación de dos sistemas autónomos, financiación compartida y atención integral.

10.- Reducir la Estrategia Sociosanitaria a un acuerdo con las grandes empresas del sector, para el trasvase de personas con enfermedad crónica y dificultad social a sus “centros sociosanitarios”, **es un peligro que reiteramos**. Insistimos en que solo la fortaleza de los sistemas públicos asistenciales, garantiza el acceso sin discriminaciones y la atención integral al conjunto de la ciudadanía, y muy especialmente a la población más frágil. Y recordamos que no contar con servicios públicos significativos y consolidados, lleva directamente a dejar el sector en manos de los mercados y los mercaderes.

Diciembre 2014

 <p>Asociación Española de Trabajo Social y Salud Presidenta.- Agustina Hervás de la Torre</p>	 <p>Consejo General del Trabajo Social Presidenta.- Ana Isabel Lima Fernández</p>
---	---