

# DEPENDENCIA *al* 100%

Propuesta para el diseño de un **modelo de coordinación sociosanitaria** en el marco del **Sistema para la Autonomía personal y Atención a la Dependencia (SAAD)**

#DependenciaAI100x100



**Edita:** Confederación Sindical de CCOO

**Elaboración:** Secretaría Confederal de Política Social y Movimientos Sociales de CCOO

Fotos: Freepik

Madrid. Junio de 2020

## **ÍNDICE**

<b>Introducción: la crisis sanitaria por Covid como detonante de la urgencia de un modelo de coordinación socio-sanitaria .....</b>	<b>5</b>
Objetivo urgente: plan de acción frente al posible rebrote del Covid.....	5
Objetivo a medio plazo: establecer un modelo permanente de coordinación socio-sanitaria.....	6
<b>I. Objetivos .....</b>	<b>6</b>
1. Es necesario promover un Acuerdo político y social amplio.....	6
2. Objetivo prioritario urgente: unidades de coordinación socio-sanitaria para enfrentar un posible rebrote de Covid en el marco del SAAD.....	7
3. Objetivo medio plazo: Acuerdo para la constitución de un modelo de coordinación socio-sanitaria permanente entre el SAAD y el SPS.....	8
<b>II. Evaluación de necesidades y recursos.....</b>	<b>10</b>
1. Perfil de necesidades de las personas beneficiarias de prestaciones de atención a la dependencia.....	10
2. Mapa de recursos socio-sanitarios.....	11
3. Refuerzo de los instrumentos de información, transparencia y evaluación. ....	13
4. Perfiles profesionales, equipos multidisciplinarios y revisión de las condiciones de calidad en las que se presta la atención.....	13



## Introducción

### **Introducción: la crisis sanitaria por Covid como detonante de la urgencia de un modelo de coordinación socio-sanitaria**

La crisis del COVID-19 ha puesto de manifiesto las limitaciones y falta de medios en muchas áreas, pero especialmente en la sanitaria y en el ámbito de la dependencia. Quienes han sufrido las peores consecuencias de la crisis han sido las personas más vulnerables.

El objetivo que se presenta es doble. De un lado, de modo inmediato, intervenir desde los poderes públicos para garantizar una respuesta eficaz frente a un posible rebrote de la pandemia de Covid. Del mismo modo, en el medio plazo se ha hecho ya inaplazable abordar de manera efectiva el modelo de coordinación socio-sanitaria previsto en la Ley de Dependencia, y que llega ya con más de una década de retraso.

#### **Objetivo urgente: plan de acción frente al posible rebrote del Covid**

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

Las medidas a tomar deben ir siempre dirigidas a la persona en situación de dependencia, es el núcleo desde dónde nos tendremos que mover y el principal protagonista de la situación, evitando la infección, su propagación y el control de la enfermedad, garantizando en todos los casos una atención integral social y sanitaria adecuada y suficiente. Siempre con las recomendaciones del Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2. No se puede ni debe relegar a los mayores la asistencia sanitaria sólo por el criterio de la edad<sup>1</sup>, como lamentablemente se ha producido en algunos casos ante la insuficiencia de recursos y la ausencia de planificación previa.

Debe recordarse en este sentido que el escenario más habitual en el que viven las personas en situación de dependencia es el domicilio, y en menor medida la residencia, aunque ésta se convierta, en los momentos actuales, en el ámbito de mayor preocupación y riesgo en el curso de la epidemia. Por ello se debe incidir en ambos escenarios de manera específica. La salida a esta crisis no puede ser la apuesta que parece realizar algunas Administraciones por la figura del Asistente Personal.

---

<sup>1</sup> En este sentido es necesario señalar la necesidad de garantizar estructuras de coordinación socio-sanitaria que hagan posible el cumplimiento de los objetivos señalados en el Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia por el SARS-CoV-2, y que puede consultarse aquí: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME\\_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf)

## Objetivo a medio plazo: establecer un modelo permanente de coordinación socio-sanitaria

La Ley 39/2006 para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia recogía (art. 11.1.c) la necesidad de que establecer los procedimientos de coordinación socio-sanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una atención efectiva. Este mandato genérico se establecía así en el marco del reconocimiento de un nuevo derecho subjetivo que descansa en la idea de un modelo de atención integral al ciudadano, regido por los principios de universalidad, igualdad, equidad y accesibilidad.

Sin embargo, pese a que han transcurrido ya más de una década desde la aprobación de la Ley 39/2006 el modelo de coordinación socio-sanitaria sigue sin haberse concretado, pese a que han sido varias las iniciativas iniciadas al respecto por diferentes administraciones<sup>2</sup>.

Es el momento, por tanto, de realizar una valoración actualizada de las características de atención a nuestros mayores y de los medios que podemos utilizar de forma inmediata para establecer un modelo permanente de coordinación socio-sanitaria.

Cabe así, proponer las siguientes actuaciones:

## I. Objetivos

### 1. Es necesario promover un Acuerdo político y social amplio

Es necesario que las administraciones central y autonómicas, en aplicación de sus respectivos marcos competenciales, en colaboración con el conjunto de actores sociales y políticos implicados en esta situación, promuevan un acuerdo de condiciones básicas comunes en todo el Estado que permita garantizar marco de coordinación social y sanitaria estable en el tiempo que, con la máxima seguridad jurídica, sea capaz de garantizar con eficacia la calidad de la atención de las personas en situación de dependencia, la calidad del empleo asociada a ello, y la continuidad de la actividad económica y de las inversiones públicas y privadas asociadas a la misma.

Para garantizar este marco de estabilidad es necesario garantizar asimismo estructuras administrativas estables y comunes en todo el Estado, nacidas necesariamente del acuerdo y la

---

<sup>2</sup> Especialmente relevantes en este sentido han sido las iniciativas institucionales producidas en 2011, en el que se redactó el Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (disponible aquí: [https://www.msbs.gob.es/novedades/docs/Libro\\_Blanco\\_CCS\\_15\\_12\\_11.pdf](https://www.msbs.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf)) y, con una orientación radicalmente opuesta, la producida en 2013 en el que se redactó un Informe de coordinación y atención sociosanitaria elaborado por el Consejo Asesor de Sanidad dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (disponible aquí: [http://www.agoraceg.org/system/files/consejo\\_asesor\\_sanidad\\_2013\\_informe\\_atencionsociosanitaria.pdf](http://www.agoraceg.org/system/files/consejo_asesor_sanidad_2013_informe_atencionsociosanitaria.pdf)).

cooperación entre las administraciones central y autonómicas (catálogo común de prestaciones básicas, protocolos, órganos de gestión y participación, etc.).

Del mismo modo, es necesario que los debates que han de producirse en este sentido respeten un orden de prioridad que anteponga la calidad de la atención de las personas dependientes y su seguridad sanitaria, a cuyo objetivo prioritario han de acomodarse el resto de elementos, de modo que se debata en el siguiente orden:

1. Qué debemos hacer (estrategias de atención)
2. Cómo debemos hacerlo (modelo de gestión, descentralización y coordinación interadministrativa)
3. Cuánto cuesta (determinación de costes).
4. Cómo se financia (financiación del modelo).

## **2. Objetivo prioritario urgente: unidades de coordinación socio-sanitaria para enfrentar un posible rebrote de Covid en el marco del SAAD**

Con el objetivo de garantizar una respuesta integral y adecuada ante un posible rebrote de Covid, el Consejo Territorial del SAAD, con la participación del conjunto de agentes sociales que prevé la Ley de Dependencia, debe impulsar un acuerdo en el que se establezcan las condiciones básicas para el establecimiento de unidades de coordinación socio-sanitaria en el conjunto del SAAD.

La concreción material de dichas condiciones básicas (por ejemplo, establecimiento de la referencia territorial que corresponda para la implementación de las unidades de coordinación: zona sanitaria, provincia, localidad, centro de salud, etc.) corresponde a cada Comunidad Autónoma, en atribución de las competencias que le son propias.

A juicio de CCOO, dentro de las condiciones básicas debería establecerse la composición de estas unidades de coordinación, y que a nuestro juicio, debería estar conformada por:

- Las personas responsables de la administración sanitaria de los centros de atención primaria, atención especializada y atención hospitalaria del Sistema Público de Salud (SPS) que corresponda en función de la referencia territorial que se establezca para dicha comisión, y las personas responsables de la administración responsable de la provisión de prestaciones de dependencia (SAAD) en el mismo ámbito territorial, estando la coordinación a cargo de los responsables del SPS

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

De igual modo, entre las funciones de estas comisiones, deberían incluirse las siguientes:

- Supervisión de aplicación de protocolos de atención establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD<sup>3</sup>.
- Auditoría de los recursos sanitarios y sociales con los que cuenta cada unidad de referencia en la que se constituye la unidad de coordinación socio-sanitaria (municipio, comarca, provincia, ...)
- Protocolos específicos de identificación y comunicación de casos Covid desde los centros y servicios del SAAD al SPS.
- Protocolos de atención específica de casos Covid por el SPS en Centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).
- Protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.

### **3. Objetivo medio plazo: Acuerdo para la constitución de un modelo de coordinación socio-sanitaria permanente entre el SAAD y el SPS**

Una vez concluidos los trabajos, que se presentan más adelante, relativos a la evaluación relativos al perfil de necesidades socio-sanitarias que presentan las personas beneficiarias de prestaciones de atención a la dependencia, el mapa de recursos sociales y sanitarios con el que cuentan ambas redes de protección, la necesaria auditoría del impacto de la crisis sanitaria

---

<sup>3</sup> De manera exclusivamente orientativa, se señalan los siguientes:

Documento técnico de recomendaciones para responsables políticos y personal directivo de los Servicios Sociales de atención primaria ante la Crisis por Covid-19 (6 de abril 2020):

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones\\_SERVICIOS\\_SOCIALES\\_ATC\\_PRIMARIA\\_\(v1\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_SERVICIOS_SOCIALES_ATC_PRIMARIA_(v1).pdf)

Documento técnico de recomendaciones de actuación desde los Servicios Sociales de atención domiciliaria ante la Crisis por Covid (18 de marzo de 2020):

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones\\_GESTORES\\_SAD\\_COVID-19\\_Ver\\_2.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Recomendaciones_GESTORES_SAD_COVID-19_Ver_2.pdf)

Guía de prevención y control frente al Covid-19 en Residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial (24 de marzo de 2020):

[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias\\_y\\_centros\\_sociosanitarios\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf)



derivada del Covid19 en el SAAD y de la respuesta que se ha dado desde los distintos centros y servicios que conforman el Sistema, y la propia experiencia derivada de la puesta en marcha de unidades de coordinación socio-sanitaria para enfrentar un posible rebrote del Covid, el Gobierno de la nación debe impulsar un proceso de negociación con las Comunidades Autónomas para establecer un modelo de coordinación socio-sanitario permanente entre el SAAD y el SPS.

En dicho proceso debe propiciarse la participación activa de los actores sociales y políticos que intervienen en esta materia, de manera que ello contribuya a reforzar tanto la legitimización social del modelo acordado como su estabilidad en el tiempo.

Dicho modelo, con riguroso respeto de las competencias que tienen atribuidas cada administración, debe establecer un cuerpo de condiciones básicas comunes que garanticen la atención integral de las personas en situación de dependencia, y que posteriormente pueda ser implementado de acuerdo a las condicionantes concretas en las que dicha atención deba implementarse en cada territorio.

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

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

## II. Evaluación de necesidades y recursos

### 1. Perfil de necesidades de las personas beneficiarias de prestaciones de atención a la dependencia

Dentro de los elementos que resultan imprescindibles a la hora de poder establecer un modelo de coordinación socio-sanitaria, destaca la determinación de los distintos perfiles de personas en situación de dependencia con el mayor detalle posible. De manera que podamos determinar con exactitud qué necesidades tiene el colectivo de personas que necesitamos atender.

La elaboración de este perfil debe superar la información que actualmente ofrece el SISAAD<sup>4</sup> respecto de las personas beneficiarias de prestación, y que apenas se limita a la presentación del perfil demográfico básico (edad, sexo y comunidad autónoma de residencia).

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

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

Adicionalmente, los datos de gestión con los que cuenta el SAAD deberían ser completados por la administración sanitaria correspondiente con el establecimiento de perfiles de atención sanitaria de la población dependiente, en el que se señalen, entre otras cuestiones:

- Incidencia y prevalencia de patologías más habituales en los colectivos
- Enfermedades crónicas

---

<sup>4</sup> El Sistema de Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) cuenta con un cuerpo normativo expreso de carácter reglamentario acordado por la administración central y las administraciones autonómicas en el marco del Consejo Territorial del SAAD, entre el que destaca la *Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre objetivos y contenidos comunes de la información del Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (BOE, 27 de noviembre de 2009) [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-18960](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-18960) y cuya actualización viene siendo objeto de debate en el mismo órgano desde el año 2019 sin que aún se haya producido un resultado concreto al respecto.

- Deterioro cognitivo
- Patologías osteomusculares
- Patologías y secuelas neurológicas

## **2. Mapa de recursos socio-sanitarios**

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

### **Centros residenciales**

- Número de residencias
- Carácter de su gestión
- Tipo de residencias
  - o Número de residentes y perfil (sexo, grado, etc.)
  - o Patologías más frecuentes y gravedad de éstas.
  - o Ratios y personal contratado
  - o Ratios de médicos y Enfermería por residentes.
- Relación geográfica y de competencias asistenciales de las residencias de mayores con los Centros de Salud y Servicios de Geriátrica

### **Servicios de atención domiciliaria y no residencial.**

- Servicio de ayuda a domicilio
  - o Cobertura del servicio (ubicación geográfica, carácter de la gestión, etc.)
  - o Trabajadoras/es en plantilla y capacidad laboral utilizada (porcentaje de jornada, temporalidad, etc.)
  - o Horas de atención
  - o Beneficiarios y perfil (sexo, grado, etc.)

### **Servicios de Centro de día**

- o Ubicación de los Centros y capacidad de atención utilizada (carácter de la gestión, etc.)
- o Trabajadoras/es en plantilla y capacidad laboral utilizada (porcentaje de jornada)
- o Horas de atención
- o Servicios prestados

- Beneficiarios y perfil (sexo, grado, etc.)

#### **Servicios de prevención**

- Centros y capacidad de atención utilizada (carácter de la gestión, etc.)
- Trabajadoras/es en plantilla (porcentaje de jornada)
- Horas de atención
- Servicios prestados
- Beneficiarios y perfil (sexo, grado, etc.)

#### **Evaluación de la prestación de asistente personal**

- Ubicación territorial de las personas beneficiarias de este servicio
- Cualificación profesional del asistente personal
- Horas de atención
- Encuadramiento profesional del asistente personal
- Beneficiarios y perfil (sexo, grado, etc.)

#### **Evaluación de prestaciones familiares**

- Ubicación territorial de las personas beneficiarias de esta prestación
- Perfil del cuidador familiar
- Beneficiarios y perfil (sexo, grado, etc.)

#### **Otros servicios sociales de atención a la dependencia.**

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

#### **Centros sanitarios.**

- Centros de atención primaria
- Centros de atención especializada

- Centros hospitalarios
  - Servicios de especialidad (atención médica, enfermería, posibilidad de atención ambulatoria, trabajo social hospitalario y extrahospitalario,...)
  - Recursos disponibles
  - Especial atención a los servicios de Geriatría. Servicio de Geriatría Hospitalario y/o extrahospitalario
  - Existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes Covid.

### **3. Refuerzo de los instrumentos de información, transparencia y evaluación**

Entre otras iniciativas, cabría destacar la puesta en marcha de las siguientes:

- Proceder a la incorporación de la información social y de dependencia en la tarjeta sanitaria, con acceso desde los servicios de SAAD y de Servicio sociales. Podría establecerse esta medida como urgente y previa a una integración en una Tarjeta Socio-Sanitaria.
- Evaluación de proyectos piloto y puesta en marcha de nuevos proyectos. Existen en diferentes comunidades y municipios proyectos de coordinación socio sanitario, con diferentes condiciones y resultados, que ofrecen experiencia y datos para alcanzar el objetivo a medio plazo de un modelo común. Así mismo, se deben impulsar a modo de innovación e implicación de los equipos de profesionales, proyectos pilotos que adelanten ventajas e inconvenientes, así como experiencias extrapolables.

### **4. Perfiles profesionales, equipos multidisciplinares y revisión de las condiciones de calidad en las que se presta la atención**

Resulta igualmente necesaria la adopción de una serie de medidas, en gran medida transversales al conjunto del Sistema de Dependencia y que afectan no sólo al marco de coordinación socio-sanitaria.

- Es imprescindible la implicación de los profesionales, tanto del ámbito sanitario como en el ámbito social, para abordar una coordinación socio sanitaria adecuada. Se ha avanzado en esta dirección dentro de cada sistema, sanitario y de atención a la dependencia, donde existe un trabajo coordinado entre los profesionales médicos, de enfermería, de rehabilitación y de trabajo Social en el tratamiento de los casos, pero es necesario ampliar esta línea de trabajo también entre los profesionales de ambos sistemas.
- Es indispensable la revisión del marco de acreditación que extienda el requisito de ratios de plantilla, especialmente en lo referido a la atención directa, al conjunto de prestaciones del catálogo de servicios del SAAD (actualmente no se contempla para el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y los servicios de prevención), y la revisión al alza de los ya regulados (centros residenciales y centros de día).
- El incremento de la financiación estatal debe estar orientado al cumplimiento efectivo de los estándares de calidad señalados.

CCOO