



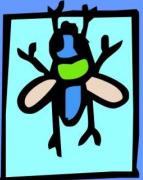
El engaño de un pacto sociosanitario ¡otra vez!!

Es la resolución nº 10 aprobadas por el Congreso de los Diputados con motivo del debate de política general en torno al estado de la nación, pomposamente denominada *“Avanzar en la protección del Estado del Bienestar”*, cuyo primer punto es *“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”*.

Es un engaño, porque no hay pacto sociosanitario que valga, cuando se derriba el todavía frágil sistema de servicios sociales y se reducen simultáneamente las prestaciones sanitarias. Miedo tiene que dar *“un pacto sociosanitario entre instituciones, partidos políticos y agentes sociales”* teniendo como punto de partida diferencias de poder abismales. Claro que acaso los “agentes sociales” sean casi solo los lobbies empresariales para los que tanto la sanidad, como los servicios sociales (perdón, solo la dependencia) son “oportunidades de negocio”, como desde hace tiempo también proclamaron y proclaman hoy responsables políticos ministeriales y consejeros autonómicos, casualmente solo del PP.

- Que la resolución plantee en su último punto *“Seguir avanzando en la sostenibilidad del sistema de dependencia”* es además una burla cruel, a menos que se interprete pura y simplemente como lo que ha sido durante los dos últimos años y lo que continúa siendo: seguir avanzando hasta hacer desaparecer por completo el derecho a los servicios y prestaciones por dependencia.
- Es un engaño, porque reabre la ceremonia de la confusión cuando estaban ya claras, al menos en la legislación de cada sector, las prestaciones sociales básicas y especializadas y las prestaciones sanitarias de atención primaria y especializada, aunque siempre con algunos ámbitos todavía ambiguos: me refiero a la rehabilitación, física, cognitiva, o psicosocial, en el caso de salud mental.
- Y un engaño porque casualmente, cuando se habla de lo “sociosanitario”, mira por donde no se suele referir a que las personas que están en su casa y necesitan prestaciones sociales y prestaciones sanitarias al mismo tiempo. No: el debate y el pacto serán sobre los grandes centros de coste: los hospitales y las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad gravemente afectadas. Porque ahí es donde está el negocio.

No nos situamos en la posición de que sea ilícito obtener beneficios prestando servicios socialmente útiles y con la calidad exigible normativa y ética, pero sí consideramos irrenunciable que la responsabilidad política y técnica estén



donde tienen que estar: en la administración pública, garante de los servicios que se prestan y se financian con fondos públicos. Que los gestione quien tenga el saber y el saber hacer, siempre que los servicios públicos de gestión directa sean tan fuertes que no sea posible que el mercado imponga la voracidad y la crueldad de sus leyes, desgraciadamente muy populares (quiero decir conocidas y sufridas por el conjunto de la ciudadanía) especialmente desde el inicio de la crisis económica y especialmente por las personas y las familias más frágiles y más pobres.

Si el pacto se plantease desde los sistemas públicos de salud y de servicios sociales, las cosas cambian. Se volvería a incidir en que el sistema de salud se hiciese cargo totalmente de las prestaciones sanitarias que se desarrollan en las residencias y centros de servicios sociales (atención médica, farmacéutica, de enfermería y rehabilitación / fisioterapia) y en que el sistema de servicios sociales se hiciesen cargo de las prestaciones de apoyo a la familia y convivencia y para inclusión social que todavía se desarrollan en algunos servicios sanitarios. Y se volvería a incidir en la coordinación sociosanitaria, en todos los niveles asistenciales de atención primaria y especializada y en todos los niveles directivos, de planificación y de gestión.

Pero no parece que sea éste el camino que se quiere en la propuesta de resolución aprobada. Sabemos hacia dónde lleva y por eso decimos que es un engaño.

Al conjunto de la ciudadanía, y a las personas que necesitan servicios sanitarios y sociales simultánea o sucesivamente para vivir con dignidad, les importa un pimiento el debate sobre “lo sociosanitario”. Les importa que les lleguen las prestaciones que necesitan, cuando las necesitan. Les importa que les pongan en lista de espera para no se sabe cuándo, porque “no hay recursos” o porque “con los recortes...”

- Les importa que lo que les diga la médica o la enfermera de su centro de salud y lo que les diga la trabajadora social o la psicóloga de su centro de servicios sociales no sea contradictorio, sino complementario; y que no tengan que contar sus padecimientos a todo el que aparezca por su casa. Les importa y necesitan saber que “están en manos” de profesionales que trabajan conjuntamente para prestar el mejor servicio posible.
- Les importa que las residencias sean lugares para vivir, aunque necesiten cuidados sanitarios similares, o un poco más intensos, a los que podrían recibir en su casa, en una vivienda tutelada o en una miniresidencia. Y lugares para vivir son los centros de servicios sociales especializados, que no necesitan “sanitarizarse” mas, por mucho que haya personas que vivan en ellos y necesiten también cuidados sanitarios. ¿O es que por vivir en una residencia se pierde el derecho a las prestaciones del sistema público de salud?
- Les importa tener la posibilidad de tener un lugar en el que pasar un tiempo de convalecencia, con la rehabilitación o los cuidados necesarios, tras un ingreso hospitalario. En la necesidad de aumentar



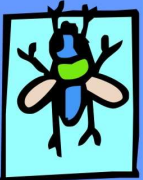
ASOCIACIÓN ESTATAL DE
DIRECTORES Y GERENTES EN
SERVICIOS SOCIALES



los dispositivos para las estancias de convalecencia, o sociosanitarias, confluyen el interés ciudadano, intereses de los gestores de hospitales e intereses de las grandes empresas gestoras de residencias. Los últimos esgrimen argumentos muy razonables sobre los costes de estancias hospitalarias y los costes de sus residencias “sociosanitarias”. Es probablemente el espacio más claro de “lo sociosanitario”, pero parece más claro aún que hablamos de un dispositivo más orientado a los cuidados sanitarios que a la convivencia y a la inclusión social. Vale en este asunto lo dicho anteriormente: que cada sistema se haga cargo de sus prestaciones.

Nadie, o casi nadie (en este mundo tan enfermo todo puede pasar) quiere vivir en un hospital, pero necesitamos tener la seguridad de que podemos recuperar nuestra salud, o al menos no empeorar, sometiéndonos a una intervención o a un tratamiento y cuidados sanitarios de alta intensidad, durante el tiempo imprescindible. Sin embargo la estructura de una parte importante de los “centros sociosanitarios” es una copia, y no muy creativa, de los hospitales por mucho que se presenten como centros residenciales. La diferencia está en que en un hospital el usuario no paga el alojamiento y la comida y en un centro de servicios sociales sí. Y eso interesa, interesa muchísimo aumentar todo lo que se pueda cualquier tipo de recaudación.

Insistimos: la proposición del “pacto sociosanitario” aprobada por el Congreso no es más que seguir el camino de aumentar aún más los recortes en los servicios y prestaciones de los sistemas públicos de servicios sociales y de salud, para entregar al mercado los recursos y garantizar la sostenibilidad, no de los sistemas públicos de bienestar social, sino de las grandes empresas del sector. Eso sí, revestida de palabrería social biensonante.



RESOLUCIONES APROBADAS POR EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS EN SU SESIÓN DEL DÍA 26 DE FEBRERO DE 2013 CON MOTIVO DEL DEBATE DE POLÍTICA GENERAL EN TORNO AL ESTADO DE LA NACIÓN

Resolución nº 10

Avanzar en la protección del Estado del Bienestar.

El Congreso de los Diputados considera necesario:

1. 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.

2. Seguir avanzando en la garantía de la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud -una vez que se han adoptado las medidas para acabar con una deuda de 16.000 millones de euros y con la total inexistencia de normas claras sobre el derecho a la asistencia sanitaria que excluía a miles de españoles mientras se ignoraba el turismo sanitario- para que la sanidad, centrada en el paciente, se caracterice por una gestión eficiente e integrada, con todas sus capacidades orientadas a prevenir y resolver problemas de salud, mediante las siguientes medidas:

a) Implantar la receta electrónica en todo el territorio nacional con el fin de dar acceso a través de una dispensación electrónica desde todas las oficinas de farmacia.

b) Promover el uso seguro de los medicamentos con un sistema unificado de registro y notificación de incidentes que cuente con la opinión de los ciudadanos y la implantación de herramientas de evaluación que contribuyan a prevenir posibles errores.

c) Promover y desarrollar una política común de colaboración con y entre las Comunidades Autónomas en materia de compra de productos sanitarios, con propuestas conjuntas que optimicen el precio y las condiciones asociadas y promuevan la equidad.

d) Trabajar intensamente en la organización y optimización de servicios para incrementar los niveles de eficacia y eficiencia del Sistema Nacional de Salud bajo los criterios de calidad y seguridad del paciente.

e) Seguir avanzando en la política de reducción del gasto farmacéutico que ha conseguido un ahorro en 2012 de 1.365 millones de euros, potenciando las alternativas más eficientes de medicamentos innovadores a través de la racionalización de los precios de los medicamentos financiados para fomentar la innovación, su producción y la actividad exportadora, la mejora de la progresividad en la aportación del usuario, el avance en la normativa de precios de referencia y menores y la consolidación en los trabajos de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos en el proceso de evaluación de farmacoconomía.

3. Apoyar la excelencia en la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud a través de medidas orientadas a los profesionales y a la capacidad para incorporar la innovación tecnológica diagnóstica y terapéutica a la práctica clínica. Por lo que se proponen las siguientes medidas:

a) Garantizar la incorporación de nuevas tecnologías con un programa conjunto de renovación y mantenimiento en colaboración público-privada, a través de un Plan Nacional de Inversión en Innovación y Renovación Tecnológica con la participación de las Comunidades Autónomas, cuya selección y compra se formalizará a través de acuerdos marco de adhesión voluntaria, garantías de pago por el Estado y mecanismos de coordinación de la Plataforma de compras centralizadas del Sistema Nacional de Salud.



ASOCIACIÓN ESTATAL DE
**DIRECTORES Y GERENTES EN
SERVICIOS SOCIALES**

b) Definir un modelo retributivo y de gestión clínica para los profesionales sanitarios que favorezca su implicación en la gestión de la prestación de la asistencia sanitaria, tanto en la gestión de los recursos como en la organización de los procesos asistenciales. Avanzar en la excelencia en la formación en ciencias de la salud mediante el desarrollo de la troncalidad y las áreas de capacitación específica

4. Continuar priorizando la protección de los consumidores, especialmente de los más vulnerables como las personas con discapacidad o personas de mayor edad y establecer criterios de valoración de los programas que permitan la optimización de los recursos, eviten duplicidades y fomenten la colaboración entre Administraciones.

5. Sentar las bases de un modelo innovador de protección social de forma transversal y multidisciplinar que incluya como reto prioritario la reducción de la pobreza, con especial atención a la protección de la infancia más vulnerable a través de un Plan de Acción para la Inclusión Social (2013- 2016) y como instrumento integrador de las políticas de infancia, con especial atención a la lucha contra el maltrato infantil a través de un Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013- 2016). Un modelo que entienda la promoción y el apoyo a la familia como uno de los ejes básicos de la acción social con un Plan Integral de Apoyo a la Familia y avances en la conciliación y corresponsabilidad de la vida personal, familiar y laboral.

6. Seguir avanzando en la sostenibilidad del sistema de dependencia y desarrollar la legislación de protección a las personas con discapacidad con un nuevo marco legal para su promoción laboral que garantice su integración, y establecer la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres como política prioritaria transversal, especialmente para la erradicación de la violencia con una estrategia que incluya a los hijos menores víctimas de dicha violencia.

22/01/2013: www.balancedeladependencia.com/

Esperando un espacio único sociosanitario

“Con el fin de establecer un contexto marco de referencia, la Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia (FED) ha elaborado recientemente un documento con ideas y propuestas del sector sociosanitario para reducir el déficit público y reactivar la economía. El informe, que fue entregado al equipo de Rajoy, pone de manifiesto algunas premisas importantes en beneficio de la coordinación. La más relevante es el tratamiento sociosanitario de la enfermedad crónica y larga estancia hospitalaria”.

Algunas patronales de la FED exponen la situación en la que se encuentran

“Nuestras empresas no pueden garantizar la calidad de la atención. Nos estamos yendo a modelos de asilos y podremos mantener a los usuarios limpios y alimentados, pero sentados en una silla. Adiós a las terapias ocupacionales, a la animación sociocultural, la rehabilitación y menos aún servicio médico ni de enfermería. ¿Es eso lo que quiere la Administración?”. Alberto Echevarría, presidente de la FED (y consejero del Consejo Gral. del IMSERSO)

“El coste aproximado de una plaza hospitalaria es de 500 euros/cama/día. Atendidos en un centro sociosanitario de AESTE y enmarcados en la Ley de la Dependencia, tendría un coste para las finanzas públicas de 90-120 euros/cama/día. Es un tema de voluntad política”. Alicia Azaña, Secretaria de la FED

“Llenar las 55.000-60.000 plazas residenciales vacías le va a costar 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. Esta medida trae consigo un importante retorno para la Administración en el año y, por lo tanto, consolidable fiscalmente; además, reduciría el déficit en 92 millones de euros y crearía 38.500 puestos de trabajo nuevos” Alberto Echevarría, presidente de la FED (y consejero del Consejo Gral. del IMSERSO)

Para más información: José Manuel Ramírez/María Jesús Brezmes. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. E-mail: directoressociales@hotmail.com

