

## **Atención Sociosanitaria. Análisis y Propuestas de mejora**

Frente a los cambios demográficos y sociales, se ha generado la necesidad de unir esfuerzos y coordinar actuaciones entre los sistemas sanitarios y sociales a fin de atender adecuadamente a la población diana, garantizando el acceso a una atención integral, de calidad y en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos, teniendo siempre a las personas como eje central.

A ésta atención se le ha puesto el apellido de sociosanitaria, y su proceso de creación ha sido impulsado por leyes, convenios y normativas, con mayor o menor resultado , dependiendo del área sanitaria , del área social o de ambas.

Para ello es preciso conocer las características de las personas a las que va dirigida la atención sociosanitaria, identificando sus necesidades, los recursos que necesitan y como y quien deben prestarlos.

### **IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES**

#### **1) Personas en situación de desprotección**

La desprotección se encuentra vinculada a situaciones de vulnerabilidad, ya sea de forma circunstancial (casos de exclusión) o forma estructural (dependencia, discapacidad ). Es preciso identificar las situaciones en que se encuentran estas personas y valorarlas dentro de un enfoque sociosanitario.

#### **2) Enfermedades mentales**

Además del estigma social, este tipo de patología, habitualmente crónica, suelen acompañarse de un nivel de discapacidad funcional importante que plantea la necesidad de recursos y dispositivos que deben formar parte de los servicios sociosanitarios y que en la actualidad no se tienen .

#### **3) Final de la vida**

La situación del final de la vida suele tratarse básicamente desde el punto de vista sanitario, intentando preservar la dignidad de las personas y su calidad de vida. Un abordaje sociosanitario, complementa un soporte social y/o espiritual.

#### **4) Personas dependientes**

En la situación de dependencia influyen muchos factores: físicos, emocionales, de relaciones, sociales, económicos. La población considerada dependiente es muy diversa y variada según la causa: edad, capacidades o necesidades de apoyo que precisan. En éste sentido es necesaria una atención integral a todos los grupos en situación de dependencia de acuerdo con los criterios sociosanitarios.

#### **5) Personas con enfermedades raras**

Es necesario tener una sensibilidad especial hacia todos los colectivos minoritarios. Sus problemas son variados y complejos y en muchas ocasiones conducen a la cronicidad. En la actualidad este colectivo es poco visible por los poderes públicos y de ahí que no se contemplen en el tratamiento integral sociosanitario.

#### 6) Trastornos adictivos:

La misma línea que las enfermedades mentales: estigmatización, exclusión, cronicidad y especificidad. Deben estar incluidos también en el ámbito de la atención sociosanitaria. La realidad es que no existen programas, centros de atención íntegra para tratamientos de desintoxicación y prevención y lo que hay son centros privados o concertados.

#### 7) Atención temprana

El desarrollo infantil es un proceso dinámico. Teniendo en cuenta los diversos trastornos en su desarrollo, precisa un abordaje interdisciplinar especializado y bien coordinado entre los ámbitos sanitarios, sociales y educativos.

Una parte de los grupos referenciados requieren cuidados continuados, es decir, la prestación de servicios de larga duración destinados a mantener al máximo los niveles de funcionalidad, salud y bienestar mental y social. Antes de acceder al sistema, es precisa una valoración integral del estado de salud por especialistas, un adecuado tratamiento sanitario o social previo podría haber evitado la necesidad de cuidados continuados.

Grupos como la Atención temprana o personas con enfermedades raras requieren una atención mucho mayor de la que gozan en estos momentos, de no ser así se generan discapacidades permanentes. Un punto olvidado es el del cuidador. Es preciso dar soporte con una visión social desde Atención Primaria a las familias que tienen a su cargo personas con problemas de salud, lo que se le llama "Cuidar al cuidador"

### REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA SOBRE LOS CUIDADOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

La rápida evolución de la pandemia de la COVID-19, provocó que el Gobierno declarase el estado de alarma el 14 de marzo de 2020, con la finalidad de afrontar una situación de emergencia sanitaria. Una medida extraordinaria dentro de una crisis sin precedentes de enorme magnitud, que ha dejado al descubierto el problema estructural de la atención sociosanitaria.

La situación de las personas de edad avanzada durante esta pandemia ha sido expuesta de forma mediática. Sin embargo, es preciso hacer visible las consecuencias que ésta ha tenido en las mujeres, vinculadas al ámbito de los cuidados comunitarios, tanto en el espacio doméstico como en el laboral. La mujer como figura cuidadora suple, en cierta manera, los cuidados que deberían ejecutarse desde la atención sociosanitaria.

#### Ámbito doméstico

Han sostenido y sostienen a personas, emocional, física y económicamente más allá de sus propias posibilidades, enfrentándose a situaciones difíciles casi sin recursos económicos, de vivienda, de formación, para atender determinadas enfermedades y/o situaciones complejas. La ausencia de medios es sustituida por tiempo y desgaste psicológico dado que los cuidados comunitarios están infravalorados tanto por la sociedad como por las instituciones.

Casos concretos en el ámbito doméstico:

- Mujeres mayores solas: mujeres con pensiones de subsistencia, vulnerables desde el punto de vista sanitario, con confinamiento muy estricto evitando cualquier contacto con el exterior, sin respuesta desde AP sin capacidad o conocimiento sobre el sistema telemáticos y telefónico que se nos ha impuesto, es decir en soledad. Solo y en ocasiones apoyado por las redes sociales y vecinales que han permitido paliar estas situaciones aunque no en todos los casos.
- Mujeres, niñas y niños víctimas de violencia machista: Ha obligado a la convivencia de mujeres , niños y niñas junto a los maltratadores las 24 horas del día teniendo que gestionar la relación de manera que la violencia no recaiga sobre los niños. Las secuelas de ésta situación extrema se están manifestando con posterioridad a nivel físico y psicológico.
- Mujeres que cuidan a familiares con enfermedades crónicas o diversidad funcional, problemas de salud mental , adicciones : La convivencia en espacios reducidos, con la carga del cuidado a toda la familia , la complejidad de atender a personas con estas patologías unido a la pérdida de las ayudas a la dependencia ya existente con anterioridad a la pandemia y la dificultad de acceder al sistema sanitario por el cambio de modelo, ha expuesto a las cuidadoras a una carga de trabajo extremadamente elevada con todas las consecuencias físicas y psicológicas tanto para ellas como para las personas a las que cuida.

Casos concretos en el ámbito profesional:

- Sanitario y Sociosanitario: Especialmente al caso de las trabajadoras de las residencias de mayores con salarios bajos y muchos contratos precarios, desarrollando trabajos en ocasiones sin tener la formación necesaria ni reconocimiento social.
- Mujeres cuidadoras en situación irregular: migrantes cuya situación ilegal les impide recibir cobertura social y deben trabajar de forma precaria, con salarios mínimos, sin ser reconocido invisibilizadas, muchas veces atendiendo y cuidando a terceras personas. La pandemia ha dejado en la calle a muchas de ellas, mientras que otras han estado casi en situación de explotación.

La feminización de los cuidados es el resultado de estereotipos sociales y se traduce en condiciones laborales precarias, desiguales, injustas, basadas en el menosprecio de las tareas que implica.

En la vida cotidiana, las mujeres se ven obligadas a asumir los trabajos de cuidar, en condiciones adversas, tratando de paliar y compensar un sistema deficiente que ha empeorado a raíz de la no atención sociosanitaria.

Llevamos más de 30 años hablando de asistencia sociosanitaria, convocando distintos espacios de debate, tanto desde el ámbito institucional (Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales en su momento o CCAA) y profesional (distintas sociedades profesionales estamentales o multidisciplinares) y elaborando decenas de documentos, muchos de ellos referencias imprescindibles de la tarea que supone la coordinación entre el ámbito sanitario y el social, compartiendo mayoritariamente el diagnóstico y las líneas de tratamiento del problema, sin que por otra parte las distintas administraciones (estatal, autonómica y local) hayan puesto en marcha de manera eficaz sus soluciones.

La pandemia de la Covid-19 que sufrimos desde hace ya más de un año ha puesto de manifiesto las tremendas debilidades de la coordinación sociosanitaria diagnosticadas en los sucesivos documentos sobre todo en el ámbito de las residencias de personas mayores y ha puesto de relieve la necesidad de repensar el modelo residencial y actualizar tanto el diagnóstico como el tratamiento de la atención sociosanitaria

### **Algunos antecedentes**

- El informe de la Oficina del Defensor del Pueblo del año 2000 <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atenci%C3%B3n-sociosanitaria-en-Espa%C3%B1a-perspectiva-gerontol%C3%B3gica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>

Puede considerarse el primer análisis sobre la atención sociosanitaria en España, que a su vez recoge ya dos programas de atención sociosanitaria operativos desde finales de los años 80 y principios de los 90 en dos comunidades autónomas, que en su día tuvieron un amplio impacto y reconocimiento en sus respectivos territorios:

- El programa de “ Vida als Anys” en Cataluña creado en 1986. Orden, de 29 de mayo de 1986, DE CREACION DEL "PROGRAMA VIDA ALS ANYS" DE ATENCION SOCIO SANITARIA A LA GENTE MAYOR CON LARGA ENFERMEDAD.DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL.DOGC, 1986/06/02
- El Programa PALET en la Comunidad Valenciana. ORDEN de 30 de marzo de 1995, de la Consellería de Sanitat i Consum, por la que se crea el Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal. Publicado en: DOGV núm. 2494 de 25.04.1995

- LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 14.1 recoge: *“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”*

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Estos referentes pueden considerarse los hitos más relevantes en nuestro país para el abordaje de un problema mayor que se ha producido en la atención a las personas mayores, las personas con multimorbilidad y dependencia y que por sus especiales características sanitarias y sociales, requieren de una sinergia del sistema sanitario y el soporte social.

En todo este tiempo se ha producido abundante literatura y encuentros que sin embargo no han impedido que la atención sociosanitaria y en concreto el sistema residencial para personas mayores, con la pandemia de la covid 19 haya sufrido un descalabro importante en cuanto a mortalidad (alrededor del 50 % de las muertes por covid se han producido en las residencias) falta de atención (protocolos en algunas CCAA, aconsejando no remitir a los pacientes graves al hospital) aislamiento y mala praxis para personas muy vulnerables y deshumanización de la muerte de muchos de ellos.

### **Características diferenciales entre el sector social y el sanitario que han contribuido al impacto negativo de la COVID en las residencias**

Los centros sociosanitarios, diseñados en un principio para personas válidas o con dependencia leve, han ido asumiendo con el paso del tiempo mayor carga sanitaria por el aumento de la esperanza de vida y el aumento de las condiciones crónicas. La administración en su inicio, con una visión cortoplacista, definió una serie de recursos sanitarios que prestaran atención a las necesidades sanitarias, cada vez más complejas, pero con un origen diferente del SNS. El porcentaje de privatización de estos recursos (residencias) es cercano al 80 % por lo que las distintas administraciones han legislado para marcar ratios y perfiles profesionales, siempre por debajo de las necesidades reales y con un alto grado de precariedad laboral y formativa, lo que ha contribuido de manera importante a la alta rotación del personal sanitario contratado que a la menor ocasión han saltado al sistema sanitario, mucho más prestigiado y con salarios mayores y aun con su importantísima precariedad laboral, más atractivo que el sistema sociosanitario.

A esta situación se han añadido dos cuestiones muy relevantes:

- El tradicional desinterés del sistema sanitario, orientado hacia la patología aguda, por estos colectivos de población y recursos pese a que los usuarios de las residencias son ciudadanos con pleno derecho

a la asistencia sanitaria, con la excusa de que son recursos en su mayoría privados y que ya pagan por tener recursos sanitarios propios.

- La concentración cada vez mayor de estos recursos residenciales en manos de empresas ligadas a fondos de inversión [https://elpais.com/economia/2018/11/21/actualidad/1542813372\\_601608.html](https://elpais.com/economia/2018/11/21/actualidad/1542813372_601608.html).

<https://elpais.com/economia/2020-05-02/residencias-de-mayores-cuando-la-busqueda-de-beneficios-devalua-la-calidad-de-los-servicios.html>

Cuyo interés es el beneficio económico y la apropiación de financiación pública y la cada vez mayor concentración de plazas en menos manos, representa unos buenos réditos. Esto ha acabado convirtiendo las residencias en aparcamientos para personas mayores con alta dependencia y ha consolidado un sistema sanitario de bajo coste, separado del SNS, cada vez más orientado hacia la condición aguda.

- Otras características que influyen en la descoordinación sociosanitaria son las diferentes culturas profesionales y funcionariales. Más profesional en el sistema sanitario, más asistencial en el sistema social y también la diferente consideración social, salarial y profesional en uno y otro ámbito

Por tanto podemos resumir.

- Dos sistemas sanitarios no coordinados y con desigual desarrollo:
  - Uno, el sanitario, consolidado, mayoritariamente público, con profesionales bien formados, mejores salarios, mejores perspectivas profesionales, mayor consideración social y más futuro.
  - Otro, el social, más frágil, mayoritariamente privado, con alta rotación profesional, menor formación, más precariedad salarial y laboral, poca o nula proyección profesional, menor consideración social
- Sistemas de información no coordinados cuando no incompatibles
- Poca voluntad por parte de los responsables políticos de llegar a una verdadera coordinación con tal de mantener sus cuotas de poder intactas.

### **Propuestas de futuro**

La pandemia de la Covid-19 ha puesto de manifiesto la precariedad del incipiente estado de bienestar de nuestro país, mermado por los recortes en la

financiación habidos a raíz de la recesión económica del 2008, las políticas neoliberales de los gobiernos estatal y autonómicos, que han supuesto una sobre mortalidad insoportable en el ámbito residencial.

El sistema sociosanitario ha padecido de manera traumática los efectos de la pandemia y obliga a replantear todo el modelo desplegado y abre la necesidad de repensar como se financian y se coordinan los sistemas sanitario y social

## **1. AUMENTAR LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y ACTUALIZACIÓN DE LA NORMATIVA QUE LA SUSTENTA**

- Aumento de la financiación pública a través de los impuestos centrales y autonómicos y supresión de las actuales deducciones fiscales que solo favorecen a los que disponen de más poder adquisitivo para abordar las necesidades crecientes de las personas con necesidades sociosanitarias, estén institucionalizadas o permanezcan en su entorno.
- Revisar la actual ley de la dependencia y en su caso actualizar la normativa (con perspectiva de género) que ponga el foco en las necesidades reales de las personas.

## **2. TRANSFORMAR EL MODELO RESIDENCIAL DESPERSONALIZADO Y AVANZAR A OTROS MODELOS DE ATENCIÓN**

### **2.1- MODELO RESIDENCIAL**

- Eliminar estructuras físicas inadecuadas, donde se dispensan cuidados estandarizados, rutinarios, despersonalizados y en ocasiones con **coacciones a personal y residentes para silenciar sus quejas.**
- Modificar el actual modelo de residencia tanto para las personas con dependencia física como para los discapacitados psíquicos o personas con enfermedad mental. **Residencias a escala humana: tamaño limitado, acotación de número de residentes y espacios adecuados para poder establecer sectorizaciones en caso de situaciones epidémicas futuras, que permitan el aislamiento y la adecuada atención de las personas afectadas y el mantenimiento de la actividad normal de los residentes no afectados.**
- Favorecer entornos inclusivos y dotarlos de medios tecnológicos que faciliten las actividades de la vida diaria y la comunicación con las familias y amigos, garantizando la seguridad y la accesibilidad.
- **Centros abiertos a la comunidad en la que viven (facilitando la sociabilización e integración.**
- **Adoptar un enfoque integrado “centrado en la persona y sus necesidades” protegiendo su autonomía, dignidad, derechos y valores. Incluye “no sujetar”, ni con contenciones físicas ni con medicalización.**

- **Prevención de la soledad, evitar el desarraigo y evitar también la posibilidad de que ocurran apariciones de demencias o depresiones por esa cuestión.**

## **2.2 ADECUADO AFRONTAMIENTO DE LA PANDEMIA EN CENTROS RESIDENCIALES**

- **El aislamiento social y la prohibición de las visitas, acelera el deterioro de los/las residentes y supone un abuso y maltrato y una negación de los derechos humanos.**
- **Visitas con seguridad (suficiente equipamiento EPI y protocolo de control de infecciones): con suficiente personal y recursos. Cumplimiento de las ratios de personal. Incrementar los controles e inspecciones del funcionamiento interno de las residencias.**
- **Mayor tiempo diario de actividad ocupacional, física y mental y considerar las necesidades emocionales y afectivas de las personas mayores como algo fundamental para su salud.**
- **Apertura de los centros de día, con las medidas de seguridad adecuadas.**
- **Establecer protocolos claros de derivación a los centros intermedios, garantizando su carácter no sustitutorio de atención sanitaria por criterio de edad.**

## **2.3 SOLUCIONES ADECUADAS Y URGENTES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

- **Un modelo sociosanitario 100% universal y de calidad con una coordinación eficiente entre Los Servicios de Salud, los Servicios Sociales y Salud Pública. Todas las nuevas residencias que se abran deberán de ser de titularidad y gestión pública, a fin de garantizar unos indicadores similares a los países de la Unión Europea.**
- **A medio plazo, recuperar para la gestión pública las residencias que hayan externalizado la gestión con empresas y grupos privados; a largo plazo, reintegrar todas al sistema público de atención a la dependencia.**
- **Hasta que se implante el modelo de titularidad y gestión pública 100%, articular las medidas reglamentarias necesarias para evitar la concentración de centros en manos de oligopolios empresariales, cuyo objetivo sea el rendimiento económico, así como una profunda revisión y actualización de los pliegos de condiciones técnicas para evitar las bajas temerarias en los concursos públicos**
- **Inspecciones y auditorías permanentes de calidad**

## **2.4. COORDINACIÓN ADECUADA CON EL SISTEMA SANITARIO**

- Los centros residenciales deberán de estar directamente asignados a Centros de Salud de Atención Primaria correspondientes que deberán contar con los recursos (profesionales) y medios (sistemas de información, formación, medios materiales) suficientes para garantizar una atención sanitaria integral. El objetivo a medio plazo, es que la prestación sanitaria de las residencias se haga íntegramente desde los servicios de salud de las comunidades autónomas, para así evitar la dualidad de la atención sanitaria y sociosanitaria actuales.
- Disponer de equipos especializados (Hospitalización a Domicilio. Equipos de soporte,...) que permitan atender los casos mas complejos en el ámbito residencial para evitar ingresos hospitalarios y desplazamientos a urgencias innecesarios.
- Desde Salud Pública, asesoramiento a las residencias y establecimiento de un modelo de vigilancia (screening periódicos...). Elaboración de planes de contingencia
- Formación específica del personal de las residencias acerca de aspectos relacionados con medidas preventivas y existencia de un equipo COVID dentro de la residencia que sea el referente con Atención Primaria y con Salud Pública

## **2.5. PERSONAL CON FORMACIÓN ADECUADA Y CONDICIONES LABORALES DIGNAS.**

- Incremento del personal que trabaja en las residencias. Ratios adecuadas basadas en los grados de dependencia de las personas residentes, Condiciones laborales dignas y con formación continuada. Todo esto desde una perspectiva de género.
- Actualización y revisión del convenio laboral. Los Cuidados Dignos deben de estar bien remunerados. Suprimir la brecha de género para ello.
- Tender a la equiparación progresiva con las retribuciones del sector público que trabajan en el mismo sector.
- Aprobar una norma estatal para adecuar las ratios profesionales, desglosadas por categorías profesionales
- Cumplimiento con la Ley 31/95 de Prevención de riesgos laborales
- Formar equipos multidisciplinares en los que se trabaje de forma horizontal para evitar la violencia que se ejerce de forma vertical hacia las trabajadoras.
- Formación al personal en los derechos al final de la vida

## **2.6 COMUNIDAD DE CUIDADOS CON PARTICIPACIÓN DE RESIDENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE LOS CENTROS**

- Garantizar los derechos de los usuarios contemplados en el [Decreto 111/1992](#), en su artículo 33 apartado a) Derecho a la información y b) Derecho a la participación y en su artículo 34, dice que los Reglamentos de Régimen Interno de las residencias deberán incluir

**un sistema de participación de usuarios en órganos de gestión. Constitución inmediata de los órganos contemplados en la legislación vigente y reformar la legislación para dejar claro que está permitida la participación del familiar que se declare como guardador de hecho.**

- **La información debe ser totalmente transparente y puesta a disposición de los usuarios y los familiares** de manera sencilla y comprensible
- Las **medidas** que adopten las administraciones públicas y las propias residencias respecto al funcionamiento de las mismas, deberían ser **consensuadas con los usuarios y sus familiares** y se debería **fomentar el asociacionismo** de estos usuarios y familiares
- El **derecho a mantener contacto (visitas)** de los usuarios con los familiares, así como a **salir de la residencia** debe garantizarse de manera prioritaria, adoptando las medidas de seguridad necesarias en cada momento.
- **Crear dentro de cada centro o unidad sociosanitaria una “Comunidad de cuidados” para dar participación a las trabajadoras y trabajadores, a residentes y a sus familiares, para seguimiento y control de la gestión, de los estándares de calidad del Centro, con informes y evaluaciones periódicas.**
- Incorporar la realización de consentimientos informados, hojas de reclamaciones oficiales y Carta de derechos del residente. Representación de la “Comunidad de Cuidados” en juntas de distrito. Creación de Concejalía exclusiva municipal, comarcal de Mayores. Figura del Defensor del Mayor...

### **3. BÚSQUEDA DE SOLUCIONES ALTERNATIVAS A LAS RESIDENCIAS**

- **Impulsar la atención domiciliaria con el objetivo de llegar a un 15% de la población con dependencia.**
- **Buscar soluciones más creativas, respetuosas y que permitan envejecer en los propios domicilios y en el propio entorno el máximo posible.**
- **Impulsar nuevos modelos convivenciales:** viviendas compartidas, tuteladas, colaborativas, u otras similares, mediante actuaciones e inversiones directas, cesión de suelo público u otras medidas de apoyo.

### **4. FINAL DE LA VIDA**

- **Debe abandonarse la cosificación de las personas mayores sin escuchar sus deseos y opiniones.**
- **Promover el Testamento Vital**

- Evitar el encarnizamiento terapéutico, Información clara sobre a familiares y mayores

## 5. INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Avanzando en una historia sociosanitaria única que integre la información sanitaria y social. En estos momentos existe una brecha entre la información (contenido y calidad) del sistema sanitario y el sistema social. Trabajar por una coordinación estrecha entre los dos sistemas, supone compartir información, diseñando una historia sociosanitaria que pueda servir para las personas susceptibles de atención sanitaria y social desde los dos ámbitos y además una inversión tecnológica que garantice la plena operatividad desde uno u otro ámbito

## 6. CREACIÓN DE COMISIONES PERMANENTES DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA Y METODOLOGÍA DE TRABAJO HOMOGÉNEA:

- En la Macrogestión:** Entre las instancias institucionales responsables (Consejería de Sanidad y Consejería de Servicios Sociales) con dos niveles político y técnico/profesional que apliquen una hoja de ruta que mejore la coordinación y la atención a las personas con necesidades sociosanitarias, responsables de facilitar la coordinación y la integración de sistemas de información, formación de los profesionales sociosanitarios y protocolos de atención, la evaluación y la fiscalización de atención sociosanitaria.
- En la Mesogestión:** En esta pandemia hemos visto además como en algunos territorios se han creado comisiones profesionales de coordinación sociosanitaria **a nivel de área o departamento de salud** entre representantes de la gestión y profesionales sanitarios de los dos ámbitos, que han aplicado de manera homogénea directrices y procedimientos basados en la evidencia
- En la Microgestión:** con comisiones profesionales estables que provoquen encuentros formales y periódicos entre profesionales de los Equipos de Atención Primaria y de los Centros Sociosanitarios y den respuesta al día a día de la atención sociosanitaria
- Formar a los profesionales y desplegar una metodología de trabajo homogénea:** Basada en la gestión de casos y procesos, que permita la incorporación consensuada de guías clínicas, procedimientos y protocolos de derivación entre recursos asistenciales (centro sociosanitario/hospital)

**En conclusión:** El campo de los cuidados en este momento, está siendo el nuevo y gran negocio del capitalismo, representado por las empresas multinacionales.

Es necesario apostar por lo público, revalorizar económica y socialmente los cuidados comunitarios priorizando a los colectivos más vulnerables y dirigiéndonos a un cambio rotundo de estructura.

Además mejorar las condiciones socio-económicas, así como seguir invirtiendo en promover la corresponsabilidad de los cuidados hasta que sea una realidad. Los principios de justicia, equidad y transparencia, deberán ser incluidos en los futuros planes de respuesta ante pandemias, así como las lecciones aprendidas.

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública***

***Junio de 2021***

Autores/as: Eduardo Zafra, Carmen Sánchez, Maribel Coma