











































































































































































































































































































































































apoyo y ayudas destinadas a la eliminación de barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda y adaptación funcional del hogar dirigida a personas con discapacidad o enfermedad mental.

### **Extremadura**

En Extremadura se ha desarrollado una cartera de servicios de la Ley de Dependencia, una cartera de servicios del PIDEX [demencias degenerativas] y una cartera de servicios del Plan de Cuidados Paliativos.

### **Galicia**

Se ha establecido un acuerdo de colaboración, en virtud del cual el Servicio Gallego de Salud dispensa medicamentos y productos farmacéuticos a centros residenciales de atención a personas mayores y personas con discapacidades (incluidos en la guía fármaco-terapéutica del SERGAS), con el objeto de conseguir un uso más racional de los mismos.

Actualmente está en fase de tramitación un decreto que contiene la definición de la cartera de servicios específicos para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia en la comunidad de Galicia.

### **País Vasco**

En Álava el sistema de servicios sociales cuenta con una cartera de ayudas técnicas, bien mediante subvención para su adquisición o bien mediante un sistema de préstamo, ayudas que no pueden estar incluidas en el catálogo de Osakidetza, para evitar duplicidades. Estas ayudas se dirigen tanto a personas mayores como a personas con discapacidad.

En Vizcaya se ha elaborado un catálogo de productos del Servicio público foral de orientación y préstamo de productos de apoyo para la promoción de la autonomía personal (GIZATEK).

En Guipúzcoa existe un catálogo de productos de apoyo ofertados por el Departamento de Política Social en el marco de su servicio ETXETEK, y Catálogo de Ayudas Técnicas integrado en la cartera de servicios sanitarios.

- ✓ **Mecanismos de concertación de recursos y servicios con empresas privadas y tercer sector compatibles e interoperables entre el sistema sanitario y social.**

### **Comunidad de Madrid**

En la Comunidad de Madrid la red de atención social a personas con Enfermedad mental grave y duradera, funciona desde la fórmula de gestión indirecta con la colaboración principalmente del tercer sector.

Muchos centros y/o recursos de la Comunidad de Madrid funcionan a través de contratos de gestión de servicios públicos en la modalidad de concierto o concesión. Al igual que en el caso de enfermedad mental grave, las consejerías de sanidad y de asuntos sociales conciertan, por separado, plazas de atención en los mismos centros privados.

En este sentido existe:

- Contratación de un Servicio de Mediación Intercultural para los Centros de Salud, con la finalidad de formar parte junto con el equipo sanitario del Centro, en un "Servicio de Pruebas Rápidas de VIH en Centros de Salud".
- Contratación con Cruz Roja española, de una "Unidad Móvil para la Prevención del VIH y la realización de la Prueba Rápida"
- Convenio con Cruz Roja Española de una "Unidad Móvil para la atención y seguimiento de personas en tratamiento por VIH y personas con Tuberculosis"

#### **4.3.4 Financiación.**

##### **4.3.4.1. Desarrollo de medidas para la financiación: Mecanismos de financiación compartida para recursos que atienden a los enfermos crónicos con dependencia entre el ámbito sanitario y social.**

#### **Canarias**

Para el Plan de Atención a Personas Mayores Dependientes y el Plan de Atención a la Discapacidad el establecimiento de la financiación de los centros de atención sociosanitaria se hace en función de dos módulos, uno sanitario, según la exigencia sanitaria, que puede ser de tres tipos (alta, media y baja exigencia) y otro social, financiados por las consejerías del gobierno de Canarias con competencia en materia sanitaria y social. Los cabildos insulares participan en un 40% de la financiación del coste del módulo social.

#### **Castilla y León**

Se está trabajando en un proyecto de atención en unidades sociosanitarias para la hospitalización de larga estancia de pacientes crónicos-pluripatológicos para cuidados mínimos con financiación compartida de los sistemas de salud y servicios sociales.

#### **Cataluña**

Existe un acuerdo de Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales del año 1992 por el cual el CatSalut transfiere anualmente al Departamento de Bienestar y Familia un importe económico para la atención sanitaria de personas institucionalizadas en centros sociales.

También se desarrollaron dos programas pilotos por los cuales se atendía a las necesidades sanitarias de los usuarios en las residencias sociales y cuyo importe venían a cargo del CatSalut.

## Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid existen subvenciones destinadas a asociaciones sin ánimo de lucro de pacientes y familiares de pacientes de la Comunidad de Madrid para el desarrollo de programas de prevención de la enfermedad, ayuda mutua y autocuidados para enfermos crónicos.

También existen subvenciones para financiar Programas y Proyectos de Prevención del VIH y Promoción de la Salud, desarrollados por ONGs que trabajan con colectivos vulnerables a la infección, favoreciendo la coordinación sociosanitaria y la integración en los sistemas sanitarios y sociales. Se subvencionan algunos proyectos presentados a la convocatoria de la Línea de Subvenciones para Programas de Prevención de la enfermedad, Ayuda Mutua y Autocuidados para enfermos crónicos dirigidos a ONGs de pacientes y familiares de la Comunidad de Madrid.

## Extremadura

En Extremadura se han desarrollado dos iniciativas: La primera es la financiación compartida de las camas T2 del Plan Marco de Atención Sociosanitaria y la financiación de material sanitario fungible en centros residenciales para personas en situación de dependencia entre el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).

En cuanto a la financiación de las camas T1, T2 y T3, las tipo 1, son abordadas directamente por el sistema sanitario (paga sanidad sin copago); en las tipo 2 el gasto es compartido entre el sistema social y sanitario, los protocolos de actuaciones son compartidos por ambos sistemas (tiene una financiación de sanidad en un 50%, los servicios sociales un 40% y el resto en copago); y las tipo 3, cuentan con un apoyo de enfermería o sanitario determinado, que se garantizará desde la atención compartida.

## País Vasco

En Vizcaya existe un convenio de colaboración entre Diputación Foral de Vizcaya y Departamento de Sanidad para la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores, que compensa el gasto de la atención médica y de enfermería realizados por el personal del centro, también existe un convenio para la prestación de los servicios sociosanitarios en las Unidades Residenciales Sociosanitarias y un acuerdo para la cofinanciación de dispositivos para personas con enfermedad mental.

En Álava existen dos convenios: Convenio de colaboración entre el Departamento de Política Social y Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y Osakidetza para la mejora de la atención sociosanitaria. (Julio 2011). Mediante este convenio Osakidetza financia una parte del coste del personal sanitario de los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad.

Y un segundo convenio de colaboración del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco con la Diputación Foral de Álava y Osakidetza para la gestión de la unidad residencial sociosanitaria ABEGIA del TH de Álava (junio de 2010). Mediante este convenio Osakidetza cofinancia al 50% el coste de esta unidad sociosanitaria.

### **4.3.4.2. Medidas para facilitar la cofinanciación de los sistemas sanitario y social en el tránsito de los pacientes de ambos sistemas**

## Canarias

En el Plan de Atención a Personas Mayores Dependientes y el Plan de Atención a la Discapacidad el módulo sanitario es financiado el 100% por la consejería con competencias en sanidad del gobierno de Canarias. El módulo social es financiado en un 40% por la consejería con competencia en servicios sociales

del gobierno de Canarias, 40% por los cabildos insulares y 20% por los usuarios.

### **Cataluña**

La larga estancia sociosanitaria dispone de un copago por parte del paciente ingresado. En primer lugar, para este copago responde el Departamento de Bienestar Social en concepto de hostelería, y pasados los tres meses de estancia, pasa a cubrirlos el propio paciente siguiendo los mismos baremos que marca el Departamento Social.

#### **4.3.4.3. Medidas para la negociación financiera en base a los resultados en salud y a la complementariedad de las actuaciones sanitarias y sociales.**

### **Cataluña**

El contrato de provisión de servicios que el CatSalut establece con la entidad prestadora, contiene una cláusula relacionada con el cumplimiento de objetivos de salud que marcan los planes directores del Departament de Salut (sociosanitario, salud mental, etc.) y que actualmente se limita al 2% de la parte variable.

#### **4.3.4.4. Medidas desarrolladas para resolver los posibles conflictos que se puedan presentar entre los profesionales de los dos sectores sanitario y social.**

### **Cataluña**

En el año 2007 se elaboró un convenio colectivo de los centros sociosanitarios y/o de salud mental de Cataluña para mejorar las condiciones laborales de los profesionales que trabajaran en centros concertados con el CatSalut, mejorando las condiciones previas que tenían.

El convenio aborda temas como organización del trabajo, clasificación del profesional, jornadas y horarios laborales, condiciones retributivas, permisos, excedencia y otras mejoras sociales.

### **Extremadura**

En Extremadura mediante el decreto 25/2011, de 11 de marzo se han homogeneizado la relaciones de empleo del personal que presta servicios en centros del ámbito social en los mismos términos recogidos en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. En concreto, los profesionales con especialidades de Medicina y Cirugía, Psiquiatría y Medicina Geriátrica, Medicina Generalista, Medicina Rehabilitadora y Psiquiatría que trabajan en los centros residenciales de atención a las personas mayores, en los centros de atención a personas con discapacidad y en los centros sociosanitarios han sido adscritos al Servicio de Extremeño de Salud y perciben las retribuciones correspondientes a su categoría profesional atendiendo al Cuerpo y Especialidad establecidos en el V Convenio Colectivo para el personal laboral de la Junta de Extremadura.

#### **4.3.5. Sistema de Información y nuevas tecnologías.**

##### **4.3.5.1. Sistemas de información conjuntos desarrollados para atención de personas con enfermedad crónica y dependencia.**

### **Andalucía**

Actualmente la Junta de Andalucía participa en 2 proyectos europeos (Commonwell e Independent) para mejorar la efectividad, seguridad y gestión de recursos entre los sistemas sanitario y social.

Commonwell es un Proyecto europeo que tiene como objetivo proporcionar un servicio integrado de alta calidad para la asistencia social y servicios de



emergencia, de modo que la persona usuaria pueda acceder a ambos servicios a la vez.

Se puso en marcha en octubre de 2008 y su fecha fin es octubre de 2011. Cuenta con 12 socios participantes. La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y EPES (Empresa Pública de Servicios Sanitarios) son los dos socios españoles que participan en este proyecto, en representación de la asistencia social y servicios de emergencia, respectivamente.

Entre las ventajas de la aplicación de este proyecto destaca:

- La persona usuaria podrá acceder a ambos servicios con sólo una llamada sin lagunas en la comunicación.
- La demanda por parte de la persona usuaria se resuelve en una forma directa y rápida.
- El tiempo de actuación en caso de emergencia se reduce significativamente.
- El intercambio de información entre la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y EPES tiene lugar automáticamente, por lo tanto, el proceso es más eficiente y rápido.
- La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía recibe automáticamente la información sobre el estado del paciente sin tener que ponerse en contacto EPES.
- El número de recursos que intervienen en el proceso se reducen considerablemente para ambos servicios al tiempo que aumenta la calidad de los mismos.

Independet es un proyecto encuadrado en el AAL Joint Programme de la Unión Europea y, además de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de



Andalucía, cuenta con otros 19 socios de diferentes países europeos. Este proyecto se desarrollará entre marzo de 2010 y marzo de 2013.

Su objetivo principal es proporcionar un servicio integrado, de alta calidad, respecto a la atención social y a la información de Salud (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y Salud Responde), integrando información sobre emergencias, campañas relacionadas con la salud y citas con el SAS, de manera que la persona usuaria pueda acceder a todos estos servicios con solo una llamada.

### **Aragón**

Dentro de las herramientas de historia clínica electrónica del departamento de salud se han integrado los informes de salud para la tramitación de las prestaciones que contempla la Ley de Dependencia e igualmente existe un apartado de historia social utilizado por los trabajadores sociales.

También existe un sistema específico para la gestión del Programa de Atención a Enfermos Crónicos y Dependientes y para el de Cuidados Paliativos tanto en Atención Primaria (historia clínica electrónica OMI-AP) como en hospitales de convalecencia (SI de hospitales de convalecencia) y equipos de soporte de atención domiciliaria (SI de ESAD).

### **Canarias**

En Canarias se ha desarrollado un sistema de información de personas en situación de dependencia denominado (SIDCAN)/ACCEDE que tiene un convenio de colaboración para la cesión mutua de datos en materia de dependencia.

### **Cantabria**

El Sistema Integrado de gestión de Prestaciones y Servicios Sociales (SIPSS) desarrollado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales es una aplicación

que proporciona una mayor capacidad de gestión y facilidad de consulta de los expedientes administrativos, ofreciendo información actualizada del estado de la tramitación, del estado actual de recursos sociales, programas, subvenciones y prestaciones que son objeto de dicha gestión. La solución tecnológica permite el acceso de profesionales del Servicio Cántabro de Salud y de los Servicios Sociales de Atención Primaria (municipales) a la base de datos de personas en situación de dependencia.

Como mejora de la herramienta se pretende incorporar otros módulos y servicios, como la renta social básica, las ayudas al alquiler de vivienda, la implantación de nuevos grados en las ayudas a la dependencia o la integración con el sistema de atención a la dependencia (SAAD).

### **Castilla -La Mancha**

Entre las líneas fundamentales de la Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social de Castilla- La Mancha para los próximos años se señala la importancia de la creación de una tarjeta única. Esta línea de actuación se planifica para 2015 cuando se creará una historia social y una historia clínica, en soporte informático compatible, con acceso desde los dos sistemas (sanitario y social). La implantación completa del sistema de historia clínica única (de atención primaria y especializada) se proyecta al igual que la historia social única en 2013 y se fija como objetivo para 2015 el desarrollo de una de historia común y compatible.

### **Castilla y León.**

La comunidad de Castilla y León está desarrollado un sistema de información que permita el acceso a la información del sistema de servicios sociales (SAUSS) desde atención primaria.

El Sistema de Acceso Unificado a los Servicios Sociales de Castilla y León (SAUSS) es una herramienta informática que ayuda a los profesionales de



servicios sociales con la valoración, tramitación, verificación y coordinación de las prestaciones relacionadas con la Ley de la dependencia.

### **Comunidad de Madrid**

La Comunidad de Madrid está desarrollando un proyecto de implantación de la historia clínica informatizada de AP que sea accesible desde las residencias públicas y que incluya la posibilidad de solicitar cita para atención especializada.

### **Comunidad Valenciana**

La Comunidad Valenciana está desarrollando un proyecto que permita el acceso a la aplicación informática de la Consejería de Sanidad (ABUCASSI) desde el servicio de valoración de dependencia y servicio de evaluación y orientación de discapacitados y centros sociosanitarios.

ABUCASSI pretende la instauración de una historia clínica única por paciente atendido de manera ambulatoria en la Comunidad Valenciana. Este sistema permitiría el acceso a la historia clínica desde cualquier puesto asistencial de la red de atención ambulatoria (centros de salud y consultas externas de los hospitales y centros de especialidades) y la integración con otros sistemas de información ya existentes como el SIP (Sistema de Información Poblacional), GAIA (Gestión de la Prestación Asistencial), RVN (Registro de Vacunas), IRIS / HIGIA (HIS hospitalarios).

### **Galicia**

El Servicio Gallego de Salud y el Departamento de Trabajo y Bienestar han firmado un acuerdo de colaboración gracias al cual se comparte el sistema de información gallego de atención a la dependencia (SIGAD). Los trabajadores sociales de los centros de salud pueden tener acceso a los expedientes de área, consultar el estado de la tramitación administrativa y la resolución del Programa Individual de Atención (PIA). Para facilitar el acceso a la herramienta, la



Consejería de Trabajo y Bienestar pone a disposición del Servicio Gallego de Salud una aplicación web para acceder a dicha información.

### **País Vasco**

A nivel de 12 Centros Gerontológicos de Guipúzcoa se está desarrollando un Programa Piloto de Asistencia a las reagudizaciones de los procesos crónicos en los residentes de los Centros Gerontológicos apoyados en la telemedicina.

### **Principado de Asturias**

En el Principado de Asturias se ha desarrollado un servicio de teleasistencia domiciliaria promovido desde los servicios sociales municipales y dirigido a las personas en situación de dependencia reconocidas desde el SAAD. El protocolo de actuación de este servicio incluye la coordinación de los dos sistemas sanitario y social dependiendo del tipo de intervención que se requiera para dar respuesta a las necesidades de la persona en situación de dependencia.

### **Región de Murcia**

En Murcia se está implantando la herramienta Resident Assessment Instrument (RAI) que es un sistema de información con el que se puede obtener un conjunto mínimo de datos sobre las necesidades de paciente/residentes y los servicios prestados en los centros sociosanitarios.

También se están pilotando dos sistemas ISV Nursing Home y SV Screener. El SV Nursing Home es una herramienta para hospitales y residencias que permite hacer una evaluación/valoración del paciente, permite elaborar planes de trabajo y cuidado e incorpora indicadores sobre el coste económico del paciente. El Screener se está pilotando como herramienta de valoración inicial para los equipos de valoración sociosanitaria y se tiene planeado el pilotaje de la herramienta Home Care que consiste en un sistema para la valoración del paciente pero en atención domiciliaria.

Estas herramientas de valoración inicial permiten a partir de un perfil de paciente sociosanitario generar una serie de datos de pronóstico y derivación a recursos, es decir, en función de los ítems valorados, permite identificar para determinado paciente el recurso más adecuado a su situación (centro de día, domicilio o unidades de hospitalización, etc.). Estas valoraciones se hacen previas y posteriores a la derivación de los recursos.

#### **4.3.6. Evaluación de la calidad**

##### **4.3.6.1. Indicadores se han desarrollado para evaluar las medidas puestas en marcha para mejorar la coordinación intersectorial.**

#### **Cataluña**

Para el seguimiento de la evaluación de la dependencia en centros sociosanitarios de larga estancia, en el año 2008 se elaboraron unos indicadores de resultados para el programa de atención a la dependencia (PRODEP).

Los indicadores considerados permitían estimar el ritmo de implantación por centro sociosanitario y el grado de colaboración entre los referentes del PRODEP de cada territorio y el trabajador social del centro sociosanitario evaluado. Estos indicadores intentaron ser un mecanismo de control de accesibilidad a los recursos sociosanitarios.

En concreto los indicadores considerados fueron: el número de pacientes a quienes se le valora el grado de dependencia en el centro sociosanitario en el primer mes comparado con el número total de pacientes que precisaban valoración de dependencia.

También se consideró el número de pacientes pendientes para elaboración del Plan individualizado de atención (PIA) comparado con el número total de

pacientes valorados y el número de pacientes que disponían del PIA comprado con el número de pacientes valorados.

### **Comunidad Foral de Navarra**

Para la reordenación del programa de atención a personas con trastorno mental grave en 2007 la Comisión Directora del Programa encomendó a la Comisión Técnica del mismo la evaluación de los recursos establecidos en el programa, la idoneidad de los recursos, el número de plazas, la adecuación del perfil de usuario a los recursos aprobados, las actividades que se realizan en los recursos, y el análisis del cumplimiento de los objetivos programados. Con los resultados de dicha evaluación se elaboró un informe que dio lugar a la reordenación del programa de atención a personas con trastorno mental grave aprobado en 2010.

### **Comunidad Valenciana**

En la Comunidad Valenciana se han establecido una serie de indicadores que valoran el grado de coordinación de los servicios sanitarios y sociales en la atención de personas con enfermedad mental grave de curso crónico persistente.

Los indicadores tienen en cuenta el número de protocolos formalizados y derivaciones entre la red sanitaria y la red social, el número de casos valorados en los equipos funcionales, el número de personas atendidas por los equipos funcionales sociosanitarios.

También tiene en cuenta el número de reuniones de las comisiones sociosanitarias de ámbito territorial interinstitucional a la vista de las altas formalizadas, el número de acciones docentes compartidas, el número de personas incluidas en el protocolo específico de personas con enfermedad mental tuteladas por la Generali, el número de ingresos en la red sanitaria de

personas procedentes de la red de atención social y número de ingresos en la red social de personas procedentes de la red de atención sanitaria.

**4.3.6.2. Indicadores se han desarrollado para garantizar la equidad en los resultados en la provisión de recursos y servicios sanitarios y sociales conjuntos.**

**Islas Baleares**

El plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del servicio de salud de las Islas Baleares 2010 – 2014 ha establecido una serie de indicadores estándar de cobertura de recursos sociosanitarios determinados a partir de las necesidades actuales y estimaciones futuras de las necesidades de la población mayor de 65 años. Así se ha establecido los siguientes indicadores para servicios como hospital de día, recursos de larga estancia, convalecencia y rehabilitación y unidades polivalentes:

- Hospital de día 1,5 plazas por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años
- Cuidados especiales: el 3,5 % de la población de más de 65 años necesitará recursos de larga estancia (de ésta, la sanitaria se estima entre el 2 % y el 3,5 %)
- Convalecencia y rehabilitación: 20-25 camas por cada 100.000 habitantes (de la población total)
- Unidades polivalentes CV+ CP: 2,3 camas por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años
- Cuidados paliativos: 8-10 camas por cada 100.000 habitantes
- ESAD: 1 equipo por cada 100.000 habitantes

#### 4.3.7. Análisis cuantitativo de las iniciativas desarrolladas por las Comunidades Autónomas.

A continuación se realiza un análisis cuantitativo de las experiencias puestas en marcha en nuestro país a partir de la información trasladada por las propias comunidades autónomas presentando los resultados en función de los elementos descritos en apartados anteriores.

Un análisis general muestra un mayor desarrollo en iniciativas relacionadas con normativas, creación de estructuras para organizar las actuaciones de los profesionales del sistema sanitario y social y un gran desarrollo de programas y/o protocolos destinados a la atención de personas con trastorno mental grave o enfermedad mental. Por el contrario se observa un menor número de iniciativas destinadas a la evaluación de la calidad y al desarrollo de mecanismos para la financiación compartida (Figura 3).

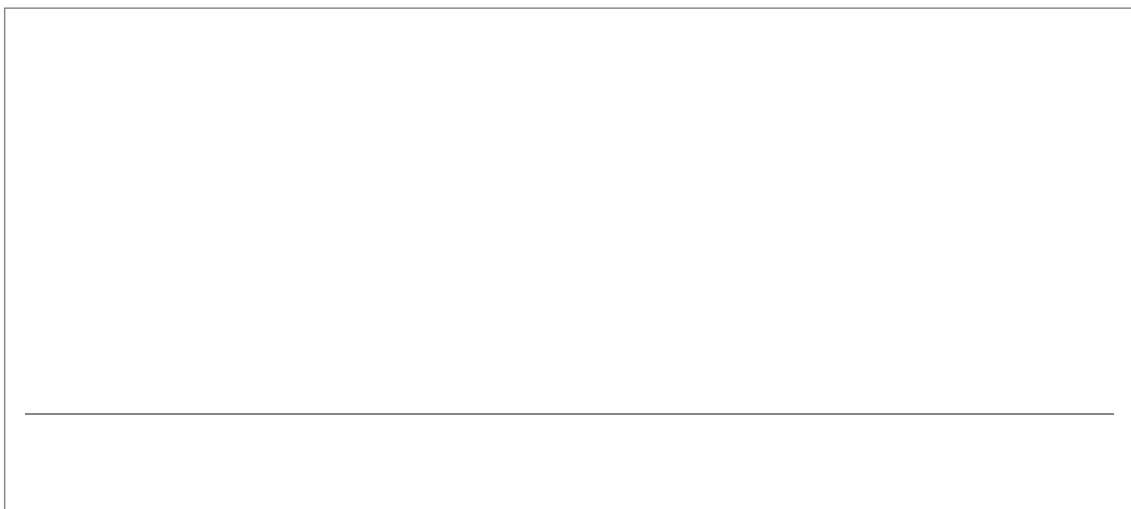


Figura 3. Número de CCAA que han desarrollado iniciativas para cada uno de los elementos considerados.

Respecto al *desarrollo normativo*, todas las CCAA desarrollan normativas, planes, y /o programas que hacen alusión a la coordinación sociosanitaria, si

bien siete CCAA ponen en marcha planes específicos sociosanitarios y en siete comunidades destaca la creación de una única Consejería que agrupa las funciones del sistema sanitario y social.

En el ámbito *organizativo*, aunque en todas las diecisiete CCAA se han venido desarrollando iniciativas, estas son variadas (Figura 4). Respecto a la organización territorial en cinco CCAA existe correlación entre los mapas sanitario y social o se menciona como parte de una estrategia de coordinación. Si bien, en dos solo se contempla para una enfermedad específica o se organiza solo para atención primaria.

En la mayoría de las CCAA se han creado estructuras formalizadas para fomentar la coordinación (coordinador sociosanitario, comisión sociosanitaria, gestor de casos), si bien en tres se crean para la atención de personas con enfermedad mental.

Los protocolos de derivación entre hospitales, atención primaria, residencias, programas comunitarios, etc., se han desarrollado en todas las CCAA, aunque se han establecido en doce con mecanismos más formales y en cuatro CCAA se han desarrollado protocolos de coordinación entre la asistencia domiciliaria social y asistencia domiciliaria sanitaria.

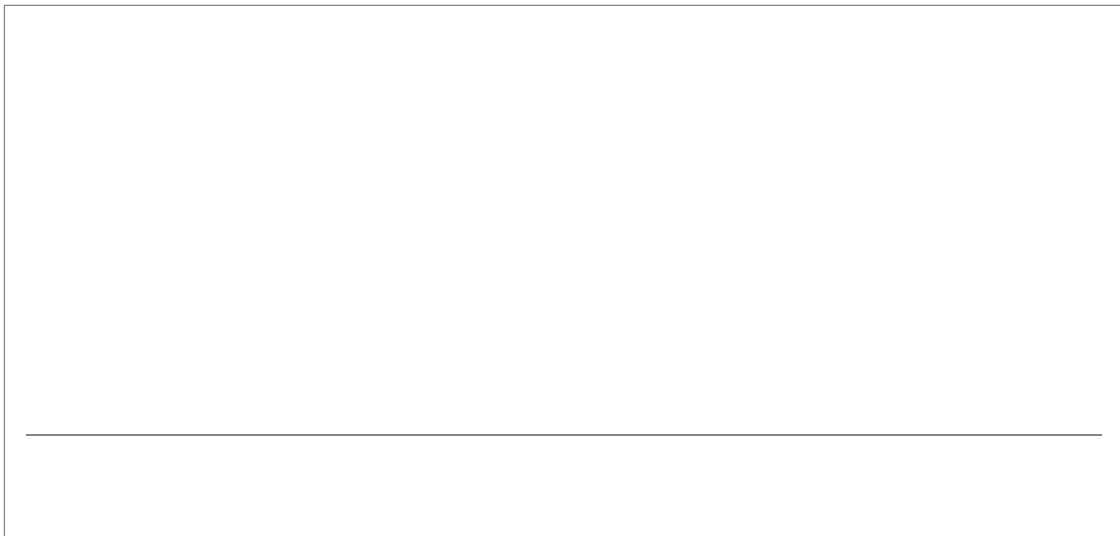


Figura 4. Número de CCAA que han desarrollado iniciativas en el ámbito organizativo.

Respecto al ***desarrollo asistencial*** (Figura 5) se han desarrollado estrategias o programas específicos para la atención a la cronicidad en siete CCAA, entre estas iniciativas destaca el desarrollo de planes o programas integrales y el desarrollo de estrategias para afrontar el reto de la cronicidad.

En todas las CCAA se han desarrollado programas para la atención de personas con enfermedades específicas, destacando los planes de atención a la enfermedad mental, los planes de cuidados paliativos, los planes de atención a las enfermedades raras, planes para la atención a la discapacidad, etc.

En ocho CCAA se han puesto en marcha programas para la mejora de la atención social en centros sanitarios. Las medidas pasan por protocolos de derivación, detección precoz de riesgo social al ingreso, valoración social al alta, etc.

En doce CCAA se han desarrollado programas para la mejora de la atención sanitaria en los centros sociosanitarios, destacando estrategias de uso racional del medicamento, acuerdos entre residencias y hospitales para la aportación de material fungible, colaboración para la asistencia sanitaria en residencias de mayores, etc.

En catorce CCAA se desarrollan programas orientados al cuidador teniendo en cuenta sus necesidades sanitarias y sociales, algunos de estos programas se desarrollan en colaboración con entidades sin ánimo de lucro.

En siete CCAA la resolución de los casos complejos se realiza desde el trabajo de un equipo multidisciplinar entre sanidad y el área de dependencia.

En doce CCAA se desarrollan programas para la promoción de la autonomía personal desde la dependencia y para la promoción de la salud desde lo sanitario. Entre las medidas destaca la elaboración de un Libro Blanco del envejecimiento activo, la elaboración de un manifiesto por el envejecimiento activo y el desarrollo de un plan integral para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

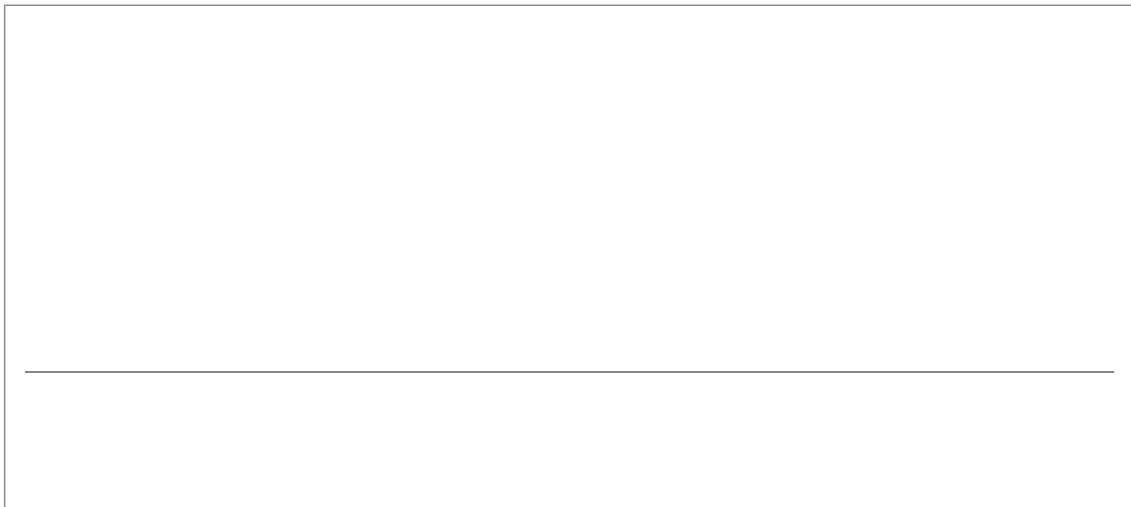


Figura 5. Número de CCAA que han desarrollado iniciativas en el ámbito asistencial.

En el ámbito *de la administración y formación de profesionales* (Figura 6), en seis CCAA se han desarrollado medidas para organizar las actuaciones conjuntas de los profesionales de ambos sistemas. En algunas CCAA se han creado grupos de trabajo y se han elaborado guías para la gestión compartida de casos o de buenas prácticas.

En once CCAA se han desarrollado programas para mejorar la formación de los profesionales sanitarios en dependencia, las medidas pasan por cursos específicos, elaboración de planes o programas de formación, acciones formativas transversales, elaboración de manuales.

Para mejorar la formación en atención sanitaria en el sector social, en cuatro CCAA se han desarrollado diversas acciones formativas dirigidas a proporcionar los conocimientos teóricos y prácticos sobre las patologías asociadas a las situaciones de dependencia.

En nueve CCAA se desarrollan medidas para incentivar la coordinación social y sanitaria entre los profesionales. Destaca que en una CCAA existe una línea formativa específica de formación sociosanitaria.

Solo en dos casos se señaló la puesta en marcha de acciones para facilitar la coordinación de puestos y retribuciones de los profesionales sanitarios y sociales.

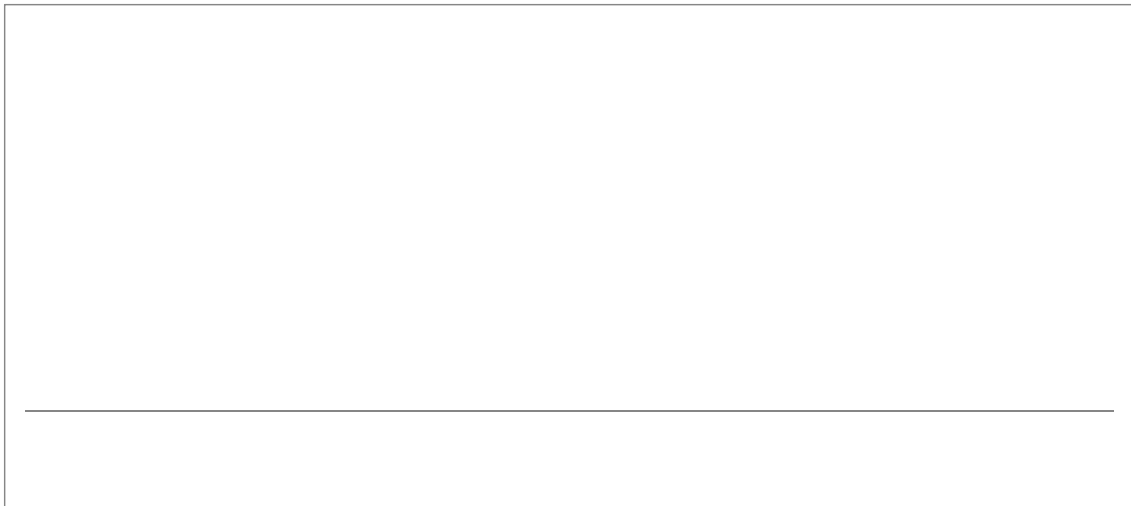


Figura 6. Número de CCAA que han desarrollado iniciativas en el ámbito de la administración y formación de profesionales.

En relación al desarrollo de iniciativas en el ámbito *de sistemas de gestión* (Figura 7), en cuatro CCAA se están llevando a cabo medidas para la admisión

compartida. En algunas CCAA esta medida se desarrolla en concreto para personas con enfermedad mental o como puerta de entrada única para el acceso a los recursos de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

En ocho CCAA se ha elaborado un catálogo de productos y prestaciones claramente financiado por uno de los sectores con intención de evitar duplicidades. Los catálogos se han elaborado para material ortoprotésico, ayudas técnicas y cartera de servicios. Solo en una CCAA se están desarrollando mecanismos de concertación de recursos y servicios con empresas privadas y tercer sector compatibles e interoperables entre el sistema sanitario y social.

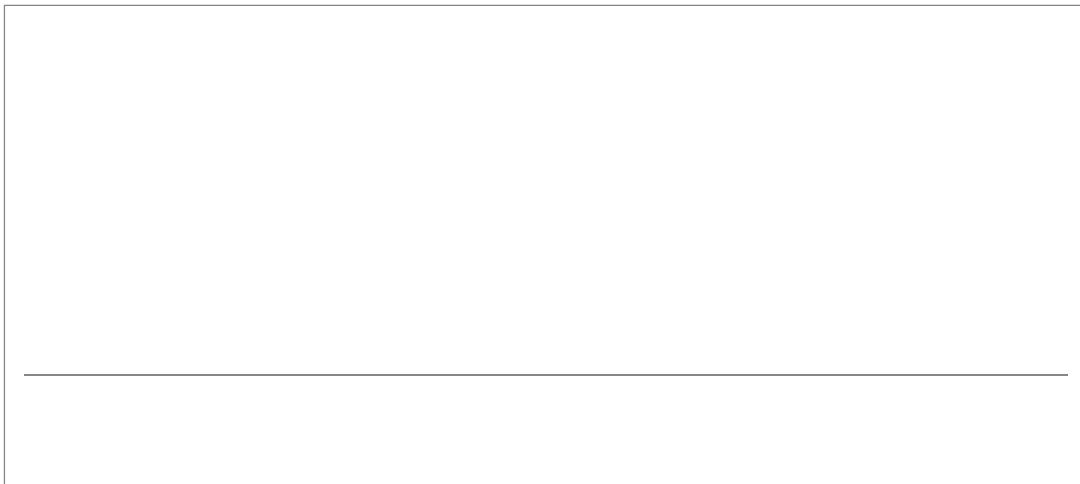


Figura 7. Número de CCAA que han desarrollado iniciativas en el ámbito de sistema de gestión.

Respecto al *sistema de financiación* (Figura 8) en CCAA se han desarrollado mecanismos de financiación compartida para recursos que atienden a los enfermos crónicos con dependencia entre el ámbito sanitario y social.

Algunos de estos mecanismos tienen que ver con la financiación compartida de camas, la financiación de material sanitario fungible, acuerdos entre consejerías

para la transferencia anual de importes para la atención sanitaria de personas institucionalizadas en centros sociales.

Dos CCAA han desarrollado medidas para facilitar la cofinanciación de los sistemas sanitario y social en el tránsito de los pacientes de ambos sistemas. Solo 1 CCAA ha desarrollado medidas para la negociación financiera en base a los resultados en salud y a la complementariedad de las actuaciones sanitarias y sociales y ha desarrollado medidas para resolver los posibles conflictos que se puedan presentar entre los profesionales de los dos sectores sanitario y social.

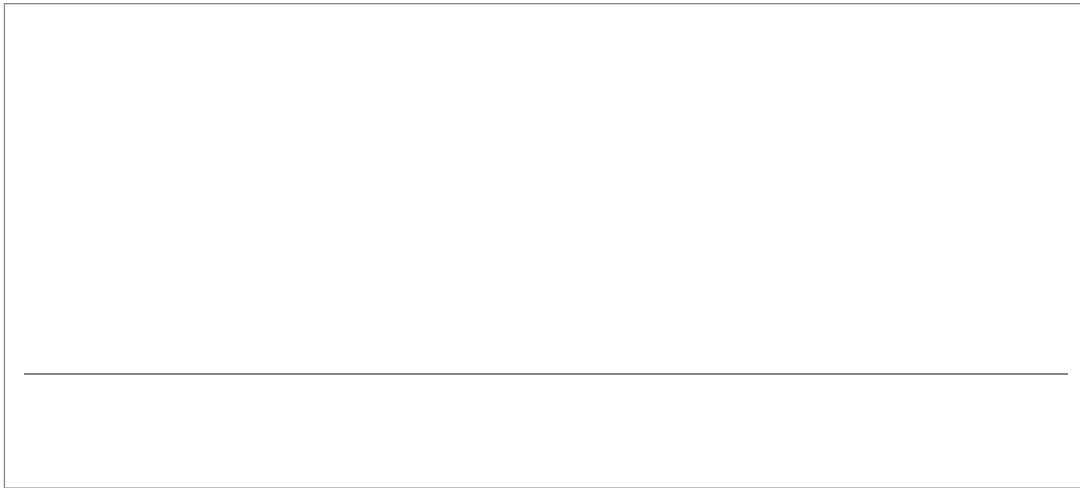


Figura 8. Número de CCAA que han desarrollado iniciativas en el ámbito de la financiación.

Referente al desarrollo de iniciativas en el ámbito ***de sistemas de información y nuevas tecnologías*** 12 CCAA han puesto en marcha herramientas para la atención de personas con enfermedad crónica y dependencia. Algunos de los proyectos desarrollados (algunos están en fase de pilotaje) involucran el desarrollo de historia clínica electrónica, sistemas de información de personas en situación de dependencia, sistema de gestión de prestaciones, teleasistencia domiciliaria, sistemas de información para identificar necesidades de los pacientes.

Ninguna CCAA ha señalado tener sistemas de información conjuntos (que involucren a los dos sectores sanitario y social) para la gestión de recursos humanos, sistemas de información económico-financiera compatibles entre áreas sanitaria y social y sistemas de información conjuntos que se hayan desarrollado en admisión.

En cuanto a las medidas desarrolladas para la *evaluación de la calidad* tres CCAA han desarrollado indicadores para evaluar las medidas puestas en marcha para mejorar la coordinación intersectorial conjuntos y una CCAA ha desarrollado indicadores para garantizar la equidad en los resultados en la provisión de recursos y servicios sanitarios y sociales conjuntos.

Ninguna CCAA ha señalado tener indicadores para evaluar las medidas puestas en marcha para garantizar la atención integrada a personas dependientes con enfermedad crónica.

## 5. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA

El proceso acelerado de envejecimiento unido al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas constituye un reto para nuestra sociedad, al que debe adaptarse para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS). En este contexto, cada vez cobra más importancia no sólo el mayor número de años vividos, sino la calidad de vida de cada uno de ellos. El objetivo y reto actual de los sistemas sociales y sanitarios es que vivamos un mayor número de años, con el menor número de limitaciones personales y con la mayor autonomía personal posible.

La interrelación entre patología crónica y situaciones de dependencia da lugar a la necesidad de reformular los sistemas de gestión, distribución de los recursos

y la financiación, entre otros, y en concreto a la necesidad de organizar y coordinar los servicios sanitarios y sociales para proporcionar una respuesta más eficaz y sostenible a las necesidades de la población. Esto requiere un ajuste de decisiones complejo y de carácter intersectorial<sup>57</sup>:

El análisis de la literatura nacional e internacional ha permitido identificar a partir de las experiencias desarrolladas en otros países, un conjunto de elementos que favorecen la coordinación. Elementos que tienen en cuenta el sistema normativo, organizacional, asistencial, de gestión, de formación de los profesionales, de financiación, de sistemas de información y de evaluación de la calidad.

En este estudio se realiza un primer análisis sobre el nivel alcanzado en materia de coordinación sociosanitaria en nuestro país. El resultado obtenido a partir de la información proporcionada por las CCAA ha permitido identificar las estructuras, planes, programas, medidas, etc. puestas en marcha para mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y social.

Del análisis se desprende una tendencia generalizada y positiva a desarrollar fórmulas que promuevan la atención integral y la coordinación entre el sector sanitario y social. Se observan acciones que revelan un compromiso político explícito y una apuesta importante por este modelo de atención tanto a nivel estatal como regional, si bien es cierto, que el grado de desarrollo y el ritmo de implantación de medidas concretas, es muy dispar.

En aras a intensificar los cambios que se requieren en el futuro es conveniente destacar dos cuestiones: en primer lugar, que allí donde las estrategias y directrices han sido más claras, el avance en el ámbito de la coordinación ha sido mayor. Evolución implica cambio y para que esto sea posible resulta necesario establecer una meta, fijar un objetivo, y liderar el proceso orientando a las organizaciones hacia un modelo de innovación y renovación, tanto en el plano organizativo, como en el asistencial y cómo no, en el tecnológico.

En segundo lugar, se ha de tener presente que virar hacia un modelo de coordinación sociosanitaria efectiva, lleva aparejado un esfuerzo por parte de quienes asumen este reto. Supone un cambio de paradigma, una visión conjunta, global, modificaciones en la cultura de los sistemas y en las propias actitudes, debiendo apostar por la complementariedad frente al tradicional avance singular. En este sentido, el papel y la implicación de los profesionales será esencial.

En general, con los datos disponibles sobre la evolución de los servicios se observa que los avances más notorios se encuentran en un nivel macro, en la creación de objetivos y estructuras de coordinación entre administraciones, frente a un menor desarrollo de iniciativas, proyectos y programas sociosanitarios a un nivel más micro. El avance en lo teórico, necesita ahora impulso ideológico decidido, que eleve los cambios deseables en la organización de nuestro sistema de cuidados al rango de objetivo fundamental.

A nivel *estructural* por ejemplo, destaca la creación de un único Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Esta integración refuerza su papel como instrumento de cohesión del SNS emprendiendo cambios en pro de la mejora de la calidad de la asistencia integral que se presta a los ciudadanos, y procurando el desarrollo coordinado de las políticas sociales.

En este mismo sentido, destacan siete CCAA en las que una única consejería agrupa las funciones del sistema sanitario y social frente a las demás donde las competencias de ambos sistemas recaen en consejerías separadas. Por lo general, el rol de la administración local en el campo de lo social tampoco se encuentra integrado. En este sentido el Estado ha de aglutinar todas las experiencias e iniciativas desarrolladas en nuestro país y facilitar a las CCAA, desde la autonomía de estas en la gestión y programación, la búsqueda de elementos comunes y estrategias compartidas que permitan avanzar de una manera más rápida en la implantación de esta intervención.

Para poder hacer efectiva la coordinación sociosanitaria deben existir documentos técnicos de consenso, se han de elaborar normas reguladoras y estructuras de gobierno que la favorezcan, así como programas asistenciales y recursos que den respuesta a las demandas emergentes. En este sentido, se observa variedad de decretos, programas y planes desarrollados por todas las CCAA que persiguen la coordinación sociosanitaria. Su tipología difiere y en algunos casos los proyectos o modelos proceden de planes gerontológicos, planes de salud y en otros, de programas sociosanitarios específicos (en concreto de siete CCAA). Por otro lado, se advierte la utilización de distintas denominaciones tales como red sociosanitaria, sistema de coordinación o espacio sociosanitario en función de las Comunidades, lo que revela diferentes formas de entender la organización del sistema de atención y el peso de la implicación de los sectores. Por lo tanto, resulta conveniente profundizar en una estrategia de intervención sociosanitaria que permita la definición de una batería de elementos comunes que faciliten, tanto el desarrollo programático de la intervención, como su desarrollo normativo, sin menoscabo del interés particular de cada comunidad autónoma en desarrollar aspectos particulares que estimen convenientes para su territorio.

El desarrollo de *planes específicos sociosanitarios* se ha mostrado especialmente eficaz en los casos en los que las soluciones se han diseñado de manera conjunta y cuya implementación y reordenación de recursos se ha realizado sinérgicamente. La unificación de la visión de ambos sectores resulta pues un elemento básico para la mutua implicación hacia el cambio.

Respecto al *ámbito organizativo*, se observa un escaso avance respecto a la sectorización en áreas sociosanitarias equivalentes. Solo en el 30% de las CCAA existe similitud entre los mapas sanitario y social o se menciona como parte de una estrategia de coordinación. La mayoría de las CCAA muestran una demarcación territorial en la que no coinciden los servicios sociales y sanitarios. Resulta complicado implementar planes de intervención coordinada sobre

estructuras entre las que no existe correlación. Esta medida se ha considerado eficaz para evitar la fragmentación, y la duplicidad y mejorar la equidad en la planificación territorial de los servicios.

En la gran mayoría de las CCAA se han creado estructuras formalizadas para fomentar la coordinación. Se considera este un elemento positivo, en tanto en cuanto favorece el desarrollo de servicios coordinados. No obstante, el éxito de su funcionamiento no radica en su propia existencia, sino en la representatividad e implicación de todos los agentes que participan en el proceso asistencial. Sería deseable potenciar las estructuras organizativas dotándolas de capacidad de gestión, con el suficiente respaldo normativo y descentralizar la toma de decisiones empoderando a los profesionales de ambos sistemas en el territorio. En gran medida, en el conocimiento de los recursos inmediatos, la puesta en red de los mismos y la cercanía a la realidad de los usuarios/pacientes del sistema por parte de los profesionales en el ámbito comunitario, se encuentra la clave para encontrar la respuesta integral a las necesidades sociosanitarias de la ciudadanía.

Aunque se ha avanzado en todas las CCAA en la definición de *protocolos de derivación* entre hospitales, primaria, residencias, programas comunitarios, etc., son todavía escasos en asistencia domiciliar social y atención domiciliar sanitaria (tres CCAA) a pesar de su importancia en un modelo que debe tender a los cuidados en el propio entorno de las personas. Un correcto abordaje de los pacientes en el domicilio ha sido considerado como una fórmula de prevención de la hospitalización y del ingreso en centros residenciales.

En ciertas CCAA, de otro lado, estos protocolos se han desarrollado únicamente para determinadas enfermedades como la salud mental siendo en la mayoría de los casos procesos informales. Sería deseable un mayor esfuerzo para la definición de protocolos con umbrales comunes de derivación entre recursos de diferentes niveles de intervención lo que redundaría en la equidad de la

atención de los usuarios. No se han identificado apenas instrumentos de valoración validados en España en los que exista cierta homogeneidad en los criterios de derivación entre recursos y niveles de atención según las características de los usuarios en cada momento.

En este sentido, la homogenización de protocolos podría facilitar la admisión al sistema en su conjunto creando así una puerta de entrada unificada para el acceso a los recursos. El enfoque sociosanitario facilita la posibilidad de atender a todas las variables sociales y sanitarias, y establecer ante todos los profesionales, el mecanismo adecuado para la derivación de pacientes y la intervención conjunta.

Respecto a la perspectiva *asistencial*, todas las CCAA han desarrollado programas específicos para enfermedades mentales, planes de cuidados paliativos, planes de atención a enfermedades raras, etc. En siete CCAA destaca específicamente el desarrollo de planes o programas integrales para afrontar el reto de la cronicidad. Este es un gran paso para la correcta atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes y crónicas, que exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios. La atención primaria, los hospitales y los servicios sociales son interdependientes y por tanto es necesario buscar y compartir fórmulas coordinadas en la atención de los problemas de salud específicos. Para ello, los protocolos y procesos deben desarrollarse desde una visión amplia que contemple los recursos de los diferentes niveles, departamentos y sectores.

Se observan iniciativas aisladas en algunos centros y en municipios para protocolizar la coordinación entre los dos sistemas. Ante la falta de estructuras y protocolos de actuación, la coordinación está subordinada a la actitud de los profesionales. El diseño de procesos asistenciales bajo la perspectiva

intersectorial, con la participación de la parte social y sanitaria frente a cada problema es un elemento que facilitará la coordinación.

En este sentido, algunas de las medidas colaborativas puestas en marcha hasta ahora pueden ser útiles y deberían ser extendidas. La evidencia señala que cuando el sistema sanitario se hace responsable de garantizar adecuadamente los servicios sanitarios dentro de los recursos sociales mejora la calidad de la atención, la eficacia y disminuye los costes sanitarios. Por tanto, en los centros sociosanitarios deberían ser generalizadas las estrategias de uso racional del medicamento, los acuerdos entre residencias y hospitales para la aportación de material fungible, así como la colaboración para la asistencia sanitaria en general en las residencias de mayores y personas con gran dependencia. Del mismo modo, la mejora de la atención social en centros sanitarios, requerirá fomentar la detección precoz de riesgo social al ingreso, la valoración social al alta, etc. Ciertos ejemplos al respecto a nivel nacional, han resultado ser valiosos ejemplos de su utilidad.

Hay que destacar el desarrollo de programas, planes integrales o la elaboración de un libro blanco, para la *promoción de la autonomía personal*. De las iniciativas revisadas, diseñadas para promocionar la autonomía personal, algunas están aún en fases iniciales por lo cual, son necesarias un mayor número de evaluaciones e investigación para definir la viabilidad y efectividad de las mismas. Hasta ahora, muchas de las experiencias relacionadas con el tema, han sido proyectos circunscritos a un límite temporal; al contrario a futuro, debieran ser planteadas aquellas actividades que puedan instaurarse como servicios continuados en el primer nivel de atención. A este respecto, también se observan diferencias en la programación dependiendo del organismo competente, por lo que en la actualidad no se garantiza la igualdad de acceso y de continuidad en los programas: características que, de otro lado, han sido señaladas por la evidencia como uno de los factores que garantizan la efectividad de los mismos<sup>58</sup>.

Por tanto, si bien se ha avanzado en la declaración de la importancia del desarrollo de medidas transversales para la protección frente a la dependencia y la enfermedad (promoción de la autonomía personal y de la salud, y prevención de las situaciones de dependencia y enfermedad) es necesario un mayor despliegue de programas y servicios, y que éste sea planificado en base a criterios poblacionales, y teniendo en cuenta las actividades que los dos sectores, el sanitario y el social, de manera complementaria promueven al respecto, evitando así duplicidades. Para el desarrollo potente y ordenado de estos programas, se podría requerir de un documento marco y de la creación de nuevas herramientas para su evaluación basadas en la evidencia científica. El año 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo, podría favorecer un marco excepcional para estas iniciativas. Algunos programas puestos en marcha a nivel regional, reconocidos por la estrategia NAOS y por la propia OMS, han demostrado unos resultados tremendamente efectivos y eficientes.

La apuesta por facilitar el mantenimiento de las personas en su entorno comunitario, ponen sobre la mesa la necesidad de articular medidas concretas y organizadas que faciliten tanto la formación, como los apoyos necesarios para que el cuidador no profesional desempeñe esta función en condiciones de calidad. En el caso de los cuidadores familiares, son necesarios tanto iniciativas de formación como medidas destinadas a reforzar la intervención de servicios que tengan como finalidad aliviar la carga de quien asume el cuidado principal de una persona dependiente. En este sentido, es necesario intensificar el servicio de ayuda a domicilio. Son muy positivos los avances en todas las CCAA en el ***desarrollo de programas orientados a la formación de cuidador***. Siendo el papel de los cuidadores fundamental, la responsabilidad y decisión por parte de las instituciones de adoptar medidas y favorecer programas que les den soporte debe ser rotunda. No obstante, como ya viene siendo frecuente, es muy relevante la presencia y el papel que parecen haber tomado y que deben desarrollar en el futuro las asociaciones y el tercer sector en su

prestación y difusión. La formación entre pares no sólo mejora el resultado, sino que podría favorecer una mayor implicación de la comunidad.

Como se ha mencionado, sin el convencimiento por parte de los profesionales no será posible desarrollar el paradigma de la coordinación. La gestión del cambio supone un elemento fundamental en el desarrollo de esta oportunidad. El desarrollo de programas para mejorar la formación de los profesionales, que abunde en esa cultura de lo común, debe ser una prioridad de las administraciones. En algunas CCAA apenas se han podido constatar programas de formación conjuntos que sean sistemáticos y planificados. Parecen haberse desarrollado más iniciativas entre los profesionales sanitarios para fomentar el concepto de la dependencia, que en entre los profesionales de lo social para incrementar las habilidades de afrontamiento de las dificultades sanitarias de los usuarios. En todo caso, los casos enunciados son esporádicos o surgen de iniciativas aisladas de los profesionales de ciertas áreas. Pero lo especialmente necesario son los planes formativos para los profesionales de todas las CCAA orientada al aprendizaje del trabajo en equipo y de las estrategias de la coordinación. También es fundamental el establecimiento de canales de divulgación de conocimientos y experiencias con el objeto de promover un mejor conocimiento de las competencias y habilidades respectivas, que favorezcan la superación progresiva de las dificultades que derivarán de las diferentes perspectivas históricas de ambos sectores.

En este apartado también son necesarias medidas para superar las diferencias entre los profesionales sanitarios y sociales en cuanto a la rotación, el nivel salarial. Estos factores añadidos al recelo profesional han supuesto una barrera para la coordinación en otras experiencias<sup>59</sup>. No es razonable que profesionales de un mismo sistema, dependientes de una misma administración y con idénticos perfiles profesionales, no sean considerados por el mismo de una manera equivalente. Si bien la coyuntura económica actual, seguramente no

permita abordar esta reivindicación histórica, es necesario ir creando los espacios de encuentro que permitan a medio plazo superar estas diferencias.

A nivel de *sistemas de gestión* las medidas que se están desarrollando en algunas CCAA se han puesto en marcha para algunas enfermedades de manera diferenciada como la enfermedad mental, que han sufrido una larga trayectoria en la creación de necesarias estructuras a medio camino entre las competencias de uno y otro sector. La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios requiere el diseño y la aplicación de instrumentos comunes que faciliten las intervenciones y, en lo posible, eviten solapamientos entre los servicios, desfases temporales en la secuencia de las intervenciones y duplicaciones innecesarias de los esfuerzos. Entre las posibles medidas que podrían facilitar la coordinación de los sistemas de gestión, se encuentran desde elementos de contabilidad analítica compatibles, procedimientos de compra compartidos, o la simple aprobación de catálogos de productos que consiguieran evitar duplicidades por haber sido financiados previamente de alguna manera concomitante desde los sectores sanitario y social.

Un elemento que no debe ser olvidado es la necesidad de incidir en el fomento de la colaboración público-privada. Actualmente las iniciativas son pocas en las CCAA y habitualmente han estado centradas en la concesión y concierto de servicios. Ante las circunstancias económicas del entorno, se hace necesario migrar a modelos estratégicos con vista al medio largo plazo para ambos sectores. Es decir, sólo la perspectiva estable basada en todos los elementos de transparencia, podrá aportar la calma que los sectores tanto público como privado necesitan el uno del otro.<sup>60</sup>.

Respecto a las experiencias de *financiación compartida*, las medidas aún son mínimas. En algunas CCAA se han venido diseñando experiencias que están actualmente en fase de evaluación. Algunas de las iniciativas pasan por la gestión compartida de camas, la financiación de material fungible, o acuerdos

entre consejerías para la transferencia anual de importes para la atención sanitaria de personas institucionalizadas en centros sociales. Este tipo de medidas deberían conllevar una reorganización presupuestaria añadida, e impedir que la implementación de nuevos servicios, para atender realidades que hasta ahora se abordaban de manera incorrecta, suponga un incremento presupuestario injustificado.

La maximización de la eficiencia de los sistemas requerirá la reasignación de dotaciones económicas específicas destinadas a fomentar medidas como la dotación de personal, la formación interdisciplinar, etc., que ayuden a consolidar la coordinación; sin que esto suponga una duplicidad de recursos y medios ya existentes. En algunas experiencias documentadas por ejemplo, se ha promovido la aportación de recursos económicos a un fondo común para ser utilizado posteriormente por ambos sectores en esta materia.

Aunque respecto al *uso de las tecnologías*, los instrumentos utilizados están todavía en fases incipientes, los avances parecen ser prometedores en el ámbito de la coordinación sociosanitaria. Algunas CCAA han optado por el desarrollo de historia clínica electrónica, historia social de la dependencia electrónica, sistema de gestión de prestaciones, teleasistencia domiciliaria, sistemas de información para identificar necesidades de los pacientes, plataformas multicanal de relación con el ciudadano, etc.

Estos avances son muy positivos, ya que una adecuada información, permitirá identificar de forma correcta las necesidades específicas de los diferentes grupos y subgrupos de pacientes para ofrecerles unos cuidados estandarizados y adaptados a su perfil de necesidad. El objetivo debe ser el desarrollo de un sistema de información compartido o al menos compatible entre lo social y lo sanitario. Debería adaptarse y aprovechar la información existente, y facilitar la planificación de la intervención necesaria en el futuro.

En todo caso, las oportunidades que las tecnologías ofrecen, tanto en el ámbito de los sistemas de información como en la prestación de servicios de prevención y atención continuada a las personas con necesidades más intensas, permiten imaginar un sistema futuro diferente, más eficiente, más accesible y más seguro. Este rol como necesaria palanca de cambio, le otorgan un papel de pleno derecho en el dibujo del modelo futuro.

La **evaluación** continua de las iniciativas de coordinación sociosanitaria implementadas debe establecerse como un elemento unido al propio proceso. Esta es una de las principales áreas de debilidad de las experiencias existentes. Es necesario establecer unos estándares de calidad que incluyan además del diseño, equipamiento, dotación de recursos humanos y materiales, medidas que valoren el grado de efectividad y de satisfacción de los servicios en la atención al usuario. La evaluación continua permitirá conocer mejor la situación de nuestro entorno y permitirá importar elementos y experiencias exitosas. En concreto, y siendo uno de los principales retos de nuestro sistema tanto a efectividad de la atención, como la eficiencia de las medidas emprendidas, han de extremarse medidas de evaluación de resultados en estos términos así como su publicación.

En efecto, resulta extremadamente complejo, en la era de la información y la comunicación actual, poder encontrar y aprender de las experiencias que se están desarrollando a este respecto. En términos generales, es muy escasa la cultura de la publicación telemática de las experiencias llevadas a cabo, de su evolución, evaluación de los resultados obtenidos, o de la derogación o inhabilitación de planes y proyectos existentes.

Respecto a la apuesta por la **innovación** en sí, destacan las iniciativas llevadas por el gobierno de algunas CCAA en la creación de organismos de innovación en coordinación sociosanitaria, la apuesta por planes de apoyo a la investigación sociosanitaria, o la creación de fundaciones destinadas a tal

efecto. Este tipo de herramientas serán importantes, porque permitirá explorar nuevos modelos de atención sociosanitaria.

Del análisis anterior se pueden concluir los siguientes puntos clave:

- La creciente demanda de cuidados profesionales desde los sistemas sanitarios y sociales precisa, para responder a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia y con enfermedades crónicas, modificar la forma de organización de los servicios sanitarios y sociales y en consecuencia, buscar nuevas fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias que demandan estos colectivos.
- El desafío al que se enfrenta el sistema sanitario y social es garantizar la doble dirección y la continuidad de los cuidados a través de un modelo flexible que sea capaz de responder a las necesidades de las personas a lo largo de todo el proceso asistencial. Es necesario que nuestros sistemas cambien el modelo de atención actual centrado en el episodio agudo a un modelo centrado en el paciente y su familia, que permita una valoración integral del usuario, que garantice el abordaje interdisciplinar y que dé prioridad a la calidad de vida y a la calidad de la atención.
- La coordinación sociosanitaria se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia y enfermedad crónica”. El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y facilitar la continuidad de los cuidados.
- El reto del abordaje de la cronicidad y dependencia no se circunscribe solamente a nuestro país, actualmente su abordaje es también prioritario

en el resto de países, algunos de los cuales han avanzado en estrategias e instrumentos de coordinación que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo y consolidación de nuestro propio sistema de coordinación.

- El análisis de la literatura internacional ha permitido identificar a partir de las experiencias desarrolladas en otros países un conjunto de elementos que favorecen la coordinación. Estos elementos tienen en cuenta el sistema normativo, organizacional, asistencial, de gestión, de formación de los profesionales, de financiación, de sistemas de información y de evaluación de la calidad.
- El análisis de las experiencias desarrolladas hasta la fecha en nuestro país ha permitido constatar la existencia de una gran diversidad de iniciativas y experiencias en el ámbito de la coordinación sociosanitaria. Estas iniciativas han sido promovidas desde la Administración General del Estado y desde las Administraciones Autonómicas.
- El importante esfuerzo realizado hasta el momento a nivel estatal y por las comunidades autónomas en cuanto a acuerdos puntuales, desarrollo de recursos sociosanitarios y de experiencias innovadoras, son un buen punto de partida para empezar a consolidar un modelo de coordinación que garantice la continuidad y la calidad en los cuidados a las personas en situación de dependencia.
- Las experiencias recopiladas en este documento nos permiten identificar elementos de buena práctica que podrían ser potenciados a nivel nacional, generalizando experiencias para avanzar hacia la consolidación de un sistema proactivo que garantice la continuidad, calidad y equidad de la atención y de los cuidados de los usuarios de nuestro SNS.
- A pesar de los esfuerzos realizados y del número de experiencias desarrolladas, es preciso avanzar en el establecimiento de estrategias de

coordinación que han tenido un desarrollo tímido y que son necesarias para facilitar la coordinación sociosanitaria. En este sentido:

- Es necesario compartir una visión y modelo conjunto de atención. En este sentido es indispensable la redefinición de conceptos básicos (perfil de usuario sociosanitario, tipologías de recursos, protocolos de derivación, etc.).
- Es necesario avanzar en fórmulas que permitan una mayor coincidencia de las demarcaciones geográficas entre los sistemas sanitarios y sociales. Estas fórmulas permitirán una mejor articulación y planificación de los recursos y por consiguiente facilitarán la eficiencia de sus actuaciones.
- Deben potenciarse las estructuras de coordinación compartida en los niveles asistenciales, de gestión y dirección. Estas estructuras han demostrado en la práctica su excelente función de nexo entre profesionales y recursos de atención especializada, atención primaria, residencias, etc.
- Es necesaria la definición de procesos claros y homogéneos de atención intersectoriales que coordinen tanto la planificación de las estructuras necesarias del sector sanitario y social, como el desarrollo coordinado de su funcionamiento de manera complementaria, dentro de unos parámetros homogéneos de calidad, equidad y accesibilidad. Esta definición de procesos debe enmarcarse en los usuarios y por tanto su definición debe ser flexible para que puedan acceder a los servicios y reciban la atención que demandan en cada momento en función de sus necesidades.
- Es preciso priorizar el desarrollo de programas que contribuyan al mantenimiento de la salud y potencien la promoción de la

autonomía personal como medida de prevención de la enfermedad y dependencia. El desarrollo de estos programas debe basarse en la evidencia científica y en criterios mínimos que garanticen la igualdad de acceso y de planificación de los programas.

- Para que la coordinación tenga éxito es imprescindible un cambio en la cultura organizacional y para que esta tenga fruto, es fundamental el desarrollo de planes formativos regulados y heterogéneos que incidan en el trabajo en equipo y en estrategias de coordinación sociosanitaria, que refuercen técnicas efectivas de comunicación y que aborden los miedos que pueda originar la resistencia al cambio.
- Son necesarias la formulación de nuevas herramientas financieras que sean sostenibles a largo plazo y que permitan la creación de infraestructuras y la inversión en capital humano oportunas para garantizar la correcta coordinación de los sistemas.
- Las nuevas fórmulas y estrategias deben fundamentarse en la inversión en innovación y en el uso de las TIC como elemento de soporte que doten al sistema de eficiencia y sostenibilidad.
- El papel de la regulación pública para apoyar el desarrollo y los resultados de las organizaciones sanitarias y sociales coordinadas es clave. En este sentido, el Libro Blanco de coordinación sociosanitaria dará un paso fundamental para impulsar la coordinación de los sistemas de protección sanitaria y social y activar todos aquellos mecanismos de eficacia y eficiencia en la atención y el cuidado que requieren en cada momento los usuarios del SNS.

## SEGUNDA PARTE

**REFLEXIONES EN TORNO A  
LA COORDINACIÓN  
SOCIOSANITARIA.  
MEDIDAS PARA SU  
PROMOCIÓN**

## REFLEXIONES EN TORNO A LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. MEDIDAS PARA SU PROMOCIÓN.

### 1. CONTEXTUALIZACIÓN

El patrón epidemiológico ha cambiado y continúa haciéndolo con idéntica tendencia. Sustancialmente, esta consiste en, por un lado, el incremento constante de una población cada vez más envejecida y por otro, en el aumento de las tasas de supervivencia de aquellos que padecen enfermedades crónicas y situaciones de dependencia, en muchos casos con un alto detrimento de la autonomía personal y la necesidad de cuidados específicos para realizar las actividades de la vida diaria. Se trata de un cambio estructural del patrón con consecuencias de toda índole.

El aumento exponencial de la esperanza de vida, causa y efecto del nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado por nuestra sociedad es un logro incuestionable del Estado de Bienestar, éxito que se debe, de manera muy importante en el último tercio del siglo, entre otros factores, a la mejora de la asistencia sanitaria y a su extensión a toda la población.

Esta progresión geométrica ha impedido, sin embargo, prever los significativos cambios a los que la misma abocaba: los sistemas social y sanitario no han podido evolucionar a la misma velocidad que los beneficios que su creación, mantenimiento y mejora continúa han provocado en la sociedad. La otra cara de la moneda de dicho éxito son las importantísimas consecuencias sanitarias y sociales que tienen los efectos de dichos beneficios, a los que se ha de dar una respuesta ya que, en la actualidad, están generando un alto impacto que dificulta y que cuestiona, incluso, la propia sostenibilidad del sistema que los ha generado.

Ante esta situación, la aceleración del envejecimiento y el incremento de la enfermedad crónica y de la dependencia que puede llevar aparejada, es necesario abordar las bases sobre las que construir los cambios estructurales que los sistemas social y sanitario han de afrontar para hacer frente al desafío de asegurar una atención continuada e integral a todas y cada una de las personas con necesidades específicas de ambos sistemas con independencia del que las deba prestar: por encima de las estructuras y procesos organizativos y asistenciales se encuentra la salud y el bienestar de las personas.

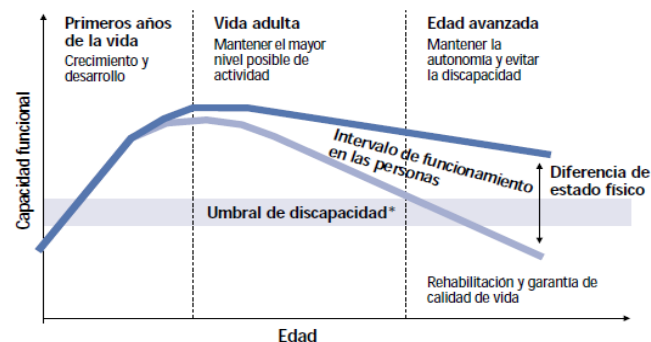
### **1.1. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN**

La población española viene sufriendo un progresivo y sostenido envejecimiento fruto de una tasa de fertilidad decreciente y de un marcado aumento de la longevidad. Según datos del INE, el porcentaje de personas mayores de 65 años se duplicará llegando al 30% de la población en el año 2050, por lo que serán más de 16 millones de personas. En la actualidad, la esperanza de vida ha ascendido a los 82 años, incrementándose de forma notable respecto del año anterior. Además, se ha duplicado, en tan sólo veinte años, el grupo constituido por las personas mayores de 80 años, que ya son más de un millón y que serán, en el año 2050, casi 6 millones. Estas cifras de envejecimiento de la población se tornan más inquietantes si cabe, al compararlas con la población infantil: según las previsiones, para el año 2060 habrá 2,3 personas mayores por cada niño de entre 0 y 14 años.

Lo cierto es que la edad cronológica no implica un nivel de deterioro físico, psicológico o social ni puede ser considerada, por sí misma y de manera general, un predictor válido de aparición de enfermedad y dependencia; ya que existe una alta variabilidad entre personas con la misma edad y distintos estados de salud, nivel de independencia y/o participación en la sociedad.

Por tanto, sin ánimo de caer en una concepción reduccionista y desacertada en la que el envejecimiento aparezca directamente asociado a los términos enfermedad crónica y dependencia y que desembocaría en una concepción errónea de la vejez –y seguramente, más de la vejez del futuro si tenemos en cuenta que ya sea por la herencia, el ambiente o la interacción entre ambos, éstas pueden no llegar nunca a producirse; la edad cronológica, a estos efectos, ha de entenderse solo como un indicador social que ayuda a clasificar a la población y permite tipificar el tipo de sociedad que tenemos y tendremos, para tratar de anticipar el probable crecimiento de sus necesidades sanitarias y sociales. De lo que no cabe duda es que la progresión geométrica del crecimiento de una población envejecida y que envejecerá cada vez más genera una mayor presión para los sistemas de salud y servicios sociales.

### Capacidad funcional durante el ciclo vital



Fuente: OMS/NMH/HPS 2000 en Boletín IMSERSO 2001<sup>61</sup>

Esta mayor presión es debida a:

- La disminución de la capacidad funcional durante el ciclo vital y, por tanto, a medida que avanza la edad cronológica: en los primeros años de vida esta capacidad va en aumento, en la edad adulta comienza a sufrir un descenso (aunque de alta variabilidad dependiendo de la

diferencia del estado físico de la persona) y en la edad avanzada este descenso es mucho más pronunciado.

- Las necesidades de cada una de estas tres etapas vitales respecto de la capacidad funcional son bien diferentes: mientras que en los primeros años de vida se debe producir el crecimiento y desarrollo de la misma y en la edad adulta se ha de tratar de mantener el mayor nivel posible de actividad; en la edad avanzada el objetivo respecto a dicha capacidad es mantener la autonomía y evitar la discapacidad.
- Aunque la diferencia del estado físico es un hecho que influye directamente en la capacidad funcional de las personas en todo el ciclo vital, en la edad avanzada la diferencia de este estado físico dispara la brecha entre capacidad y discapacidad, determinando el cruce del denominado “umbral de discapacidad”.
- Si bien es cierto que la dependencia puede aparecer en cualquier etapa de la vida (y es, por ejemplo, connatural a los primeros años de ésta) su incidencia es muy significativa a edades avanzadas y resultado en su mayor parte de una enfermedad crónica, existiendo, por lo tanto, una mayor probabilidad de que, a estas edades, se produzcan ciertas limitaciones que pueden conducir a la imposibilidad de realizar con autonomía las actividades de la vida diaria (AVD). En este caso, las necesidades que se presentan son mixtas y complejas y requieren de una atención integral que pueda soportar las demandas específicas desde una visión holística. En el grupo de los mayores de 65 años los porcentajes de padecimientos de enfermedades crónicas son muy elevados, llegando a casi el 70% en algunas de ellas y sobrepasando el 25% en la mayoría de dolencias. La incidencia se acentúa aún más alrededor de los 80 años.

Sin embargo, aunque probablemente, no se podrá invertir este proceso en el patrón demográfico, es posible variar –ralentizando o modificando- el ritmo del mismo arbitrando fórmulas que permitan adaptar la atención sanitaria y social a las necesidades reales de dicha población, generando una mejora efectiva en la salud de las personas. Es esta una cuestión esencial si tenemos en cuenta que las actuaciones que se pueden implementar podrían dirigir, gestionar y reorientar las demandas de servicios de las personas de edad avanzada, optimizando y perfeccionando la prestación de los mismos y, por ende, reduciendo los costes para el sistema al aumentar los índices de autonomía personal y aminorar la dependencia.

Según la OMS el envejecimiento activo es *"el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez"*<sup>62</sup>

Para evitar o retrasar la dependencia en el colectivo de los mayores es necesario hacer del envejecimiento una experiencia positiva, estimulando o restableciendo su participación activa en la sociedad, diseñando medidas que ayuden a conservar y mejorar su estado de salud y poniendo en marcha actuaciones que prevengan o retrasen las discapacidades funcionales y las enfermedades crónicas que puedan surgir.

Es sabido que todas las personas pueden envejecer de forma positiva. Es deber de nuestra sociedad y de nuestras organizaciones políticas promover iniciativas que lo hagan posible para continuar progresando, proporcionando oportunidades para mantener, desarrollar o recuperar la autonomía personal:

- 1) Potenciando las capacidades físicas, psíquicas, afectivas y sociales de la persona mayor y cuidando el ambiente social y económico, fuerte determinante de la salud.

- 2) Aunando esfuerzos con el objetivo de atenuar las patologías del envejecimiento y alentar el envejecimiento saludable, teniendo en cuenta la variabilidad que se presenta en los individuos que envejecen y atendiendo sus necesidades específicas, de manera equitativa y accesible.
- 3) Reorientando las políticas públicas y el tipo de atención que se presta a las personas mayores, organizando servicios, prácticas e iniciativas innovadoras que promuevan la autonomía y el envejecimiento activo, animando y asistiendo a los mayores para que sigan contribuyendo a la sociedad, ya que ello posee un extraordinario valor que enriquece a toda la comunidad.
- 4) Promoviendo la investigación y evaluando la viabilidad y efectividad de las medidas que se adopten y corrigiendo las posibles desviaciones que se detecten, a fin de desarrollar una dinámica de mejora permanente, de crecimiento y de búsqueda de la excelencia
- 5) Dando visibilidad y difusión a las medidas adoptadas y desarrolladas como elemento para favorecer el aprendizaje, la adopción y la extensión de las mismas en el territorio nacional, fomentando la cooperación institucional y gubernamental.

Es por este motivo que el enfoque del modelo de atención debe evolucionar desde el "tratamiento" hacia la educación y la prevención; favoreciendo la coordinación de los actores que intervienen en el cuidado de los usuarios (sanitario, social y sociosanitario) y corresponsabilizando al paciente en el cuidado para garantizar un modelo de atención sostenible. Es esencial que los sistemas desarrollen iniciativas para promover la salud del conjunto de la población, estableciendo objetivos para capacitar a la población para que pueda controlar su propia salud, su enfermedad y sean más autónomos, para eliminar, entre otros aspectos, las demandas de los ciudadanos que son evitables o, cuando menos, posibles de reorientar.

La educación para la salud es una herramienta muy importante en este proceso, ya que ésta no solo proporciona a las personas la posibilidad de adoptar creencias, hábitos y actitudes saludables, sino que también conlleva una concienciación de la comunidad así como el conocimiento de los factores que influyen en su salud y cómo potenciarlos o transformarlos. Uno de los pilares para el funcionamiento óptimo de la coordinación sociosanitaria está constituido por la necesaria corresponsabilización del ciudadano en su salud, con todo lo que ello puede conllevar.

Para que esto sea posible, es necesario que se cumplan una serie de principios clave para la promoción de la salud (Carta de Ottawa OPS, 1987)<sup>63</sup>:

- Centrar la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud en sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un importante papel en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Desde este punto de vista, por tanto, la responsabilidad gubernamental de la prevención recae, principalmente, en mejorar y controlar el medioambiente social y económico, en la formación de los profesionales como necesarios

catalizadores del cambio cultural y en la adopción de medidas de sensibilización de la población.

El año 2012 es el año del envejecimiento activo. Dado que España se encuentra en el grupo que encabeza el envejecimiento de la población en el mundo, debe liderar, por una cuestión de responsabilidad pero también de oportunidad el movimiento del envejecimiento activo. Constituye, sin duda, una gran ocasión para fortalecer la colaboración entre todos los agentes implicados pero también para asumir compromisos específicos y alcanzar objetivos concretos, aprovechando el impulso europeo y las posibilidades de cooperación que ofrece. Se han de desarrollar los medios necesarios para que las personas puedan afrontar mejor su vida cotidiana, maximizando su tiempo de independencia, alargando la calidad de la misma y garantizando su participación y contribución en la sociedad.

## **1.2. LA ENFERMEDAD CRÓNICA.**

Se define la cronicidad como la permanencia en el tiempo de una enfermedad que, o bien es incurable por el tipo de patología (tratamiento desconocido en la actualidad) o bien porque no es posible la curación de la misma por falta de respuesta al tratamiento completo o por la carencia de éste. Se trata, por tanto, de enfermedades que persisten a lo largo del tiempo y que requieren de un tratamiento constante durante toda su duración, habitualmente años o décadas, siendo su evolución, con frecuencia, poco predecible. Suelen tener, además, un origen muy diverso y obligar a una modificación en los hábitos de vida de la persona que la padece. Todo ello genera una gran carga social, tanto por la perspectiva de dependencia social e incapacitación como desde el punto de vista económico por la repercusión que tiene sobre los diversos servicios prestadores de la asistencia social y sanitaria.

Cuando la enfermedad crónica avanza conforme a su evolución natural o es tratada con una intervención inadecuada puede llegar a tener una importante repercusión en el estilo de vida del paciente, incluso derivar en un alto grado de discapacidad. Por el contrario, en la mayoría de estas enfermedades, si el paciente desarrolla un buen autocuidado, puede llegar a convivir adecuadamente con la enfermedad y alcanzar una autonomía personal plena para el desarrollo de su vida cotidiana.

Las enfermedades crónicas están asociadas con el 80% de las muertes a nivel mundial<sup>64</sup> y el 50% son de carácter pluripatológico<sup>65</sup>. Según la OMS, las enfermedades no transmisibles y desórdenes mentales suponen ya el 59% de la mortalidad total y un 46% de todas las muertes del nuevo milenio. Esta cifra ascenderá al 60% en 2020. A pesar de que la enfermedad crónica está presente en todos los grupos de población, son las personas adultas y las de edad avanzada las que tienen una mayor incidencia. Se estima que de los sesenta y cuatro millones de personas que fallecerán en 2015, cuarenta y un millones lo harán de enfermedades crónicas<sup>64</sup>.

Quizá la estimación más preocupante es que se prevé que en menos de veinte años (2030) se duplicará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años y que antes de diez años (2020) este tipo de enfermedades serán la primera causa de discapacidad en el mundo. En este sentido, recordemos que España, (junto con Italia y Japón) está en el grupo que encabeza el proceso de envejecimiento a nivel mundial<sup>66</sup>.

Respecto de la distribución de la enfermedad crónica y la dependencia, existe una correlación estadística entre el padecimiento de una enfermedad de estas características y la existencia de limitaciones de la persona para las acciones de la vida diaria (AVD). La suma de personas que padecen ambas características suponen un montante superior a aquellas en las que se da sólo el padecimiento de la enfermedad o las limitaciones para AVD.

En España, al igual que en el resto de países desarrollados, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios. Suponen el 80% de consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios. De las primeras, un 40% las realizan las personas de edad avanzada, consumidoras de mayores cuidados continuados y más recursos sociales. El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años y el consumo farmacéutico relacionado supone casi el 50% del gasto total<sup>67</sup>.

La relación directa de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida y podemos decir que las mismas y la situación de dependencia que generan y que pueden generar en un futuro inmediato, son actualmente un problema que dificulta y puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales si estos no son capaces de adaptarse a esta nueva situación; evolucionando y realizando para ello los cambios estructurales (organizativos, asistenciales y tecnológicos) necesarios a fin de poder continuar prestando con calidad los servicios para los que fueron creados. Ello va a requerir de notables esfuerzos en la tipificación y estratificación de la población a fin de que su categorización permita una adaptación a la realidad particular de los individuos.

Así las cosas, según la OMS, las enfermedades crónicas representan el mayor desafío de los sistemas sanitarios modernos -la mitad del planeta convive con alguna de ellas- y la atención integral de quienes las sufren se presenta como uno de los mayores retos del milenio<sup>68</sup>.

### 1.3. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Tras la aprobación de la Ley 39/2006<sup>69</sup>, de 14 de diciembre (en adelante LAPAD), se reconoce como universal el derecho de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La promulgación de la LAPAD ha marcado un antes y un después en lo relativo a la cobertura de las necesidades de los ciudadanos. Elevar estos entornos de atención, prevención y promoción al rango de derecho subjetivo garantiza, no solo la consolidación de una intervención de lo público ante determinadas circunstancias -ya de por sí lo suficientemente revolucionario para nuestro modelo de estado como para ser destacado- sino la oportunidad de que el sistema social adquiera y profile su intervención desde el rango que, históricamente, han reclamado tanto sus profesionales como los colectivos y grupos a los que va destinada su intervención.

Por tanto, la configuración de este derecho, que tiene su causa en la necesidad de responder a una realidad social indiscutible, ayuda al reequilibrio del sistema social con el sistema sanitario, clave para la construcción de un modelo de coordinación.

La atención a la dependencia se ha convertido en una prioridad social y ello ha sido una conquista fundamental de la evolución en la prestación de los servicios para la salud de las personas. Su necesidad de prestación, sin embargo, tenderá a ser cada vez mayor, si tenemos en cuenta, por un lado, el ya mencionado aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, y, por otro, el continuo crecimiento del porcentaje de personas que como consecuencia del padecimiento de enfermedades crónicas, procesos patológicos o accidentes sobrevenidos, presenta algún tipo de discapacidad

que, antes o después, disminuirá su autonomía derivando en una situación de dependencia.

Ello tiene una indudable repercusión en los sistemas de protección social e incide directamente no sólo en los presupuestos públicos sino también en el de las familias que conviven con una situación de estas características. Responder al desafío que presenta este panorama pasa por formular políticas que contemplen una planificación estratégica de provisión de servicios con inclusión de la iniciativa -tanto pública como privada- que permita asegurar la continuidad del proceso asistencial dando una respuesta ajustada a las necesidades particulares de las personas dependientes.

El número de años vividos es un hecho deseable si lleva aparejado un nivel de calidad de vida que permita disfrutarla. El objetivo de los sistemas sociosanitarios es que vivamos un mayor número de años, con la mayor capacidad funcional y con la mejor autonomía personal posible, entendiendo por esta la definición de la LAPAD; *"la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria"*.

En España, la situación de dependencia se encuentra clasificada en grados y niveles, que varían en función del grado de autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requieren. Esta clasificación es la siguiente:

- Grado I. *Dependencia moderada*: necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidad de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. *Dependencia severa*: necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, sin

que se precise del apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- Grado III. *Gran dependencia*: necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y que requiere del apoyo indispensable y continuo de otra persona por la pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial; o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

El alcance de esta problemática en España es el siguiente<sup>70</sup>:

- El 8,5% de la población española, casi cuatro millones de personas, posee alguna discapacidad o limitación para realizar actividades de la vida diaria; de los cuales el 55,8% son dependientes, es decir, precisan la ayuda, en mayor o menor medida, todos los días, de una tercera persona.
- De las casi 300.000 personas que viven en centros residenciales, hospitales psiquiátricos, gerontológicos y otros centros para personas con discapacidad, el 92,63% tiene alguna discapacidad y de estos el 93,93% son dependientes.
- Se está produciendo la feminización de la tasa de dependencia: más de la mitad de la población dependiente son mujeres y, a partir de los 80 años, estas suponen dos tercios del colectivo.
- La proyección existente de la población dependiente de los mayores de 65 años es que pasará de 828.556 personas a 1.158.123 personas en el intervalo de quince años (2005-2020). En estos años, el número de dependientes moderados y de dependientes severos superará las 900.000 personas, (477.335 y 432.857 respectivamente) y la gran dependencia se duplicará en el mismo intervalo de tiempo llegando a las 246.411 personas.

La puesta en marcha de la LAPAD (la institución de un nuevo derecho genera, por sí mismo, su demanda) ha superado las previsiones realizadas por los agentes sociales expertos, a pesar de su progresiva implantación (se comenzó en 2007 con la gran dependencia, se continuó en el bienio 2008-2010 con la dependencia severa para terminar en el próximo trienio, 2011-2014 con la dependencia moderada).

En concreto, según la situación a 1 de octubre de 2011 del SAAD, se han emitido 435.291 dictámenes de gran dependencia (grado III nivel 2 y 1), 449.044 dictámenes de dependencia severa (grado II nivel 2 y 1), y 374.016 dictámenes de dependencia moderada (grado I nivel 2 y 1) para todos los grupos de edad. Si se comparan los dictámenes emitidos en el presente año con las previsiones diseñadas para el año 2020, son elevadas las desviaciones producidas en el grupo de grandes dependientes (un 75% más, en la actualidad, de los previstos para dentro de 10 años). Además, el grupo de mayores de 65 años representa más de las tres cuartas partes del total de los dictámenes emitidos. Ello, siendo un gran logro hoy día, constituye un verdadero reto para el futuro.

Sin embargo, esta solidaridad familiar se está haciendo cada vez menos factible ya que, además de los problemas citados a los que se enfrenta el cuidador y que irá teniendo efectos y consecuencias con el transcurrir del tiempo, el número de mujeres con el perfil comentado que pasará a trabajar fuera de casa cambiará del 40% actual a un 75% en los próximos años<sup>71</sup>. Así las cosas, el actual apoyo informal se plantea a medio y largo plazo como un modelo de difícil mantenimiento por lo que es imprescindible que se orquesten soluciones en servicios y ayudas que permitan disponer de alternativas equivalentes en calidad y cantidad al cuidado familiar.

#### **1.4. LA CRISIS ECONÓMICA Y EL GASTO DE LOS SISTEMAS SANITARIO Y SOCIAL.**

La crisis económica a la que venimos asistiendo en los últimos años que, previsiblemente se mantendrá durante los siguientes y supondrá la adopción de medidas rigurosas para su superación en todos los sectores productivos, constituye una amenaza para la prestación continuada de servicios sanitarios y sociales, pilar básico del Estado de Bienestar. La financiación de ambos sistemas alcanza el 50% de los presupuestos públicos de las CCAA.

Esta situación nos plantea un reto ineludible: ofrecer servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas en un contexto en el que se acrecienta la coincidencia de necesidades de atención desde ambos sistemas, el sanitario y el social, obligando a reformular el modelo, creciendo hacia un sistema de atención integral, entendido como algo superior a la suma de sus partes sin que ello suponga la pérdida de la identidad propia de cada cual.

Tal vez el mayor peligro del contexto macroeconómico que vivimos lo constituya que el mismo supone un recurso conceptual obvio al que apelar para argumentar reducciones inmediatas de gasto sin atender a la imprescindible sostenibilidad en el largo plazo y a las razones de fondo de su necesaria permanencia. Es esencial comprender que el escenario requiere, no simples medidas de contención o reducción del gasto de carácter lineal, sino aunar esfuerzos en pro del objetivo común, que no es otro que la necesaria racionalización del gasto pero bajo el principio del mantenimiento de los niveles de protección social sin menoscabo, por tanto, de la calidad y de la equidad en la prestación de los servicios sanitarios y sociales. Los sistemas de protección no deben deshacerse de los principios que se encuentran en la génesis de su creación por la mayor complicación de los entornos en los que operan, sino que tienen la obligación de flexibilizarse y adaptarse a ellos sin perder su sentido último y primordial.

En este sentido, el Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación de los avales del Estado para 2011, ha comprendido la importancia de esta noción e introduce en su Capítulo III artículo 8 la adopción de medidas para la coordinación sociosanitaria encomendando al Gobierno la elaboración de la Estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria; y considerando, entre otros aspectos, por tanto:

- 1) que la coordinación sociosanitaria ha de valer como método para la racionalización del gasto partiendo del concepto de que es posible la optimización y el uso correcto de los recursos.
- 2) introduciendo una idea que lo puede permitir: el impulso a la *innovación* en este ámbito con el objetivo de la mejora en la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios y de atención social.

El requisito sine qua non para que ello sea posible es, precisamente, la idea de la transformación mediante la innovación. Esta ha de permitir la invención de formulaciones, un nuevo diseño y una reorientación del modelo; en definitiva una renovación de la gestión, organización, funcionamiento y financiación.

Si bien es cierto que, en un futuro próximo, es posible que haya que reforzar los recursos disponibles para atender el incremento de las demandas asistenciales, actualmente, existen numerosos recursos sanitarios y sociales que, organizados en colaboración y cooperación y en un modelo de funcionamiento diferente, ampliarían su espectro de atención. Es el propio cambio en el método de funcionamiento el que ayudará a propiciar una atención coherente y acorde a las necesidades reales de la población y a un menor coste; ya que la falta de construcción de un modelo de coordinación entre ambos sistemas puede estar obstaculizando, entre otros aspectos citados, la sostenibilidad del mismo.

Así las cosas, el actual entorno de crisis económica ha de ser visto como una oportunidad de poder plantear los cambios y reestructuraciones necesarias para hacer ambos sistemas auténticamente compatibles, eficientes de manera conjunta, perfectamente complementarios en la atención de las necesidades y en la organización de sus recursos<sup>72</sup>. Esto requerirá virar y reformar nuestras organizaciones hacia una visión y misión conjunta desde ambos sectores y que la planificación del modelo sea cooperativa, es decir, generada con la participación de ambos.

El sistema sanitario es uno de los sectores más productivos de la economía española: emplea a más de un millón de personas, los resultados clínicos obtenidos se encuentran al mismo nivel que los países más desarrollados y el coste de los mismos es de los más bajos en EU-15 en términos de gasto total global sobre el PIB (el segundo más bajo en términos de gasto per cápita)<sup>73</sup>, lo que supone una mayor eficiencia en términos comparados. Ello, sin embargo, no altera la situación global de amenaza en la que se encuentra enmarcado: en el contexto de crisis actual, el gasto sanitario mundial está experimentando un progresivo incremento.

En España este aumento del gasto sanitario viene marcado por:

- 1) El envejecimiento de la población implica que, en el futuro, 16 millones de personas precisarán de un gasto sanitario entre el doble y el triple que el resto de la población.
- 2) El aumento de los recursos destinados a la atención de la enfermedad crónica.
- 3) El fomento de la mayor demanda de nuevos tratamientos debido a la importante inversión efectuada en innovación en los mismos.

La parte más significativa de este gasto sanitario se está dedicando a la atención de la enfermedad crónica, usando recursos en su mayor parte

confeccionados para la atención a los episodios agudos de la enfermedad en general.

Esta confección para el tratamiento de la enfermedad aguda explica por qué, por ejemplo, mientras que el sistema es un referente internacional por su universalidad y nivel de accesibilidad de la población comparado con muchos países desarrollados, para la atención a la enfermedad crónica la estructura del sistema se define, en ocasiones, como excesivamente fragmentada, (superespecialización de las profesiones sanitarias, coexistencia de diversas profesiones sanitarias, existencia de múltiples organizaciones prestadoras de servicios, etc.). Se dedican, por tanto, recursos en exceso costosos para atender una tipología de enfermedad que no precisa de este tipo de recursos sino de la combinación de otros menores en costes y diferentes en el tipo de atención; probablemente de mayor *"calidad relacional"* si se ajustan a las necesidades reales de atención.

Por tanto, será necesario asegurar un uso eficiente y óptimo de los recursos a través de una adecuada gestión y organización de los mismos enfocándolos a las condiciones específicas de las personas que ha de atender: el permanente enfoque del equilibrio curar/cuidar.

Respecto del sistema social, la aprobación de la LAPAD, como hemos visto, ha supuesto un paso de enorme relevancia en la atención, si bien, su desarrollo supone un desafío; de un lado, porque el correcto abordaje de las necesidades de estas personas y sus familias requieren de la coordinación de los servicios que actúan sobre ellos como se analizará más adelante y, de otro, en lo relativo al incremento del gasto público que su materialización real va a llevar aparejada.

Los factores que determinan el gasto social en cuidados a las situaciones de dependencia son, como en el gasto sanitario, diversos: además del ya visto envejecimiento demográfico, tiene una dependencia directa con la mayor

prevalencia de personas en situación de dependencia que precisan de ayuda para realizar AVD, el grado de utilización de diversos servicios -intensidad de uso- y el coste de cada servicio.

No suelen contabilizarse, quizá por las dificultades metodológicas que entraña, el gasto económico que implica el cuidado informal realizado por familiares a personas en su propio domicilio. Ello tiene mucha trascendencia teniendo en cuenta que, como acabamos de ver, es en este factor en el que se basa el modelo de cuidado tradicional y que, actualmente, se está viendo afectado por varios motivos, entre los que destacan la previsión de la cada vez más frecuente incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

## **1.5. CONTEXTO ESTRATÉGICO, NORMATIVO Y PROGRAMÁTICO**

El soporte normativo de la coordinación sanitaria y social está constituido en España además de por la normativa de carácter nacional, por toda la normativa, planes y programas autonómicos, que ha ido estableciendo o desarrollando diferentes iniciativas de promoción, fomento o implantación de la coordinación sociosanitaria. Este desarrollo legal ha tenido diversos ritmos y evolución en las diferentes regiones y su profusión es considerable. En ocasiones, el impulso normativo no ha tenido con posterioridad, una implementación práctica suficientemente efectiva y, en otras, ha sido la realidad diaria y el trabajo conjunto de los profesionales de los dos sectores la que ha ido por delante, materializando en la práctica un sistema de coordinación sociosanitaria que no se ha visto refrendado legalmente. La experiencia demuestra que ambos aspectos favorecen la coordinación social y sanitaria y que ello depende, en gran medida, de las especificidades y trayectoria histórica de los distintos territorios.

Respecto de la evolución del marco legislativo, y teniendo como base el derecho a la protección de salud recogido en el artículo 43.1 de la Constitución

Española, el comienzo del debate se produjo en 1991 en el seno de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión "Abril")<sup>74</sup>, que advirtió disfunciones en el sistema sanitario y la carencia de una atención específica a determinados pacientes, instando a dar solución a dicho problema. Posteriormente, el Plan Gerontológico Nacional (1993)<sup>75</sup> abordó el envejecimiento de la población española, la dependencia y las nuevas necesidades de servicios y realiza una valoración positiva de las experiencias de coordinación sociosanitaria. Comenzó el mismo año, la promoción de dicha coordinación y de prestaciones diferenciadas en la Unión Europea<sup>76</sup>. Cinco años después, Europa formalizaba la necesidad de organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos y recomendaba la coordinación como medida en favor de las personas dependientes.

El Plan Estratégico del INSALUD de 1997 adopta ya como estrategia la coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales y se crean en 1999 los ESAD (Equipos de Soporte de Ayuda a Domicilio) en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria a la tercera edad y, en general, a pacientes en situación de dependencia y/o con enfermedades terminales<sup>77</sup>.

El marco normativo estatal de carácter general se ha centrado en la regulación y desarrollo de diferentes aspectos de la coordinación sociosanitaria, del que destacamos, en la actualidad, los siguientes textos y disposiciones:

- 1) Plan de acción para personas mayores 2000-2005<sup>78</sup>, que propone el "desarrollo de un sistema integral de atención a las personas en situación de dependencia", incluir el riesgo de dependencia como contingente de la seguridad social y la garantía de la accesibilidad territorial de las prestaciones sociosanitarias.
- 2) Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que, entre otros aspectos, consagra el derecho

del paciente o usuario a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

- 3) El Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, por el que se establece el título de técnico en la atención sociosanitaria y en las correspondientes enseñanzas comunes, que, además de entender la importancia de un perfil específico adecuado a las características de la atención sociosanitaria, regula las capacidades que ha de reunir dicho perfil en aspectos tales como: lenguaje sociosanitario, organización de actividades para cubrir las necesidades de la vida diaria de mayores, discapacitados, enfermos crónicos y convalecientes, atención integral, colaboración interdisciplinar, atención domiciliaria, satisfacción de expectativas de usuario, elaboración del plan de cuidados individualizado y seguimiento del mismo, actitud de tolerancia, etc.
- 4) La Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que señala la importancia de la búsqueda de mecanismos de integración en la atención social y sanitaria y establece la garantía de la continuidad del servicio mediante la coordinación de las administraciones públicas que correspondan y define las prestaciones de atención sociosanitaria como *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*. Esta debe comprender, en cualquier caso: los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Establece, asimismo que son las CCAA las encargadas de determinar los niveles de atención en el ámbito sanitario.

- 5) El Libro Blanco de la dependencia (2004)<sup>79</sup> que, además de dedicar su capítulo VII a la coordinación sociosanitaria, manifiesta que la extensión de la cartera de servicios del sistema sanitario a cierta tipología de servicios de carácter social (tales como los cuidados de larga duración, convalecencia y rehabilitación y otros) “debería ser posible gracias a la financiación prevista para el sistema nacional de la dependencia”.
- 6) El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.
- 7) La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) que, además de instituir, como ya hemos visto, el derecho de los ciudadanos al reconocimiento de las situaciones de dependencia, entre otras medidas (colaboración de los dos sectores para la prestación de los servicios a los usuarios y en prevención de la dependencia, atención integral e integrada, compatibilidad con las prestaciones sociosanitarias, etc.), crea, como mecanismo de cooperación entre el Estado y las CCAA, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y atribuye a las CCAA la fijación de procedimientos y órganos de coordinación sociosanitaria.
- 8) Estrategias para enfermedades que puedan generar gran dependencia (EPOC, ICTUS, cuidados paliativos)<sup>80,81,82</sup> que señalan la importancia de la coordinación sociosanitaria para la atención integral de estos pacientes. Algunos de estos objetivos tiene que ver con: desarrollar servicios sociosanitarios de calidad, diseñar circuitos de coordinación y atención entre el sistema sanitario y social (servicios sociales, residencias, etc.), o el establecimiento de un sistema de coordinación con recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones.
- 9) El Real Decreto 542/2009 por el que se crea el nuevo Ministerio de

Sanidad y Política Social que asume las competencias del extinto Ministerio de Sanidad y Consumo y de la extinta Secretaría de Estado de Política Social, Familia y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, que refuerza el papel del Ministerio como instrumento de cohesión.

- 10) El RD-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, que señala que el Ministerio elaborará la Estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria. Dicha estrategia establecerá objetivos de coordinación y atención social, de mejora de la calidad y eficiencia y objetivos ligados al impulso de la *innovación* y de generación de empleo en el ámbito de la coordinación sociosanitaria. Se cumple así el compromiso del gobierno de apostar de manera decidida por la coordinación sociosanitaria como modelo de funcionamiento facilitando, en el marco de sus competencias, las bases para una implantación efectiva del mismo a fin de velar por la igualdad, la equidad y la accesibilidad en todo el territorio nacional.
- 11) Por último, la ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública en su artículo 22.2 establece la obligación de las Administraciones sanitarias de instituir procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas entre otras en atención sociosanitaria.

## 1.6. APROXIMACIONES CONCEPTUALES Y TERMINOLÓGICAS

### – Atención sociosanitaria

En España, la atención sociosanitaria fue definida en la ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud y se refiere a ella como *aquella que 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, señalando que "la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes".*

Aunque dicho concepto ha ido evolucionando, ha permanecido asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración dispensados a personas que presenten simultáneamente dependencia y enfermedades generalmente crónicas (a veces causantes propiamente de la situación de dependencia) y que tengan necesidad de cuidados personales y sanitarios al mismo tiempo<sup>83</sup>.

Desarrollando esta definición podríamos decir que la atención sociosanitaria:

- 1) Responde a situaciones complejas y mixtas en las que confluyen necesidades sociales y sanitarias simultáneamente sin necesidad de que la intensidad de ambas se presente en una proporción similar ni al origen ni a lo largo del tiempo. Es decir, la atención que requiere un paciente crónico y dependiente en determinados momentos podrá ser predominantemente sanitaria mientras que, en otros, pueda serlo principalmente social. Lo determinante es que ambas están presentes a lo largo del proceso asistencial.
- 2) Gira en torno a los "cuidados de larga duración". Se trata de procesos horizontales, de pacientes que precisan asistencia continua que viene determinada por el deterioro de las capacidades funcionales físicas, mentales y/o cognitivas frente a aquellas situaciones en las que puede requerir puntualmente la intervención de ambos sistemas. La duración y el tipo de cuidados, fruto de la propia variabilidad individual, son en muchos casos difíciles de predecir.
- 3) Es una respuesta a las situaciones de dependencia: habrá de tenerse en cuenta, por tanto, que la satisfacción de las necesidades del paciente

dependerá en todo momento de los recursos existentes y la disponibilidad o accesibilidad a los mismos.

El objetivo principal de la atención sociosanitaria es proporcionar una atención integral al paciente y satisfacer las necesidades que pueda plantear a lo largo del continuum asistencial. La propia definición lleva implícita la colaboración entre los dos sectores donde tradicionalmente ha habido una separación, el sanitario y el social. Debe ser abordada desde una visión holística y sinérgica, garantizando un abordaje global de la situación que permita, además, la optimización de todos los recursos existentes. Se trata de un modelo diferente, adaptado a la situación actual, que consiga satisfacer las necesidades emergentes de los ciudadanos.

Según esta visión, el paciente se convierte en el eje sobre el que pivota la organización y el funcionamiento de los servicios, dejando de lado los modelos centrados sólo en estos últimos, que están basados en la tipología de la prestación. Permite que la atención sanitaria y social sea flexible, personalizada y no tenga grietas ni en su recorrido temporal ni en el contenido de la misma.

Este nuevo enfoque requiere aprender y reconocer las motivaciones y necesidades de los usuarios, posicionando la relación entre el cliente y la organización en el centro de todas acciones a desarrollar. En definitiva, busca la orientación de los servicios a la demanda, es decir, el cuidado social y sanitario ha de basarse en la necesidad individual y en toda la diversidad que esta puede conllevar y exige la autonomía y la responsabilidad en la atención que se preste<sup>84</sup>.

La atención sociosanitaria posee implicaciones para los actores implicados en la misma: para el usuario, el profesional y para los gestores. Es un método de atención en red que favorece un novedoso estilo de intervención asistencial basado en la coordinación de ambos sectores y en la multidisciplinariedad de profesionales y conocimientos.

Los fundamentos del modelo de atención sociosanitaria se pueden resumir en los siguientes<sup>85</sup>:

- El agente sanitario se encarga del desarrollo de la fase sanitaria que estaría constituida por la atención especializada a las enfermedades crónicas y degenerativas mediante el dispositivo sanitario.
- El agente social ejecuta la fase social que estaría compuesta por la atención a la necesidad de ayuda por estados de salud alterados, situaciones de pobreza, de aislamiento y soledad y a la ruptura de las barreras estructurales, utilizando para ello el dispositivo social.
- Ambos, mediante el dispositivo coordinado, deben desarrollar la fase sanitaria social que es aquella que se encarga de la atención a la discapacidad funcional, las necesidades físicas (AVD), los síndromes geriátricos y las necesidades de los cuidadores.

#### – Atención Integral

Mientras que la atención sociosanitaria tiene que ver con la tipología de servicios que la configura y define y, por tanto, hace referencia a los sistemas de servicios que la dispensan, el concepto de atención integral está elaborado desde el punto de vista del usuario o paciente y va referida al contenido de la atención, esto es, significa que ha responder a la satisfacción de todas las necesidades de la persona. Estas necesidades son de carácter físico-biológico, psicológico-cognitivo, afectivo-emocional y económico- social.

La atención integral, dentro del contexto de la coordinación sociosanitaria, por tanto, es una forma concreta de abordaje de la enfermedad crónica y la dependencia, que tiene en cuenta la problemática y la situación específica de la persona y de su entorno; cuidando y tratando todos los aspectos que inciden en la pérdida o disminución de su salud y de su autonomía.

Para que la atención pueda tener integralidad ha de tener en cuenta las creencias, preferencias y estilo de vida de la persona y estar orientada a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía, priorizando, si ello es posible, la permanencia en su entorno habitual. El concepto presupone concebir la salud en términos de calidad de vida global, por lo que es inherente al mismo la personalización de la atención.

“La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” (Rodríguez P 2010)<sup>86</sup>.

#### – **Atención Integrada y atención global**

Se trata de un concepto que no es unívoco. Sin embargo, posee, en sus diferentes acepciones terminológicas, características comunes que tienen que ver con el modo de organización para la prestación de un determinado tipo de atención. Así las cosas, en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, cuando se habla de la atención integrada, el término se encuentra referido a la selección concreta del modelo de organización de los recursos, de manera que se produzca una combinación o composición funcional determinada.

“Es un conjunto de técnicas y modelos organizativos designados para crear conectividad, alineación y colaboración entre la atención sanitaria y social (y dentro de ellas) en los niveles de financiación, gestión y provisión” (Kodner DL, Kyriacou CK 2000)<sup>87</sup>.

“La atención integrada como modelo de atención y de organización de servicios tiene cinco pilares: visión global o “sistémica” del sistema de salud, enfoque poblacional, coordinación de servicios, continuidad de la atención, y atención centrada en el paciente. Las propuestas y experiencias de atención integrada se

mueven entre esos cinco pilares, asumiéndolos en su totalidad o con enfoques parciales, si bien los enfoques globales se muestran más efectivos y eficientes” (Nuño Solinís R. 2008)<sup>88</sup>.

La atención global, sin embargo, hace referencia a toda la cadena de la atención a la enfermedad, que va desde la prevención, pasando por la curación, los cuidados y la rehabilitación, hasta los cuidados paliativos.

#### – **Espacio Sociosanitario**

La atención sociosanitaria debe cubrir el que se ha venido a denominar espacio sociosanitario, una zona compartida, un área de convergencia entre los dos sistemas constituido por las necesidades simultáneas y continuadas de prestaciones sociales y sanitarias destinadas a personas con enfermedad crónica y distintos perfiles de necesidad.

La existencia de esta parcela concurrente y complementaria determina la necesidad de entendimiento y cooperación que defiende el sistema de coordinación sociosanitaria. En dicho espacio, ninguno de los sistemas posee la capacidad de prestar una atención integral y de calidad si no es con el concurso del otro, ya que esta trasciende la gama de cometidos que son innatos a cada uno de los dispositivos por separado. Cuando ello ocurre, ambos resultan afectados por las consecuencias de una atención inadecuada a la necesidad planteada.

El espacio sociosanitario es concebido como un área de encuentro entre los recursos sociales y sanitarios y de los sistemas encargados de su gestión<sup>89</sup>.

#### – **Centro Sociosanitario**

En términos generales, se conocen los centros sociosanitarios como aquellos en los que se ofrecen cuidados personales destinados a la atención a la dependencia y cuidados sanitarios destinados a atender la enfermedad.

Pero el concepto no es unívoco en España. En algunas Comunidades, los centros sociosanitarios se configuran como recursos del sistema social o están tipificados exclusivamente como sanitarios aunque de menor intensidad. En otras, estos centros ofrecen prestaciones diferenciadas en módulos de atención sanitaria y de atención social. Con independencia de a qué sistema corresponda, en cada caso, su gestión, el concepto hace referencia a aquellos centros en los que se atienden necesidades de carácter sociosanitario en distintas proporciones.

#### – **Red Sociosanitaria**

Se define la red sociosanitaria como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas en situación de dependencia. Su objetivo es la creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria<sup>79</sup>.

#### – **Paciente Sociosanitario**

La coordinación entre los servicios sanitarios y sociales trae consigo beneficios para cualquier ciudadano en tanto en cuanto puede facilitar la respuesta a una situación de necesidad sanitaria y social que se puede plantear en un momento determinado de la vida.

Cuando estas necesidades no se presentan simultáneamente puede ser suficiente con articular fórmulas de colaboración puntuales entre ambas redes, mecanismos relativamente sencillos que, con una secuencia coherente, permitan solventar aquello que impide al usuario, temporalmente, disponer de una buena calidad de vida.

Sin embargo, existen una serie de personas que manifiestan necesidades prolongadas y simultáneas -de índole social y sanitaria- para quienes la máxima

coordinación entre ambas redes resulta primordial para recibir una atención adecuada, eficaz y pertinente a los requerimientos complejos y diversos de su proceso asistencial. Estos últimos son los que conforman la población diana de la atención sociosanitaria.

Por tanto, el paciente sociosanitario es aquella persona que de manera continua e, incluso en ocasiones, permanente, es usuaria de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios al concurrir en ella, al mismo tiempo, necesidades de cuidados que son proporcionados por cada uno de los sectores en sus respectivos ámbitos de actuación; y dicha necesidad es resultado del padecimiento de una o varias enfermedades –generalmente crónicas- unido a ciertos déficits funcionales que le impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de una tercera persona. Lo que determina el concepto es la suma de ambos factores: la cronicidad de la enfermedad del paciente y su situación de dependencia.

En línea con este concepto, podríamos decir que la población susceptible de atención sociosanitaria incluye personas con enfermedades crónicas progresivas, con enfermedades en situación terminal o enfermedades mentales, personas con discapacidades físicas y/o sensoriales y personas con discapacidades psíquicas o intelectuales, en las que coexista, además de la enfermedad o discapacidad, una situación de dependencia sin que ello suponga una clasificación exhaustiva ni la exclusión de las prestaciones de asistencia social y/o sanitaria al resto de grupos de población con necesidades asistenciales que no queden aquí enunciadas.

Este concepto, como venimos analizando, se basa, principalmente, en los cambios sociodemográficos y epidemiológicos actuales que han quedado expuestos en otros apartados de este trabajo y la necesidad de prestar una atención integral y continua, mejorando la calidad asistencial y garantizando la cobertura sanitaria y social a estos colectivos<sup>90</sup>.

Por otro lado, el perfil del paciente sociosanitario es<sup>90</sup>:

- 1) ANCIANO FRÁGIL con pluripatología o enfermedad crónica que desarrolla una incapacidad funcional temporal o definitiva.
- 2) PERSONAS ADULTAS
  - a) que tras un episodio clínico agudo, presentan disminución de las capacidades funcionales y precisan tratamiento de rehabilitación
  - b) con enfermedad crónica avanzada o, con descompensación de la misma, que precisan convalecencia con el fin de alcanzar la estabilización clínica.
- 3) Personas con enfermedades en situación clínica de ENFERMEDAD TERMINAL que precisan cuidados paliativos.
- 4) Personas con TRASTORNOS COGNITIVOS SOBREVENIDOS O DEGENERATIVOS que precisan atención para la recuperación total o parcial de su déficit cognitivo o para retrasar el deterioro irreversible,

Merecen, en este apartado, especial atención las personas mayores, por reunir características específicas y poseer una serie de particularidades en el modo de enfermar y en sus necesidades de asistencia sanitaria y social ya que<sup>91</sup>:

- a) Padecen enfermedades específicas que son mucho más prevalentes en este grupo de edad.
- b) Es habitual la existencia de pluripatología.
- c) El patrón evolutivo es una tendencia frecuente hacia la incapacidad y la dependencia, especialmente si no se aplica un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz.
- d) Sin tratamiento adecuado el deterioro puede ser más rápido que a otras edades y la recuperación más lenta.

- e) Como grupo de población, presentan una gran heterogeneidad individual, tanto en su situación basal de salud y funcionalidad, en la prevalencia de enfermedad, como en el pronóstico de sus problemas de salud y su capacidad de recuperación y de respuesta al tratamiento.

Para que la atención a este tipo de paciente sociosanitario quede garantizada, dada la alta variabilidad de las situaciones personales de los ciudadanos que se encuentran en situación de dependencia, será preciso incorporarlos al proceso de confección y diseño del dispositivo sociosanitario, ya que, necesariamente, para la efectividad del mismo será imprescindible contemplar sus expectativas, preferencias, demandas, pautas y estilo de vida, principalmente en el ámbito domiciliario. Esto supone tener en cuenta el grado de dependencia y la necesidad de cuidados personales, de cuidados sanitarios requeridos por su patología y la red de apoyo de la que disponga: familiares, cuidadores y posibilidades económicas.

#### – **Coordinación sociosanitaria**

Ante la existencia de dos sistemas claramente diferenciados, el sanitario y el social, es preciso el trabajo conjunto y complementario de ambos para una atención integral y de calidad cuando las necesidades de las personas se presentan de forma simultánea. Este trabajo conjunto y las actividades de coordinación que se pueden emprender como consecuencia del mismo, pueden obedecer a diferentes diseños y modelos de intervención. Por tanto, la coordinación sociosanitaria se puede definir como un «conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia». (Sancho Castiello, T 1999)<sup>92</sup>.

Se trata de una forma de abordaje conjunto cuando, para atender necesidades complejas no es suficiente la prestación separada o independiente de las mismas.

Tal y como se expone en el Capítulo VII del Libro Blanco de la dependencia 2004<sup>79</sup>:

- la coordinación sociosanitaria es realmente un “modelo de intervención”, destinado por tanto a optimizar los recursos de ambos sistemas, mejorando su comunicación, y permitiendo una acción conjunta.
- la red de recursos sociosanitarios lo conforman recursos del SNS y del Sistema de Servicios Sociales, destinados a prestar la atención sociosanitaria de las personas con dependencia, que requieren “una estrategia para la adecuada reorientación de los servicios”.

No se trata pues, de la utilización de la suma de los recursos de cada uno de los sistemas, sino de una forma de organización diferente de ambos dispositivos para el correcto aprovechamiento de todos los recursos existentes en cada uno de ellos.

Por ello, la coordinación debe garantizar<sup>83</sup>:

- i. una atención integral e interdisciplinar (biológica, psicológica, social)
- ii. una atención global (prevención, asistencia curativa, cuidados y rehabilitación)
- iii. la complementariedad intersectorial (medidas sanitarias y sociales coordinadas) y
- iv. calidad relacional: atención humanizada y cuidado del confort del entorno.

## 1.7. NECESIDAD DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

La atención a la dependencia se ha convertido en el gran desafío de las políticas sociales de nuestro país, una prioridad a la hora de encarar los retos que comportan los cambios ya mencionados que está generando el aumento de la esperanza de vida, el progresivo incremento y aceleración del envejecimiento de la población y el continuo crecimiento del porcentaje de personas que, como consecuencia de procesos patológicos o accidentes sobrevenidos, presenta algún tipo de discapacidad que, antes o después, disminuirá su autonomía personal derivando en distintos grados de dependencia.

Por tanto, el sistema debe ser capaz de<sup>93</sup>:

- 1) Mantener la autonomía e independencia de las personas durante el mayor tiempo posible.
- 2) Evitar que el cuidado y apoyo a las necesidades se vaya reduciendo con el tiempo.
- 3) Garantizar la equidad en la evaluación, valoración y atención de las necesidades.
- 4) Accesibilidad de una amplia gama de servicios de atención y apoyo evitando la fragmentación de los mismos.
- 5) Brindar información eficaz de la cartera de servicios.
- 6) Garantizar la personalización y la integralidad de la atención.

El futuro puede presentarse alentador si conseguimos conjugar de manera eficiente las redes sanitaria y social que, si bien son de origen y finalidad diferentes, convergen en dar respuesta en muchas ocasiones a las mismas personas y sus familias.

En España, el Sistema Nacional de Salud tiene un muy buen nivel de desarrollo y es ampliamente aceptado y valorado por la población. Los recursos disponibles, la experiencia de gestión sanitaria desarrollada por las Comunidades Autónomas en los últimos años y los resultados en salud sitúan a la sanidad española entre las mejores del mundo desarrollado, referente internacional en universalidad de sus prestaciones y nivel de acceso a las mismas.

Desde el sistema sanitario se vienen impulsando constantemente planes de mejora, planes de calidad y planes de coordinación institucional en los que la incorporación de procedimientos participativos son una de las características más reseñables. Así, la orientación de los planes hacia la calidad, hacia la equidad o hacia el paciente, son elementos consustanciales del trabajo de mejora continua en el sistema sanitario.

Por su parte, el sistema de atención social en España tiene también un amplio respaldo institucional que se ha desarrollado en los últimos años desde las administraciones responsables. Los servicios sociales han adquirido un nivel relevante gracias al impulso de ellas, dando respuesta paulatina a las necesidades de la sociedad.

Recientemente, la aprobación de la LAPAD ha supuesto, como se ha visto, un paso de enorme relevancia en la construcción de un moderno Estado de Bienestar, pero el desarrollo de esta ley supone un desafío y requiere de la coordinación con el resto de servicios que actúan sobre las personas en situaciones de dependencia y sus familias, como eje fundamental de la aplicación de la misma en distintas áreas y procesos.

La falta de un abordaje adecuado a las necesidades planteadas por personas con edad avanzada y/o enfermos crónicos y dependientes conduce generalmente a un empeoramiento de la salud (hospitalizaciones innecesarias, aumento de la mortalidad, etc.), a una sensación de indefensión y frustración

por parte de los pacientes y, por ende, a un incremento en los costes del sistema. De ahí que se precise racionalizar y adecuar a la demanda el uso de recursos y promover nuevas alternativas a la asistencia tradicional, algo que se consigue adoptando un compromiso de trabajo conjunto bajo un modelo sólido de coordinación. Existe la necesidad de unificar la atención a todos los segmentos de la población de crónicos, adecuando los componentes y beneficios de los mismos a la gravedad, riesgo y gasto de cada uno de ellos<sup>94</sup>.

Visto todo lo anterior, el desarrollo de fórmulas organizativas que permitan que la provisión de ambos servicios se realice de forma coordinada, articulando los dispositivos sanitarios y sociales se fundamenta en (Casado D, 2003)<sup>95</sup>:

- 1) Aprovechamiento de sinergias: aunque el objetivo prioritario de los servicios sanitarios y sociales es actuar respectivamente sobre el estado de salud (previniendo y curando) y la capacidad funcional (rehabilitando y cuidando), uno y otro tipo de intervenciones pueden acabar afectando positivamente la evolución de los problemas que no le son propios. Esta sinergia será posible plenamente con un sistema "articulado" de provisión.
- 2) Obtención de un balance asistencial adecuado a lo largo del tiempo: el estado de salud y el nivel de dependencia de un anciano vulnerable, además de estar relacionados entre sí, varían a lo largo del tiempo, por lo que es necesario garantizar un continuum en la atención a las necesidades específicas de cada usuario. La clave del éxito va a residir en la capacidad que tengan los proveedores de hacer transitar a los ancianos vulnerables de unos servicios a otros en función de cómo varíen sus necesidades. Y en esa tarea, como es lógico, las ventajas de un sistema que haya optado por articular los servicios sanitarios y sociales resultan evidentes.

Si, tal y como se prevé, la demanda de servicios sociosanitarios continua incrementándose, resulta imprescindible extremar la eficiencia en la gestión, articulando aquellas actuaciones que hagan posible la prestación de la atención desde los dos ámbitos de un modo eficaz y costo-efectivo, donde, de partida, exista un acuerdo de mínimos para la población sociosanitaria.

Como venimos analizando, para que el modelo de coordinación que se ponga en marcha tenga los resultados que se esperan ha de poseer las siguientes características (Rodríguez Cabrero G y Monserrat Codorniu J 2002; Martínez-Aguayo C y Gogorcena Aoiz MA, 1994)<sup>96,97</sup>:

- 1) GLOBAL, afectando a todos y cada uno de los ámbitos de actuación en los que estén implicados los recursos destinados a prestar esta atención.
- 2) INTEGRAL, considerando el abordaje de los cuidados de las personas dependientes tanto desde los aspectos físicos, psíquicos como sociales y económicos que inciden de una u otra forma en la pérdida de autonomía de la persona, precisando del apoyo institucional, personal (familiar, voluntariado o profesional), o económico. Dentro de este abordaje integral debe incluirse la atención al cuidador principal de la persona dependiente.
- 3) MULTIDISCIPLINAR, implicando en los cuidados a los diferentes profesionales que a lo largo del curso de la enfermedad intervienen en cualquiera de sus procesos diagnósticos, preventivos, de valoración de la dependencia, hasta aquéllos que planifican el tratamiento, valoran los resultados y rehabilitan al ciudadano en su entorno de la forma más eficaz posible para la mejora de su salud.
- 4) ACORDE CON EL MODELO ASISTENCIAL SANITARIO Y SOCIAL del entorno de la persona dependiente. Un modelo sociosanitario discrepante en su estructura o desarrollo con los modelos sociales y sanitarios existentes en España desembocaría en la inviabilidad del mismo.

- 5) EQUITATIVO, en el desarrollo territorial de los recursos.
- 6) ACCESIBLE a todos los ciudadanos de acuerdo con el nivel de dependencia de cada persona.
- 7) FLEXIBLE, que tenga la capacidad de adaptarse individualmente y sea capaz de prestar la atención apropiada en el momento oportuno.

En este sentido, el modelo "*reactivo*" frente a la enfermedad (vigente actualmente y con enfoque en la curación) se caracteriza por proporcionar la atención y el tratamiento desde que el paciente accede al sistema hasta que es dado de alta del mismo con el tratamiento que corresponda, sin que se le realice un seguimiento específico ni continuado. El modelo "*proactivo*" para mantener la salud (que deberá implantarse desde un enfoque y cultura del cuidado) se caracteriza por la prevención, atención y el tratamiento del paciente sociosanitario tras el acceso al sistema donde será evaluado por un equipo multidisciplinar -recursos humanos de los dos sectores- llevando parejo un plan preventivo y un tratamiento y apoyo continuo del sistema.

En conclusión, la asunción de un modelo de gestión y funcionamiento de coordinación social y sanitaria responde a la aparición de un nuevo perfil de necesidades que se corresponden con una serie de causas a las que los sistemas social y sanitario han de adaptarse para dar una respuesta adecuada.

En resumen, son:

- La mayor esperanza de vida que ha provocado un envejecimiento demográfico y una mayor supervivencia de las enfermedades crónicas.
- Las mayores expectativas de servicio y cuidado y el incremento de la incidencia y la prevalencia de las situaciones de deterioro y dependencia.

Todo ello implica la necesidad de una mayor diversidad de los servicios de salud y sociales y un mayor soporte comunitario.

## 1.8. RETOS Y BENEFICIOS DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

### 1.8.1 Retos

Las distintas experiencias de coordinación social y sanitaria desarrolladas hasta la fecha en nuestro país son un reflejo de la voluntad de nuestros sistemas de buscar fórmulas para garantizar la atención integral de las personas evitando duplicidades ineficientes. Así se manifiesta, por ejemplo, con la promulgación de la normativa y la puesta en marcha de planes y programas en todas las Comunidades Autónomas.

Los esfuerzos realizados apuntan en la dirección correcta, sin embargo, el ritmo acelerado que presentan los cambios en la sociedad requiere de un importante impulso por parte de los responsables políticos y de ambos sistemas para afrontar, con los estándares de calidad precisos, los nuevos escenarios, el establecimiento de fórmulas y el desarrollo de acciones a nivel organizativo, asistencial, financiero y tecnológico que pongan en marcha el modelo en toda su plenitud y redunden en una mejora de la calidad de vida de quienes se enfrentan a una situación compleja.

Actualmente, en los denominados pacientes sociosanitarios la posibilidad de obtener un tratamiento insuficiente es alta debido a tres cuestiones principales (Martín Jiménez S, Oliva J, Vilaplana C, Herrera E, Muñoz Y, Martín V 2011):

- i. nuestros sistemas no se diseñaron para ser sinérgicos.
- ii. el SNS ha desarrollado su red asistencial para atender adecuadamente la patología aguda pero no la enfermedad crónica.
- iii. el sistema de atención a la dependencia se ha visto obligado a desarrollar, dentro de sus propios recursos, determinadas prestaciones de carácter sanitario por la evolución de las necesidades de las personas que atienden. Como consecuencia de ello, existen una serie de servicios

que dispensan competencias del sistema sanitario pero que están gestionadas fuera de él y con recursos limitados.

Pese a la idoneidad y el consenso existente, incluso pese a la voluntad de políticos y profesionales, implementar un modelo basado en la atención mixta de las instancias sociales y sanitarias entraña ciertas dificultades originadas principalmente por:

– **Diferencias en la cultura de los servicios y evolución dispar**

La atención sanitaria es un derecho social, subjetivo, universal y públicamente reconocido. La LAPAD ha elevado a la categoría de derecho la atención a la dependencia, contribuyendo, de manera decidida, a la equiparación de los dos tipos de atención. No obstante y debido a la trayectoria y al diferente ritmo con que se producen los cambios "*culturales*", la atención prestada desde los servicios sociales continúa arrastrando concepciones históricas en las que se configuraba como una atención ligada a la graciable. Aún hoy no se encuentran situados al mismo nivel ni percibidos (por ciudadanos y profesionales) en un estatus similar, a pesar de la plena equiparación legal. Con el tiempo, esta última desembocará, indudablemente, en la superación de dicho estereotipo. No obstante, ello requerirá de tiempo y esfuerzos encaminados a su consecución.

Por otro lado, y quizá fruto de la visión estereotipada subyacente, existe un desconocimiento mutuo de las capacidades y conocimientos de los propios profesionales de ambas redes que hacen que resulte compleja la asunción de responsabilidades compartidas. El modelo que se articule debe ser capaz de conjugar intereses, expectativas, objetivos y voluntades de quienes participan y tender puentes de colaboración, huyendo de actitudes endogámicas que impidan u obstaculicen el desarrollo de un trabajo interdisciplinar.

Asimismo, el traspaso de competencias y la evolución legislativa han seguido un calendario diferente que hace que establecer mecanismos de colaboración sea más complejo puesto que los modelos de organización y gestión son categóricamente distintos a día de hoy.

#### – **Diferencias organizativas territoriales**

El territorio español posee una gran diversidad territorial, cultural e idiomática que constituye un elemento enriquecedor. Pero la gran dispersión geográfica de algunas zonas así como los diferentes modelos de colaboración entre los entes locales y otras administraciones (diputaciones forales o provinciales y administración autonómica) –fruto de la potestad de autoorganización de estas administraciones- y entre los primeros y los hospitales son muy variados y diversos, ya que, dependiendo de la configuración territorial específica admiten formas de organización muy dispares que varían según la motivación, la trayectoria histórica de la colaboración en el territorio y la cooperación existente. En estos supuestos, el obstáculo fundamental viene constituido por la práctica imposibilidad de extensión de los modelos o prácticas, que dependen de específicas configuraciones territoriales.

#### – **Diferente ámbito competencial entre el Estado y las CCAA**

Aunque la responsabilidad para la adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria es compartida, el ámbito competencial es diferente en el nivel estatal que en el autonómico. Ello no obsta para la elección de un modelo único consensuado entre ambos niveles competenciales, en el que la administración central pueda garantizar la distribución equitativa de los recursos entre los ciudadanos y las distintas CCAA. Estas últimas han ido abordando la implantación de modelos organizativos de coordinación sociosanitaria desde diferentes ópticas: algunas de ellas, por ejemplo, desde planes de salud, mientras que otras lo han hecho desde planes de atención a la dependencia dirigidos, en algunos casos, a colectivos específicos o a enfermedades concretas

como las enfermedades mentales. Si bien ello, como decimos, no debe ser un obstáculo para la elección del modelo, superar métodos de gestión ya iniciados para su reorientación, puede constituir un impedimento que ralentice el cambio.

#### – Complejidad financiera

El sistema sanitario y social comparten su carácter público y universal. Ambos se nutren de presupuestos públicos y, por tanto, su financiación también procede de los impuestos que pagan los ciudadanos. Sin embargo, existe una diferente percepción de la *gratuidad* de los mismos por la población, que consiste en la apreciación de que el sistema sanitario no supone coste alguno para los usuarios y el sistema social, en cambio, responde a una financiación mixta donde el paciente contribuye a sufragar los gastos (sistema de copago) en función del tipo de servicio y la capacidad económica de que disponga. Ello es así incluso a pesar de que hay determinados servicios sanitarios que también son abonados por el usuario (adquisición de medicamentos en oficinas de farmacia) y que los servicios sociales son gratuitos para aquellas personas que no disponen de capacidad económica.

Ello genera dificultades para la justificación (y comprensión ciudadana) del copago de determinados servicios conjuntos (los que se conciben como propios de la atención sociosanitaria) y también entraña dificultades de tipo institucional (principalmente de índole presupuestaria) para la configuración de un catálogo de servicios sociosanitarios conjunto que no diferencie las prestaciones sanitarias y sociales.

Por otro lado, la desigual distribución de los recursos públicos y la diferente asignación presupuestaria de las dos instancias, que no ha de ser igual sino equitativa y proporcional al tipo de atención, requiere de una redistribución real de los costes en el ámbito de lo sociosanitario, respecto de la competencia del dispositivo que haya de prestarlo.

### – Estructuras y procesos paralelos

Las variaciones contrastadas no sólo en estructura de los dos sistemas, sino también en los procedimientos y procesos dentro de la práctica de ambos sectores –que si bien difieren en su organización estructural se dirigen a una población diana en muchos casos coincidente- entorpece la puesta en marcha de un modelo compartido que dé respuesta a los pacientes con patologías clínicas y necesidades sociales concomitantes.

La rigidez normativa y procedimental (burocrática, en definitiva) de ambos sistemas dificulta cualquier proceso de transformación y la adopción de una visión global y conjunta, suponiendo una limitación para su adaptación a las nuevas necesidades emergentes.

Respecto de las políticas de recursos humanos que conforman ambas redes, existen desequilibrios significativos en las políticas retributivas entre profesionales pertenecientes a la misma categoría profesional pero que operan en diferente sector, que generan reticencias y dificultan el trabajo interdisciplinar en condiciones óptimas y un clima favorable a la colaboración.

### – Ausencia de sistemas de información compartidos

El acceso a la información se configura como un requisito insoslayable para abordar las reformas hacia un modelo mixto de colaboración que favorezca la permeabilidad entre sistemas.

Disponer de un sistema de información que aporte datos fiables y actualizados permite la determinación de prioridades y el establecimiento de un sistema de evaluación de las políticas públicas para una asignación de recursos eficiente. Igualmente, reflejaría los indicadores de coste-efectividad, productividad y competitividad de los profesionales y centros lo que podría convertirse en una fuente de motivación.

Las dificultades para la integración de la información social y sanitaria ha sido, hasta el momento, un importante freno a una actuación coordinada y sinérgica.

A la vista de los inconvenientes planteados pero también de la necesidad de superarlos, el reto fundamental lo constituye la armonización de los recursos disponibles entre las distintas instancias –políticas y técnicas- para ofrecer un paquete de servicios único, independientemente de qué sistema los provea, con una estructura de gestión y organizativa claramente definida y compartida, que asegure la defensa de los intereses del paciente sociosanitario, evitando el espacio vacío que se puede generar en el seno de una atención dividida e independiente.

Es necesario hacer una apuesta política constructiva y consensuada, que consiga la necesaria implicación y participación de todos los agentes y colectivos implicados en el necesario cambio, promoviendo un abordaje más horizontal, luchando por la equidad y calidad de los servicios y facilitando su flexibilización y su humanización.

### **1.8.2. Beneficios**

Entendiendo que la adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria tiene como objetivos esenciales la atención integral, continuada y adaptada a las necesidades del usuario, el aumento de la eficacia y la eficiencia en las intervenciones y la optimización de los recursos disponibles y, como consecuencia, una reducción de los costes y un incremento de la satisfacción de pacientes, cuidadores y profesionales, podemos extraer los siguientes beneficios directos:

- **Tratamiento óptimo y adecuado de las necesidades sociosanitarias**

Un sistema de coordinación sociosanitaria daría respuesta a las necesidades complejas de los colectivos más vulnerables y que mayor gasto generan al

sistema, respondería a la diversidad y variabilidad de las mismas por medio de la personalización de la asistencia y se evitaría o disminuiría una demanda excesiva de esta última no acorde con las necesidades reales, eliminando gastos que son evitables y optimizando, por ende, los recursos existentes.

– **Favorece la implicación del usuario y fomenta su responsabilidad**

La personalización de la atención supone no sólo la adaptación de la misma a las necesidades concretas de la persona, sino la escucha activa de la misma. Esta escucha exige la generación de foros adecuados para su expresión, ya que el propio *modus operandi* de detección de estas necesidades, fomentaría la implicación del usuario. La persona aprendería a relacionarse con el sistema de otra manera, participando, incluso, en el diseño de los servicios que se le ofrecen, lo que lo convertiría en un agente activo de las decisiones que afectan, directa o indirectamente, en su estado de salud, promoviendo con ello, de manera intrínseca, su responsabilidad por el autocuidado. Evitaría la migración por el sistema y la sensación de una protección inadecuada, a la par que aumenta, con ello, los índices de satisfacción en él y en su familia.

– **Mejora la eficiencia y eficacia del servicio, favoreciendo su sostenibilidad**

Se superarían la parcelación y el fraccionamiento de los servicios, causa habitual de duplicidad de actuaciones y de áreas de ineficiencia del sistema, ayudando a la sostenibilidad y a la viabilidad del mismo. Agilizaría la intervención, favoreciendo el acceso a la totalidad de los recursos sanitarios y sociales disponibles en el territorio, dirigiendo y gestionando el dispositivo oportuno y los mecanismos apropiados. Garantizaría la continuidad en el cuidado suprimiendo intervenciones no acordes con la necesidad específica que se plantee.

- **Fomenta el compromiso de los profesionales, aumenta sus conocimientos, la innovación y la creatividad**

El trabajo en equipo y la multidisciplinariedad que requiere el sistema de coordinación sociosanitario supone un abordaje completo, teniendo en cuenta aspectos clínicos, funcionales, psicológicos y sociales. Si partimos de esta complejidad que no está al alcance de una única disciplina, es claro el fomento del aprendizaje por medio del trabajo y la experiencia profesional que es connatural al modelo. Al tratarse de un modelo de *innovación*, este aprendizaje está presente en todos sus ámbitos de desarrollo; ya que se trata de un modelo vivo, flexible, que ha de estar en permanente creación y adaptación para dar cumplida respuesta a la finalidad con la que nacería, que no es otra que la adaptación a todas las particularidades de cada persona. Por ello, este tipo de modelo de intervención posibilita la creación de un marco de referencia donde interactuar, donde compartir, en el que crecer, en el que aumentar conocimientos y en el que la creatividad y la *innovación* son consustanciales al mismo. Elementos todos ellos que inciden en la satisfacción laboral y personal de los empleados sanitarios y sociales.

- **Promueve la creación de canales de comunicación funcionales y estables**

Como se viene poniendo de manifiesto, la configuración del modelo implica, no sólo la participación, sino la implicación de todos los actores intervinientes en el mismo. Ello genera un espacio de encuentro permanente, que exige la creación de nuevos canales y formas de comunicación de manera que la información pueda fluir adecuadamente para la obtención de los resultados que se pretenden. Estos canales y sistemas de información y comunicación, que implicarán la adaptación o la compatibilización de los existentes, nacen con vocación de permanencia.

## 2. PROPUESTA DE MEDIDAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Mejorar la coordinación sociosanitaria de manera efectiva en España, requerirá decisión y medidas inspiradoras para vencer las dificultades existentes. Es conveniente partir de recomendaciones generales que, una vez aprobadas por el Ministerio y el conjunto de las CCAA, permitan apuntar al objetivo final perseguido. La Estrategia Nacional de Coordinación Sociosanitaria vendrá, posteriormente, a aportar luz sobre el camino a seguir para alcanzar dicho objetivo.

Las diferentes recomendaciones que se enumeran a continuación están situadas en áreas de interés de los distintos estamentos sociales y organizativos y son el fruto de las experiencias que, recogidas en la Primera Parte de este Libro, relativa al Estudio de la Coordinación Sociosanitaria, están mostrando buenos resultados. Estas sugerencias, se desea sirvan de ayuda a aquellos que, ostentando la competencia política y técnica en cada territorio, decidan diseñar proyectos e implementar actuaciones específicas para coordinar, de manera eficiente, la atención social y sanitaria.

Las medidas que se proponen se encuentran divididas en dos grupos. El primero de ellos viene constituido por las recomendaciones básicas para la construcción del modelo, es decir, aquellos elementos esenciales sin los cuales no sería posible, de facto, la implantación efectiva de la coordinación sociosanitaria. El segundo grupo lo conforman una serie de propuestas de acción y, por tanto, de carácter ejecutivo, que han sido agrupadas en función de la tipología de las mismas: organizativas, asistenciales y tecnológicas. Son, en total, 63 medidas con las que se pretende reforzar la coordinación sociosanitaria en España.

Sin pretensiones de que la lista sea exhaustiva o exclusiva, se pueden adoptar muchas más o desglosar las que se exponen a un mayor grado de detalle. Lo trascendente de las mismas es que su agrupación permite disponer de un enfoque orientador, un tronco común sobre la tipología de prácticas y actividades que permitirán mejorar la coordinación sociosanitaria en los próximos años y disponer de una visión común.

Asimismo, y como ejemplo de las diferentes medidas que se pueden llevar a cabo, se exponen al final de cada apartado una serie de iniciativas que se han puesto en marcha en las CCAA y que pueden calificarse como buenas prácticas, entendiendo por tal, en términos generales, una actuación, una metodología o un modelo de actuación exitoso, desarrollado en un determinado ámbito, y caracterizado por su creatividad, su eficacia, su perdurabilidad y la posibilidad de ser replicada o extendida<sup>98</sup>.

Como resultará lógico no se trata de un catálogo exhaustivo de todas las BBPP desarrolladas en todas las comunidades autónomas de nuestro país, lo cual no sería posible teniendo en cuenta su cantidad y la finalidad de este trabajo. Tampoco se trata de aquellas que podrían calificarse como más destacables en términos de resultados o de ejecución, sino que, metodológicamente, se utilizan como ejemplo provechoso que ayuda a explicar las medidas que se proponen. La inclusión de estas experiencias de éxito en las CCAA se realiza con un triple objetivo: uno, fomentar la transferencia de información y conocimientos; dos, intercambiar y sistematizar los procesos de aprendizaje vinculados a las diferentes acciones emprendidas, y tres, contribuir al fomento de la cooperación institucional y territorial en el ámbito de la coordinación sociosanitaria.

Los responsables políticos serán quienes, a partir de todas ellas, podrán diseñar políticas e implementar actuaciones para organizar la atención sociosanitaria, adecuando todas ellas a la realidad cambiante de su propio territorio.

## 2.1. BASES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO

### 2.1.1. Qué es necesario para el cambio de paradigma

#### – Innovación

Los desafíos extrínsecos a los que nos enfrentamos en un entorno cambiante (social, demográfico y económico) y los intrínsecos van a requerir, no sólo de la eliminación de la tradicional resistencia al cambio característica de los individuos y las organizaciones cuando se ven obligadas a una adaptación o una transformación, sino del viraje hacia una actitud proactiva de innovación.

Será posible enfrentar los retos que tenemos por delante si logramos la evolución del sistema, renovándolo, para que pueda dar una respuesta no sólo digna y justa, sino útil y coherente con la realidad. Los modelos y esquemas de funcionamiento actuales han sido diseñados en otros momentos y con otras prioridades (por ejemplo, la extensión a toda la población de los dispositivos sanitarios y sociales) y necesitan readaptarse a las necesidades actuales. Para ello la *innovación* debe impregnar las decisiones y acciones que se diseñen y desarrollen. Ello entraña riesgos y presupone cierta osadía, pero es necesario para acometer y alcanzar la reformulación de nuestros sistemas.

En ocasiones, la palabra innovación se equipara como sinónimo de innovación tecnológica. Pero esta es sólo una acepción del término. La innovación es una actitud de creatividad, optimismo, empuje, ilusión y motivación por hacer las cosas de otra manera y articular métodos de llevarlas a la práctica para obtener un mejor resultado. Estamos, por ello, hablando de innovación de carácter organizativo, aplicando la creatividad en la configuración de las estructuras, de los procesos y procedimientos, en las fórmulas de financiación, etc.; también de innovación asistencial, fomentando esa creatividad en los profesionales, en la definición de los protocolos, en el trabajo multidisciplinar, en las fórmulas y en la articulación de espacios de participación social, etc. Del mismo modo, de

innovación tecnológica (por ejemplo, en la incorporación de nuevos canales de acceso y participación y en el uso de las TIC en los diferentes ámbitos) que constituye sin duda, una herramienta más, una palanca de cambio que puede aportar soluciones diferentes que hagan posible el nuevo paradigma de atención que se proponga.

En definitiva, se trata de, aprovechando la fuerza generadora del espíritu de innovación, formar una cultura que estimule la capacidad de invención y de creación en nuestras organizaciones para que, en vez de resistirse al cambio, se conviertan en auténticos promotores de él.

#### – **Visión conjunta y compartida**

Los cambios en las organizaciones requieren definir inicialmente, los valores que deben inspirarlos: la implementación de un sistema eficiente que asegure una adecuada atención integral, será resultado de una efectiva la coordinación entre ambos sectores y ello deberá ser asumido por parte de todos los agentes implicados en cada proyecto, cada programa y cada proceso asistencial que afecte a personas en las que coexistan enfermedades crónicas y dependencia. En parte, muchas creencias y concepciones históricas que se arrastran han venido marcando la diferencia entre el sector social y el sanitario. Hoy día, ambos son sistemas proveedores de servicios, sujetos a derecho, que deben tender a su complementariedad para ofrecer una atención de calidad. Y es que, las diferencias tradicionales entre los distintos servicios o entre los profesionales, o el modelo de atención centrado en la intervención del episodio agudo, son unas de las principales razones por la que la integración suele fallar (Coburn AF 2001, Friedman L 2001, Hawkins MA 1998)<sup>99,100,101</sup>.

Por ello, la visión conjunta y compartida supone que el modelo que se ponga en marcha ha de ser confeccionado desde la complementariedad de los dos sectores y con la participación de ambos; y el contenido de esta visión ser no sólo aceptado, sino asumido plenamente, haciéndolo propio. Se trata de

acometer un compromiso por la defensa y el impulso del modelo de coordinación, de manera que todos los esfuerzos que se realicen tengan la misma dirección.

### **2.1.2. Cómo llevarlo a la práctica.**

#### **– Liderazgo político**

La factibilidad de la transformación de una organización depende directamente de que sus dirigentes y responsables, se conviertan en defensores e impulsores de la misma. Estos deben erigirse en los auténticos promotores del cambio, favoreciendo a su vez, la creatividad y aportación desde la base de sus profesionales. Sin un liderazgo claro y decidido, que marque y defina los objetivos principales, plantee la delimitación de los hitos intermedios, la evaluación continua de los progresos alcanzados y provoque la necesaria implicación de los gestores, los profesionales y los ciudadanos, una reforma estructural puede quedarse en una declaración de intenciones o en fases intermedias.

El liderazgo, en este sentido, es la capacidad de persuadir, de convencer y de llevar a la organización hacia la necesaria reorientación, tomando para ello las decisiones de carácter estratégico adecuadas al fin que se pretende conseguir, generando los espacios de encuentro apropiados para que la organización al completo comparta la visión, los valores y los principios que la mueven y articulando el conjunto de reglas preciso que aseguren la adopción de las medidas óptimas en cada momento y permita el desarrollo pertinente de las mismas.

#### **– Implicación activa de los profesionales**

Al igual que los líderes políticos han de ser los que fomenten y promuevan el cambio y definan las líneas estratégicas por las que debe transitar, el papel de los profesionales en la transformación es crucial, ya que han de ser los que,

según el “saber hacer” de su experiencia profesional, aporten valiosas posibles soluciones a los problemas tradicionalmente enquistados y sean los auténticos catalizadores del cambio. Son ellos los que pulsan las necesidades de la población y los que se enfrentan, día a día, a situaciones complejas y necesidades no satisfechas o no correctamente atendidas. La incorporación de esta perspectiva es una pieza clave para el éxito.

La implicación de los profesionales en toda la cadena del proceso de renovación es fundamental y necesaria, por lo que han de contribuir tanto en la génesis del modelo como en su ejecución y evaluación.

Los profesionales necesitan estar efectivamente integrados en todos los niveles del sistema y desempeñar un papel de liderazgo en el diseño, implementación y puesta en marcha del mismo. (Appleby NJ et al 1999; Coddington DC et al 2001; Hawkins MA 1998)<sup>102,103,104</sup>

#### – **La persona como centro y razón de ser del sistema**

Las actuaciones de los sistemas sanitario y social deberán estar encaminadas a retrasar, paliar o satisfacer las necesidades que se puedan plantear a lo largo del continuum asistencial del ciudadano, contemplando y respetando sus decisiones, sus valores, sus preferencias y escuchando la expresión de sus deseos, evitando, en cualquier caso, la desorientación del paciente característica de una atención parcelada. La “mejora de la calidad de vida” en función de la realidad y las preferencias de cada persona, y el profundo respeto a la dignidad individual, deberán inspirar la atención de la enfermedad crónica y la dependencia en cada caso particular y la configuración del modelo.

Para ello, el paciente deberá considerarse corresponsable de su propia salud y autonomía personal, implicarse en la toma de decisiones sobre las mismas, y respetar los límites y competencias de cada profesional implicado en su proceso de atención. Empoderar al paciente supondrá un nuevo patrón de relación entre

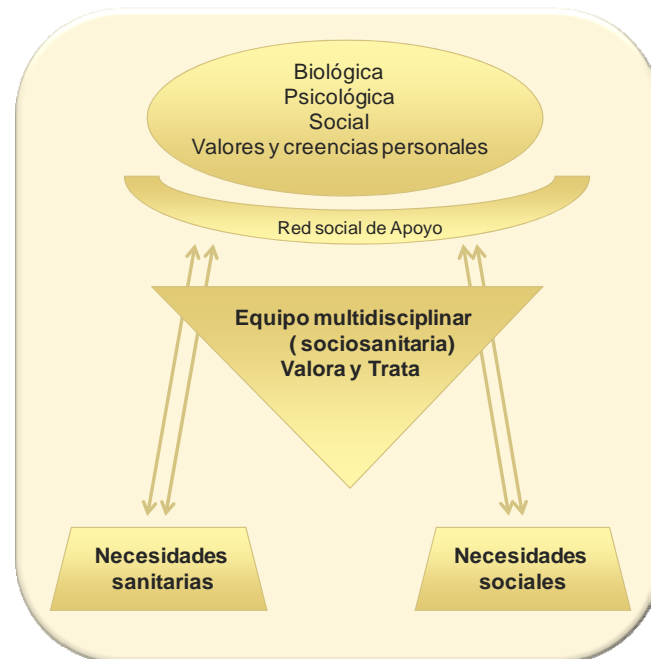
los profesionales de ambos sectores y el propio paciente. Un fortalecimiento de las alianzas terapéuticas, que exigirá un esfuerzo por parte de los profesionales de los diferentes sectores social y sanitario, quienes deberán proveerle de información y formación coherente entre ambos sistemas para su autocuidado, con el fin de hacerlo agente protagonista de su vida, aludiendo a la capacidad que tiene de dirigir su propia conducta. La información, junto con el apoyo coordinado, serán la clave para unos mejores resultados. Para ello, los servicios sociales de base y la atención primaria, deberán ser los principales referentes para el paciente sociosanitario en la comunidad.

### **2.1.3. Para qué finalidad se realiza el cambio de paradigma**

#### **– Consecución de una atención integral y de calidad**

Esta es la finalidad de la implantación del modelo de coordinación sociosanitaria, el sentido último del mismo, su razón de ser. La integralidad de la atención es un concepto elaborado desde la perspectiva del paciente y parte de la necesidad de satisfacer todas las necesidades específicas del usuario. Estas necesidades son biológicas, psico-afectivas y sociales y, por tanto, desde el punto de vista del servicio, han de atender a su variabilidad, mediante la personalización y humanización de la atención. Ello, entre otros aspectos, determinará que dicha atención pueda ser calificada como de calidad.

Por tanto, el objetivo del modelo de coordinación sociosanitaria ha de ser la atención a las necesidades biopsicosociales de los individuos en función de su particular red social y de apoyo familiar. La valoración y tratamiento de dichas necesidades ha de hacerse por un equipo multidisciplinar formado por los profesionales pertinentes del sector social y del sector sanitario que determinarán qué cantidad y tipo de recursos de cada uno de los sectores hay que dedicar para proporcionarla.



*Gráfico: La Atención integral*

#### – Sistema eficiente y sostenible

Aunque la eficiencia y sostenibilidad del sistema pueden ser consideradas, en ocasiones, como los objetivos principales de la adopción de un modelo de coordinación social y sanitaria, la realidad es que no son tales, sino de dos de sus efectos. El modelo de coordinación permite la eliminación de duplicidades y, por ende, de áreas de ineficiencia, el aprovechamiento adecuado –en términos de costo-efectividad- de todos los recursos y de las economías de escala, la racionalización y optimización del gasto y el incremento de la productividad y la competitividad. Por tanto, consiguiendo la sostenibilidad del sistema garantizaremos su permanencia y por ende, el mantenimiento de los cimientos del Estado de Bienestar.

Visto todo lo anterior, podemos agrupar todos los elementos necesarios para que la coordinación socio sanitaria pueda ser una realidad, en el siguiente aforismo:

*"Teniendo como base una cultura de **innovación**, mediante el **liderazgo político** y la implicación de los **profesionales** en el cambio, teniendo al **paciente como centro** del sistema y dentro del marco de una **visión conjunta**, conseguiremos una **atención integral y de calidad** en un **sistema eficiente y sostenible**".*

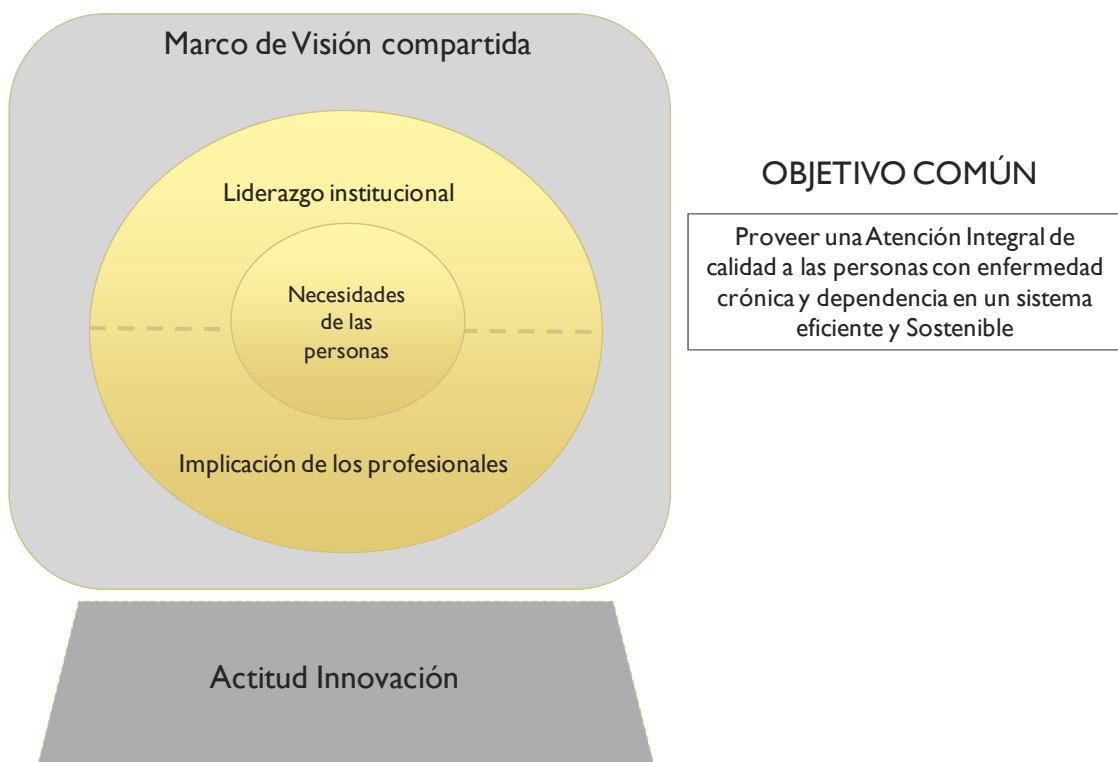


Gráfico: Bases para la construcción del Modelo de Coordinación Sociosanitaria

## 2.2. SESENTA Y TRES MEDIDAS PARA IMPULSAR LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN ESPAÑA.

### 2.2.1. Propuestas de innovación organizativa

#### – Generar una cultura organizacional compartida

1) ***Definición común de principios generales.*** Es necesario establecer un marco general compartido por todas las instituciones, organismos, entidades competentes en la materia y profesionales que conforman los equipos tanto del sector sanitario como del social para definir los principios que deben regir la atención socio sanitaria. A pesar del aparente consenso en la pertinencia de establecer mecanismos que aseguren la coordinación socio sanitaria, no existe un alineamiento de las partes implicadas en cuanto a *visión, misión y valores* de la misma. La asunción de un marco conceptual básico que refleje la existencia de intereses comunes y garantice el cumplimiento de los objetivos de la coordinación socio sanitaria, ha de ser una prioridad. Estos principios generales han de ser trasladados y asumidos por toda la organización y los profesionales que trabajan en ella como propios, de manera que cada actuación realizada se encuentre impregnada de los mismos y camine en pro de la consecución de idéntico propósito.

2) ***Establecimiento de política estratégica común.*** El sector sanitario y el sector social, deben definir una *política común desde la perspectiva socio sanitaria*, en la que se determinen las líneas estratégicas a seguir y los objetivos conjuntos perseguidos, se detalle el diseño de los programas de atención y se delimiten las responsabilidades y el marco competencial de cada sector para poder atender, integralmente, las necesidades de los cuidados sanitarios a las personas con enfermedades

crónicas y las de las personas dependientes que así lo precisen por su condición de salud alterada.

- 3) ***Viraje a un modelo proactivo de salud.*** Los respectivos sistemas de atención sanitaria y de atención a la dependencia deben reorientarse, desde el habitual comportamiento de afrontar reactivamente la enfermedad y la dependencia, hacia la búsqueda permanente de salud y bienestar de forma proactiva. Se debe caminar hacia el concepto compartido de "*mayor bienestar, mayor salud, mayor autonomía personal*".
- 4) ***Fijación de prioridades: la prevención y la atención a la cronicidad y la dependencia.*** *Debe reorganizarse el orden de prioridades de los actuales modelos asistenciales.* Las políticas sociales deberán fomentar la prevención de la enfermedad y la dependencia y desarrollar de manera adecuada la atención a las personas crónicas y dependientes. El tradicional modelo centrado en la intervención del episodio agudo ha de virar hacia un modelo horizontal y biográfico de atención al enfermo crónico y dependiente. Deberán estimularse, en especial, medidas eficientes y de calidad, que atiendan en su entorno los casos en los que la institucionalización sea evitable. El término "cuidar" deber igualar en importancia al de "curar". El sistema sanitario ha de continuar avanzando en incorporar el cambio cultural de cuidar más allá del episodio agudo de enfermedad.
- 5) ***Asunción de la generalidad de los cambios.*** La transformación estructural supone la *asunción de cambios* en los distintos ámbitos, nuevas tendencias en la provisión de servicios, en los procesos de atención integral a la cronicidad y el reconocimiento a cada sector su capacidad de obrar y la necesidad de su participación e implicación.

- 6) ***Compromiso y responsabilidad compartida que garantice la continuidad de cuidados.*** La coordinación sociosanitaria debe orientarse a *garantizar la continuidad asistencial* mediante la actuación coordinada y sinérgica de distintos sectores y niveles de atención, estableciéndose la premisa de una responsabilidad social compartida. *La coordinación debe ser asumida a nivel intersectorial, interinstitucional e interdisciplinar.*
- 7) ***Equiparación entre sectores.*** Un valor importante en el cambio conceptual, es el *necesario reequilibrio de los sistemas* sanitario y social. Cuando el sistema social o el sistema sanitario no puede ofrecer, en cada circunstancia, el tipo de servicio adecuado a la complejidad del caso, esto redundará en el uso inadecuado de recursos, a menudo, con mayor coste. *Fortalecer el sistema de servicios y recursos sociales*, permitirá una mejor confección de los servicios individualizados a la persona y evitando los costes en los que se incurre cada vez que un nivel asistencial ha de asumir cuidados que no les corresponden. Para mejorar la eficiencia del sistema sanitario y la precisión de sus servicios de atención a los eventos agudos, se ha de avanzar en el alcance de los cuidados personales del sector social y aumentar el soporte sanitario a los recursos sociales para atender adecuadamente las necesidades sanitarias de los pacientes crónicos. Ambos sectores atienden derechos básicos de la persona como sistemas de provisión de servicios y prestaciones. La coordinación requiere trabajar de modo cooperativo y sectores equiparables.
- 8) ***Sensibilización para la promoción de la salud y la autonomía personal.*** Los esfuerzos en prevención y promoción de la salud repercutirán en la calidad de vida de los pacientes, retrasando la necesidad de atención sociosanitaria y, por ende, la reducción de costes del sistema. Resulta conveniente articular políticas centradas en informar

y formar a la población general sobre estos conceptos primordiales, sin que ello signifique hacerlo en detrimento del resto de intervenciones. Resultará de enorme eficiencia y mejora de la accesibilidad, el diseño conjunto entre los sectores sanitario y social, de aquellos programas de cuya actuación pueda derivarse una mejor promoción de la salud y de la autonomía personal: esto evitará duplicidades existentes y podrá aumentar la cobertura de los proyectos actuales.

## Buenas prácticas

### Andalucía

El Libro Blanco del Envejecimiento Activo publicado por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social en 2010 es un documento de diagnóstico, debate y reflexión, entre agentes de diversos ámbitos, al tiempo que una guía de acción para incrementar el rol activo de las personas mayores en la sociedad y que su valor redunde en otras generaciones. Tiene el objetivo de analizar la nueva situación de este colectivo, sus inquietudes, intereses y motivaciones, necesidades y demandas para el diseño de políticas y actuaciones que den respuestas a su desarrollo desde el punto de vista social, cultural, formativo.

Será la "hoja de ruta" para las políticas que se van a desarrollar en Andalucía en los próximos años sobre seguridad, formación, participación y aportación de las personas mayores a la sociedad.

### Castilla La Mancha

La Estrategia 20/20 plantea un modelo que parte de la consolidación de los sistemas social y sanitario público y pretende reforzar dos ejes principales de actuación: la promoción de la autonomía personal y la continuidad de los cuidados a través de una adecuada combinación de integración (dirección

política en una misma consejería y funciones de planificación, sistemas de información, autorización, acreditación e inspección) y una fuerte coordinación y cooperación en los servicios apoyada en el desarrollo de herramientas funcionales tales como mapa social y sanitario único, tarjeta social y sanitaria única o evaluación de la eficiencia.

### **Comunidad Madrid**

Plan Estratégico de salud mental 2010-2014. Tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores adoptando un modelo organizativo que permita una adecuada atención sociosanitaria e integral, abordando no solo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes necesidades psicosociales con el fin de evitar situaciones de deterioro o marginación y procurar oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social en la comunidad. El Plan de Salud Mental, reconoce y refuerza la coordinación entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

## País Vasco

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi 2010: persigue mejorar la salud y el bienestar de los colectivos afectados por enfermedades crónicas, así como reducir la incidencia y el impacto de las mismas. En ella se adopta una visión holística del paciente y un enfoque integrador y coordinador tanto dentro del sistema sanitario como más allá del mismo (asistencia social, deporte, salud laboral). Se presenta como una oportunidad para el cambio de paradigma en el que los agentes implicados participan en el establecimiento del marco de actuación para la gestión integral de la cronicidad. Aboga por encontrar formas más colaborativas y coordinadas entre la atención primaria, los hospitales y los servicios sociales recordando que son instancias interdependientes.

- **Normas y directrices para fomentar el desarrollo de la coordinación**

El impulso de la coordinación sociosanitaria requerirá, por un lado, el convencimiento e impulso de los poderes públicos y, por otro, el desarrollo de las normas y directrices necesarias que las favorezcan. El soporte jurídico (textos legales: leyes, decretos, directrices, planes estratégicos, programas y protocolos) coadyuvará al establecimiento de modelos de relación, de gestión y de funcionamiento entre ambos sistemas. Constituirán la garantía y el compromiso transparente de los gobiernos de la priorización en la prestación de los servicios sanitarios y sociales a las personas con enfermedad crónica y dependencia.

### 9) *Estrategia a nivel nacional con respecto al ámbito autonómico.*

La definición de una estrategia a nivel nacional que dibuje las bases de la coordinación sociosanitaria, defina el marco referencial y establezca las

líneas estratégicas a seguir en las comunidades autónomas para la consolidación de un modelo de atención integral sobre el que orientar las actuaciones, favorecerá el desarrollo de normativas en cada territorio y la adopción de acuerdos interdepartamentales. La estrategia que deberá elaborarse en colaboración con las comunidades autónomas, tal y como establece el Real Decreto ley 9/2011 de 19 de agosto, será flexible y en todo caso, respetará el marco competencial y la autonomía de gestión de cada una de ellas.

10) *Articulación de iniciativas jurídicas conjuntas.* Asimismo, los acuerdos marco, planes estratégicos, convenios de colaboración, etc. a nivel regional, favorecerán la relación entre los dos sistemas de forma cooperativa. Estos deberán delimitar las competencias de cada uno de ellos, la población diana, el análisis conjunto desde ambos sectores de las necesidades de las personas dependientes con enfermedad crónica, las garantías de la continuidad en los cuidados al paciente bajo los criterios de efectividad, eficiencia y calidad en los diferentes niveles asistenciales, la clarificación de los objetivos perseguidos en las distintas áreas en las que se establezca la colaboración, los recursos necesarios para ello, las entidades u organismos responsables de su aplicación y el modelo de financiación que lo facilite.

11) *Reforzar la transferencia de conocimientos inter e intraterritorial.* Es esencial reforzar la transferencia de conocimiento e innovación entre ambos sectores y entre las propias regiones, con líneas estratégicas concretas y programas formativos dirigidos a compartir experiencias y alinear visiones.

## Buenas prácticas

### Castilla y León

El II Plan Sociosanitario de Castilla y León supone un modelo de actuación para los sistemas de protección social de la Comunidad y se sustenta, en la integración funcional de los Sistemas de Acción Social y de Salud, los cuales, sin perjuicio de su idiosincrasia propia, comparten los ciudadanos a quienes dirigen sus servicios. En este sentido, apunta, la adecuada delimitación de competencias y la definición de ámbitos propios es el sustrato imprescindible para la necesaria coordinación de actuaciones entre ambos Sistemas. La Junta de Castilla y León pretende con este II Plan Sociosanitario favorecer la coordinación de actuaciones, la integración de culturas y la existencia de lenguajes comunes entre los profesionales de los Sistemas de Salud y de Acción Social, con el objetivo final de conseguir una plena continuidad de cuidados sociales y sanitarios. Actualmente se encuentra en borrador el III Plan.

### Cataluña

La misión del Plan director sociosanitario es mejorar la salud y la atención sanitaria de las personas incluidas en las cuatro líneas de atención sociosanitaria, que son las personas mayores, las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, las personas que están en el final de la vida y las personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar discapacidad.

Esta herramienta de trabajo se acompañará del desarrollo posterior de los procesos preventivos y asistenciales y de los circuitos necesarios para hacer operativas las estrategias en las diferentes regiones y gobiernos territoriales

de salud de Cataluña.

El Plan, que se acompaña de material de formación destinado a los profesionales y de información para pacientes y familiares, nace con la voluntad de ser transparente y publicar de forma sistemática sus resultados.

### **Comunidad Foral de Navarra**

El Plan de Atención Sociosanitaria de la Comunidad Foral de Navarra contempla la delimitación y definición de un modelo específico de atención desde un enfoque integral y globalizado para los colectivos de personas con conjunción de enfermedad y dependencia, con necesidades sociales y sanitarias. Este instrumento tiene entre sus objetivos alcanzar una suficiente coordinación del sistema de servicios sociales y sanitarios que garantice la continuidad en los cuidados entre los distintos dispositivos y niveles de atención, desarrollar una red funcional de asistencia sociosanitaria, apoyar a la familia y promover la colaboración con entidades del tercer sector, así como definir un modelo de financiación sociosanitaria que garantice la equidad, la solidaridad, y la corresponsabilidad.

Dentro del plan se considera necesario desarrollar una política de intervención de altas hospitalarias. Además dedica un apartado especial para programas de atención sociosanitaria a personas con enfermedad mental y programa de apoyo a las personas cuidadoras.

Establece como instrumentos de coordinación la comisión técnica y de seguimiento del plan, el coordinador de atención sociosanitaria de Navarra, núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria de salud mental, núcleo de coordinación de la atención sociosanitaria de zona básica.

## La Rioja

II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores 2007-2011. Supone el punto de encuentro de las políticas de los diferentes sistemas de protección social del Gobierno de La Rioja en lo referido a la igualdad de oportunidades y la integración social de las personas con discapacidad. Se articula sobre dos ejes fundamentales: promoción de la autonomía personal y prevención y atención a las personas en situación de dependencia. Para abordarlos, se han implicado doce direcciones generales con actuaciones específicas dirigidas a mayores.

Entre sus áreas de actuación señala la elaboración de un catálogo de servicios para la promoción de la autonomía, elaboración de programas de difusión y sensibilización sobre la promoción de la autonomía personal y apoyo a las instituciones sin fin de lucro para la financiación de los proyectos piloto en promoción de la autonomía.

Decreto 24/2004, de 16 de abril, sobre centros sociosanitarios de convalecencia: regula los centros sociosanitarios de convalecencia como parte de los centros de media estancia entendidos como aquellos destinados a personas con enfermedades que se encuentren en fase de recuperación de un proceso agudo y con pérdida de autonomía potencialmente recuperable. El objetivo fundamental de estos centros es la evaluación y la rehabilitación integral en régimen de internamiento durante un período de tiempo que, por lo general, no superará los noventa días.

## Región de Murcia

El Programa de Apoyo para la Investigación Sociosanitaria de la Región de Murcia (PAISS), pretende impulsar, desarrollar y adaptar, mediante una investigación de calidad, el mejor conocimiento disponible de los aspectos sociosanitarios a la propia organización sanitaria y a la realidad social y cultural de la región. De esta forma se convierte en un ámbito vertebrador de acciones y actuaciones encaminadas a una atención sanitaria y social, coordinada con las necesidades sociosanitarias y ciudadanas de la región de Murcia.

### – Estructuras y procedimientos de coordinación

La gestión efectiva de una atención integral, sociosanitaria y compartida, capaz de atender las necesidades complejas de las personas que requieren servicios de ambos sistemas asistenciales, requerirá de mecanismos claros de coordinación a nivel político y técnico respaldados por procedimientos comunes que garanticen una actuación sinérgica y eficiente. Las organizaciones deberán estar preparadas para evolucionar adaptándose a las necesidades progresivamente cambiantes de la sociedad. Resultan imprescindibles mecanismos de coordinación, tanto en la toma de decisiones estratégicas como en la intervención inmediata que allanen el camino que se ha decidido compartir y que no deben perder en ningún caso la perspectiva del bienestar del usuario/paciente y la solución en el menor tiempo posible de su problemática.

12) *Equivalencia de los mapas sanitario y social.* La coordinación se verá más favorecida, cuanto más explícita sea la *correlación entre los mapas sanitario y social.* La coincidencia en la delimitación geográfica, o

al menos la determinación de sus equivalencias territoriales, permitirá un mejor aprovechamiento de los recursos y una mejora en la equidad y la accesibilidad a los mismos.

13) *Creación de estructuras de gestión y coordinación* sólidas y ágiles, tales como consejos regionales, comarcales, comisiones sociosanitarias o la aparición de figuras como la del gestor de casos a diferentes niveles asistenciales, mejorará la atención integral y la continuidad asistencial intersectorial. El modelo de gobernanza compartida, debe asegurar la representación de los diferentes agentes implicados a lo largo del continuum asistencial. La conformación de grupos de trabajo y de comisiones de gestión entre lo sanitario y lo social, deberán procurar en la medida de lo posible, el equilibrio paritario de los equipos operativos. Las competencias y toma de decisiones asignados a cada nivel asistencial deberán estar claramente definidas. Se deben articular asimismo, mecanismos de coordinación, en los niveles político y técnico, que organicen la gestión del cambio en la nueva cultura compartida: para ello, la regulación normativa de las estructuras de coordinación será de gran ayuda.

14) *Gestión por procesos*. A lo largo de todo el continuum asistencial existe un conjunto de actividades interconectadas e interrelacionadas entre sí. Adoptar un enfoque basado en *procesos intersectoriales* se ha revelado en distintos sectores como una opción efectiva. Los procesos clave, estratégicos y de soporte han de ser identificados y elaborados conjuntamente entre ambos sectores para minimizar la burocratización, mejorar la eficiencia, facilitar su puesta en marcha, permitir el trabajo en equipo y, en todo caso, evaluar la conveniencia de futuras modificaciones en función del cambio de las necesidades de los pacientes.

15) ***Establecimiento de protocolos conjuntos de actuación.*** Es preciso implementar medidas que permitan un acercamiento de ambas redes de recursos, establecer mecanismos de coordinación, protocolizar las actuaciones compartidas y potenciar la actuación conjunta de los profesionales.

16) ***Diseño de protocolos asistenciales.*** Se considera una prioridad definir una política asistencial común. Diseñar guías prácticas y protocolos asistenciales conjuntos, permitirá a los profesionales desarrollar mejor su actividad, definir las relaciones funcionales, el flujo de pacientes, y actuar bajo los mismos criterios para dar respuesta efectiva a la complejidad y evitar la duplicidad de actuaciones. La protocolización basada en la evidencia, garantizará una mayor eficacia en la asistencia, y repercutirá en la disminución del gasto sanitario y social. (Plampling D, Glendinning C )<sup>105,106</sup>.

17) ***Método interdisciplinar de trabajo.*** Debe fomentarse el trabajo interdisciplinar en la valoración de las necesidades y en la asistencia de las personas. Trabajar en un grupo no siempre supone trabajar en equipo. Distribuir claramente las competencias y responsabilidades de cada profesional y sector en cada caso, mejorará la valoración conjunta de las necesidades y la atención integral de calidad. Los nuevos entornos de colaboración profesional deben alinearse con una agilización de trámites y reducción de los tiempos de intervención.

18) ***Establecimiento de procedimientos de derivación entre sectores.*** Resultarán de especial importancia para la continuidad de cuidados, el diseño y validación formal de mecanismos y protocolos de derivación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales y sectores. Serán especiales logros, aquellas iniciativas dirigidas a elaborar

herramientas que de manera validada, permitan establecer vías formales de derivación de usuarios entre los recursos de diferentes personas, en función de la necesidad de atención que requieran en cada momento (altas hospitalarias a residencias, ingresos desde la comunidad, derivaciones desde recursos de institucionalización a programas domiciliarios, etc).

19) ***Relación entre la historia clínica/historia social.*** Debe compartirse la visión poblacional desde los dos sectores, y fomentar la gestión del caso compartiendo códigos comunes de identificación. Deben existir al menos mecanismos que permitan relacionar los expedientes de la atención del sector sanitario y social, y tender al mayor acercamiento posible entre la historia clínica y la historia social de la persona.

20) ***Puerta de entrada única.*** Es necesario reforzar el papel de los profesionales de los servicios sociales de base y los servicios de atención primaria, estrechando la relación existente entre ellos. El sistema asistencial coordinado, deberá tender a comportarse como una única puerta de entrada, con formatos que permitan la interacción inmediata de los agentes sociales y sanitarios sean quien fuere el profesional que acoja en primera instancia, al paciente sociosanitario. Se deberá analizar la complejidad de cada caso y diseñar planes de intervención personalizados, coherentes, complementarios y sinérgicos entre ambos sectores. Las enfermeras y trabajadores sociales de atención primaria y de los servicios sociales, constituyen un recurso valioso como interlocutores de referencia y su papel habrá de fortalecerse mejorando sus herramientas de gestión de casos.

21) ***Establecimientos de marcos de colaboración con la red privada y el tercer sector.*** Se ha de impulsar el establecimiento de marcos estables y formales de colaboración con la red privada y el tercer sector,

quienes deberán cumplir igualmente los niveles lógicos de calidad exigidos y evaluados por el sistema. Deben fomentarse tanto la colaboración público-privada, como la implicación de redes de servicios de organizaciones sin ánimo de lucro capacitadas: ambas experiencias han mostrado ser eficaces y eficientes en la atención a este perfil de usuarios. Sin embargo, debemos progresar desde la simple práctica habitual de la contratación de servicios, hacia un enfoque estratégico compartido que permita elevar la productividad social del sector.

## Buenas prácticas

### Castilla La Mancha

En Castilla La Mancha, la Consejería de Sanidad y la Consejería de Asuntos Sociales se han refundido según el decreto 139/2008, estableciéndose una única Consejería de Salud y Bienestar Social en aras de conseguir una estrecha colaboración y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Esta nueva estructura tiene como competencias el desarrollo de programas y planes de apoyo a las personas con discapacidad y la definición y ejecución de las actuaciones en materia de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Por lo que respecta a sanidad, asumen la coordinación de las funciones, actividades y recursos del Sistema Sanitario, la elaboración, desarrollo y evaluación de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y la promoción de hábitos de vida saludable entre la población general, con especial atención a los grupos sociales más vulnerables.

## Castilla y León

Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria en Castilla y León.

Herramienta de trabajo para los equipos de coordinación de base (ECB) basada en una metodología de gestión por procesos para la atención a casos complejos (con problemas de salud y sociales). Es un instrumento multidisciplinar y multisectorial que incluye una valoración, un plan de intervención y un seguimiento conjunto.

## Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid ha establecido una única puerta de entrada al sistema para personas con enfermedad mental grave: los centros de salud mental de distrito (35 centros de salud mental). En estos centros en los que existe un equipo multi-profesional, se realiza el diagnóstico, se prescribe el tratamiento, se informa y orienta a las personas sobre su enfermedad así como a sus familiares. Los pacientes son incorporados a un programa de continuidad de cuidados desde el que se establece su plan individual de rehabilitación y si se estima necesario, se determina el acceso a recursos de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera.

## Extremadura

Decreto 42/2011, de 8 de abril, por el que se modifica el decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la atención sociosanitaria. Con la creación de la Consejería de Sanidad y Dependencia fue necesario realizar algunas modificaciones en la organización y competencias de las estructuras de atención sociosanitaria creadas en el Plan Marco de Atención sociosanitaria en 2005. Los niveles de coordinación quedan delimitados en tres: comisiones sociosanitarias comunitarias, comisiones sociosanitarias de área y comisión de asuntos sociosanitarios.

## Principado de Asturias

En Asturias, la ordenación territorial sanitaria y de servicios sociales es coincidente configurándose alrededor de ocho áreas de atención. La ordenación sanitaria territorial se establece por el decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el mapa sanitario de Asturias, modificado por el decreto 87/2001, de 2 de agosto. Por su parte el mapa asturiano de servicios sociales aparece regulado en el decreto 108/2005 de 27 de octubre.

En Asturias se ha definido un protocolo de coordinación sociosanitaria para personas que participan en el programa de cuidados paliativos, no son susceptibles de ingreso hospitalario y tienen necesidades de alojamiento residencial. Con este protocolo se agiliza el trámite de valoración de la dependencia, considerándolos casos de "urgencia social" y realizando toda la gestión del expediente en una semana, para poder ofrecerles un recurso por la vía de los derechos que recoge la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

## País Vasco

La Fundación Vasca para la Innovación Sociosanitaria de la que forman parte los departamentos de Sanidad y Consumo y el de Empleo y Asuntos Sociales del gobierno vasco tiene con fin desarrollar un centro de investigación e innovación para la atención sociosanitaria de personas dependientes, discapacitadas o enfermas crónicas.

Su misión es coordinar e impulsar iniciativas de gestión del conocimiento, investigación, desarrollo e innovación para la atención de situaciones de envejecimiento, enfermedad crónica, discapacidad y dependencia, interactuando en el espacio sociosanitario para definir modelos de prestación de servicios de mayor calidad, eficiencia y orientación a las personas en su entorno habitual.

## Región de Murcia

En la región de Murcia existe la figura del coordinador sociosanitario creado a través de la orden conjunta de 2 de mayo de 2006 de las Consejerías de Sanidad y Política Social con el fin de coordinar cuantas acciones resultasen necesarias para la consecución de los objetivos previstos en ella. Fruto de la misma se creó la comisión de coordinación sociosanitaria como órgano de planificación y control de las acciones enumeradas en la citada orden.

### – Sistemas de Calidad y Evaluación

Un sistema de calidad implica la posibilidad de implantar la mejora continua de la eficacia y eficiencia de las actuaciones puestas en marcha. La evaluación

debe comprometer a todos los agentes implicados en el proceso asistencial a un riguroso análisis de sus actuaciones y a una valoración sistemática y objetiva de las intervenciones llevadas a cabo y de resultados en términos de salud y bienestar.

**22) Definición de estándares de calidad.** Se han de establecer estándares encaminados a garantizar una atención integral, efectiva y de calidad y unas organizaciones y recursos coordinados para poder prestarla. La gestión de indicadores debe fomentar la transparencia en el resultado de todas las actuaciones que sean implementadas a lo largo del continuum asistencial, y la evaluación final ha de ser realizada conjuntamente entre el sector sanitario y el sector social en aquellas cuestiones que impliquen a ambos sectores.

**23) Diseño de herramientas de evaluación.** Es imprescindible disponer de herramientas de evaluación que evalúen el resultado de la implementación de las medidas conjuntas puestas en marcha, y detecten oportunidades de mejora.

- a) El establecimiento de indicadores de evaluación operativos, debe ir acompañado de procedimientos ágiles que fomenten la implicación de los distintos profesionales y organizaciones implicadas. Dichos indicadores deben permitir analizar, no sólo el rendimiento de los recursos, y el desempeño de los profesionales, sino la calidad asistencial prestada. Debe fomentarse la búsqueda de indicadores de resultado de los procesos intersectoriales de atención.

b) Debe evaluarse igualmente la calidad percibida por los pacientes y su entorno más próximo, lo que permitirá determinar el grado de satisfacción de estos en relación con los servicios recibidos obteniendo información útil para orientar las actuaciones futuras. Deberá asimismo, medirse el nivel de desempeño y el resultado de los diferentes niveles de gestión.

24) ***Establecimiento de objetivos de mejora continua*** Deben promoverse sistemas que realmente completen el ciclo de la calidad, llevando la gestión de indicadores hasta la interpretación final con los agentes implicados para establecer objetivos de mejora. Deben perseguirse soluciones que faciliten el feedback continuo de la marcha de los programas de atención.

25) ***Divulgación de los resultados.*** Los sistemas han de estar habituados a la evaluación y publicación sistemática de los resultados de los diferentes periodos de actuación, como medida de transparencia y de compromiso con los objetivos fijados.

26) ***Fomento de estudios sobre eficiencia del sistema.*** Han de fomentarse estudios de amplio espectro, destinados a evaluar la eficiencia y el resultado de las actuaciones tanto independientes como conjuntas de los sistemas sanitario y social sobre las personas con enfermedades crónicas y dependencia.

## Buenas prácticas

### Comunidad Foral de Navarra

La Comunidad Foral de Navarra aprobó en el 2005 un Programa para la Atención a Personas con Trastorno Mental Grave, en el cual se proponía un modelo de atención desde el ámbito social y sociosanitario. Para conseguir los objetivos, puso en marcha un conjunto de servicios sociales de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario orientados a favorecer y apoyar la integración social de estas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental.

Tras dos años desde su aprobación, en 2007, la Comisión Directora del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave, solicitó a la Comisión Técnica la evaluación de determinados indicadores que le permitiesen valorar si se habían alcanzado los objetivos marcados inicialmente, el grado de coincidencia y los resultados logrados en la puesta en marcha. Con el informe emitido, se daba por finalizada la etapa del programa y comienza la reordenación del mismo.

## Islas Baleares

El Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010 – 2014 de las Islas Baleares pretende definir la operatividad para alcanzar los objetivos que los dos planes sociosanitarios desarrollados en los últimos años recogían. Esta operatividad fija el eje de las actuaciones en la atención primaria —muy especialmente el papel del colectivo de la enfermería— como vínculo principal de relación entre los pacientes que requieren esa atención y el sistema sanitario público.

El plan ha establecido unos indicadores estándar de cobertura de los recursos sociosanitarios calculados a partir de las necesidades actuales y estimaciones de las necesidades de los usuarios futuras. El objetivo es garantizar la equidad en la provisión de recursos.

### – Sistemas de Financiación y gestión económica

Los costes que pudiera llevar asociado el apostar por un nuevo modelo de coordinación, tales como la propia gestión, la generación de nuevas estructuras, la formación y capacitación de profesionales, la definición de protocolos de trabajo o la incorporación de las TIC, deben verse compensados por la eficiencia lograda con el nuevo enfoque y el incremento en la productividad social que se obtenga fruto de una mayor actividad económica.

**27) Flexibilización del modelo financiero.** Los responsables políticos y las administraciones públicas, deberán facilitar un modelo de organización y financiación capaz de amoldarse a una realidad que será progresivamente cambiante. Se deberán tener en cuenta la demanda potencial de cuidados de larga duración, el modelo de cobertura, así

como el alcance y la intensidad de los mismos. La financiación de servicios debe garantizar la equidad en la cobertura de las necesidades de la población.

**28) *Nuevas medidas de financiación y nuevo objeto de las mismas.***

Se han de desarrollar medidas de financiación dirigidas a fomentar la puesta en marcha de programas que favorezcan la atención integral eficiente, la coordinación y la valoración conjunta de las necesidades de los pacientes sociosanitarios. En este sentido, la *financiación capitativa* orientada a obtener mayor bienestar, más salud y mayor autonomía personal, se presenta como una oportunidad para modular la relación entre niveles asistenciales y la complementariedad intersectorial y para equilibrar la importancia de programas orientados a prevenir y cuidar en la comunidad frente los destinados a la financiación histórica de estructuras de internamiento.

**29) *Financiación conjunta.*** Los gastos que se generen en la provisión de servicios dentro del llamado espacio sociosanitario deberán ser afrontados por ambos sectores, bien con la financiación independiente de servicios complementarios desde cada sector en función del ámbito de su competencia, o bien, incluso, a través de sistemas mixtos de financiación en los casos de nuevos recursos o servicios que tuvieran que crearse y que estuvieran a medio camino de las competencias de ambos sistemas.

**30) *Innovación hacia modelos de gestión compatibles.*** Actualmente, los sistemas de gestión de los servicios sociales y sanitarios son muy diferentes. Es deseable una aproximación en los conceptos de organización y gestión de ambos para poder avanzar en la coordinación en la gestión entre ambos sectores. Fórmulas como las gerencias de área, el enfoque poblacional, los contratos de gestión y la contabilidad

analítica deberían extenderse entre ambos sistemas. Ambos deben tender a ser sistemas gestionados, además de administrados.

**31) *Optimización de costes.*** Es imprescindible optimizar costes a través de fórmulas que aseguren un aumento de la eficiencia en los servicios para obtener una mayor cobertura con una misma dotación presupuestaria persiguiendo la racionalización y contención del crecimiento del gasto. Dichas fórmulas podrán enmarcarse dentro del sector público (centrales de compras, provisión de equipamiento, fungibles materiales) como en la colaboración público-privada, garantizando siempre los derechos de los ciudadanos, y debiendo estar avaladas por la eficiencia, la calidad, la transparencia y la innovación. En estos últimos supuestos, como no puede ser de otra forma, la garantía de cobertura de los derechos de los ciudadanos, el establecimiento de los estándares de atención y su financiación corresponde al sistema público.

**32) *Dotación presupuestaria específica y complementaria.*** La prestación de servicios conjuntos de atención integral deberá ir acompañada de la correspondiente delimitación de las responsabilidades económicas de cada sector en su dotación presupuestaria.

**33) *Reorientación de estructuras a la finalidad perseguida.*** La financiación de nuevos servicios en el contexto sociosanitario, debe ser costo-efectiva, y en la medida de lo posible, deberán complementar la reorientación eficiente de estructuras y organizaciones ya presentes en los sistemas.

## Buenas prácticas

### Canarias

El establecimiento de la financiación de los centros de atención sociosanitaria dentro del plan de atención a personas mayores dependientes (PCAMD) y el plan de atención a la discapacidad (PCAD), se realiza en función de dos módulos. El módulo sanitario es asumido íntegramente por la Consejería de Sanidad del gobierno de Canarias y por su parte, el módulo social incluye la participación de la Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda (40%), los cabildos insulares (40%), y los propios usuarios (20%)

### Comunidad Valenciana

El programa SUPRO de la Agencia Valenciana de Salud es un instrumento de la Consejería de Sanidad por el que se suministra directamente productos sanitarios (entrega de efectos y accesorios) a los centros sociosanitarios, de residentes con cobertura de asistencia sanitaria por la Agencia Valenciana de Salud (ASSS).

Todos los centros, ya sean públicos o privados, con pacientes ingresados o en régimen de día con ASSS, estarán obligados a la petición y suministro de efectos y accesorios mediante este programa.

Igualmente, el programa SUMED es un instrumento de la Consejería de Sanidad para la entrega medicamentos a los servicios de farmacia de las residencias sociosanitarias de carácter público, preferentemente a través de la unidad central de compras de la Agencia.

## 2.2.2. Propuestas de innovación asistencial

### – Sistema Asistencial

Las ideas que subyacen bajo el concepto de coordinación sociosanitaria son facilitar la continuidad de cuidados entre ambos sectores, mejorar la calidad de la atención integral, y aumentar de manera eficiente la cobertura y la accesibilidad a los diferentes servicios (IMSERSO 2004)<sup>79</sup>. El reto pasa por instrumentalizar cambios, que comiencen por ofrecer una atención verdaderamente personalizada y humanizada prestada en recursos de calidad, que actúen al unísono, como parte de una misma cadena asistencial de servicios, perfectamente diseñados y organizados, a lo largo de procesos intersectoriales. Se trata de crear y creer en la posibilidad de ofrecer una verdadera atención integral en un sistema de cuidados continuados, sea cual fuere el nivel de complejidad del caso, ofreciendo a cada cual, el nivel justo de recursos y servicios que requiera.

**34) *Determinación de la población diana.*** Se requiere una definición ajustada de la población diana, la segmentación en función de los perfiles de necesidad y el establecimiento adecuado de prioridades en la atención. El sector sanitario y el social, deben analizar conjuntamente la problemática de los diferentes grupos de enfermedad crónica y dependencia y confrontar la necesidad teórica de recursos, con la que se esté prestando en cada momento. Una planificación conjunta permitirá una oferta más equitativa y eficiente de recursos y servicios complementarios.

**35) *Cartera de servicios conjuntos.*** La atención sociosanitaria deberá promover fórmulas de apoyo que permitan la permanencia del paciente en su contexto socio-familiar. Para ello se ha de contar con una cartera de servicios suficiente, accesible, complementaria, equilibrada y coordinada entre ambos sectores en cada territorio. Se deben definir

criterios claros de inclusión para cada prestación. La coordinación de la asistencia social y sanitaria en la oferta de cuidados domiciliarios, será mucho más efectiva frente a la hospitalización o la institucionalización residencial evitable: lo contrario hace ineficaz los esfuerzos de cada una de las partes por separado, cuando se trata a personas con enfermedad crónica en situación de gran dependencia. Resulta imprescindible procurar redes de servicios acordes con las necesidades y que puedan ser prestados en el domicilio o el entorno comunitario, que cumplan y respeten el principio de equidad y que constituyan una auténtica alternativa a la institucionalización. La figura del *gestor de casos* puede convertirse en el enlace entre el sector sanitario y social, atribuyéndole la competencia del seguimiento de los pacientes complejos, trasladando la evolución de éstos a un equipo multidisciplinar para la futura toma de decisiones. De no existir, serán necesarios mecanismos y procedimientos para compartir la información sobre el usuario, las pautas de tratamiento a modificar y facilitar la toma compartida de decisiones cuando está sea requerida entre ambos sectores.

**36) *Generación de espacios de expresión de los usuarios y familiares.*** En la provisión de servicios habrán de tenerse en cuenta las necesidades expresadas por el usuario y su familia, así como la detección de otros factores no percibidos por ellos mismos como un problema que pudieran aconsejar ofrecer mecanismos alternativos para conseguir una adecuada atención. Es preciso articular espacios y mecanismos de participación de los usuarios y sus familias a fin de una adecuada detección de necesidades y también como fórmula de fomento de la implicación del paciente en el cuidado de su salud.

**37) *Conexión del sistema sociosanitario con el resto de sectores.*** La atención verdadera atención integral abarca también la intervención de otros sectores aparte del social y el sanitario, como el educativo, el

cultural y de ocio, el urbanístico y de vivienda, el de transporte, el de empleo y seguridad social, etc. (Plampling D, Glendinning C)<sup>105,106</sup>. Por ello, la tendencia debe ser la buscar siempre nuevos elementos que, ofrecidos desde diferentes actores, puedan mejorar la calidad de vida de cada usuario, conectando diferentes sectores.

**38) *Promoción de programas comunes de atención.*** La responsabilidad debe ser compartida a nivel asistencial y financiero, con la asunción correspondiente de la prestación de los servicios, en función de las competencias de cada sector. Se debe prestar especial atención a:

- a) Priorizar y coordinar entre ellos, programas de promoción de la autonomía personal y promoción de la salud. Esto debe pasar de ser una alternativa a una necesidad estratégica.
- b) Fomentar programas de promoción de la autonomía, que mejoren tanto las capacidades físicas, como las cognitivas, las psicoafectivas y las sociales. Desarrollar una estrategia por la prevención de la dependencia podría favorecer la formación y la información, dotada de programas destinados a los colectivos en riesgo.
- c) Hacer valer la importancia de la rehabilitación y la prevención terciaria como herramientas elementales para disminuir la discapacidad que producen tanto las enfermedades crónicas como los eventos agudos que a menudo les acompañan.
- d) Fomentar la permanencia en el domicilio, siempre que sea factible atender las necesidades de manera eficiente y con calidad, evitando institucionalizaciones innecesarias. Para ello, los programas de asistencia directa deben complementarse con medidas de mejora del entorno y eliminación de barreras que dificulten la vida independiente, tanto a nivel personal como ambiental.

- e) Desarrollar medidas que faciliten tanto el autocuidado, como la implicación de la comunidad en la mejora de la calidad de vida de sus conciudadanos, la solidaridad, y en el uso apropiado de los recursos limitados del sistema.
- f) Desarrollar programas asistenciales capaces de cuidar, con la mayor dignidad, a las personas con enfermedades crónicas avanzadas y gran dependencia. Eso implica el diseño con el mejor conocimiento técnico y científico, la capacitación profesional adecuada, una atención humanizada, y el respeto absoluto por el rol autobiográfico y social de cada persona.
- g) Valorar multidimensionalmente las necesidades de cada usuario, considerando conjuntamente al menos, la necesidad de cuidados sanitarios, la necesidad de cuidados personales, y la red social de apoyo de la que dispone. Para ello deberán tenerse en cuenta las dimensiones física, cognitiva, emocional, así como las creencias y valores de cada persona en cada caso.
- h) Especialmente, tener previstas y planificadas la resolución y el alivio de aquellas situaciones en las que, bien por la enfermedad que padezca la persona y/o por las circunstancias personales que acontezcan, conlleven alto nivel de sufrimiento de ella misma y/o sus familiares y cuidadores. El *enfoque paliativo y la mejora de la calidad de vida, deben estar siempre presentes* como indicadores de buena práctica en cualquier programa asistencial, sea cual fuere la patología de base o la edad de las personas. Para ello, la evaluación continua del control de síntomas como variable de resultado es fundamental.
- i) El deterioro cognitivo, tanto consecuencia de eventos agudos (daño cerebral sobrevenido) como consecuencia de enfermedades neurodegenerativas o congénitas (demencias, etc.), requiere un

especial abordaje. Asimismo, la atención a las personas que padecen enfermedad mental grave.

**39) *Priorización de casos complejos.*** Se deben establecer estrategias regionales específicas para mejorar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, y en especial, en los casos de complejidad, en los que acontezcan varias enfermedades al mismo tiempo. Esta circunstancia que ocurre en más del 50% de los casos, dificulta su abordaje, e incrementa proporcionalmente el gasto que ocasionan.

**40) *Planificación precoz de las altas hospitalarias.*** Deben establecerse programas y protocolos encaminados a agilizar el alta de los hospitales de agudos, derivando a los pacientes a otros entornos de calidad que puedan ofrecer una mejor atención a cada circunstancia, acorde a la complejidad de cada situación. La anticipación de la valoración de las necesidades sociales dentro del hospital, en los casos en los que desde el ingreso cabe esperar que aparezcan problemas de soporte social al final de la estancia, serán de enorme valor.

**41) *Generación de cuidados intermedios.*** Es necesario generar una cultura de cuidados intermedios, bien con el desarrollo de recursos intermedios o de subagudos entre los hospitales de agudos y las residencias, o bien con soluciones imaginativas de soporte entre los recursos ya existentes de ambos sectores. Medidas como el apoyo en la prestación y gestión farmacéutica o refuerzos en la actividad sanitaria implicando ciertos recursos humanos desde el sistema sanitario a las residencias sociales, han mostrado una enorme efectividad y eficiencia, permitiendo ocupar ese nivel de atención con la sinergia de ambos sectores.

**42) *Apoyo al cuidador.*** Se ha de apoyar al máximo la figura del cuidador informal definiendo conjuntamente entre el sector sanitario y social

programas de información, formación, atención y respiro de los que pueden ser beneficiarios. Deben utilizarse medidas de promoción del bienestar y de detección precoz de situaciones de alarma, a fin de evitar en la medida de lo posible, o en su defecto, localizar las situaciones de claudicación.

**43) *Racionalización del gasto en material terapéutico y fungible.***

Deben aclararse de la manera más eficiente, la competencia de cada sector en la cobertura y prestación de materiales ortoprotésicos, ayudas técnicas, o consumo de fungibles. Se han ido produciendo duplicidades con el desarrollo histórico de las diferentes redes de atención.

**44) *Implicación de los dos sectores desde el origen de los casos asistenciales.***

Deben replantearse las responsabilidades de cada sector en la atención a aquellos programas que, tradicionalmente ubicados en uno sólo de los sectores, pudieran requerir, sin embargo, de la atención complementaria de ambos para una mejor asistencia. Determinados problemas de salud que conllevan discapacidad o dependencia, han sobrevivido mucho tiempo al margen, aparentemente, del sistema sanitario. Es necesario el soporte y la implicación del sistema sanitario desde el principio, en especial, en aquellas circunstancias en las que los entornos de atención conllevan largos periodos de institucionalización diferenciados (grandes discapacidades, instituciones psiquiátricas) o centros de día específicos con gran carga de cuidados (demencias, autismo, etc).

**45) *Implicación de todos los niveles territoriales (nacional, regional y local).***

En definitiva, se trata de coordinar tanto a nivel nacional, como regional y local, en sus respectivos ámbitos competenciales, las diferentes estrategias para mejorar el desarrollo de servicios de atención

a las personas con enfermedad crónica y a las personas con dependencia.

## Buenas prácticas

### Aragón

Desde el gobierno de Aragón y como desarrollo a la estrategia de uso racional del medicamento, se ha puesto en marcha una nueva medida por la que los servicios de farmacia hospitalaria validarán los tratamientos prescritos a los pacientes de los centros sociales incluidos en el programa, gestionarán la solicitud de reposición de medicamentos y se llevarán a cabo actividades para la optimización del circuito de su utilización así como del control y supervisión periódicas por parte de un farmacéutico de la farmacia hospitalaria para los medicamentos allí establecidos.

El programa Cuidarte, iniciativa promovida por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, ofrece a quienes tienen a su cuidado a un dependiente, grupos de apoyo como vía para contribuir a mejorar su bienestar. Los grupos, que están coordinados por trabajadores sociales, enfermeros, médicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales, refuerzan las capacidades personales y la adquisición de habilidades para cuidarse y afrontar el momento que viven

## Cantabria

Programa de apoyo a cuidadores no profesionales en el entorno familiar (SACEF): Este programa está dotado de un Equipo de Profesionales que se trasladan al domicilio de la persona en situación de dependencia para asesorar y apoyar al cuidador no profesional.

Entre sus objetivos están:

- valorar la calidad de los cuidados a las personas dependientes en el entorno familiar
- asesorar y formar in situ a los cuidadores familiares
- detectar necesidades en relación a los cuidados recibidos por las personas dependientes
- comunicar las posibles incidencias al Instituto Cántabro de Servicios Sociales
- coordinarse con los Servicios Sociales de cada municipio y zona básica de salud, en los casos que lo requieran.

## Cataluña

El programa de preparación al alta de CatSalut (PREALT) se ha configurado como instrumento para mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención. El programa está dirigido a pacientes que, post-alta hospitalaria, precisan atención domiciliaria en 24-48h por parte de atención primaria. Los objetivos del programa son detectar y valorar las necesidades de los pacientes en el domicilio de manera conjunta y precoz evitando pérdidas de

casos y retrasos en la atención al paciente y familia al alta. El programa PREALT se ha consolidado como un instrumento de garantía en la continuidad asistencial, facilita la comunicación e interrelación entre niveles asistenciales y asegura el control y el seguimiento de patologías crónicas.

### **Comunidad Valenciana**

El Programa Bono Respiro tiene como finalidad financiar distintas modalidades de estancias de carácter temporal o no permanente en residencias de tercera edad. Los beneficiarios directos de estas ayudas deberán ser personas dependientes, que hallándose atendidas habitualmente en su domicilio personal o familiar, necesitan la atención temporal en un centro especializado, por presentar un nivel de dependencia que les hace necesitar de los cuidados de otra persona para la realización de las actividades habituales de la vida diaria y que, eventualmente, no pueden ser prestados por su cuidador habitual.

### **Islas Baleares**

Las unidades de valoración sociosanitaria (UVASS) son equipos interdisciplinarios de valoración de pacientes ingresados en los hospitales de agudos. Están formados básicamente por médico, diplomado en enfermería y trabajador social. Su objetivo es el de apoyar a los diferentes servicios o unidades de los hospitales de agudos en el manejo de los pacientes facilitando el alta hospitalaria y coordinando la relación tanto con atención primaria como con los diferentes recursos sociosanitarios existentes

## – **Formación y gestión de profesionales**

Un aspecto clave en la operativa de la coordinación sociosanitaria, es el trabajo inter y multidisciplinar. El hecho de que exista normativa que de soporte legal a las iniciativas favorece, pero no garantiza que los profesionales se impliquen en actuar de manera sinérgica. El liderazgo político, el compromiso de los propios profesionales hacia metas comunes, la convicción de los beneficios que puede aportar y la formación adecuada coadyuvarán a la implementación eficaz del nuevo modelo de coordinación asistencial.

La utilización de las redes y de los vínculos informales entre los profesionales, una fuerte visión orientada al paciente y la puesta en marcha de medidas que mejoren la calidad y faciliten el trabajo, se han mostrado como facilitadores de la coordinación (Gillies RR et al 2001)<sup>107</sup>.

**46) *Compromiso profesional con el modelo.*** Los profesionales de ambos sectores deben compartir la perspectiva de la población a la que deben atender, así como la visión, misión y valores de la coordinación sociosanitaria. Es esencial trabajar en hacer explícito el compromiso a favor de la misma, en beneficio del paciente complejo.

**47) *Trabajo en equipo, distribución competencial.*** Resulta imprescindible articular medidas, estructuras y protocolos, que fomenten la coordinación, la interdisciplinariedad y la colaboración entre los profesionales de ambos sectores. El trabajo en equipo es esencial para dar una respuesta efectiva integral a los usuarios y sus familiares, y esto requiere identificar claramente los roles y responsabilidades de todos los miembros del equipo para asegurar el continuum de la atención del paciente (Robinson JC, Casalino LP 1996)<sup>108</sup>. Cuando existe confusión o falta de claridad de rol, aparecen grandes barreras para el trabajo en equipo (Appleby NJ et al 1999, Stewart A et al 2003)<sup>102,,109</sup>, como la falta de intereses profesionales, competencia de las ideologías y valores, falta

de confianza mutua y puntos de vista contradictorios sobre la atención que debe recibir el paciente (Burns LR, Pauly MV 2002; Coxon K 2005, Hardy B et al 1999)<sup>110,111,112</sup>.

48) *Incentivos a la productividad*. Por otro lado, puede resultar conveniente implementar medidas de incentivación para los profesionales y gestores que permitan alcanzar niveles más altos de desempeño y fomenten un trabajo conjunto y coordinado entre ambos sistemas.

49) *Planes de formación conjuntos*. La asunción del nuevo enfoque asistencial demanda la adquisición de nuevos perfiles competenciales y modelos de interacción. Ha de trazarse un plan formativo sólido y conjunto, que capacite a los profesionales en el nuevo modelo de gestión, posibilite un mayor conocimiento de las competencias que atañen a cada sector e incluya técnicas de trabajo en equipo y habilidades para afrontar las situaciones según el modelo de intervención. Los profesionales de los sistemas sanitario y social, deben conocer mejor las redes, principios y servicios del otro sector, para poder implicarse adecuadamente en la actuación conjunta. En resumen, se trata de mejorar los conocimientos de lo social en el ámbito sanitario y de lo sanitario en el ámbito social.

50) *Establecimiento de nuevos canales de comunicación entre profesionales*. Se debe poner en marcha una estructura orgánica con diversos canales de comunicación que transfiera de manera eficiente la información a través de las organizaciones (Barnsley J, 1998)<sup>113</sup>. Algunas de las medidas para facilitar la comunicación pueden ser la co-ubicación de los servicios (Appleby NJ et al 1999; Coburn AF 2001; Kolbasovsky A, Reich L 2005)<sup>100,102,114</sup>, reuniones de equipo frecuentes (Baxter C et al 2002)<sup>115</sup> y el uso de sistemas electrónicos de información que faciliten la

comunicación eficaz (Coburn AF 2001; Coddington DC 2001; Hurst K et al, 2002)<sup>100,103,,116</sup>.

51) ***Empoderamiento del profesional.*** Se ha de procurar el empoderamiento de los profesionales dotándoles de autonomía para el uso responsable de los recursos, descentralizando la toma de decisiones y dándoles capacidad de autogestión.

52) ***Gestión del cambio.*** Es importante abordar tácticamente, con formación, decisión y respeto, la lógica resistencia al cambio que cualquier modificación en los modelos de actuación habituales despierta en las organizaciones.

53) ***Definición de perfiles y categorías profesionales.*** Un sistema de cuidados continuados, debe basarse principalmente, en una red de excelentes profesionales formados en el arte y la ciencia de cuidar. Deben incrementarse los profesionales con especial dedicación al mundo del cuidado (enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, auxiliares y cuidadores) así como el papel de agentes de salud para la promoción de la salud y la autonomía personal. Debe clarificarse la gran variedad de títulos de formación y capacitación profesional para prestar cuidados personales en el domicilio. Muchos procesos podrán requerir la reorientación en el rol que han ido históricamente adoptando determinados perfiles profesionales, para una mayor eficiencia del sistema.

54) ***Unificación del mapa retributivo.*** Se ha de trabajar en el equilibrio salarial de los profesionales que, bajo la misma disciplina y categoría profesional, realizan funciones de similar complejidad en el ámbito sanitario y social. Igualmente, deben formularse modelos organizativos que permitan con facilidad que los profesionales del ámbito sanitario y social, puedan prestar soporte en recursos asistenciales del otro sector.

55) **Formación específica para la mejora de las competencias y las habilidades.** Habrán de promoverse la formación en habilidades sociales para el trabajo en equipo y el liderazgo orientado a la coordinación, el enfoque paliativo en el alivio del sufrimiento en los diferentes los niveles asistenciales y categorías profesionales, la valoración neuropsicológica del paciente con déficit cognitivo, las habilidades necesarias para empoderar al paciente en su propio autocuidado y el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

56) **Capacitación de cuidadores.** Deben instaurarse como medida prioritaria programas de formación y capacitación de cuidadores formales e informales.

## Buenas prácticas

### Canarias

La Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN) se crea por Ley 1/1993, de 26 de marzo como entidad de derecho público dependiente de la Consejería de Sanidad del gobierno de Canarias y tiene como objetivo la formación de los profesionales de ambos sistemas sanitario y social relacionado con la gestión, la administración y la prestación de servicios sanitarios y sociales, así como la promoción de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias. En 2011 la ESSSCAN asumió la gestión de las solicitudes de acreditación dirigidas a la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias mediante acuerdo con el servicio canario de salud.

## Extremadura

En Extremadura mediante el decreto 25/2011, de 11 de marzo se han homogeneizado la relaciones de empleo del personal que presta servicios en centros del ámbito social en los mismos términos recogidos en el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. En concreto, los profesionales con especialidades de medicina y cirugía, psiquiatría y medicina geriátrica, medicina generalista, medicina rehabilitadora y psiquiatría que trabajan en los centros residenciales de atención a las personas mayores, en los centros de atención a personas con discapacidad y en los centros sociosanitarios han sido adscritos al Servicio de Extremeño de Salud y perciben las retribuciones correspondientes a su categoría profesional atendiendo al cuerpo y especialidad establecidos en el V convenio colectivo para el personal laboral de la Junta de Extremadura.

## Galicia

Juntos en los cuidados es un programa de la Consejería de Trabajo y Bienestar de la Junta de Galicia dirigido a los cuidadores no profesionales de personas con dependencia que persigue su capacitación y el desarrollo de habilidades y actitudes que permitan ejercer su labor. En el marco de este programa se ha desarrollado un manual básico que garantiza la calidad de los contenidos y el seguimiento de unos criterios homogéneos en la Comunidad y se imparten distintas acciones formativas.

Además, en colaboración con la Consejería de Sanidad, se ha puesto en marcha un servicio de atención telefónica de apoyo a este colectivo para prestar información a situaciones no urgentes.

### 2.2.3. Propuestas de innovación tecnológica

#### – Tecnologías de la Información y la Comunicación

La incorporación efectiva de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a la salud, ofrece nuevas oportunidades para afrontar los retos que plantea el actual sistema de salud y servir de palanca de cambio de las actuales organizaciones para poder adaptarse a los nuevos modelos de atención y coordinación que las nuevas circunstancias requieren. Pueden suponer una buena opción para facilitar la comunicación bidireccional y la interacción entre paciente, familiares y agentes prestadores de los servicios asistenciales y entre los propios profesionales, que humanice y acerque la gestión, al tiempo que se incrementa la competitividad y la productividad.

Las TIC han de concebirse como herramientas de cambio encaminadas a conseguir un sistema más eficiente, capaz de interpretar la información que obtiene para tomar decisiones y que incremente la accesibilidad y la proximidad a las personas (reduciendo los tiempos y aumentando la capacidad de respuesta, ampliando los servicios y la confianza). Las TIC deben tender a conectar los diferentes sistemas de información y construir puentes entre los diferentes sectores, deben mejorar la calidad de la atención, la seguridad de la asistencia y facilitar el intercambio de información y opiniones entre profesionales potenciando el trabajo colaborativo y coordinado. Las TIC han de ayudar a disminuir desequilibrios y desigualdades en el acceso a los servicios, y optimizar la relación coste/beneficio. La estrategia digital debe estar basada en sistemas integrados y transparentes.

Por ello, la administración social y sanitaria deben continuar avanzando en la extensión de su uso e implantación: adaptado a las características demográficas de los usuarios, principalmente de los más vulnerables, analizando los cambios organizativos y la necesaria gestión de los mismos previamente a su puesta en

marcha para la consecución de la implicación de todos los agentes y utilizando como medio para su correcto establecimiento la sensibilización y formación sobre las ventajas de su adopción.

**57) *Establecimiento de criterios para incorporación de las TIC.*** La

implantación de nuevas herramientas TIC como palanca de cambio de los sistemas, es compleja y requiere tiempo, recursos, esfuerzo y liderazgo. Han de establecerse normas, objetivos, criterios de utilización, e incentivos a los profesionales para fomentar su utilización. Se ha de apoyar la I+D+i como estrategia para conseguir, ante el reto de la sostenibilidad, soluciones innovadoras en salud y en bienestar, que resulten económicamente rentables. Se ha de hacer un esfuerzo en las TIC, para posibilitar el desarrollo y la implementación de herramientas válidas de las que puedan beneficiarse todos los agentes implicados en el proceso asistencial.

**58) *Definición del conjunto mínimo de datos sociosanitarios.*** Se

habrá de analizar el grado de integración que requiere la información para que la coordinación resulte eficaz, asegurando la confidencialidad de los datos y estableciendo un uso responsable del conocimiento, así como la idoneidad de su visualización por parte de los interesados, definiendo un conjunto mínimo de datos sociosanitarios.

**59) *Generación de espacios virtuales de colaboración e información de pacientes y profesionales.*** Se ha de impulsar la implantación de

nuevas tecnologías en el sector sociosanitario para una mayor efectividad y eficiencia, y dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para su correcto uso. Es necesario compartir una clara visión respecto a un nuevo modelo de salud y realizar una apuesta decidida hacia las tecnologías de la información y la comunicación capaces de acelerar su implantación. El uso de la tecnología ha de mejorar la

accesibilidad a los servicios asistenciales, optimizar el tiempo disponible de los profesionales y favorecer la permanencia de los pacientes en su entorno habitual. Mejorar la gestión de casos, favorecer el acceso e intercambio de la información entre los propios profesionales o entre éstos y sus pacientes, minimizar el riesgo en la toma de decisiones y agilizar los procesos del sistema, asegurando la coordinación de los recursos disponibles en función de la situación y protocolos definidos.

60) ***Tarjeta social y sanitaria.*** Coordinar la atención social y sanitaria requiere mecanismos de identificación única de personas. En este sentido, la tarjeta social o sanitaria unificada o, al menos, la compatibilidad de los códigos que las identifiquen (código de identificación de la persona), favorecería la disponibilidad de información, el tratamiento de la misma y la movilidad de éstos dentro de los propios sistemas.

61) ***Sistemas de información compartidos.*** En la provisión de cuidados sociosanitarios intervienen distintos agentes que continuamente deben intercambiar información. La implementación de sistemas eficientes de información que permitan la gestión de datos y el seguimiento eficaz de las actuaciones favorecerá una coordinación efectiva entre los equipos interdisciplinares. La excesiva fragmentación entre ambos sistemas y las dificultades que esto entraña a la hora de transferir información entre los profesionales sanitarios y sociales se convierte en una clara barrera que dificulta la atención integral. El desarrollo de un sistema de información conjunto y compartido o al menos, la interoperabilidad de los que actualmente están funcionando en ambos sectores (sistemas de admisión, de gestión económica, historia clínica y social) cobran especial interés. En concreto, deberá velarse porque la información clínica de las personas atendidas en los centros sociales estén contempladas en la historia clínica del sistema sanitario, y del mismo modo, que las

circunstancias que afecten a las circunstancias sociales de los pacientes atendidos en los centros sanitarios aparezcan en la historia social del usuario.

62) ***Sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad.*** Los sistemas de información deben facilitar el análisis de indicadores que permitan el seguimiento de los resultados y la evaluación de la calidad de las actuaciones puestas en marcha.

63) ***Soluciones tecnológicas para la comunicación y la teleatención remota.*** Resulta necesario identificar y diseñar soluciones innovadoras que, utilizando de manera adecuada las TIC, mejoren la comunicación entre los profesionales y de estos con los usuarios, gestionen del conocimiento, agilicen la gestión de casos, disminuyan la burocracia en la asistencia al ciudadano, mejoren la monitorización de las personas en su entorno y aumenten la accesibilidad a ciertas especialidades de los lugares más distantes. Es conveniente promover el uso eficiente de programas de:

- a) Teleasistencia social y la telemonitorización sanitaria que ayuden a intensificar el seguimiento de la evolución de los usuarios en su entorno comunitario. (Podrían incluso evolucionar hacia una convergencia favorable).
- b) Colaboración y comunicación interprofesional que favorezca la comunicación y el intercambio de información entre los distintos agentes implicados en el proceso.
- c) La teleatención y comunicación personalizada con el usuario que, además de la atención en caso de necesidad, permitan fomentar la formación del paciente en su autocuidado y del cuidador en las atenciones que debe prestar al paciente en el domicilio. Ello

requerirá seguir profundizando en los programas de alfabetización tecnológica de la población como una de las herramientas de gestión del cambio.

- d) La comunicación remota debe aprovechar las oportunidades que hoy día puede ofrecer la movilidad, no sólo para la detección de situaciones de empeoramiento y alarma, sino para promover actitudes que mejoren la salud y ayuden a promover la autonomía personal.

## Buenas prácticas

### Andalucía

Commonwell es un proyecto europeo que tiene como objetivo proporcionar un servicio integrado de alta calidad para la asistencia social y servicios de emergencia, de modo que la persona usuaria con una única llamada pueda acceder a ambos servicios a la vez. De este modo, el intercambio de información entre la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y EPES (empresa pública de servicios sanitarios) tiene lugar automáticamente, siendo el proceso más eficiente y rápido.

### Cantabria

El Sistema Integrado de gestión de Prestaciones y Servicios Sociales (SIPSS) desarrollado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales es una aplicación que proporciona una mayor capacidad de gestión y facilidad de consulta de los expedientes administrativos, ofreciendo información actualizada del estado de la tramitación, del estado actual de recursos sociales, programas, subvenciones y prestaciones que son objeto de dicha gestión. La solución tecnológica permite el acceso de profesionales del

Servicio Cántabro de Salud y de los Servicios Sociales de Atención Primaria (municipales) a la base de datos de personas en situación de dependencia.

## **Galicia**

El Servicio Gallego de Salud y el Departamento de Trabajo y Bienestar han firmado un acuerdo de colaboración gracias al cual se comparte el sistema de información gallego de atención a la dependencia (SIGAD). Los trabajadores sociales de los centros de salud pueden tener acceso a los expedientes de área, consultar el estado de la tramitación administrativa y la resolución del Programa Individual de Atención (PIA). Para facilitar el acceso a la herramienta, la Consejería de Trabajo y Bienestar pone a disposición del Servicio Gallego de Salud una aplicación web para acceder a dicha información.

## **ANEXO.**

# **REFLEXIONES DE LOS AGENTES SOCIALES, AGENTES ECONÓMICOS Y TERCER SECTOR EN RELACIÓN A LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

## INTRODUCCIÓN

Junto con el estudio detenido de la literatura científica más reciente en materia de coordinación sociosanitaria, y en especial con la consulta a las administraciones sanitarias y de servicios sociales autonómicas, con el fin de conocer de primera mano qué experiencias o buenas prácticas estaban llevando a cabo en sus respectivos territorios, era necesario también saber la opinión de los agentes sociales y económicos, así como de entidades del tercer sector.

Como quiera que, en el ámbito del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, existen órganos consultivos diversos que aglutinan a los diversos sectores relacionados con la coordinación sociosanitaria, se tomó la decisión de convocar a los miembros de dichos órganos consultivos, así como a entidades del llamado tercer sector, con el fin de celebrar una jornada de intercambio de ideas y para favorecer la recepción de cuantas sugerencias estimaran oportunas.

Las personas convocadas pertenecían a la Comisión Ejecutiva Central del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), al Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y a las Comisiones Permanentes del Consejo Estatal de Personas Mayores, del Consejo Nacional de la Discapacidad y del Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social. Se convocó también a algunas otras entidades de ámbito estatal muy representativas y relacionadas con la coordinación sociosanitaria.

La reunión tuvo lugar el día 10 de octubre de 2011, en el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), en jornada de mañana. Para mejor conseguir la finalidad pretendida con ella, se diseñó un formato que consistió en la exposición inicial, por parte de la Directora General del IMSERSO, así como por el Director de la consultora a quien se habían

encomendado los trabajos de elaboración del Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria, de los trabajos realizados hasta el momento y de las líneas maestras por las que había transcurrido hasta el momento la investigación llevada a cabo; se expusieron, asimismo, los fines que pretendía el Libro Blanco y los apartados principales que iba a contener. En una segunda parte de la reunión, y con el fin de favorecer la participación de los asistentes y el aporte de sus iniciativas en un diálogo totalmente abierto, se dividió a los asistentes en dos grupos, en sendas mesas de trabajo; a partir de bloques de preguntas, previamente identificadas para una mejor ordenación del diálogo, y se mantuvo una participación abierta con el fin de recoger las distintas sugerencias. Son éstas las que, resumidas, se recogen en el presente ANEXO.

La representación de la CEOE en los citados órganos consultivos asistió a la reunión, si bien declinó participar activamente en el debate por no estar de acuerdo con el procedimiento seguido.

## **LAS ENTIDADES ANTE EL PROCESO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

### **A. SU OPINIÓN ANTE LA OPORTUNIDAD DE EMPRENDERLA**

Los integrantes de los distintos grupos de trabajo coinciden de forma mayoritaria en que la coordinación supone una oportunidad para procurar mejores entornos de atención. Valoran muy positivamente el avance que han experimentado las políticas sociales en los últimos años, y entienden como necesario el abordaje de esta estrategia para seguir progresando, si bien es cierto que el actual proceso de crisis económica en que se encuentra inmerso el sistema puede suponer una amenaza para las políticas en curso, es decir, la optimización de recursos puede llevar asociada la pérdida de programas y recursos emprendidos por cada uno de los sectores y que entienden como fundamentales.

Pese a este temor, la valoración global es muy positiva y definen como muy necesaria esta estrategia que pone a la persona en el centro del sistema.

## **B. SU ACTITUD ANTE EL RETO.**

La actitud frente al reto de emprender el proceso de coordinación es diversa y va desde posiciones favorecedoras, que además la entienden como imprescindibles para avanzar o incluso para no desaparecer, a otras, las menos, que ponen sobre la mesa temores, que se identifican con la pérdida de identidad del sector social y que pasan por el excesivo encorsetamiento de su entorno de intervención.

*A modo de resumen:*

1. Las entidades en general entienden necesario abogar por el modelo de coordinación sociosanitaria e impulsar actuaciones que lo concreten.
2. Se comparte un marco conceptual de atención coordinada dentro de los sectores social y sanitario.
3. La coordinación sociosanitaria es parte de toda una serie de cambios que se orientan hacia un sistema más sostenible y eficiente. Han de desarrollarse prioritariamente estrategias de atención a la enfermedad crónica frente al proceso agudo.
4. Consideran el momento actual como una oportunidad para coordinar una faceta tan importante como es el proceso de atención entre los sectores social y sanitario. Junto a la optimización de costes, la coordinación sociosanitaria conforma un escenario ideal para atender adecuadamente las necesidades reales de la población objeto de atención.

5. Es conveniente el desarrollo de fórmulas de cofinanciación compartidas entre ambos sectores, sanitario y social, al igual que generar estructuras de coordinación que permitan la complementariedad entre los mismos.
6. Cualquier discurso que abogue por la coordinación es bien acogido, si bien es cierto que existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad de contemplar las distintas variables que conlleva su implantación así como el esfuerzo que supone.
7. El sistema privado se siente preocupado y corresponsable con el sistema nacional de atención sanitario y social. La garantía debe ser pública, y la gestión privada o no. Pero el compromiso es evidente.
8. El Libro Blanco se constituye como un elemento válido para coadyuvar en los procesos de coordinación entre ambos sistemas, aspecto básico para implementar la estrategia y unificar conceptos y criterios entre los responsables políticos y los distintos profesionales.
9. En situación de crisis es más importante que nunca adoptar un cambio de perspectiva que permita asegurar lo "social"

### **C. LAS BARRERAS IDENTIFICADAS**

Los agentes sociales y económicos perciben una serie de limitaciones en el desarrollo de un modelo de atención basado en la coordinación sociosanitaria a las que será necesario dar respuesta para una correcta implantación del mismo:

1. La gratuidad del sistema sanitario frente al coste del sistema social.
2. La diferente consideración de los profesionales sanitarios y sociales a pesar de tener las mismas categorías profesionales.

3. La coordinación sociosanitaria requiere un esfuerzo presupuestario generando vías de financiación alternativas que eviten recortes en los servicios existentes.
4. La falta de liderazgo y control de la eficiencia en la gestión.
5. Escaso diálogo entre sanidad y dependencia dificulta enormemente la puesta en marcha de actuaciones coordinadas. Debe superarse la falta de comunicación.
6. La diferente cultura histórica, y el diferente grado de desarrollo. El sistema sanitario actualmente tiene una posición ventajosa frente al social.
7. La falta de proactividad de los responsables hacia soluciones reales. Es necesario para cuidar la calidad velar por los sistemas de subasta: no es posible por debajo de ciertos límites ofrecer la mínima calidad exigible.
8. La actual dificultad de financiación está llevando a una disminución lineal del pago por servicios que sigue exigiendo la misma calidad.

Respecto a la opinión del tercer sector:

1. Falta de una definición clara y directrices concretas que favorezcan esta intervención.
2. El escenario administrativo dificulta los procesos de coordinación.
3. El hecho de que existan 17 sistemas de atención supone una barrera importantísima para la coordinación. Si todo lo que surge del ámbito nacional, y por lo tanto del Estado, tiene el carácter de recomendación,

difícilmente podremos avanzar a hacia una estrategia sociosanitaria común a todo el territorio.

4. El distinto enfoque que tienen lo social y lo sanitario de las necesidades de las personas lleva a un escenario difícil de manejar. Es necesario consensuar estos enfoques.
5. Las diferencias en el nivel de desarrollo de ambos sistemas supone una dificultad para procurar la coordinación.
6. El ejercicio de coordinación es propuesto por la parte social pero carece del interés suficiente por parte del entorno sanitario.
7. Indefinición del papel que adoptará el tercer sector en el modelo de coordinación aun reconociendo que su participación en el proceso es imprescindible.
8. Temor a que la coordinación sociosanitaria limite el campo de trabajo y expansión de las entidades del tercer sector que trabajan en este ámbito.

#### **D. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA UNA APUESTA O UNA NECESIDAD INELUDIBLE ANTE LA CRISIS**

1. La crisis económica forma parte de manera permanente del discurso de las entidades y organizaciones, la obligación de tomar medidas que la palien también.
2. La crisis económica no debe marcar en exclusividad la estrategia de coordinación porque pervertiría el sentido de la misma. Hay otros planteamientos de carácter filosófico que deben llevarnos al abordaje de un cambio de paradigma para mejorar las debilidades de nuestro modelo/sistema de atención

3. La optimización de los recursos promovería una atención más eficaz, una reducción de costes y evitaría gastos innecesarios.

## **E. RETOS Y CLAVES PARA AVANZAR**

1. Liderar políticamente. Colocar en la cartera de prioridades la coordinación sociosanitaria.
2. Definir claramente los objetivos, contenidos y procesos. Concretar medidas, y trabajar a medio largo plazo.
3. Formar a los profesionales para favorecer una nueva cultura de la atención.
4. Analizar las necesidades para intervenir con eficacia y eficiencia.
5. Evitar destruir lo existente. Es necesaria la Coordinación Sociosanitaria a partir de lo que ya tenemos.
6. Buscar y potenciar lo que une a ambos sistemas y no lo que los separa.
7. Poner en valor lo que puede aportar a un modelo de producción la coordinación sociosanitaria, identificándolo con un modelo creciente y de desarrollo, basado en la eficiencia.
8. Articular nuevos modelos de gestión que avancen en la mejora y optimización del sistema.
9. Implementar procesos de innovación que cambien y mejoren la manera de hacer las cosas.
10. Organizar las inversiones. Entender la necesidad de invertir en un momento donde la inversión resulta compleja para garantizar el éxito en el cambio.

11. Definir estructuras reguladas que protocolicen y favorezcan la coordinación. Procurar espacios para la coordinación entre las distintas administraciones, agentes y proveedores de servicios.
12. Crear redes para compartir las buenas prácticas.
13. Regular y racionalizar las incompatibilidades de los servicios entre ambos sistemas.
14. Atender adecuadamente las necesidades reales de la población: la única manera de atender integralmente a las personas.
15. Necesidad de que sean establecidos, por las administraciones públicas intervinientes, los objetivos que ha de perseguir la coordinación sociosanitaria, las acciones concretas para la consecución de dichos objetivos a corto, medio y largo plazo, así como la evaluación de su cumplimiento.

## BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

---

- 1 Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004.
- 2 Fundación CASER. Ayudas a la dependencia en España. Situación actual. 2009
- 3 Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: ediciones Mergablum. 2011.
- 4 Jadad A, Cabrera A, Lyons R, Martos F, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.
- 5 Behan D. Shaping the future of care together. HM Government 2009.
- 6 Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Metodología de detección de buenas prácticas en el marco de la red de políticas de igualdad. Enero de 2011.
- 7 Comisión Europea (2008): Long-term care in the European Union. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Comisión Europea.
- 8 Leichsenring K. Providing integrated health and social care for older persons. A European overview. European Centre for Social Welfare Policy and Research. June 2003
- 9 Leichsenring K. Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. IMSERSO 2005.
- 10 Delnoij D, Klazinga N, Glasgow I. Integrated care in an international perspective. International Journal of Integrated Care – Vol. 2, 1 April 2002.
- 11 Porcar Seder, RM, Prat Pastor J, Andrade Celdrán X, Benitez Bermejo E. El Sistema Estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia. IBV, Asociación para el cuidado de la calidad de la vida (CUIDA) 2009.
- 12 Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. International Journal of Integrated Care – Vol. 4, 3 September 2004

<sup>13</sup> Rodríguez P. "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].

<sup>14</sup> Ham C. Developing integrated care in the NHS: adapting lessons from Kaiser. Health Services Management Centre. School of Public Policy. University of Birmingham. Paper May 2010

<sup>15</sup> DAFNE disponible en <http://www.dafne.uk.com/> (acceso noviembre 2010).

<sup>16</sup> DESMOND disponible en <http://www.desmond-project.org.uk/programmes-271.html> (acceso noviembre 2010).

<sup>17</sup> National PACE Association. Disponible en: <http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12> (Acceso noviembre 2010).

<sup>18</sup> Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Informe de Posicionamiento. Antares Consulting. 2010.

<sup>19</sup> Beland F, Bergman H, Dallaire L, Fletcher J, Leber P, Monette J, Denis JL, Contandriopoulos AP, Cimon A, Bureau C, Bouvier L, Dubois D. Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): utilisation et coûts des services sociaux et de santé. Canadian Health Services Research Foundation. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 2004.

<sup>20</sup> Hébert R, Durand P, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. International Journal of Integrated Care – Vol. 3, 18 March 2003

<sup>21</sup> Proyecto de investigación Ges Quality. Disponible en: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/idi32\\_07ayudomicilio.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/idi32_07ayudomicilio.pdf) (Acceso noviembre 2010).

<sup>22</sup> Regeringskansliet. Government offices of sweden. The future need for care. Results from the LEV project. June 2010.

<sup>23</sup> Disponible en [http://www.euro.centre.org/detail.php?xml\\_id=127](http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=127) (acceso en noviembre de 2010)

<sup>24</sup> Hébert R, Durand P, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. International Journal of Integrated Care – Vol. 3, 18 March 2003

<sup>25</sup> Healthcare Quarterly. All together now. Vol. 13 Special Issue 2009.

<sup>26</sup> Coburn, A.F. 2001. "Models for Integrating and Managing Acute and Long-Term Care Services in Rural Areas." Journal of Applied Gerontology 20: 386–408.

<sup>27</sup> Friedman, L. and J. Goes. 2001. "Why Integrated Health Networks Have Failed." Frontiers of Health Services Management 17: 3–28.

- 
- <sup>28</sup>Hawkins, M.A. 1998. "Clinical Integration across Multiple Hospitals: The Agony, the Ecstasy." *Advanced Practice Nursing Quarterly* 4: 16–26.
- <sup>29</sup>Wilson, B., D. Rogowski and R. Popplewell. 2003. "Integrated Services Pathways (ISP): A Best Practice Model. *Australian Health Review* 26: 43–51
- <sup>30</sup>Miller, J.L. 2000. "A Post-Mortem on Healthcare Integration: An Organizational Development Approach." *Healthcare Leadership & Management Report* 8: 5–15.
- <sup>31</sup>Shortell, S.M., R.R. Gillies, D.A. Anderson, K.M. Erickson and J.B. Mitchell. 2000. "Integrating Health Care Delivery." *Health Forum Journal* 43: 35–9.
- <sup>32</sup>Coddington, D.C., F.K. Ackerman, Jr. and K.D. Moore. 2001. "Integrated Health Care Systems: Major Issues and Lessons Learned." *Healthcare Leadership & Management Report* 9, 1–9.
- <sup>33</sup>Rogers, A. and R. Sheaff. 2000. "Formal and Informal Systems of Primary Healthcare in an Integrated System: Evidence from the United Kingdom." *Healthcare Papers* 1: 47–58.
- <sup>34</sup>Plamping D, Gordon P, Pratt J. Practical partnerships for health and local authorities. *Br Med J* 2000;320:1723-5.
- <sup>35</sup>Glendinning C, Rummery K, Clarke R. From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. *Br Med J* 1998;317:122-5.
- <sup>36</sup>Hurst, K., J. Ford and C. Gleeson. 2002. "Evaluating Self-Managed Integrated Community Teams." *Journal of Management in Medicine* 16: 463–83.
- <sup>37</sup>Coddington, D.C. 2001. "Integrated Healthcare Is Alive and Well." *Frontiers of Health Services Management* 17: 31–40.
- <sup>38</sup>Robinson, J.C. and L.P. Casalino. 1996. "Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare." *Health Affairs* 15: 7–22.
- <sup>39</sup>Appleby, N.J., D. Dunt, D.M. Southern and D. Young. 1999. "General Practice Integration in Australia. Primary Health Services Provider and Consumer Perceptions of Barriers and Solutions." *Australian Family Physician* 28: 858–63.
- <sup>40</sup>Stewart, A., A. Petch and L. Curtice. 2003. "Moving towards Integrated Working in Health and Social Care in Scotland: From Maze to Matrix." *Journal of Interprofessional Care* 17: 335–50.
- <sup>41</sup>Burns, L.R. and M.V. Pauly. 2002. "Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?" *Health Affairs* 21: 128–43.
- <sup>42</sup> Cookson, R. 2005. "Evidence-Based Policy Making in Health Care: What It Is and What It Isn't. *Journal of Health Services Research & Policy* 10: 118–21.

<sup>43</sup>Hardy, B., I. Mur-Veeman, M. Steenbergen and G. Wistow. 1999. "Inter-Agency Services in England and the Netherlands: A Comparative Study of Integrated Care Development and Delivery." *Health Policy* 48: 87–105.

<sup>44</sup>Barnsley, J., L. Lemieux-Charles and M.M. McKinney. 1998. "Integrating Learning into Integrated Delivery Systems." *Health Care Management Review* 23: 18–28.

<sup>45</sup>Kolbasovsky, A. and L. Reich. 2005. "Overcoming Challenges to Integrating Behavioral Health into Primary Care." *Journal for Healthcare Quality* 27: 34–42.

<sup>46</sup>Coburn, A.F. 2001. "Models for Integrating and Managing Acute and Long-Term Care Services in Rural Areas." *Journal of Applied Gerontology* 20: 386–408.

<sup>47</sup>Baxter, C., R. Levin, M.M. Legaspi, B.E. Bailey and C.L. Brown. 2002. "Community Health Center-Led Networks: Cooperating to Compete." *Journal of Healthcare Management* 47: 376–88.

<sup>48</sup>Coddington, D.C., E.A. Fischer and K.D Moore. 2001. "Strategies for Integrated Health Care Systems." *Healthcare Leadership & Management Report* 9: 8–15.

<sup>49</sup>Budetti, P.P., S.M. Shortell, T.M. Waters, J.A. Alexander, L.R. Burns, R.R., Gillies et al. 2002. "Physician and Health System Integration." *Health Affairs* 21: 203–10.

<sup>50</sup>Coddington, D.C., F.K. Ackerman, Jr. and K.D. Moore. 2001. "Integrated Health Care Systems: Major Issues and Lessons Learned." *Healthcare Leadership & Management Report* 9, 1–9.

<sup>51</sup>Gillies, R.R., H.S. Zuckerman, L.R. Burns, S.M. Shortell, J.A. Alexander, P.P. Budettiet al. 2001. "Physician-System Relationships: Stumbling Blocks and Promising Practices." *Medical Care* 39: 92–106.

<sup>52</sup>Leatt, P., G.H. Pink and M. Guerriere. 2000. "Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare." *Healthcare Papers* 1: 13–35.

<sup>53</sup>Clague, C. 2004. "The Integrated Care Network: Bringing the NHS and Local Government Together." *British Journal of Healthcare Computing & Information Management* 21: 19–20.

<sup>54</sup>Wan T, Ma A, Lin B. Integration and the performance of healthcare networks: do integration strategies enhance efficiency, profitability, and image?. *International Journal of Integrated Care* – Vol. 1, 1 June 2001.

<sup>55</sup>Primary care trust network. NHS Confederation June 2010 Discussion paper 8. Where next for health and social care integration?

<sup>56</sup>Gobierno de Navarra. Reordenación del programa atención a personas con trastorno mental grave (T.M.G.). Aprobado por el Gobierno de Navarra el 12 de abril de 2010

<sup>57</sup>Repullo JR. "Planificación Sanitaria", en Lamata F. (ed). "Manual de Administración y Gestión Sanitaria". Madrid, Díaz de Santos, 1998; 295-321

- 
- 58 Papp KV, Walsh SJ, Snyder PJ. Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions. *Alzheimers Dement*. 2009;5: 50-60.
- 59 Gil V, Barrubés J, Alvaréz JC, Prtello E. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 mediadas estructurales para afrontar el crecimiento del gasto. Antares Consulting 2010.
- 60 Tortosa-Chuliá, M.A. Jornada debate: coordinación sociosanitaria una necesidad ineludible. Cáceres 2009. Observatorio Estatal de la Discapacidad.
- 61 Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, Observatorio de personas mayores. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias, Noviembre 2001.
- 62 Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(S2):74-105
- 63 Tomado del documento de la OMS (1987): Health promotion: A discusión document on the concept and principles. Supplement to Europe News. Traducido por los autores que figuran en la cita.
- 64 Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.
- 65 Jadad A, Cabrera A, Lyons R, Martos F, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.
- 66 Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: ediciones Mergablum. 2011.
- 67 Jadad A, Cabrera A, Lyons R, Martos F, Smith R. When people live with multiple chronic diseases: a collative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2010.
- 68 MerdicalExpenditure Survey 2005. Disponible en <http://www.meps.ahrq.gov> (acceso agosto 2011)
- 69 LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE número 299 de 15/12/2006).
- 70 Esparza Catalán, C. (2011). "Discapacidad y dependencia en España". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108. [Fecha de publicación: 08/04/2011]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>

- 
- 71 Herrera E, Martín V, Bello E, Muñoz I, Sitges J. Cuidadores Profesionales en España: Formación, empleabilidad y oportunidades de empleo. Actas de la dependencia número 1. Fundación Caser. Marzo 2011
- 72 Herrera Molina E (2005). Abordaje de la atención sociosanitaria en Extremadura, en Plan Marco de atención sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010. Consejería de Bienestar Social y Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura
- 73 McKinsey & Company, Fundación de estudios de Economía Aplicada (FEDEA). Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Disponible en: [http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad\\_cambio\\_posible.pdf](http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf)
- 74 Texto de Proposición parlamentaria. 25 de enero de 1990. Serie D, número 13.
- 75 IMSERSO, Plan Gerontológico. Madrid Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1993
- 76 Declaración de principio del Consejo de la Unión Europea y de los Ministros de Asuntos Sociales, reunidos en el seno del Consejo, de 6 de diciembre de 1993, con motivo de la clausura del Año Europeo de las personas de edad avanzada y de la solidaridad entre las generaciones (1993)
- 77 Plan de calidad total del INSALUD. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. INSALUD. Madrid 199.
- 78 IMSERSO. Plan de acción para personas mayores 2000-2005. Madrid Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
- 79 Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004.
- 80 Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud.. Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 3 de junio de 2009 Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- 81 Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en ICTUS del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.
- 82 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
- 83 Herrera E. Retos Inmediatos en Sanidad: La Atención Sociosanitaria. DS Vol. 13 Num 1, Enero-Junio 2005.
- 84 Daemen P. Integrated care to meet patients' needs. Journal of medicine & the person. September 2005, vol. 3 number 3

85 De Diego García I. La coordinación sociosanitaria y la atención a las personas dependientes. *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen V. Número 18. Abril/junio 2001.

86 Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes portal mayores*. 106. Noviembre 2010.

87 Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care*. 2000;1:e08

88 Nuño Solinís R. Exploración conceptual de la atención integrada. En *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar*. Barcelona: editorial Elsevier Masson 2008

89 Ararteko Defensoría de Pueblo (2007): atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco

90 Beseler Soto, MA. Perfil del paciente sociosanitario. Ponencias del XVI Congreso de la SVMEFR. Benicassim 29 y 30 de marzo de 2007.

91 Guillén Llera, Francisco, Ruipérez Cantera, I. "Manual de geriatría". Editorial Masson S.A. Barcelona, 2002.

92 Sancho Castiello, T.; Rodríguez Rodríguez, P.: «Política social de atención a las personas mayores». *Gerontología Conductual*, vol. I, Ed. Síntesis (1999).

93 Behan D. *Shaping the future of care together*. HM Government 2009.

94 Herrera Molina E. *eCLM 2012: Mesa de Sanidad*. Catilla La Mancha 2010.

95 Casado D. A vueltas con lo sociosanitario. *Economía y Salud. Boletín Informativo. Asociación de economía de la salud*. Septiembre 2003, nº48

96 Rodríguez Cabrero G, Monserrat Codorníu, J. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. *IMSERSO* 2002.

97 Martínez-Aguayo C; Gogorcena Aoiz MA, Regato-Pajares, P. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. *Instituto Nacional de la Salud*. 1994

98 Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Metodología de detección de buenas prácticas en el marco de la red de políticas de igualdad. Enero de 2011.

99 Hawkins, M.A. 1998. "Clinical Integration across Multiple Hospitals: The Agony, the Ecstasy." *Advanced Practice Nursing Quarterly* 4: 16–26

100 Coburn, A.F. 2001. "Models for Integrating and Managing Acute and Long-Term Care Services in Rural Areas." *Journal of Applied Gerontology* 20: 386–408.

---

101 Friedman, L. and J. Goes. 2001. "Why Integrated Health Networks Have Failed." *Frontiers of Health Services Management* 17: 3–28.

102 Appleby, N.J., D. Dunt, D.M. Southern and D.Young. 1999. "General Practice Integration in Australia. Primary Health Services Provider and Consumer Perceptions of Barriers and Solutions." *Australian Family Physician* 28: 858–63.

103 Coddington, D.C., E.A. Fischer and K.D Moore. 2001. "Strategies for Integrated Health Care Systems." *Healthcare Leadership & Management Report* 9: 8–15.

104 Hawkins, M.A. 1998. "Clinical Integration across Multiple Hospitals: The Agony, the Ecstasy." *Advanced Practice Nursing Quarterly* 4: 16–26.

105 Plamping D, Gordon P, Pratt J. Practical partnerships for health and local authorities. *Br Med J* 2000;320:1723-5.

106 Glendinning C, Rummery K, Clarke R. From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. *Br Med J* 1998;317:122-5.

107 Gillies, R.R., H.S. Zuckerman, L.R. Burns, S.M. Shortell, J.A. Alexander, P.P. Budettiet al. 2001. "Physician-System Relationships:

Stumbling Blocks and Promising Practices." *Medical Care* 39: 92–106.

108 Robinson, J.C. and L.P. Casalino. 1996. "Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare." *Health Affairs* 15: 7–22.

109 Stewart, A., A. Petch and L. Curtice. 2003. "Moving towards Integrated Working in Health and Social Care in Scotland: From Maze to Matrix." *Journal of Interprofessional Care* 17: 335–50.

110 Burns, L.R. and M.V. Pauly. 2002. "Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?" *Health Affairs* 21: 128–43.

111 Cookson, R. 2005. "Evidence-Based Policy Making in Health Care: What It Is and What It Isn't." *Journal of Health Services Research & Policy* 10: 118–21.

112 Hardy, B., I. Mur-Veeman, M. Steenbergen and G. Wistow. 1999. "Inter-Agency Services in England and the Netherlands: A Comparative Study of Integrated Care Development and Delivery." *Health Policy* 48: 87–105.

113 Barnsley, J., L. Lemieux-Charles and M.M. McKinney. 1998. "Integrating Learning into Integrated Delivery Systems." *Health Care Management Review* 23: 18–28.

114 Kolbasovsky, A. and L. Reich. 2005. "Overcoming Challenges to Integrating Behavioral Health into Primary Care." *Journal for Healthcare Quality* 27: 34–42.

115 Baxter, C., R. Levin, M.M. Legaspi, B.E. Bailey and C.L. Brown. 2002. "Community Health Center-Led Networks: Cooperating to Compete." *Journal of Healthcare Management* 47: 376–88.



---

116 Hurst, K., J. Ford and C. Gleeson. 2002. "Evaluating Self-Managed Integrated Community Teams." *Journal of Management in Medicine* 16: 463–83.