GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

LIBRO BLANCO DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

15 DE DICIEMBRE 2011.

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

DIRECCIÓN DE PROYECTO:

Dirección General del IMSERSO

Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

INDICE

Pág.

PRÓLOGO 5

INTRODUCCIÓN 8

PRIMERA PARTE

ESTUDIO DE SITUACIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA 14

1. CONTEXTUALIZACIÓN 15

2. PREGUNTAS CLAVE Y OBJETIVOS 18

3. METODOLOGÍA 19

3.1. Fase I: Revisión de la literatura 19
3.2. Fase II: Análisis de la información encontrada en la revisión .. 22
3.3. Fase III: Recopilación de las experiencias desarrolladas por las CC.AA. 24
3.4. Fase IV: Análisis de las experiencias identificadas en las CCAA 27

4. RESULTADOS 28

4.1. Fase I: Revisión de la literatura 28
4.2. Fase II: Análisis de la información encontrada en la revisión .. 50
4.3. Fase III y IV: Recopilación y análisis de las experiencias en CSS en España 62

5. DISCUSIÓN 204

6. CONCLUSIONES 216

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

SEGUNDA PARTE

REFLEXIONES EN TORNO A LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. MEDIDAS PARA SU PROMOCIÓN 222

1. CONTEXTUALIZACIÓN 223

1.1. El envejecimiento de la población 224

1.2. La enfermedad crónica 230

1.3. La atención a la dependencia 233

1.4. La crisis económica y el gasto de los sistemas sanitario y social 238

1.5. Contexto estratégico, normativo y programático 244

1.6. Aproximaciones conceptuales y terminológicas 248

1.7. Necesidad de coordinación sociosanitaria 259

1.8. Retos y beneficios de la coordinación sociosanitaria 264

2. MEDIDAS PARA PROMOVER LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA 272

2.1. Bases para la construcción del modelo. 274

2.2. Sesenta y tres medidas para impulsar la coordinación sociosanitaria en España 281

ANEXO. REFLEXIONES DE LOS AGENTES SOCIALES, AGENTES ECONÓMICOS Y TERCER SECTOR EN RELACIÓN A LA COORDINACION SOCIOSANITARIA 322

3. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS. 331

PRÓLOGO

El sistema sanitario y el sistema social constituyen parte sustancial del modelo de protección y garantías de nuestro Estado de Bienestar. Su desarrollo supone una gran conquista de nuestra sociedad que no debe verse afectado por situaciones coyunturales como la crisis económica en la que nos hallamos inmersos. Ahora más que nunca es necesario reforzar y evitar que aquellos elementos que igualan a las personas se cuestionen y ello tenga, como consecuencia, una reducción de los mismos o una manera menos universal de acceso.

En este contexto, la adopción de un modelo de coordinación sociosanitaria representa una doble oportunidad: por una parte, la de optimizar los recursos públicos destinados a la atención de las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia y, por otra, la de avanzar en una atención más eficaz, con su centro de acción en las personas y sus necesidades y con base en la generación de una nueva cultura del cuidado.

El abordaje de la salud, definitorio del Estado de Bienestar, ha alcanzado un mayor grado de complejidad debido, entre otras cosas, al envejecimiento de la población y a la necesidad de atender otros factores de carácter social más allá de la patología, que nos plantea la reconsideración de los canales clásicos de atención. Todo ello con la finalidad de progresar en una prestación de servicios mejor perfilada, acorde con la necesidad particular de las personas y con el propósito de aliviar la carga financiera y económica que suponen para el sistema.

La sanidad y los servicios sociales, a pesar de haber evolucionado a diferente velocidad y tener un origen y una trayectoria desiguales, lo han hecho en una dirección convergente: existen variadas iniciativas que muestran el gran potencial de una acción conjunta y las posibilidades que la misma puede

aportar al sistema y a los destinatarios de sus acciones. Sin embargo, aún son muchos los elementos que deben ponerse en marcha y desarrollarse para alcanzar, en la práctica, una verdadera coordinación de ambos sectores. El momento requiere un impulso y una apuesta decidida que permita que la coordinación sociosanitaria sea una verdadera realidad en nuestro país que nos sitúe a la vanguardia de los sistemas de salud.

Definición de procesos más ajustados de intervención adaptados a las necesidades reales de las personas, optimización de recursos y contención del gasto en la prestación de servicios, diseños compartidos en los itinerarios de atención, integralidad en su cobertura, etc., son acciones que articulan una situación totalmente distinta. Un escenario centrado en la persona, más humano y satisfactorio, menos costoso, que consciente de la realidad económica en la que nos encontramos sea un generador de oportunidades: un entorno competitivo, productor de nuevos nichos de empleo que ayuden a superar el momento en el que nos encontramos y que formen parte del motor de desarrollo para volver a cifras positivas de crecimiento.

Hemos de hacer las cosas de una manera distinta, más eficiente en cuanto al gasto y más integral en la atención a las personas. El momento económico nos ha hecho pasar de contar con una oportunidad para la coordinación sociosanitaria a exigirnos una acción firme que puede y debe tener como base esa coordinación.

El sistema sanitario es cada vez más completo y eficaz para atender lo agudo, pero precisa reorientarse para la atención a la enfermedad crónica. El sistema social cuenta, en la actualidad, con una buena base procedimental y con parte de las herramientas necesarias para procurar una correcta intervención, no sanitaria, tanto en la prevención como en la atención a situaciones de dependencia; pero no ha desempeñado, históricamente, un papel protagonista en este entorno. Ambos espacios han de emprender un camino común y

compartido en aras de la eficiencia y mayor y mejor rentabilidad de sus acciones.

Tomando como base la experiencia de más de 25 años de trabajo en ambos espacios, ahora se justifica más si cabe, una acción conjunta, sin que esto implique pérdida de identidad por ninguno de los dos sistemas. Este trabajo sinérgico debe venir de la mano, de una parte, de planteamientos novedosos marcados como estratégicos en las agendas políticas y de otra, de la acción comprometida de los profesionales, necesarios catalizadores del cambio, que han de entender el viraje del modelo como una oportunidad para mejorar.

El Libro Blanco que aquí presentamos pretende, desde un análisis de las principales tendencias internacionales en este ámbito y de la aportación de los responsables autonómicos sociales y sanitarios, poner sobre la mesa una serie de reflexiones y recomendaciones porque ha llegado el momento de aprovechar la complementariedad de ambos sistemas, articulándolos en red para satisfacer de manera correcta las circunstancias que rodean a la persona y que limitan su pleno desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La atención integral de la salud y la mejora del bienestar es la base del Sistema Nacional de Salud y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SNS y SAAD). Nuestra sociedad envejece, a menudo, acompañada de una mayor presencia de enfermedades crónicas y de la necesidad de cuidados personales de quienes las padecen. Uno de los principales desafíos en nuestro Estado del Bienestar es conseguir que la cobertura de sus prestaciones sea mejorada y esté garantizada.

Los cambios demográficos y sociales, un entorno cambiante y un contexto marcado por la crisis económica, constituyen un reto para la mejora e, incluso, para la sostenibilidad de los sistemas públicos sanitario y social tal y como están configurados hoy día. Se deben abordar de manera decidida planteamientos de fondo que vengan a flexibilizar nuestros sistemas y les permitan adaptarse a las nuevas realidades a las que han de hacer frente.

Se debe tener presente que los sistemas de protección sanitario y social son pilares fundamentales del Estado de Bienestar, han sido y son parte esencial de su configuración. Por ello, se impone una enorme responsabilidad para ambos: la amenaza del entorno no puede convertirse en la causa que haga peligrar el sentido último para el que fueron creados. Los beneficios que los mismos han aportado a la salud y bienestar de las personas y que son su razón de ser (universalización de sus prestaciones, accesibilidad de los recursos disponibles, cotas de esperanza de vida inimaginables hace pocos años y que continúan incrementándose, etc), no pueden convertirse en el origen de su insostenibilidad. Es preciso romper dicha paradoja.

De cara al futuro más inmediato, mejorar la salud de los ciudadanos y hacerlo de forma viable, pasa por cinco elementos fundamentales: primar la salud y la autonomía de las personas; responsabilizar al ciudadano de su salud; garantizar la calidad de las prestaciones ofrecidas a las personas con enfermedades crónicas que requieran cuidados continuados; compatibilizar la gestión de los servicios de atención a la dependencia con el sistema sanitario y desarrollar medidas orientadas a mejorar la coordinación de los sistemas sanitario y social para ofrecer una atención integral y no fragmentada a las personas que presenten simultáneamente enfermedades crónicas y dependencia.

El Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria nace como enfoque inicial para responder al último de estos requisitos, reforzando el prisma de los cuatro primeros.

Posiblemente en un futuro no lejano sea necesario replantear algunas de las soluciones que se hayan adoptado en un pasado reciente y que pueden llegar a resultar obsoletas a corto plazo, bien porque fueron diseñadas para perfiles de atención diferentes, bien porque la burocracia actual que exigen algunos de sus procedimientos pueda ser desarrollada más adecuadamente con avances tecnológicos que aceleren y faciliten su implantación.

El liderazgo para la mejora en la calidad de los sistemas sanitario y social es una responsabilidad compartida entre la Administración Central y los gobiernos de las diferentes Comunidades Autónomas. Es posible y, ahora más que nunca necesario, promover acciones dirigidas a alinear objetivos comunes encaminados a garantizar la cobertura de las nuevas necesidades sanitarias y de cuidados de la población.

Este es el espíritu del presente trabajo, que señala la importancia de trabajar conjuntamente entre todas las administraciones para definir y operativizar diversos escenarios de coordinación que permitan desarrollar instrumentos que sitúen al ciudadano y sus familiares en el centro de las actuaciones de nuestros sistemas de bienestar. Este incipiente consenso constituye el ambiente propicio con el que acometer esta tarea de manera decidida. La comprensión de esta necesidad ineludible y la participación de todos es lo que hará posible sentar los cimientos de un nuevo modelo de funcionamiento.

El Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria es un documento de reflexión y análisis estructurado en dos partes. La primera de ellas "*Estudio de Situación de la Coordinación Sociosanitaria en España"* corresponde a un estudio previo de la situación de la coordinación social y sanitaria -en nuestro país y fuera de nuestras fronteras- que pretende servir de base a responsables políticos y técnicos para que dispongan de elementos concretos con los que avanzar en la articulación de la misma en sus respectivos ámbitos territoriales, garantizar el principio de continuidad en la asistencia y asegurar la prestación eficiente de servicios adaptados a las necesidades que presentan los pacientes crónicos y dependientes en nuestro país. La segunda parte *"Reflexiones en torno a la coordinación sociosanitaria. Medidas para su promoción"* recoge recomendaciones para facilitar su implementación además de describir aquellas experiencias exitosas que se están llevando a cabo en las distintas comunidades autónomas y que pueden ayudar a fomentar la colaboración institucional y servir como modelo para su extensión.

El objetivo último de todas ellas es situar al ciudadano con problemas de salud y de tipo social en el eje del nuevo diseño de nuestros sistemas de bienestar. Una atención de calidad sostenible y adaptada a las necesidades particulares del llamado paciente sociosanitario es la razón de ser de este trabajo.

La publicación de este Libro Blanco cumple el mandato de la I Conferencia Interterritorial de consejeros de Sanidad y de Política Social, celebrada en febrero del año 2010, donde se propuso su elaboración y refleja el compromiso del gobierno de apostar por un sistema capaz de dar respuesta a las cada vez más complejas demandas de quienes se sitúan en el llamado espacio sociosanitario, que permita el diseño de un modelo de funcionamiento común para este último, mediante la instrumentación de actuaciones coordinadas para la racionalización del gasto, la optimización y eficiencia de los recursos disponibles y el aprovechamiento de las economías de escala. Todo ello para posibilitar mayores índices de calidad asistencial conforme a las expectativas y necesidades del usuario, a la vez que se garantiza el uso correcto de los servicios por parte de los ciudadanos.

Facilitar una atención integral de las personas dentro de nuestros sistemas públicos de atención, requerirá el desarrollo de medidas como las anteriores y de otras muchas, que se pondrán en común para el conocimiento de todos dentro de la futura Estrategia Nacional para la Coordinación Sociosanitaria en España, fruto del acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado en 22 de julio de 2011.

Existen barreras que dificultan el cambio necesario en nuestros sistemas de protección. En demasiadas ocasiones se han ido solventado cuestiones más urgentes y posponiendo las reformas estructurales, permaneciendo ambos sistemas en un equilibrio flexible pero, por momentos, inestable.

Aunque la implantación de un sistema de coordinación sociosanitaria no pueda solucionar todos los problemas a los que nos enfrentamos, sí va a suponer el

comienzo de una dinámica de renovación, que puede ser operativa en un corto y razonable espacio de tiempo y que puede servir como referente para acometer el impulso del resto de medidas necesarias que nos permita, con modelos diferentes a los del siglo XX, afrontar el futuro de la salud y la salud del futuro.

Para ello es necesario que todos los agentes implicados apuesten por el mismo objetivo común.

El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria quiere ser ese punto de encuentro para todos.

PRIMERA PARTE

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA

ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA

1. CONTEXTUALIZACIÓN

El cambio en la pirámide demográfica plantea serios interrogantes acerca de los cuidados que serán demandados en un futuro no muy lejano por una población que se torna cada vez más envejecida y la forma en que estos serán prestados y financiados.

La demanda de servicios de atención a personas dependientes se ha venido incrementando considerablemente en los últimos años y continuará haciéndolo durante las próximas décadas, como consecuencia del envejecimiento, la enfermedad crónica y la dependencia que, en la mayoría de ocasiones, la acompaña.

La población española sufre un progresivo y sostenido envejecimiento. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se estima que el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 20% de la población en el año 2020 y superará el 30% en el año 2050. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, el grupo constituido por las personas mayores de 80 años en 2009 sumaba el 4,7% de la población residente en España, previéndose que crezca hasta cifras del 6,6% y del 11,2% en los años 2025 y 2050, respectivamente.

Pese a las mejoras en calidad de vida y salud de los mayores, no se puede obviar que la vejez conlleva ciertas limitaciones físicas y psicológicas. Las proyecciones realizadas en el Libro Blanco de la dependencia sobre el número de personas mayores de 65 años con gran dependencia estimaban un total de 163.334 personas; manteniéndose el crecimiento hasta 2020 (246.411 personas)[1].

Sin embargo, la puesta en marcha de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) ha superado las previsiones realizadas por los agentes expertos. En concreto, según la situación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) a 1 de octubre de 2011se han emitido 435.291 dictámenes de gran dependencia (grado III nivel 2 y 1), 449.044 dictámenes de dependencia severa (grado II nivel 2 y1), y 374.016 dictámenes de dependencia moderada (grado I nivel 2 y 1) para todos los grupos de edad. Si bien, el grupo de mayores de 65 años representa el 76,06% del total de dictámenes.

En general entre una de cada tres y una de cada cuatro familias españolas está afectada por el problema de la dependencia; siendo la causa más frecuente de esta la edad/vejez acompañada de enfermedades físicas o psíquicas[2].

Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y que hacia 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años[3.] En 2006, la Encuesta Nacional de Salud apuntaba a una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 en los mayores de 75 años.

En nuestro país, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas las realiza la población mayor de edad, que además es la que necesita 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 supone casi el 50% del gasto total[4].

Estos tres hechos relevantes, el envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y de las enfermedades crónicas, nos plantea tres retos ineludibles: el adecuado desarrollo de un sistema de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, la reorientación del tradicional modelo de atención sanitaria centrado en la curación de procesos agudos o descompensaciones hacia un modelo que conceda más importancia al "cuidar", y la necesaria coordinación entre ambos sistemas sanitario y social, para 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 índole sanitaria y social.

Ante estas características demográficas futuras, el enfoque de atención al episodio agudo, la especialización excesiva y atención fragmentada, parcial e incompleta que obliga a la derivación y peregrinación del paciente por los diferentes servicios y facultativos será ineficaz e insostenible (Behan D 2009)[5]. La patología crónica requiere cuidados continuados y continuidad en los cuidados, la dependencia requiere un sistema social que aporte ayudas para superar y complementar las discapacidades. Ambas, requieren a su vez, hacer mayor hincapié en la importancia de la prevención.

La aprobación de la LAPAD ha supuesto un paso de enorme relevancia en la atención, si bien, su desarrollo supone un desafío ya que el correcto abordaje de las necesidades de las personas donde confluyen circunstancias de dependencia y de enfermedad crónica y las de sus familias, requiere además de la coordinación de los servicios que actúan sobre ellos.

La construcción de la coordinación sociosanitaria, requiere valorar iniciativas que han resultado eficaces en otros modelos e implementar acciones para reforzar y mejorar las que hasta ahora se han puesto en marcha en nuestro contexto.

La interrelación entre salud y situaciones de dependencia y de necesidades de apoyo para la autonomía personal, precisa reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de los recursos destinados a la atención de las personas en esta situación, y en concreto organizar y coordinar los servicios sanitarios y los servicios sociales para proporcionar una respuesta integral y eficaz a las necesidades de la población. En este contexto, las diferentes fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y, ponen de relieve la importancia de la coordinación, integración, colaboración y complementariedad en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, entre instituciones sociales y sanitarias, entre la iniciativa social, pública y privada, entre los diferentes tipos de recursos, etc. En definitiva con estas orientaciones o tendencias, debemos fortalecer un sistema de coordinación sociosanitario que requiere un ajuste de decisiones complejo y de carácter intersectorial, basado en primera instancia, en el valor y la fuerza de las sinergias.

Así se reflejó en la Conferencia Interterritorial de consejeros de Sanidad y de Política Social celebrada en febrero de 2010 que señaló "la importancia de trabajar conjuntamente entre todas las administraciones para definir y operativizar diversos escenarios de coordinación social y sanitaria que permitiesen desarrollar objetivos, actuaciones e instrumentos que situasen al ciudadano y a sus familiares con necesidades sanitarias y sociales en el centro de las actuaciones de nuestros sistemas de bienestar".

2. PREGUNTAS CLAVE Y OBJETIVOS.

¿Qué conceptos enmarcan adecuadamente el término "coordinación sociosanitaria" según la literatura existente?, ¿qué actuaciones constituyen y promueven la coordinación sociosanitaria según lo descrito en las experiencias implementadas en el ámbito internacional y nacional?, ¿cuál es la situación actual de la "coordinación sociosanitaria" en España?, ¿qué podemos aprender

de las buenas prácticas puestas en marcha?, ¿cómo mejorar la coordinación sociosanitaria en el futuro?.

Ante estas preguntas, los objetivos que se plantea el presente estudio son:

- Revisar en la bibliografía los conceptos que definen el término "coordinación sociosanitaria".
- Identificar los elementos que facilitan la coordinación sociosanitaria según experiencias nacionales e internacionales descritas en la literatura.
- Recopilar y describir modelos, experiencias y buenas prácticas llevadas a cabo en las comunidades autónomas en materia de coordinación sociosanitaria.
- Proponer medidas para mejorar la coordinación sociosanitaria en España.

3. METODOLOGÍA.

La metodología empleada para la elaboración del estudio se divide en cuatro fases: 1) revisión de la literatura, 2) análisis de la información 3) recopilación de las experiencias desarrolladas por las comunidades autónomas (CCAA), 4) análisis de las experiencias identificadas en las CCAA. Cada una de estas fases se describe a continuación.

3.1. FASE I: REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Se describe a continuación el protocolo estandarizado de búsqueda, lectura y análisis de la información que se ha seguido en la revisión de la literatura científica.

1) **Contexto de búsqueda:** se ha delimitado y definido el contexto de búsqueda a partir de: a) la selección de los idiomas, b) la selección de los términos de búsqueda y c) la selección de fuentes de información.

a) Selección de idiomas: los idiomas en los que se ha centrado la búsqueda son castellano e inglés.

b) Selección de los términos de búsqueda: a partir de la discusión desarrollada por un grupo de expertos y en base a la terminología utilizada en otros países, se consideraron los siguientes términos:

   i) En inglés: *integrated care, managed care, coordinated care, shared care, seamless care*

   ii) En español: *atención sociosanitaria, coordinación sociosanitaria.*

c) Selección de fuentes de información: se seleccionaron las siguientes fuentes de información:

   i) bases de datos electrónicas de producción científica que permitieron identificar aquellos estudios donde se analizan y/o compararan experiencias, se describen programas, etc.

   ii) búsqueda de información en otras fuentes documentales específicas que permitieron identificar estudios o informes sobre el estado en que se encuentra el conocimiento en la materia,

   iii) portales institucionales para identificar iniciativas de coordinación sociosanitaria (servicios, programas, etc.) desarrolladas en otros países.

2) **Estrategia de búsqueda:** con el fin de obtener un resultado exitoso (fiable, actualizado, significativo) se ha definido y empleado la siguiente estrategia:

a) En cuanto a la literatura científica, se realizó mediante una estrategia combinada de términos (Tabla 1). Los términos fueron adaptados al tesauro propio de cada fuente de información y se utilizaron operadores

boléanos y de truncamiento. Además se realizó una búsqueda a partir de las referencias bibliográficas de los estudios identificados. La búsqueda se realizó en un período acotado (del 13 de julio al 13 de agosto de 2011).

b) La búsqueda en portales institucionales se realizó utilizando la estrategia que se detalla a continuación:

i) Acceso a cada uno de los buscadores institucionales.

ii) Introducción de términos de búsqueda o palabras criterio en la caja de búsqueda.

iii) Selección de páginas web relevantes de entre los 30 primeros resultados obtenidos en el buscador.

iv) Se navegó dentro de las páginas web seleccionadas, identificando todos los enlaces a otras páginas, y se seleccionaron aquellos relevantes. Este paso se repitió en cada web y con cada uno de los términos de la búsqueda agotando todos los niveles de profundidad.

3) **Motores de búsqueda:** se seleccionaron los siguientes recursos de información y búsqueda de la literatura científica e institucional.

a) Medline (PubMed).

b) Fuentes específicas: Centre for Reviews and dissemination (CRD), Social Care Institute of Excellence (SCIE).

c) Para la identificación de los portales institucionales se utilizó Intute y Google Directorio como buscadores de directorios institucionales.

4) **Criterios de inclusión y de exclusión:** el criterio de inclusión estuvo directamente relacionado con el objetivo de la revisión. Se incluyeron artículos e informes que referencias en experiencias de coordinación

sociosanitaria, definieran el marco de actuación en materia sociosanitaria, y/o consideraran elementos para favorecer la coordinación sociosanitaria. Se consideraron aquellos informes o artículos publicados desde 1990 a 2011.Se eliminaron los artículos e informes de instituciones repetidos y se excluyó toda aquella información que no estuviere relacionada con el objetivo de la búsqueda.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Fórmula de Búsqueda (Límites. Inglés, Español, publicados en los últimos 10 años, Campo: Titulo/Abstract)	Resultados
PubMed	delivery of health care, integrated and chronic illness	450
PubMed	managed care and chronic illness	558
PubMed	shared care and chronic illness	430
PubMed	seamless care and chronic illness	28
PubMed	transmural care and chronic illness	24
PubMed	intermediate care and chronic illness	120
PubMed	care pathways and chronic illness	131
PubMed	integrated delivery network and chronic illness	23
PubMed	patient centered care and chronic illness	141
Centre Of Review and Dissemination	integrated care OR coordinated care chronic illness	38
National Health Service.	integrated care OR coordinated care chronic illness	70
Total		**2.013**

3.2. FASE II: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN ENCONTRADA EN LA REVISIÓN.

El análisis de la información seleccionada, fruto de la búsqueda descrita en el apartado anterior, ha seguido las siguientes fases:

a) Exportación a un gestor documental: tras las estrategias de búsqueda y una vez obtenidas las referencias de documentos, se exportaron a "RefWork" con el fin de esquematizar los resultados.

b) Pre-análisis: en esta etapa se organizó el material y se realizó una lectura previa definiendo los ejes para examinar los contenidos originales, establecer unos criterios operativos del análisis teniendo en cuenta los objetivos de la revisión y extraer posteriormente unas orientaciones sobre la estructura que debería seguir el entregable.

c) Análisis y codificación: el análisis de la información estuvo condicionada por el objeto de la revisión y siguió el siguiente esquema:

- Se discriminó la información procedente de estudios internacionales y nacionales.
- Se identificó la definición de coordinación sociosanitaria y se clarificaron conceptos relacionados con la misma.
- Se identificaron y analizaron las experiencias más representativas y documentadas en otros países (Reino Unido, Estados Unidos de América, Canadá) seleccionando los siguientes modelos de atención: modelo PRISMA, modelo SIPA, modelo PACE, modelo CHOICE, modelo KAISER.

d) Una vez analizada la información recabada y a partir de las experiencias revisadas, se estableció un repositorio de elementos que la literatura apunta como facilitadores para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria en los distintos países en los que se han puesto en marcha un modelo de atención con estas características.

e) Partiendo de este repositorio, se diseñó y confeccionó el cuestionario de recogida de información (véase apartado 3.3), que sirvió como base para identificar las experiencias desarrolladas por las distintas CCAA.

3.3. FASE III: RECOPILACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DESARROLLADAS POR LAS CC.AA.

La recopilación de la información se ha llevado a cabo a través de un cuestionario de recogida de datos que fue enviado a los representantes del sistema social y sanitario de las distintas comunidades autónomas y a través de una sesión de trabajo grupal a la que fueron convocados los directores generales de las consejerías competentes en la materia así como aquellas personas que estos considerasen con conocimientos técnicos precisos para satisfacer el objeto de la reunión.

– Diseño y envío de cuestionario de recogida de información.

El cuestionario se diseñó sustentándose en aquellos elementos que la evidencia científica destaca como facilitadores para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria. La versión inicial propuesta fue validada por dos expertos colaboradores externos teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Adecuación del tipo de preguntas: se valoró si las cuestiones referidas permitían obtener la información requerida.
- Tipo de enunciado: se valoró la adecuación del enunciado en cuanto a su expresión y redacción, además de la extensión de los ítems.
- Estructura del cuestionario: se valoró si la categorización de las preguntas era idónea y si su clasificación seguía un orden lógico.

Las características en cuanto a tipología de cuestionario, estructura y formato de las preguntas se describen a continuación:

a) Tipo de Cuestionario: el cuestionario se diseñó en formato electrónico pdf rellenable y fue remitido a través de correo electrónico. Permitía el envío directo a una dirección de correo electrónico creada para tal efecto.

b) Estructura: el cuestionario estaba dividido en once secciones, la primera i) dedicada a la comunidad autónoma y los datos personales de la persona que lo cumplimentaba;, las restantes secciones se referían a: ii) recopilación de datos de normativas y directrices, iii) información sobre la organización, iv) sistema asistencial, v) sistemas de financiación, vi) sistemas de gestión, vii) administración y formación de profesionales, viii) sistemas de información y nuevas tecnologías, ix) evaluación de la calidad, x) identificación de barreras y xi) sección para comentarios adicionales.

c) Formato de las preguntas: el cuestionario constó de 34 preguntas generales, algunas de las cuales se dividieron en sub-apartados, dependiendo del grado de concreción y especificación requerido en cada apartado.

d) En la sección (i) se pedían los datos de la comunidad autónoma y los datos personales y profesionales de quien cumplimentaba el cuestionario. Las secciones ii a la ix constaban de preguntas cerradas de tipo Si / No que debían ser justificadas. Las secciones x y xi eran preguntas abiertas, donde se pidió a los profesionales que analizaran las barreras o aportaran comentarios adicionales.

– **Diseño de la sesión grupal con los representantes de las comunidades autónomas.**

La sesión de trabajo se diseñó bajo un modelo de participación activa. La selección de asistentes se llevó a cabo por cada comunidad autónoma en base a las indicaciones propuestas en la convocatoria donde quedaba reflejada la pertinencia de que acudiesen directores generales acompañados de técnicos expertos de ambas redes, sanitaria y social.

Los asistentes fueron divididos de forma aleatoria en 4 grupos cada uno de ellos asignado inicialmente a una mesa de trabajo con una determinada temática, asegurando al finalizar la jornada, que todos los profesionales hubiesen intervenido en todas la mesas propuestas. Los grupos estuvieron guiados por la figura de un moderador, que favoreció el dinamismo y la atención de los asistentes.

El contenido de la sesión grupal giró en torno a la temática planteada en cada uno de los bloques del cuestionario de recogida de datos enviado previamente a las comunidades autónomas:

- Mesa de trabajo 1: Marco normativo, directrices y organización
- Mesa de trabajo 2: Financiación, administración y formación de profesionales.
- Mesa de trabajo 3: Sistema asistencial y sistemas de información.
- Mesa de trabajo 4: Sistemas de gestión y evaluación

Concluía cada una de ellas instando a los participantes a identificar aquellas barreras que según su criterio en base a su *saber hacer* consideraban que dificultaban la coordinación sociosanitaria y las posibles prácticas para vencerlas.

3.4. FASE IV: ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS IDENTIFICADAS EN LAS CCAA.

Para recapitular y facilitar la sistematización de la información obtenida a través de los cuestionarios y de la sesión de trabajo, se utilizó una ficha de recogida de datos por comunidad autónoma.

El resultado de las experiencias enunciadas por las comunidades autónomas se presenta en apartado siguiente. Junto con su análisis cualitativo, se realizó un análisis cuantitativo que facilitó la identificación global del número de iniciativas desarrolladas en nuestro país por categoría, permitiendo discriminar así, aquellos bloques con mayor grado de desarrollo (véase apartado resultados).

Tras el volcado de todos los contenidos facilitados y su análisis, se creó un grupo de trabajo conformado por un experto y tres técnicos especialistas con el fin de establecer aquellos criterios objetivos que deberían tenerse en cuenta para seleccionar una experiencia como buena práctica (BBPP). Así se consensuó la definición de lo que, en este marco, debería considerarse como tal, acotándose el término a "*aquellas actuaciones, metodologías y herramientas, puestas en marcha en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, que han demostrado su capacidad para introducir transformaciones con resultados positivos y que son susceptibles de ser transferidas a otros contextos*"[6]. Partir de un marco conceptual claro, permitió al grupo trabajar en paralelo respetando criterios de homogeneidad. Una selección de las mismas se presenta en el Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria.

- **Limitaciones del análisis de experiencias.**

El alcance temporal de este estudio unido a los cambios políticos acontecidos tras las elecciones autonómicas celebradas a 22 de mayo de 2011 ha dificultado

la recogida de datos y ha limitado la labor de profundización de la información trasladada por las CCAA.

Se advierte igualmente que los datos recogidos relativos a experiencias nacionales han sido facilitados por distintos profesionales del sistema sanitario y social, lo que puede en ocasiones condicionar la información en función del grado de conocimiento que se tenga de ella.

Resulta por tanto necesario destacar que, a pesar de presentarse un amplio abanico de iniciativas, es posible que se hayan omitido otras experiencias de importancia similar que actualmente estén siendo implementadas.

4. RESULTADOS.

4.1. FASE I: REVISIÓN DE LA LITERATURA.

De las distintas fuentes de información consultadas, se obtuvieron un total de 2.013 documentos de los que, tras la identificación por título y abstract y la eliminación de las referencias repetidas, se seleccionaron 222 documentos, 81 correspondientes a literatura científica y 141 correspondientes a portales web institucionales (Figura 1).

La información recogida se describe en los apartados siguientes, presentándose las experiencias internacionales y describiéndose los modelos más representativos y ampliamente documentados.

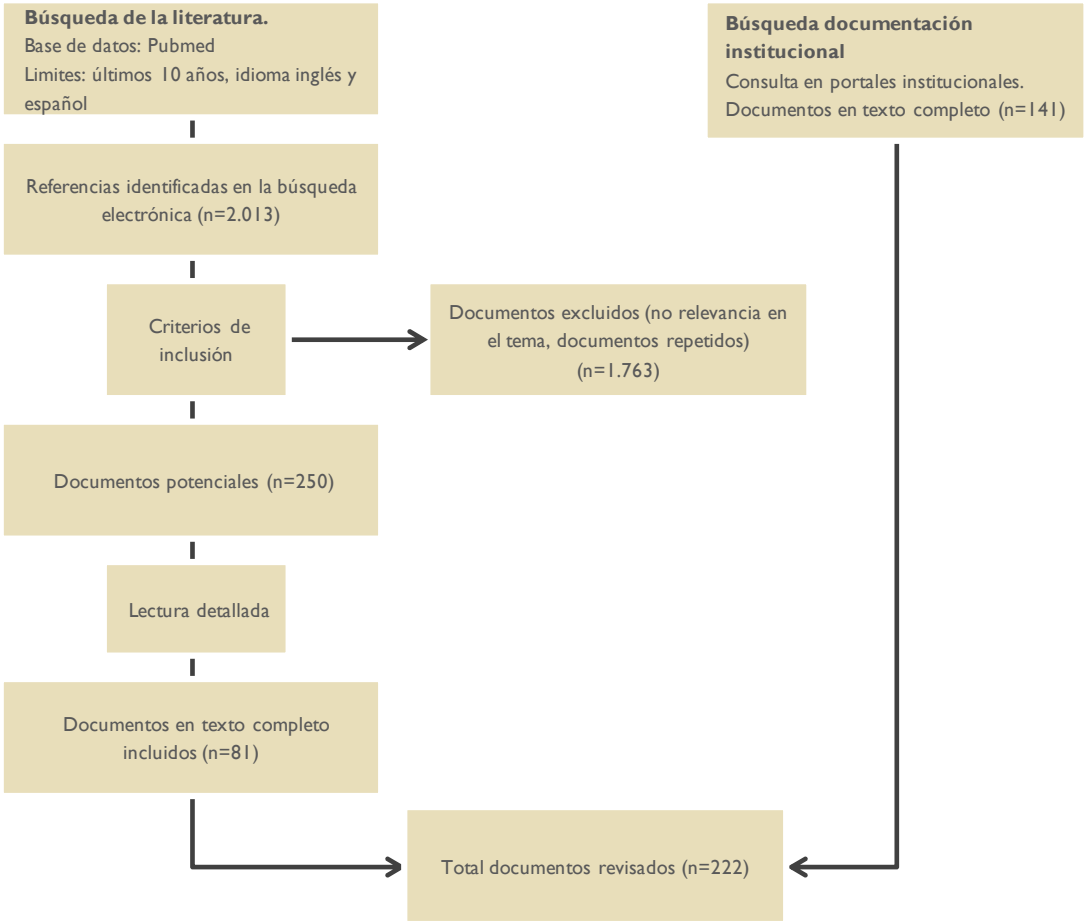


Figura1. Distribución de la búsqueda científica.

4.1.1 Revisión de la literatura en el ámbito internacional.

Los sistemas occidentales de salud y sociales se enfrentan a una serie de desafíos como resultado principalmente de los retos demográficos y los nuevos patrones epidemiológicos (envejecimiento de población y aumento de enfermedades crónicas) que requieren un nuevo *modus operandi*, apuntándose la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinar. Así se refleja en distintos documentos elaborados como consecuencia del establecimiento del Método Abierto de Coordinación (MAC). En concreto la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al

Comité de las Regiones COM/2004/0304 final: "*Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del «método abierto de coordinación"*, tiene por objeto favorecer la definición de un marco común que permita apoyar los esfuerzos nacionales de reforma y desarrollo de la asistencia sanitaria y la asistencia de larga duración mediante la aplicación del método abierto de coordinación.

En el mismo sentido, en la Comunicación COM/2005/0706 final "*Trabajar juntos, trabajar mejor-Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea*, se establecen las propuestas de la Comisión para crear un marco simplificado para el desarrollo de intercambios constructivos sobre objetivos políticos compartidos, prácticas adecuadas y buena gobernanza. Del mismo modo, la Comunicación COM/2008/418 final "*Un compromiso renovado en favor de la Europa social: reforzar el método abierto de coordinación en al ámbito de la protección social y la inclusión social*", insta a los estados a reforzar el método abierto de coordinación en el ámbito de la protección social y la inclusión social según el MAC social único creado 2005 que interviene a favor de la prestación de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración accesibles, de calidad y viables. Asimismo, los Estados miembros deberán establecer objetivos cuantitativos que permitan centrarse más en determinados sectores de la política social (especialmente el de la pobreza infantil, la de los trabajadores y la de las personas mayores).

Igualmente la Comisión Europea en 2008 destaca en materia sanitaria y de dependencia la coordinación como uno de los objetivos fundamentales para conseguir el acceso universal, una elevada calidad y un sistema sostenible financieramente, abogando por[7]:

- Una atención sociosanitaria adecuada que permita la universalidad de acceso a estas prestaciones, haciendo que la necesidad de cuidados no induzca a la pobreza o a la dependencia financiera de los usuarios.
- La adaptación en la atención a las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios, desarrollando estándares de calidad que reflejen las buenas prácticas acometidas en el contexto internacional.
- El uso racional de recursos que permita la sostenibilidad financiera del sistema y derive en un coste menos gravoso para los individuos.
- La coordinación en los cuidados como elemento esencial para asegurar un continuo asistencial y proporcionar, por tanto, un mayor nivel de calidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- La implantación de criterios homogéneos, mecanismos de acreditación y métodos de evaluación para prestar una atención de elevada calidad.
- Contar en el sector con profesionales que dispongan de la formación adecuada.
- La necesidad de abordar las carencias del personal (profesionales) en el cuidado formal de atención a la dependencia.
- La necesidad de idear nuevas vías de apoyo a la familia o cuidadores informales.
- La integración de los cuidadores informales en el mercado de trabajo (inclusión de este colectivo en el régimen de la Seguridad Social) y el mayor desarrollo de sus condiciones laborales, son cuestiones en las que se debe seguir avanzando.
- La promoción de actividades y hábitos de vida saludables.

Partiendo de estos nuevos retos en determinados países se han desarrollado en los últimos años distintas experiencias de articulación sociosanitaria. A continuación se describen las más representativas[8], atendiendo a aspectos como: competencia de los servicios sanitario y social, mecanismo de coordinación, la figura del gestor de casos, enfoque del modelo centrado en la persona, protocolos de organización de la actuación de los profesionales, trabajo de equipo multidisciplinar, soporte al cuidador familiar y mecanismos de financiación.

Competencias de los servicios sanitario y social: en general, las competencias están divididas entre ministerios (sanidad por una parte y asuntos sociales por otra), pero también, en especial, entre los ámbitos centrales, regionales, comarcales y locales. La falta de legislación federal es sólo una carencia de segundo orden, dadas las enormes diferencias regionales en la prestación de servicios dentro de los países. Las responsabilidades de ejecución de la política sanitaria y social se han delegado a las comarcas y municipios, con el resultado de desigualdades y diferencias locales en cuanto a los presupuestos y la calidad (Leichsenring K, 2005)[9].

Por ejemplo, en Austria y Suiza la atención siempre ha estado muy orientada al hospital. Como resultado de ello, hay exceso de servicios en el sector hospitalario y una falta de servicios comunitarios y de cuidado a largo plazo. Esto dificulta la reorientación del sistema hacia la atención en residencias, hogares de ancianos, a pesar de que las necesidades de la población demandan esta reorientación (Delnoij D, 2002)[10].

En otros países se presta igual énfasis en los servicios sociales, como Holanda y Suecia, cuyo sistema público incluye los servicios de limpieza en el hogar.

Mecanismos de coordinación: en Francia, se han creado los CLIC (Centre Locauxd'Information et de Coordination) como mecanismos de coordinación. Estos organismos dirigen y coordinan una red de profesionales que tiene como

objetivo satisfacer las necesidades de los usuarios (se dedican a motivar a los profesionales a trabajar conjuntamente con otros profesionales, a informar a los pacientes, familias y profesionales sobre los recursos que pueden utilizar para dar respuesta a sus necesidades, etc.). Estas estructuras abogan por una mayor cultura de coordinación y por la promoción de una interconexión gerontológica territorial que implique a todos los actores e instituciones que intervienen en la gestión local de este modelo (Porcar SederRM, 2009)[11].

En el Reino Unido, algunas de las iniciativas pasan por el establecimiento de un nuevo nivel de servicios de cuidado intermedio (intermédiate care), la creación de las asociaciones de cuidados (CareTrusts) que se encargan de prestar servicios sociales y sanitarios conjuntamente, el desarrollo de procedimientos únicos de evaluación y valoración (single assessment process) y aporte de estímulos económicos que incentiven la colaboración interdisciplinar.

Figura del gestor de casos: esta figura se utiliza en la mayoría de los países, aunque se le asigna diferente rol y persiguen objetivos distintos. En el Reino Unido, los Países Bajos y los países nórdicos, el gestor de casos se utiliza a nivel general. Si bien, en Alemania, Austria, Italia y Francia, aparece sólo en determinados modelos de atención.

En el caso del Reino Unido el médico general cumple una función de puerta de entrada al sistema, realiza una función de cuidado de la salud y tras una evaluación de las necesidades sociales, facilita la puesta en marcha de la asistencia social. En Austria y Alemania, los gestores de casos trabajan principalmente como enlace entre el hospital y la atención en la comunidad[12].

Enfoque del modelo centrado en la persona: Todas las experiencias se enmarcan en la necesidad de responder adecuadamente a las necesidades complejas de los pacientes, en este sentido, el paciente se convierte en el eje de las actuaciones conjuntas y coordinadas de los servicios.

En países como Suecia se aboga porque esta atención se consolide como un derecho, y se están desarrollando iniciativas, como el proyecto LEV, para adecuar los recursos a las futuras demandas y necesidades de su población, que como en el caso de España sufre un progresivo envejecimiento. El proyecto LEV (Long-Term Demand for Welfare Services: Health Care and Care of the Elderly up to 2050), pretende valorar la necesidad de recursos futuros para desarrollar medidas que fomenten la autonomía y prevengan la dependencia. Estas mediadas pasan por el uso de las tecnologías como herramientas de soporte al cuidado y la atención o el desarrollo de programas para el envejecimiento activo.

Otros países están avanzando en el marco para el desarrollo y el cumplimiento de los derechos del paciente y el respeto a sus valores. El Reino Unido por ejemplo, se está trabajando para que desarrollar un sistema donde todos los servicios sean capaces de articularse en torno a la persona, respetando sus valores y preferencias[13].

Protocolos de organización de la actuación de los profesionales: en Dinamarca, por ejemplo, las visitas preventivas en el hogar de las personas mayores se han introducido para ayudar al personal de salud y trabajadores sociales a mantenerse en contacto con los usuarios potenciales y poder organizar los servicios necesarios desde una etapa muy temprana. También se vienen desarrollando procedimientos conjuntos de alta a pacientes entre los entes municipales y los hospitales. Algunas de las iniciativas para aumentar la atención sinérgica incluyen reuniones entre las enfermeras de los hospitales y los equipos geriátricos que son quienes realizan el seguimiento en el propio domicilio del mayor. La atención prestada se basa en las necesidades y aspiraciones de éste último, adoptando una visión integral del paciente, teniendo en cuenta todas sus dimensiones (sociales, psicológicas y de salud).

Trabajo de equipo multidisciplinar: gran parte de los países consultados han introducido equipos interdisciplinarios de evaluación y han creado organismos responsables de guiar al ciudadano a través de los diferentes proveedores de servicios.

En Italia, las unidades de evaluación geriátrica actúan por derivación de los profesionales de salud o de atención social y lo hacen principalmente cuando la persona mayor necesita solicitar una plaza en un entorno residencial.

En los Países Bajos, las juntas de evaluación regional (RIOs) compuestas por equipos interdisciplinarios, deciden el entono de la atención, el tipo de atención o de apoyo que es requerido por una persona y al que tiene derecho.

En el Reino Unido los equipos de evaluación y rehabilitación comunitarios, "Community Assessment and Rehabilitation Teams (CART)" y en Francia los centros de información y coordinación "Centres Locaux d'Information et de Co-ordination" (CLIC) realizan una función similar.

En países como Austria y Alemania el proceso de evaluación de las necesidades de atención continúa siendo muy fragmentado y tiene un marcado énfasis sanitario; son principalmente los médicos quienes asumen esta función.

Soporte al cuidador familiar: algunas de estas iniciativas tienen que ver con prestaciones económicas, tales como las desarrolladas en el Reino Unido y ciertas regiones de Italia. En Alemania se conceden subsidios para la jubilación y en los países nórdicos se apuesta por la información y la formación. Los programas de respiro se desarrollan en casi todos los países, aunque la disponibilidad de estos servicios tiende a ser muy pobre[8].

Mecanismos de Financiación: la falta de presupuestos conjuntos y las diferencias en los modelos de financiación de la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración, se identifican, en general, como los problemas más significativos relativos a la articulación de la prestación de servicios en todos los

países. Sólo en 2 de ellos, Suiza y Reino Unido, la financiación corre por cuenta del gobierno. (Tabla 2)

Alemania ha planteado medidas de financiación y la superación de las barreras institucionales, especialmente entre la asistencia domiciliaria y la institucionalizada, los servicios sociales y los de salud, y los cuidados profesionales e informales. Sin embargo, el sistema sanitario tiene un mayor peso, lo que ha dificultado la coordinación sociosanitaria.

Tabla 2. Financiación de los servicios sanitarios y sociales

País	Sanitario	Atención
Holanda	Público (61% de la población) Seguro Privado (39%)	Seguro desde 1968 Insurance against special sickness cost (AWBZ)
Alemania	Público (90% de la población) Seguro Privado (10%)	Seguro desde 1994 Pflegeversicherung
Austria	Público (99% de la población)	Programa basada en sistema de impuestos, desde 1993
Suiza	Público (100%)	Seguro Público 1994
Reino Unido	Público (100%)	NHS y gobierno local
EEUU	Privado o Medicaid, Medicare, más 15,5% de la población sin cobertura	Pago privado, Medicaid

Fuente: Adaptado de Delnoij 2001, Delnoij 2002[10]

4.1.1 Descripción de iniciativas más representativas a nivel internacional.

El estudio que sigue describe las experiencias de colaboración entre los sistemas sociales y sanitarios más representativas a nivel internacional que si bien difieren en sus formas de organización, niveles de integración y objetivos de intervención, abogan por un enfoque integral de atención. En ellos se articulan fórmulas de coordinación a distintos niveles que favorecen la

implementación de un sistema eficiente capaz de dar respuesta a las necesidades del paciente complejo.

Se presenta la experiencia en la gestión de cuidados a pacientes crónicos utilizando el modelo Kaiser Permanente en dos localidades del Reino Unido, se describe el modelo PACE desarrollado en Estados Unidos para la atención a personas mayores vulnerables, se presentan dos de los modelos de cuidados sanitarios y sociales desarrollados en Canadá (SIPA y PRISMA), y por último, la experiencia del proyecto LEV (Long-Term Demand for Welfare Services: HealthCare and Care of the Elderly up to 2050) desarrollado en Suecia.

- **Reino Unido: El modelo Kaiser y su aplicación en el NHS.**

Desde 2008, dentro de la estrategia del NHS (High Quality Care For All) se vienen desarrollando diferentes proyectos piloto de integración de la asistencia que serán evaluados por un periodo de tres años. A partir de entonces se extraerán experiencias que podrán ser implementadas en otras localidades. Uno de estos proyectos tiene que ver con la aplicación del modelo Kaiser en 2 localidades del Reino Unido (Torbay y Northumbria).

El éxito del modelo Kaiser se basa en el énfasis en la atención al enfermo crónico (estratificado en función del riesgo, combinando prevención, apoyo a la autogestión, gestión de la enfermedad y manejo de casos de alta complejidad), y la integración de la atención que permite a los pacientes moverse fácilmente entre hospitales y la comunidad (Kaiser combina las funciones de asegurador y proveedor, facilita directamente la atención tanto dentro como fuera del hospital; en este modelo, los especialistas y médicos generales trabajan juntos y no tienen interés en construir instalaciones y recursos en hospitales, en detrimento de otros servicios) (Ham C, 2010)[14].

Otras características del modelo hacen referencia a la gestión activa del paciente en el hospital -incluyendo uso de protocolos de tratamiento comunes,

profesionales que aseguran que el paciente recibe el nivel de cuidados apropiado para su condición, centros especializados donde proveen rehabilitación para pacientes que no necesitan estar en hospitales de agudos y que no están preparados para ir a casa, etc., lo que ha generado un uso de camas menor en el hospital-, y apoyo a la autogestión a través de la información, programas educativos y formativos. Todo esto respaldado por el uso de las TIC: el programa Health Connect permite a los miembros comunicarse a través del email, acceder a su historia clínica, concertar citas médicas y gestionar prescripciones (Tabla 3)

Asimismo, se apuesta por el desarrollo del liderazgo y se hace un gran esfuerzo por conseguir la implicación de los profesionales en el rendimiento de la organización: un importante número de facultativos asumen funciones de líderes dentro de los grupos, y es en estos donde se toman las decisiones clínicas apropiadas.

Tabla 3. Características del modelo Kaiser comparado con otro no integrado.

Modelo Kaiser Permanente	Otros Modelos no integrados
Asociación de médicos y un plan de salud	Competencia entre médicos y planes de salud
Misión de la organización basada en el cuidado de la salud	Organizaciones impulsadas por el mercado: beneficio
Los médicos cooperan y se coordinan con las distintas especialidades	La práctica médica se hace de manera aislada de los especialistas
Sin fines de lucro, inversión en la salud y centrada en la calidad y la eficiencia a largo plazo	Con fines de lucro, la inversiones se centraron en los rendimientos de los accionistas a corto plazo
Prepago capitativo fomenta la eficiencia, la prevención y el servicio de bienestar	Pago por servicios alienta la duplicidad, el desperdicio y el uso excesivo de los servicios
La asociación de médicos ayuda a determinar las estrategias y las prioridades de la organización	Las aseguradoras/administradores impulsan las estrategias y las prioridades de la organización
Atención multidisciplinar	Práctica médica de forma asilada

Fuente: Adaptado del modelo Kaiser Permanente 2010.

Torbay: "right care, in the right place at the right time".

Torbay es una población de 140.000 habitantes donde el 26% es mayor de 65 años. Torbay es un ejemplo de coordinación en zonas de los servicios de salud y de atención social. Se han creado cinco zonas de entre 25.000 y 40.000 personas. Cada una cuenta con un equipo interdisciplinar de salud y de atención social bajo la dirección de un único gestor.

Las zonas proporcionan un enfoque geográfico para la coordinación de servicios y gran parte de su trabajo tiene que ver con el cumplimiento de las necesidades de las personas mayores. De ahí que se haya remarcado a los profesionales la importancia de que estos conozcan la población a la que se dirigen y así le sea posible identificar a los pacientes que se encuentran en situaciones de mayor riesgo de ingresos no planificados.

A estos últimos se les asigna un administrador de casos que junto con el paciente elabora un plan de atención personalizado que se almacena en carpetas junto con la información adicional que se vaya generando, en el propio domicilio del paciente, pudiendo así ser consultado por personal de salud y de asistencia social implicados en la prestación del servicio. En él se incluyen los objetivos del tratamiento, las intervenciones planificadas, y las acciones recomendadas en el caso de una crisis.

Northumbria

Northumbria es una población de 500.000 habitantes, con 2 zonas especialmente deprimidas. El uso de Interqual (software usado ampliamente en los hospitales de Kaiser para valorar si las admisiones, el nivel de atención y las estancias son apropiadas), identificó que 23% de los pacientes están en un nivel inadecuado de cuidado (menor o mayor nivel de cuidado según su condición).

Tras detectar esta situación, se han creado equipos de enfermeras experimentadas para gestionar activamente la permanencia en el hospital en los casos en que así se requiera, para facilitar el alta del paciente y la posterior atención en el domicilio.

Por otro lado, y persiguiendo el mismo fin (adecuación de la atención en función de las necesidades de la población) se ha desarrollado un servicio integral destinado a personas con diabetes gestionado por atención primaria con el apoyo del especialista, donde se ha dado especial énfasis a la autogestión de la enfermedad a través de programas de paciente experto con el apoyo de algunas iniciativas como DAFNE[15] (programa para el manejo de la diabetes tipo 1) y DESMOND[16] (programa para el manejo de la diabetes tipo 1I).

Nuevamente el éxito de estos proyectos radica en el liderazgo multidisciplinar y en el grado de articulación de los sistemas y recursos para proveer una atención integral a los usuarios.

- **Estados Unidos de América: Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) (National PACE Association)[17].**

El programa PACE fue desarrollado por OnLokSenior en la década de los 70 como una alternativa de cuidado para los residentes ancianos e inmigrantes que no podían valerse por sí mismos. En 1978, OnLokSenior amplió el modelo para extender la cobertura médica e incluir apoyo de los servicios sociales.

A partir de agosto de 2010, el programa PACE se desarrolla en 30 estados; el mayor de ellos presta servicio a más de 2.500 personas.

El programa se desarrolla para proveer atención integral a personas mayores de 55 años que se encuentren en situación de vulnerabilidad. Para ser incluidos en el programa deben vivir cerca de un centro PACE (organizados en unidades de

día), ser valorados por un equipo multidisciplinar, y tener autonomía para vivir en un entorno comunitario.

El programa PACE involucra a un equipo multidisciplinar, (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.), que son responsables del 100% de los servicios que los usuarios requieren (atención médica primaria y especializada, enfermería, servicios sociales, terapia ocupacional, terapia física, terapia del lenguaje, ocio, farmacia, atención domiciliaria, etc.). La planificación de la atención se realiza conjuntamente con el usuario y su familia.

La mayoría de los pacientes incluidos en PACE tienen problemas cardiacos, diabetes, hipertensión y enfermedad vascular. El programa tiene fuertes incentivos para que los profesionales promuevan la autonomía del paciente, evitando en todo momento complicaciones graves que acarreen que deba ser ingresado en el hospital. De esta forma, PACE incide en la prevención a través de chequeos frecuentes del usuario, puesta en marcha de programas para fomentar el ejercicio y una alimentación saludable.

Respecto a su financiación, PACE recibe un pago fijo mensual por usuario de Medicare y Medicaid independientemente de los servicios que cada paciente requiera. A su vez, los usuarios deben pagar una prima mensual dependiendo de si optan por Medicare o Medicaid.

- **Canadá: Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): utilisation et coûts des services sociaux et de santé.**

El modelo SIPA (Services Intégrés pour Personnes Agées) fue diseñado por un grupo de investigación de la Universidad de Montréal (Canadá).

La población objetivo de los SIPA son las personas mayores frágiles que residen en sus domicilios con los siguientes requisitos específicos[18]:

- Tener 65 años o más.
- Presentar discapacidades funcionales en las actividades de la vida diaria, en las cuestiones domésticas, problemas de incontinencia, de movilidad física, de comunicación o de las funciones mentales (se utiliza la escala de valoración
- SMAF, que varía de 0 a 80, colocando el umbral de admisión en el nivel -10).
- Residir habitualmente en la misma vivienda.

Las principales características del modelo se describen a continuación (Beland F, 2004)[19]:

La coordinación: La relación entre los hospitales, residencias de ancianos y centros de rehabilitación de Montreal, el CLSC[1] y el programa SIPA se desarrolla de la siguiente forma:

1) Los proyectos de SIPA locales se desarrollan por consorcios que incluyen por lo menos un CLSC, un hospital de corta estancia y una residencia.
2) Un comité de seguimiento compuesto por todos los socios institucionales, incluyendo el servicio de regional de salud y los servicios sociales del centro de Montreal (RRSSSM-C) establecido desde el inicio del programa y que se reúne con regularidad para asegurar el correcto funcionamiento del mismo.
3) Los acuerdos inter-institucionales específicos incluyen la colaboración del SIPA local y la intervención de los gestores de casos locales en las diferentes etapas de la prestación del servicio.

[1] CLSC (centros de servicios comunitarios)

4) La descripción de las tareas de los gestores de casos, y su formación incluyó la intervención explícita en instituciones distintas de los CLSC.

5) La coordinación con los servicios de urgencia ha mejorado con el tiempo. Sin embargo, el gestor de casos ha encontrado dificultades, debido principalmente a la rotación del personal del hospital, a la falta de un responsable de SIPA en el hospital, a la dificultad para la transmisión de información y los problemas de coordinación con los médicos del hospital.

El papel del gestor de casos: Enfermeras, trabajadores sociales y un terapeuta ocupacional, asumen el papel de gestor de casos. El gestor de casos interviene en las decisiones que antes estaba bajo la jurisdicción de la institución asociada. Los avances en la coordinación entre las instituciones se ha logrado, gracias a los acuerdos en la gestión de casos críticos las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Los gestores de casos han desempeñado un papel fundamental en la experiencia de SIPA, asegurando la gestión clínica y administrativa de los equipos multidisciplinarios (supervisan la aplicación de los parámetros del modelo SIPA, el trabajo del equipo, y motivan al equipo clínico y administrativo).

Desde el punto de vista clínico, su trabajo consiste en evaluar las necesidades de las personas mayores y las de sus cuidadores, establecer un plan de servicio, asegurar su ejecución, el seguimiento de la situación, la movilización de recursos lo más rápidamente, y garantizar que los datos clínicos y administrativos se introducen en los registros y sistemas de información.

Los gestores de casos también deben garantizar la colaboración de todos los interesados, en particular, mantener un estrecho contacto con el médico de familia, seguir a la persona mayor durante sus estancias en diversas

instalaciones y servicios tales como hospitales, servicios de urgencias y centros de día.

La definición del equipo multidisciplinar: el equipo está compuesto por enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.

El rol de los pacientes: los pacientes en SIPA participan en las decisiones sobre los servicios que les serán prestados. Por ejemplo, la referencia a los servicios de apoyo en el domicilio y el uso de las residencias privadas se establecen de conformidad con los deseos y los recursos de las personas mayores (Figura 1).

Figura 1. Modelo SIPA

Fuente: Adaptado de Hébert R, 2003[20].

Resultados: tras la implantación del modelo, los principales resultados conseguidos se resumen en:

1) Lograr reemplazar los servicios institucionales por los recursos comunitarios o sociales: los servicios institucionales incluyen visitas a urgencias, hospitales de corta y larga estancia, centros de rehabilitación. Los servicios comunitarios incluyen visitas a médicos generalistas y

especialistas, servicios sociales y sanitarios en el domicilio, ayudas técnicas en el hogar, hospital y centros de día.

2) Aumentar la utilización de los servicios de apoyo y atención sanitaria y social en el domicilio en el grupo SIPA: los servicios sanitarios son proporcionados por las enfermeras, nutricionistas, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. Los servicios sociales son asumidos por los trabajadores sociales y cuidadores. Las tasas de acceso son generalmente altas, están por encima de 80% en todos los casos, excepto para el acceso a los servicios sociales donde el grupo control alcanzó solo 68%. El acceso a la atención especialidad y el gasto farmacéutico es la misma en ambos grupos.

3) Reducir la utilización de los servicios de urgencias, hospital de corta y larga estancia. El SIPA ayudó a reducir a la mitad las expectativas de estancia en hospitales (5% frente a 10%).

- **Canadá: Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA): Provincia de Quebec.**

El modelo promueve la coordinación de las organizaciones sanitarias y sociales que prestan cuidados a las personas mayores (Heber R, 2003)[20], conservando su propia estructura, pero adaptando sus operaciones y recursos al modelo (Figura 2).

Las características básicas del modelo son la coordinación en todos los niveles de la organización, una única puerta de entrada a los servicios, la figura del gestor de casos que evalúa, planifica, organiza y lidera el equipo multidisciplinar; un plan de servicios individualizado y diseñado por el gestor, un único instrumento de valoración (Sistema de Medida de la Autonomía Funcional,

SMAF) y un sistema informático que permite obtener y actualizar la información clínica[21.]

La coordinación se da en tres niveles:

- Primer Nivel: Existencia de una "table de concertation" integrada por todas las organizaciones sanitarias, sociales y comunitarias; quienes acuerdan las políticas, orientaciones y recursos a utilizar en el sistema.
- Segundo Nivel: Coordinación en la gestión a través del "Service coordination comitte" bajo la dirección del anterior, que monitoriza los mecanismos de coordinación de los servicios y facilita el continuum asistencial
- Tercer Nivel: Por último, a nivel operacional, la presencia de un equipo multidisciplinar que apoya al gestor de casos.

Para acceder al programa se debe ser mayor de 65 años, presentar una dependencia moderada o severa (SMAF ≥87), necesitar de 2 o más servicios de atención sanitaria o social y que sea factible su estancia en el domicilio. El éxito de PRISMA radica en el esfuerzo y trabajo conjunto de grupos de investigación, organización de cuidados sanitarios, consejeros regionales de sanidad y servicios sociales y el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales de Canadá.

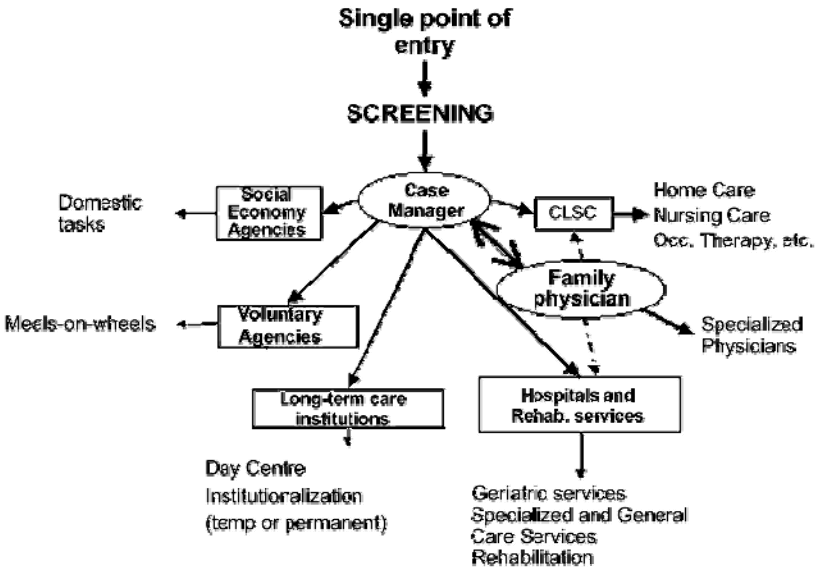


Figura 2. El Modelo PRISMA

Fuente: Hébert R, 2003.

– **Canadá: The Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly (CHOICE).**

El programa se inició en 1996 en Edmonton (Alberta) y está financiado por la "Capital Health Authority". El programa CHOICE tiene por objeto proporcionar una gama completa de cuidados para personas mayores con múltiples y/o complejas necesidades de salud, que son usuarios frecuentes de servicios de cuidados intensivos y que de otro modo deberían ser ingresados en una institución de cuidados de larga duración. Persigue su permanencia en el domicilio el mayor tiempo posible dentro de los límites de viabilidad médica, social y económica.

La atención de cada usuario se gestiona a través de un enfoque de manejo de casos multidisciplinario. Los usuarios son admitidos en el programa según sus necesidades y la de sus familias.

La persona beneficiaria de este programa tiene acceso a centro de salud de día, servicios de atención domiciliaria, camas de descanso y tratamiento y 24 horas

de servicios de emergencias. Desde el centro de salud se ofrece así, tratamiento médico y de enfermería, servicio de farmacia, terapia física, ocupacional y recreativa, e incluso cuidado personal cuando no sea posible en el domicilio), etc. Por su parte, los servicios de atención a domicilio incluyen: cuidado personal, adaptación de la vivienda; limpieza del hogar y comidas. También cuenta con servicios de transporte adaptados para personas con discapacidad, destinados a facilitar el desplazamiento hasta el centro.

- **Suecia: Proyecto LEV (Long-Term Demand for Welfare Services: Health Care and Care of the Elderly up to 2050)[22].**

Este proyecto promovido por el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales sueco en 2010 pretendía conocer el impacto en términos de morbilidad, mortalidad y necesidades de cuidado a largo plazo en personas mayores para generar posteriormente una discusión que girase en torno a cómo han de ser afrontados los retos futuros del envejecimiento en Suecia. Se ha basado en un modelo de simulación en salud en 3.000 personas. El modelo hace una estimación en base a las características demográficas de estas personas para conocer la demanda de servicios sanitarios y sociales en un futuro temporal que se ha determinado en el año 2050. La estimación se hace en función de criterios de cronicidad gradual o por el contrario de la evaluación de la efectividad de las posibles medidas a poner en marcha para prevenir un mayor grado dependencia de estas personas.

Los resultados obtenidos han mostrado que la combinación de medidas como mejorar la salud y capacidad funcional para reducir la necesidad de cuidados sanitarios y sociales, mejorar la accesibilidad y las ayudas técnicas, e impulsar el desarrollo y la investigación en este campo, podrían llegar a satisfacer las crecientes necesidades de las personas de edad.

- La mejora en la salud y en la capacidad funcional puede ser posible mediante la identificación de grupos de riesgo para promover cambios

positivos en los estilos de vida a través de la prevención y promoción de la salud.

- La actividad física puede evitar caídas accidentales y reducir el alcance de las posibles lesiones sufridas (el número de caídas accidentales en las personas mayores se espera aumente, como resultado de la tendencia demográfica, con un costo de 8.000 millones de coronas suecas en 2050)
- Para la mejora de la accesibilidad y las ayudas técnicas es necesario optimizar los servicios locales, adaptar las viviendas y los sistemas de comunicación.
- En cuanto a la innovación, el estudio indica la necesidad de desarrollar nuevas fórmulas para involucrar a los pacientes y usuarios, reforzar su posición y aumentar su influencia en su auto-cuidado. Además destaca la importancia de generar ideas innovadoras dirigidas a explotar el potencial que ofrece las tecnologías de la información.

Actualmente en base al informe sobre el estado de salud y bienestar elaborado por el Consejo Nacional Sueco en 2010, la atención al paciente sigue estando, en gran medida, caracterizada por un enfoque sustentado en el profesional en lugar de orientado al paciente. La adaptación de la atención a las necesidades del éste, junto con la coordinación y la combinación de habilidades entre profesionales lleva asociado mejoras y eficiencias.

4.2. FASE II: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN ENCONTRADA EN LA REVISIÓN.

4.2.1 Conclusiones del análisis de las experiencias.

Los sistemas sanitarios y sociales son muy heterogéneos entre los diferentes países; de hecho, la asistencia sanitaria en el ámbito europeo es ampliamente considerada como un derecho y como tal, tiene cobertura universal o casi universal. Los servicios de salud tienden a ser centralizados y se rige por un conjunto común de normas y principios financieros. Por el contrario, el derecho y cobertura universal de la atención social varía en los diferentes países miembros. Los servicios sociales de atención suelen ser sistemas descentralizados, con varios proveedores, autonomía local y con una variación considerable en el acceso y la calidad de los servicios; además, en algunos países los usuarios deben correr con una parte significativa de los costes (proyecto PROCARE)[23].

Si bien, existen diferencias en los modelos anteriormente analizados (SIPA, PRISMA, PACE, CHOICE), estos destacan algunos elementos facilitadores para establecer y garantizar una correcta atención del usuario. Entre estos elementos, sobresale la figura del gestor de casos, la entrada única, la existencia de un plan individualizado de atención, el uso de una herramienta única de evaluación y de sistemas de información (Tabla 4)).

Tabla 4. Comparación de Modelos

Elementos de atención integral	Modelo basado en la coordinación (PRISMA)	Modelo basado en la integración (SIPA, PACE, CHOICE)
Vínculo con el sistema de salud	Integrado	Anidado
Coordinación	Esencial en todos los niveles	Esencial a nivel operativo
Gestor de casos	Esencial (trabaja con equipos de los servicios existentes)	Esencial (con equipos multidisciplinares)
Entrada única	Esencial	No es esencial (solo proceso de derivación)
Plan individualizado	Esencial	Esencial
Herramienta única de evaluación	Esencial para todos los equipos y servicios	Esencial solo para uso interno
Sistema informático	Esencial para todos los equipos y servicios	Esencial solo para uso interno
Financiación	Negociación entre partners (capitalización no es esencial)	Capitación es esencial más el contrato con servicios externos

Fuente: Adaptado de Hébert R et al 2003[24].

El éxito en el desarrollo de las iniciativas depende a menudo del compromiso de los profesionales y del marco estructural de los proyectos; para funcionar con éxito, hace falta establecer con claridad objetivos, competencias y directrices.

Las organizaciones que han coordinado con éxito los sistemas de salud y social se han centrado en la combinación de muchos, si no todos, de los siguientes principios que han **mejorado o facilitado la implantación de la coordinación sociosanitaria[25]:**

4.2.1.1 Cultura organizacional y liderazgo*:*

La implantación de un sistema coordinado es efectiva, si cuenta con liderazgo y visión, y una cultura organizacional congruente con ella. Las diferencias tradicionales entre los distintos servicios o entre los profesionales, o el modelo de atención centrado en la intervención del episodio agudo, son algunas de las principales razones por las que la coordinación suele fallar (Coburn AF 2001, Friedman L 2001, Hawkins MA 1998)[26,27,28]. El acercamiento entre las dos culturas de atención ha sido posible en algunas experiencias, gracias al liderazgo comprometido, visible, que sea capaz de comunicar y promover

claramente la visión y los objetivos de la atención coordinada, y ayudar a los profesionales a apropiarse del proceso (Wilson B, 2003; Friedman L, 2001; Miller JL, 2000; Shortell SM, 2000)[27,29,30,31]. La coordinación se ve reforzada a través del apoyo organizativo, la demostración de compromiso y la existencia de líderes con visión, capaces de inculcar una cultura sólida y cohesionada. La existencia de políticas sólidas ha ayudado a consolidar la coordinación.

4.2.1.2 Enfoque hacia el paciente:

Las organizaciones que no centran los esfuerzos de la coordinación en el paciente, difícilmente tienen éxito (Coddington DC, 2001)[32]. La atención basada en las necesidades, requiere un conocimiento previo de cómo los pacientes se relacionan con los servicios sanitarios y sociales (Shortell SL, 2000, Rogers A, 2000)[31,33]. Para el correcto abordaje de las necesidades de los pacientes, se ha optado por la identificación de las necesidades de los grupos a los que están dirigidos los cuidados, para poder ofrecer una atención adaptada a su perfil de necesidad.

4.2.1.3 Estructura de coordinación:

El desarrollo de servicios coordinados se ve favorecido a través del desarrollo de estructuras que promuevan la coordinación (Hawkins MA, 1998)[28]. En algunos casos, la creación de una figura de coordinación como el gestor de casos, ha facilitado la relación del paciente con el sistema, y ha servido de herramienta motivadora entre los profesionales(Plampling D, 2000, Glendinning C, 1998)[34,35]. Si bien, el éxito de estas estructuras, radica en la diversidad de la gobernanza y la representatividad de todos los agentes interesados a lo largo del continuum asistencial (Shortell SM, 2000, Coddington DC, 2001)[31,32].

4.2.1.4 Sistemas de información:

La puesta en marcha de muchas de las iniciativas o experiencias mencionadas previamente, han sido posible con el apoyo de sistemas eficientes de

información, que permiten la gestión de datos y el seguimiento eficaz de la utilización y los resultados. El uso de las TIC se ha constituido como una valiosa herramienta de soporte, para compartir información, facilitar la comunicación y la relación entre el paciente y el profesional, entre profesionales y entre pacientes (soporte emocional). El éxito en el desarrollo e implementación de estos servicios depende del establecimiento de normas, objetivos y criterios de utilización comunes y del uso de incentivos utilizados por los profesionales (Hurst KJ, 2002)[36].

4.2.1.5 Existencia de equipos interprofesionales:

El individuo es un ser pluridimensional, y por tanto, el abordaje de las necesidades desde el trabajo en equipo es esencial para dar una respuesta efectiva a los usuarios y sus familiares (Coddington DC, 2001)[37]. Si bien, es fundamental que los roles y responsabilidades de todos los miembros del equipo estén claramente identificados para asegurar el continuum de la atención del paciente (Robinson JC,1996)[38]. Cuando los roles no están bien definidos, el trabajo interdisciplinar puede convertirse en una barrera, ya que genera confusión de los roles (Appleby NJ, 1999; Stewart A, 2003)[39,40], 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, 2002; Coxon K, 2005; Hardy B, 1999)[41,42,43]. En este aspecto, es importante la comunicación. Una estructura orgánica con diversos canales de comunicación, que transfiera de manera eficiente la información a través de las organizaciones (Barnsley J, 1998)[44]. Algunas de las medidas utilizadas para facilitar la comunicación han sido la coubicación de los servicios (Appleby NJ, 1999;Coburn AF, 2001; Kolbasovsky A, 2005)[39,45,46] reuniones de equipo frecuentes (Baxter C, 2002)[47] y el uso de sistemas electrónicos de información que faciliten la comunicación eficaz (Coburn AF, 2001; Coddington DC, 2001; Hurst K, 2002)[26,36,48]. Las experiencias de otros modelos han señalado la importancia de abordar la resistencia al cambio,

originada por la percepción errónea de pérdida de poder, pérdida de prestigio, cambio en la forma de hacer la práctica clínica, etc, (Hawkins MA,1998; Appleby NJ, 1999; Budetti PP, 2002;.Coddington DC, 2001)[28,39,49,50]. 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, 2001)[51]. La evaluación pluridimensional forma parte de la modernización del sistema en muchos países (por ejemplo, Alemania, Italia, Francia, los Países Bajos, el Reino Unido y Dinamarca), pueden incorporarse a la práctica sin mucha dificultad, cuentan con un alto grado de aceptación, y ayudan a implicar a diferentes clases de profesiones y a mejorar la comunicación entre ellas (PROCARE)[9.]

4.2.1.6 Gestión del desempeño:

La medición y evaluación de la prestación de la atención, es una parte importante del proceso de mejora de la calidad del servicio. En este sentido, el uso de los indicadores es fundamental para medir el logro de las prioridades de la organización y promover la prestación de servicios coste-efectivos y de alta calidad (Wilson BD, 2003; Coddington DC, 2001; Leatt PG, 2000)[29,32,52].

4.2.1.7 Gestión financiera:

El control de gastos es una de las principales razones aludidas para fomentar la coordinación de los sistemas sanitarios y sociales en algunos países. Sin bien, algunos procesos han generado un aumento de los costos antes que un ahorro a corto plazo, (Coburn AF, 2001)[26], por tanto la rentabilidad debe evaluarse a medio/largo plazo. Un obstáculo importante para la integración en algunos países es la diferencia en la forma de financiación de los diferentes servicios (asistencia a domicilio, atención primaria, etc.) (Appleby NJ, 1999; Clague C, 2004)[39,53.].

Por el contrario, ***las dificultades*** (Tabla 5) para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria suelen presentarse cuando (Wang T, 2001)[54]:

- Desde el ámbito organizativo y profesional no se comprende el fin de la coordinación, y los sistemas son incapaces de superar la atención tradicional basada en el episodio agudo,
- existe un déficit de experiencia en la gestión de organizaciones en red y dirección de proyectos por parte de los responsables de instituciones sanitarias o sociales,
- es necesaria una gran inversión de tiempo para desarrollar una nueva cultura que sea capaz de establecer y asumir una red coordinada efectiva de servicios,
- existen dificultades para financiar nuevos proyectos y se presenta fragmentación en la provisión de los servicios,
- se presenta una falta de autoridad superior (líder) que estimule e incentive que las partes converjan hacia un modelo de atención compartida,
- se definen roles y responsabilidades ambiguas entre los profesionales.

Tabla 5. Factores que favorecen o dificultan la coordinación sociosanitaria.

Factores que favorecen	Factores que dificultan
Liderazgo	Presión financiera
Compromiso (profesional y personal)	Complejidad organizativa
Buenas Relaciones	Cambio de líder
Estrategia conjunta	Complejidad financiera
Visión conjunta	Rigidez Cultural
Recursos adicionales	Complejidad del manejo de la información
Modelo centrado en el usuario	
Puesta en marcha conjunta	

Fuente: Adaptado de NHS 2010[55]

4.2.2 Elementos de la coordinación sociosanitaria.

A partir del análisis anterior, a continuación se presentan 8 grandes factores o elementos, acompañados de medidas más específicas, que han sido considerados como facilitadores a la hora de poner en marcha un modelo basado en la coordinación sociosanitaria.

Marco normativo y programático

- ✓ Desarrollo normativo
  - Desarrollo de leyes, decretos, normas, resoluciones que fomenten la coordinación sociosanitaria
- ✓ Desarrollo de Planes y Programas
  - Delimitación del modelo de coordinación sociosanitaria
  - Desarrollo de un plan de coordinación sociosanitaria
  - Desarrollo de programas para la coordinación sociosanitaria
  - Desarrollo de planes y/o programas donde se haga un análisis conjunto del problema de los enfermos crónicos y dependientes y se tenga una delimitación conjunta de la población diana.
  - Desarrollo de planes y/o programas donde se realice una planificación conjunta de los recursos sanitarios y sociales a nivel regional y de zona básica en equipos multidisciplinares intersectoriales (social y sanitario).

Organización

- ✓ Organización Territorial

- Correlación explícita entre los mapas sanitario y social
- Existencia de zonas donde la gestión de los recursos sanitarios y sociales esté integrada.

✓ Desarrollo de Estructuras formalizadas

- Desarrollo de estructuras (en RRHH, entes, comités, etc.) creadas para la coordinación de sectores (organismos intersectoriales, gestores de casos, etc.)
- Desarrollo de consejos regionales, comarcales, comisiones sociosanitarias de área, conformadas entre responsables sanitarios y de la dependencia a diferentes niveles (política, dirección y gestión, asistencia y clínica)
- Existencia de equipos de trabajo conjunto entre consejerías para mecanismos de análisis y propuesta de solución de necesidades no atendidas.

✓ Definición de procesos y protocolos de coordinación

- Definición de protocolos de derivación inter e intra-sectorial entre hospitales, atención primaria, residencias, programas comunitarios de los servicios sociales de base, recursos de larga estancia sanitarios, etc.
- Creación de protocolos de atención entre la asistencia domiciliaria social y la atención domiciliaria sanitarias.
- Creación de procesos y mecanismos para el flujo en el seguimiento de personas entre los sectores sanitario y social.

Sistema asistencial

- ✓ Desarrollo de programas asistenciales para atender enfermos crónicos y su dependencia de manera conjunta
  - Desarrollo de programas a nivel general para mayores, enfermos crónicos complejos
  - Desarrollo de programas a nivel específico (enfermedad mental, pacientes neurológicos avanzados, cuidados paliativos, rehabilitación…)
- ✓ Desarrollo de programas para la mejora en la atención
  - Existencia de recursos sanitarios de atención a la larga estancia, medidas para mejorar la atención sanitaria en las residencias de mayores, programas para la mejora de la atención farmacéutica en residencias, recursos cofinanciados por sanidad y la dependencia, programas en común de rehabilitación (coordinación entre rehabilitación sanitaria y terapia ocupacional en las residencias de mayores y centros de día)
  - Desarrollo de programas específicos para la mejora de la atención social en centros sanitarios (ejemplo: protocolos de trabajo social intrahospitalario)
  - Desarrollo de programas de ayuda al cuidador que capten casos desde lo sanitario y lo social
- ✓ Desarrollo de medidas para la organización de la atención conjunta
  - Desarrollo de protocolos de organización de la actuación de los profesionales sanitarios dentro de recursos sociales y de profesionales de lo social dentro de los recursos sanitarios

- Puesta en común del plan integral de atención sanitario y plan individual de atención social a la persona (plan de salud)
- Puesta en común de programas dirigidos al desarrollo de la autonomía personal desde la dependencia y la promoción de hábitos de vida saludable desde sanidad
- Trabajo de equipo multidisciplinar conjunto entre sanidad y área de la dependencia para la resolución de casos complejos

Sistema de financiación

✓ Desarrollo de medidas para la financiación

- Sistema de evaluación de necesidades de financiación que valoren la mejor ubicación de recursos en el área sanitaria y social para atender de manera óptima la enfermedad crónica.
- Medidas de financiación (incentivación) dirigidas a fomentarlos diferentes programas y medidas de coordinación sociosanitaria
- Medidas o prestaciones que exijan la valoración integral de necesidades de ciudadanos y pacientes.
- Medidas para la negociación financiera con base en los resultados en salud y la complementariedad de las actuaciones sanitarias y sociales (menor incidencia en patologías y menor incidencia en dependencia)
- Facilitar la cofinanciación de los sistemas sanitario y social en el tránsito de los pacientes de ambos sistemas
- Mecanismos de financiación compartida para recursos que atienden a los enfermos crónicos con dependencia entre el ámbito sanitario y social

Sistema de gestión

- ✓ Desarrollo de medidas para la gestión compartida
  - Sistemas de admisión y gestión compartida de centros y servicios comunitarios (por ejemplo: mecanismo de puerta de entrada única, ventanilla única, etc.)
  - Sistemas de contratación administrativa (de recursos externos) similares en los departamentos sanitario y social
  - Catálogo de productos y prestaciones claramente financiado por uno de los sectores, evitando duplicidades ineficientes (por ejemplo: material ortoprotésico)
  - Mecanismos de concertación de recursos y servicios con empresas privadas y tercer sector compatibles e interoperables entre el sistema sanitario y social

Administración y formación de profesionales

- ✓ Fomentar la Formación de los profesionales
  - En visión, sistema coordinado y habilidades para la coordinación sociosanitaria
  - En dependencia entre los profesionales sanitarios y en atención sanitaria específica para las diferentes patologías en el sector social
  - Mejorar el conocimiento de ambas carteras de servicios por parte de los profesionales de cada sector
  - Desarrollar iniciativas para mejorar la coordinación sociosanitaria (incentivación para mejorar la coordinación)

- Empoderamiento de los profesionales de ambos sectores.
- Resolución de conflictos laborales patentes entre profesionales sanitarios contratados en el sector social (equiparación de condiciones laborales entre los profesionales de ambos sectores)
- Mecanismos para la coordinación de plantillas, puestos, y retribuciones.

Sistema de información y nuevas tecnologías

✓ Sistema de información eficiente que mejore el flujo de comunicación e información a través del continuum asistencial

- Tarjeta sanitaria y social unificada o compatible
- Historia clínica unificada o compatible
- Interoperabilidad de historia clínica y social
- Definición de un Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) sociosanitario
- Sistemas de admisión y gestión de casos compartidos entre sectores (por ejemplo lista de espera hospitalaria y residencial)
- Sistema de información de recursos y servicios disponibles por áreas geográficas de población
- Sistemas de información de recursos humanos y profesionales compatibles entre ambos sectores
- Sistemas de información económico-financiera compatibles entre áreas sanitaria y social

- Sistema de telecomunicación y teleasistencia para personas con enfermedad crónica y dependencia
- Interoperabilidad entre los sistemas sanitario y social: tele-atención sanitaria más teleasistencia social

Sistemas objetivos de evaluación

✓ Definición de objetivos e indicadores comunes

- Indicadores para la evaluación de medidas dirigidas a mejorar la coordinación intersectorial

✓ Medición conjunta de los indicadores (desde los dos sistemas)

- Indicadores para la evaluación integrada intersectorial de la atención a personas dependientes con enfermedad crónica (ejemplo: valoración de los resultados de la atención de la suma de los servicios sanitarios y sociales)
- Indicadores de resultados en la equidad, en la provisión de recursos y servicios sanitarios y sociales conjuntos

4.3. FASE III Y IV: RECOPILACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS EN CSS EN ESPAÑA.

4.3.1 Experiencias de coordinación sociosanitaria en las Comunidades Autónomas.

A continuación se describen las experiencias que se están desarrollando o han sido desarrolladas en nuestro país en materia de coordinación sociosanitaria. La información reflejada en este apartado corresponde a aquella que fue recogida en los cuestionarios por las propias comunidades y/o expuesta en la sesión de trabajo conjunto. Se mantiene para su exposición la clasificación referenciada en el apartado anterior.

En los casos en los que ha sido posible, se ha completado con los datos contenidos en informes, planes, programas, etc. publicados.

4.3.1.1 Normativas y directrices.

Desarrollo de normativas, planes, programas que fomentan la coordinación sociosanitaria

Andalucía

Andalucía ha desarrollado diversos planes, programas y proyectos donde se hace énfasis en la coordinación sociosanitaria.

- La ley 6 de 1999 de atención y protección a las personas mayores, tiene por objeto regular y garantizar un sistema integral de atención y protección a las personas mayores que cuente con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas de Andalucía así como de los propios sectores sociales a la que va dirigida y cuyas actuaciones respondan a una acción planificada, coordinada y global donde se contemplen medidas en todas las áreas que afectan a estas personas.

- El I Plan Integral de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía 2003-2006 (PAIPDA) es un plan de la Junta de Andalucía, de carácter horizontal, interdepartamental, plurianual, que abarcaba todas las áreas de la intervención administrativa relacionadas con las personas con discapacidad: salud, educación, empleo, servicios sociales, vivienda, accesibilidad a la comunicación, accesibilidad a la edificación, urbanismo, transportes, cultura, deportes, turismo y contratación administrativa. Su ámbito de aplicación se extiende a todas las Consejerías de la Junta de Andalucía. El objetivo general del PAIPDA era la consecución de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Asimismo, se contemplan objetivos sectoriales para cada área de intervención.

- El III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 abogaba por un enfoque intersectorial e insta a avanzar hacia la cooperación y la corresponsabilidad de los diferentes sectores implicados en la identificación, formulación y seguimiento de las políticas y estrategias de salud debiéndose ser ésta la base para el consenso que guíe las acciones horizontales (Consejerías de Salud, Educación y Asuntos Sociales, Administraciones Locales, Organizaciones sociales, etc.) y verticales (Administración autonómica, provincial y municipal). Y apuntaba: si se actúa de este modo quedarán reforzados los efectos beneficiosos de las acciones en salud.

- El Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010 aunaba y coordinaba el esfuerzo estratégico de las Consejerías de Salud y para la Igualdad y Bienestar Social con el fin de seguir impulsando las medidas necesarias en el ámbito de las personas y familias afectadas del mal de Alzheimer. Todo ello bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad y accesibilidad, que son compartidos tanto por el Sistema Sanitario Público como por el Sistema de Servicios Sociales de Andalucía. Para el desarrollo del Plan, se estableció un convenio marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y la Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.

- Entre los objetivos generales y específicos de las nueve líneas estratégicas que lo conformaban, se contemplaba la satisfacción de las necesidades y expectativas detectadas; la atención integral a las personas afectadas y el apoyo a las personas cuidadoras en todas las fases de la enfermedad; la información, formación, ayuda y asesoramiento a las asociaciones y profesionales implicados; la

sensibilización de la opinión pública, instituciones, entidades y medios de comunicación; la adecuación de los recursos sanitarios y sociales; el impulso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación; el desarrollo de un sistema de censo, catalogación y acreditación de las asociaciones de familiares; el desarrollo de programas para la vinculación del voluntariado con las asociaciones; el establecimiento de un sistema de evaluación de las líneas estratégicas del Plan; o la promoción e impulso de proyectos de investigación relacionados con la enfermedad.

- El II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012 incorpora, de forma transversal, el principio de equidad, lo que supone el compromiso de trabajar en la reducción de las desigualdades detectadas, en la protección de las personas más vulnerables y en el respeto a la identidad cultural. Asimismo, el fomento de la participación ciudadana se ha considerado como uno de los componentes básicos. Igualmente, desde este Plan se plantea la importancia de la acción intersectorial, promoviendo en todo momento acciones que faciliten la cooperación con otros sectores que juegan un papel en la promoción de la salud mental y en la atención y recuperación de las personas que padecen problemas de salud mental y sus familias (incluidas la inserción social y laboral).

Aragón.

- El Plan Estratégico de Aragón 2001-2006, manifestaba la necesidad de diseñar una red de atención sociosanitaria, de uso público, que garantizase el acceso de las personas que padezcan dependencia o fragilidad, a los diferentes recursos y servicios, partiendo del principio de equidad.

  Las bases del modelo de atención sociosanitaria propuestas en el plan pasan por la interrelación entre tres elementos fundamentales: equipos de valoración multidisciplinares, una red de centros y servicios con

cobertura suficiente para prestar los planes de cuidados apropiados, y sistemas de información basados en la clasificación de los usuarios que permitan la adecuada planificación tanto de los planes de cuidados como la gestión de los servicios.

- El Plan de Salud Mental de Aragón 2002-2010 se concibió como un instrumento de política de salud dotado de un enfoque multisectorial e integrador que persigue mejorar la situación de la atención a la salud mental en Aragón. Este objetivo requería, según enuncia, readaptaciones estructurales y funcionales en la red y la creación de nuevos recursos y servicios de salud mental que, bajo criterios de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción, ofrezcan una atención integral al enfermo mental grave y respondan simultáneamente a las necesidades de salud de la población general.

  Los pilares básicos sobre los que se asentó han sido la cobertura universal efectiva y asumida como derecho, la equidad y accesibilidad, la oferta de recursos y servicios basada en la efectividad, eficiencia y sostenibilidad financiera, la atención de calidad, y la coordinación entendida como colaboración y corresponsabilidad con el resto de los dispositivos sanitarios, los recursos sociales y todas aquellas instituciones, públicas o privadas implicadas en la atención a las personas con problemas de salud mental.

Canarias

- En 2001 el Gobierno de Canarias acordó la aprobación del Plan de Infraestructura Sociosanitaria para la atención a las personas mayores (PCAMD), suscribiéndose convenios de colaboración entre la Administración Pública de la comunidad autónoma de Canarias y los diferentes cabildos.

- El Plan de Atención a la Discapacidad (PAD) es un programa dirigido a las personas de edades comprendidas entre 17 y 64 años, con todo tipo de discapacidades para las actividades de la vida diaria, entre los que incluye: personas con discapacidad con necesidad de tercera persona, personas con discapacidad por retraso mental, personas con discapacidad por enfermedad mental.

  El PAD incluye una cartera de servicios unificada para todo el archipiélago que ha sido aprobada por el Consejo General de Servicios Sociales. En este órgano consultivo del Gobierno de Canarias participan las asociaciones de discapacitados de todo el archipiélago.

  Una de las grandes bondades del plan es que por primera vez se crea una cartera de servicios de rehabilitación, promoción e inserción social, servicios de ocio y participación.

- El Plan de Salud de Canarias 2003-2007 buscaba la convergencia y el establecimiento de sinergias con cualquier otro instrumento de planificación sanitaria y, en particular, con la planificación estratégica del Servicio Canario de la Salud. Además continuaba afrontando el reto de la intersectorialidad, dado que proponía medidas que sobrepasan el ámbito de actuación estrictamente sanitario, al querer propiciar mejoras de la salud estables en la Comunidad. Para ello resultaba básica e imprescindible la coordinación entre los diversos sectores implicados, y vital un claro compromiso por parte de todas las Administraciones Públicas.

Cantabria

- El Plan de Acción Sociosanitaria del Mayor de Cantabria (1999-2005) pretendía potenciar los cuidados necesarios para que el mayor se mantenga en su entorno social en las condiciones más óptimas. Proponía

la creación de un consejo autonómico del plan de atención sociosanitario (CASYS), así como de comisiones sociosanitarias de área y un equipo de gestores que tiene como objetivo la potenciación de la atención a las personas dependientes, garantizando una atención integral sociosanitaria y la disponibilidad de una red de servicios sociosanitarios necesarios.

Castilla y León

- En el decreto 74/2000 de 13 de abril, modificado por el decreto 49/2003 de 24 de abril, se crean y regulan las estructuras de coordinación en atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.

  Así, con la finalidad de coordinar las actuaciones relativas al desarrollo, seguimiento y evaluación de la planificación de la atención sociosanitaria, se crean las siguientes estructuras:

  - El Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario.
  - La Comisión de Dirección del Plan Sociosanitario del Área de Salud.
  - La Comisión de Coordinación de la Atención Sociosanitaria del Área de Salud.
  - El Coordinador del Plan de Atención Sociosanitaria del Área de Salud.
  - Los Equipos de Coordinación de Base.

- La Ley 16/ 2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, tiene por objeto entre otros, la coordinación necesaria para garantizar una atención integrada, en colaboración con los demás servicios y sistemas para el bienestar social, en especial el sanitario, y señala entre sus principios rectores la atención integral enunciando que la intervención de los servicios sociales proporcionará una respuesta integral a las necesidades de tipo personal, familiar y social, incluidas las

derivadas de cada etapa del ciclo vital, dispondrá la activación simultánea o sucesiva de todos los recursos precisos para su adecuado tratamiento o cobertura, y considerará conjuntamente los aspectos relativos a la prevención, la atención, la promoción y la integración. Para ello, salvo que la naturaleza de la intervención técnica no lo permita, ésta tendrá un carácter interdisciplinar, promoviéndose el trabajo en equipo.

- La Ley 8/ 2010 de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, tiene por objeto establecer el marco legal de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho, a la protección integral de la salud.

  Ordena funcionalmente las prestaciones sanitarias de forma integral y coordinada en atención primaria, especializada, salud pública, atención de urgencia y atención sociosanitaria. Y continúa diciendo que el Sistema Público de Salud de Castilla y León y el de Servicios Sociales coordinará sus servicios y recursos a fin de dar continuidad y respuestas integradas a las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos.

- En 2003 Castilla y León aprueba por decreto 59/2003 el II Plan Sociosanitario de Castilla y León que 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.

- Respecto a los planes y estrategias, el Proceso de atención integrada sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental de 2008 (revisado en abril de 2011), pretende garantizar la asistencia a toda la población que con esta patología, necesite no solo asistencia psiquiátrica sino también soporte social para desarrollar su vida. Señala entre sus principios la atención centrada en la persona, la continuidad de atención y cuidados, la atención integral y promoción de la autonomía personal, la integración en la comunidad y participación, la coordinación de sistemas, profesionales y recursos, así como la búsqueda de la efectividad y eficiencia en la utilización de los mismos. Indica igualmente que la puesta en marcha de este proceso de atención coordinada exige la reordenación e implementación de los recursos asistenciales de las redes de asistencia psiquiátrica y de servicios sociales, así como el establecimiento de cauces de comunicación y decisión conjunta, que permitan que las prestaciones de los diversos subsistemas de atención a las personas con trastornos mentales sean complementarias entre sí.

- El III Plan de Salud de Castilla y León (2008-2012) tiene como objetivo reducir las desigualdades en salud de la población castellana y leonesa, a través de políticas de salud y de políticas intersectoriales. Entre los principios explícitos orientadores, destacan la equidad de las acciones, la integralidad del abordaje, la orientación al ciudadano de las intervenciones, la perspectiva de género en las medidas, la evidencia científica de las recomendaciones, la eficacia y eficiencia de las actuaciones, la aplicabilidad de las intervenciones, la innovación de las líneas y la orientación a los resultados de las acciones.

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.

- En enero de 2011 se ha constituido la nueva Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, una entidad que nace fruto de la fusión de la Fundación por la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM), la Fundación de Castilla-La Mancha para la Diabetes (FUCAMDI) y la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM). Se pretende con ella, aunar esfuerzos y objetivos para conseguir crear sinergias que permitan incrementar tanto el servicio que se presta a los ciudadanos como la eficiencia económica.

Cataluña

- En 1986 se crea el Programa "Vida als anys" (Vida a los años), mediante el Orden de 29 de mayo. A través de este programa de los Departamentos de Salud y Bienestar Social, se ofrece una atención específica a los problemas crónicos causados por el envejecimiento, enfermedades incurables o cuando se necesita un largo proceso de rehabilitación. Este programa se desarrolló para proporcionar a las

personas mayores de 65 años que lo necesiten, una atención global e integrada, a través de la promoción de acciones preventivas de las enfermedades crónicas, la articulación de los medios asistenciales, la racionalización y optimización de los recursos sanitarios, y la creación de centros sociosanitarios.

El programa tiene como finalidad planificar y coordinar las actuaciones del departamento referentes a la atención de aquellas personas que necesitan tratamiento médico prologado integrado y la prestación de servicios sociales específicos de la vejez.

El programa se apoya en una red de recursos específica de tipo sanitario: programas de atención a domicilio (PADES), unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS), hospitales de día de carácter sociosanitario, hospitales y servicios de larga estancia y de convalecencia· La comisión interdisciplinaria mixta sociosanitaria, órgano dependiente del Servicio Catalán de Salud, es la encargada de coordinar acciones en materia de sanidad y social.

- El Plan Director Sociosanitario (PDSS) es el instrumento de información, estudio y propuesta mediante el cual el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar y coordinar las actuaciones que se deben desarrollar en los ámbitos de la atención de salud a personas que necesiten atención geriátrica, cuidados paliativos, que sufren la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, así como a personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad. Su misión es mejorar la salud de las personas incluidas en las cuatro líneas de atención mediante la redefinición de un modelo de atención y organización de los servicios que, partiendo de la realidad actual, permita continuar avanzando.

A efectos de este Plan Director se considera la atención sociosanitaria como aquella que se dirige a: personas mayores, personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias, pacientes con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad y personas en situación de final de la vida, haciendo especial mención a la atención prestada a las personas en situación de mayor riesgo y/o vulnerabilidad en procesos, crónicos o agudos, con diferentes grados de discapacidad y en cualquier etapa del ciclo vital.

Este concepto presupone también la atención mediante un modelo asistencial en red basado principalmente en la multidisciplinariedad y en la valoración e intervención integrales.

Por lo tanto, el Plan director, tal y como se define, incluye tanto la atención y la actividad prestada en la propia red sociosanitaria como en todas aquellas actividades dirigidas a los colectivos mencionados.

Comunidad de Madrid

- Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados (Consejería de Asuntos Sociales). Este servicio se encuadra en un modelo de atención comunitaria a la población enferma mental crónica con dificultades de funcionamiento psicosocial e integración social. Su organización y funcionamiento, así como el de los centros o servicios que en él se integren, se encaminarán a una atención sometida a los principios de igualdad, normalización, rehabilitación, integración, individualización, participación y coordinación.

- La Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, modificada por la Ley 8/2009, de 29 de diciembre, establece en el artículo 17 las condiciones funcionales mínimas que deben cumplir los Centros y Servicios para la adecuada prestación de los servicios sociales, destacando, entre otros: garantizar "la atención social y sanitaria adecuada". En virtud de lo señalado, los Centros deberán facilitar el acceso a la atención sanitaria garantizando que cualquier usuario reciba, por medios propios o ajenos, la atención médica necesaria. Esta exigencia es controlada periódicamente por la inspección en el ámbito de sus competencias y en cumplimiento de la normativa de servicios sociales.

- El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental 2003-2007 se elaboró mediante un proceso participativo, contando con la estrecha coordinación y colaboración de la Consejería de Sanidad, como responsable de la red de atención en salud mental, y de la Consejería de Trabajo de la Comunidad de Madrid y asimismo con la participación de representantes de la Red Básica de atención social primaria, con el movimiento asociativo de familiares y afectados, así como con las Asociaciones de profesionales y profesionales de la red de centros de atención social a este colectivo dependiente de la Consejería de Servicios Sociales.

  El plan supuso un complemento al plan de salud mental de la consejería de Sanidad por cuanto se venía a desarrollar la necesaria dimensión social de la atención comunitaria a la población con enfermedad mental grave y crónica.

En su *estrategia III: coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social* recogía la necesaria coordinación y colaboración entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales como pieza esencial para asegurar la atención integral a las diferentes necesidades de la población enferma mental crónica.

- El plan de acción para personas con discapacidad 2005-2008 se desarrolló con el propósito de avanzar en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad tanto desde el punto de vista de la no discriminación, como en cuanto a la articulación de las medidas de acción positiva necesarias para garantizar una efectiva igualdad de oportunidades.

- El Plan Estratégico de Salud Mental 2010 – 2014 asume el modelo asistencial establecido en su predecesor y continúa su desarrollo, aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente. 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 sólo 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.

  En su elaboración se tuvo en cuenta un enfoque integral de las necesidades de las personas discapacidad y la participación de todas ellas, entidades e instituciones que conocían la realidad.

  Entre sus objetivos se marcaban: promover la vida independiente, impulsar la accesibilidad universal a bienes, entornos y servicios,

incorporar la perspectiva de género para avanzar en igualdad de trato, así como en la calidad de los servicios, mejorando la organización de los centros y servicios y la cualificación de los profesionales. El Plan concretaba estos objetivos en medidas específicas en cada una de las seis áreas de intervención en que se estructuró: atención social, educación, sanidad, empleo, accesibilidad y ocio, cultura y deporte.

Actualmente se encuentra en proceso de elaboración el III Plan.

- Por último, señalar que anualmente se suscriben con las entidades locales de la Comunidad de Madrid Convenios para el Desarrollo de los Servicios Sociales de Atención Primaria, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Plan Concertado), mediante los cuales se garantiza la atención social primaria a la población en general y, en particular, a las personas en situación de dependencia.

Comunidad Foral de Navarra

- En el año 2000 se elabora el Plan de Atención Sociosanitaria de la Comunidad. Este plan 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 en la misma.

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.

- Posteriormente, se elaboró el Programa de Atención al Trastorno Mental Grave 2005 en el que se proponía un modelo de atención desde los ámbitos social y sociosanitario. En año 2010[56], donde se desarrollan los ajustes necesarios para dar respuesta a los nuevos derechos, reconocidos tras la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las dependencias.

Comunidad Valenciana

- En 1995, se firma un acuerdo en materia sociosanitaria entre las consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social, y se crea el Programa Especial de Atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal (PALET). Los destinatarios de este plan eran ancianos con pluripatología y discapacidad tanto leve como severa, adultos con enfermedad crónica en estado avanzado y pacientes con enfermedad neoplásica en fase terminal o no neoplásica.

  El programa potenciaba la hospitalización domiciliaria, las unidades de convalecencia, rehabilitación, cuidados paliativos, psicogeriatría y larga estancia. Sin embrago, no especifica el sistema de financiación.

- El PALET ha servido de base al nuevo Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y enfermos crónicos 2007-2011, que persigue una personalización de la sanidad, una atención al ciudadano que sea a preventiva, terapéutica y continuada según las necesidades de cada persona o grupo social en un momento determinado. El desarrollo del plan implicará una reordenación de los recursos de atención especializada, completando el despliegue de dispositivos específicos (Hospitales de Crónicos y Larga Estancia), consolidando su cartera de servicios. Además el Plan lanza medidas que permitirán mejorar la capacidad de prevención desde los dispositivos de atención primaria, incorporando la visita de control anual para mayores de 75 años o el desarrollo de sistemas de información e innovaciones tecnológicas de telemedicina y telemonitorización que faciliten el acercamiento del sistema sanitario en el entorno del mayor.

- Por otro lado, la consejería de Bienestar Social y la Consejería de Sanidad suscribieron un acuerdo por el que se establece la coordinación de la atención integral a las personas en situación de dependencia (acuerdo de 21 de noviembre de 2006).

- El Decreto 94/2010, de 4 de junio, regula entre otras la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios tanto públicos como privados que atiendan a sectores de población tal como ancianos, discapacitados y cualquiera otros que además de atención social requiera determinada asistencia sanitaria, de forma que todos los centros sociosanitarios deberán optar, en las condiciones establecidas en el Decreto 94/2010, de 4 de junio, por una de las tres opciones de servicios farmacéuticos descritos en el mismo.

Extremadura

- El decreto 7/2006 de 10 de enero crea las estructuras de coordinación de la atención sociosanitaria y el servicio público de atención sociosanitaria en su modalidad tipo Dos (T-2) [2]) estableciendo su régimen jurídico. Ha sido modificado por el decreto 42/2001 de 8 de abril, constituyendo el objeto del mismo, la creación y regulación de las estructuras de coordinación de la atención sociosanitaria, el establecimiento de la base geográfica sobre la que la citada atención se va a desarrollar y la creación y regulación del servicio público de atención sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos (T2), con el establecimiento del precio público correspondiente a la prestación del mismo.

- La Ley 1/2008 de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura, dispuso la creación del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), como Ente Público adscrito a la consejería competente en dependencia, con el fin de ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociosanitarios encomendados por la administración de la comunidad autónoma, conforme a los objetivos y principios de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y desarrollo y coordinación de las políticas sociales de atención a personas con discapacidad y mayores.

- El desarrollo del Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura 2005-2010 nació como iniciativa de la Junta de Extremadura a modo de modelo y proyecto consensuado entre las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Bienestar Social. Tiene como objetivo lograr la necesaria

[2] Véase apartado financiación

coordinación de ambos sectores, a fin de poder atender de manera integral a las personas con dependencia (sensorial, física, intelectual, psiquiátrica) y que presenten, al mismo tiempo, enfermedades crónicas que requieran cuidados sanitarios continuados.

- El Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura 2005-2010 [PIDEX] elaborado conjuntamente por la anterior Consejería de Sanidad y Consumo y la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura con el fin de ordenar de manera clara y racional el funcionamiento de las necesidades de atención sociosanitaria a las personas con demencia en Extremadura. Se ha englobado dentro del Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010 y marcaba como objetivo la atención global a pacientes con deterioro cognitivo, tanto a nivel clínico como social, coordinando distintas estructuras sanitarias y sociales e incorporando distintos recursos tanto a nivel material como personal.

  El PIDEX establece como una de sus líneas de actuación, la reorganización y optimización de los centros de día, el diseño e instauración de los servicios de apoyo a familias y la realización de campañas de sensibilización específicamente en lo referido a la prevención primaria.

- Con la publicación del Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX) se configuró un nuevo modelo de gestión de los servicios de atención existentes para personas discapacitadas en esta comunidad. El MADEX supone una evolución en los niveles de calidad en la asistencia y atención, disponiendo la creación de un sistema de planificación, coordinación y gestión de recursos, a través del que la administración autonómica constituiría una red pública de atención, en colaboración con las entidades públicas y privadas sin ánimo de lucro

prestadora de servicios, que garantizará la igualdad en la atención a todas las personas con discapacidad.

- II Plan de Salud Mental 2007-2012 busca una atención que supere lo estrictamente asistencial e incorpore una visión más integral de la salud mental, proporcional a su relevancia como problema de salud, consolidando una política regional de atención que supere por un lado su tradicional desconocimiento entre los distintos ámbitos de intervención social y por otro, la identificación exclusiva con el sector sanitario.

  El valor que añade es el de promover la continuidad de cuidados centrada en el paciente organizando procesos asistenciales en el marco de las Áreas de Salud que de manera progresiva sean más autónomas en la organización, potenciación y desarrollo de dispositivos dentro de las directrices del Plan.

  Pretende consolidar asimismo el avance conseguido por su predecesor en recursos y prestaciones, dotar de servicios más especializados y diferenciados y desarrollar una estructura que permita la transformación del Hospital Psiquiátrico.

  La atención a la salud mental que pretende el Plan se refuerza con un mayor incremento de la formación de los profesionales, la potenciación de la red de apoyo social específico, la mejora en la calidad de las prestaciones y la consolidación y formalización de la participación de los afectados en la toma de decisiones.

- El Plan de Cuidados Paliativos de Extremadura se creó con el objetivo de garantizar el derecho legal e individual de los enfermos en situación terminal a la asistencia, independientemente del lugar, circunstancia o situación en la que se encuentre. Recoge las recomendaciones básicas consensuadas, entre los niveles asistenciales implicados, encaminadas a

conseguir el objetivo general de mejorar la calidad de vida de enfermos en situación terminal y sus familias, de manera racional, planificada y eficiente, garantizando los cuidados paliativos según los principios rectores del Sistema Nacional de Salud.

Galicia

- El Programa Sociosanitario de Galicia o Programa PASOS, se empieza a implantar en 1998 y dependía de la Consejería de Sanidad y Servicios.

  El Programa se concibió para orientar los servicios bajo la lógica de la integración y se basaba en la valoración de la persona dependiente dentro de un plan de cuidados individualizados, que se centraba en potenciar y dinamizar la atención sociosanitaria, desarrollando recursos no institucionales. El programa intenta dar una respuesta diversificada a las múltiples necesidades de la población dependiente, mediante la unificación de la información y evaluación de casos en el ámbito social y sanitario.

- Posteriormente, la ley 13/2008, de 3 de diciembre (artículo 8, 9), de servicios sociales de Galicia, define la estructura básica de los servicios sociales: servicios sociales comunitarios y especializados. Los servicios sociales comunitarios se configuran como servicios de carácter integrador, constituyéndose en la principal instancia del sistema para el desarrollo de intervenciones de carácter preventivo, de atención integral a personas y familias y de incorporación social y laboral. Los servicios sociales comunitarios específicos desarrollarán programas y gestionarán centros orientados a colectivos con problemáticas identificadas y singulares, procurando su normalización y reincorporación social o como espacio de tránsito a un servicio especializado.

- A nivel de acuerdos:

- Acuerdo colaboración entre el Servicio Gallego de Salud y la Consejería de Trabajo y Bienestar, por el que se establecen líneas de trabajo conjuntas de apoyo y atención sociosanitaria a pacientes con trastorno mental de duración prolongada y curso crónico, estabilizados desde el punto de vista sanitario.

- Acuerdo de colaboración entre las dos consejerías para la organización de la atención farmacéutica en los centros de asistencia social para personas mayores y para personas con discapacidad, dependientes de la Consejería de Trabajo y Bienestar

- Acuerdo de colaboración entre la Consejería de Trabajo y Bienestar y el Servicio gallego de salud para compartir el sistema de información gallego de atención a la dependencia (SIGAD) y un convenio de colaboración entre la consejería de trabajo y bienestar y la fundación pública, urgencias sanitarias de Galicia 061 dentro del programa de apoyo al cuidador no profesional.

- El Plan de acción integral para personas con discapacidad de Galicia 2010-2013 es un instrumento que ha puesto en marcha la Junta de Galicia al servicio de la comunidad para lograr el objetivo de promover la participación social de todos los ciudadanos y caminar hacia una sociedad plenamente inclusiva e integradora, basada en la confianza en las capacidades y oportunidades de todas las personas, sin exclusión.

- El Plan Gallego de Personas Mayores. Plan de Actuación Social de Galicia. 2010-2013. Horizonte 2015, se creó con el propósito principal de establecer un marco eficaz para la acción con el objetivo de diseñar, coordinar y planificar estratégicamente el conjunto de acciones, programas y recursos dirigidos para satisfacer las necesidades y demandas de las personas mayores. El plan está destinado a promover la calidad de vida de este grupo de personas en los dos grandes ejes

neurálgicos de acción del gobierno, haciéndolo desde una perspectiva actual, transversal, integral, activa y preventiva.

Islas Baleares

- El artículo 79 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares, prescribe que los organismos competentes tienen que establecer las medidas adecuadas para garantizar la coordinación y la interrelación entre los diferentes centros y servicios sanitarios, y también que la atención sociosanitaria debe prestarse de manera coordinada de acuerdo con las previsiones del plan sociosanitario.

- En 2000 se desarrolló en Menorca el primer plan sociosanitario y actualmente se está haciendo una actualización. Este plan tiene como misión ofrecer un conjunto de servicios a la población que lo precise, coordinando su provisión entre las diferentes entidades y administraciones, con criterios de acceso y cofinanciación unificados, que garantice su eficiencia y su sostenibilidad, contemplando actividades de prevención, rehabilitación y asistencia, que favorezcan la permanencia de las personas en su entorno habitual.

- El Plan Sociosanitario de la Comunidad Autónoma de 2006 nace con la finalidad de hacer frente a la carencia de los sistemas sanitarios convencionales para atender de manera adecuada a pacientes geriátricos, grandes discapacitados, pacientes con enfermedades evolutivas y con gran dependencia, pacientes con enfermedad crónica, pacientes al final de la vida, personas con gran precariedad social y con problemas sanitarios. Los recursos específicos que prevé el Plan son los equipos de evaluación y apoyo, unidades de agudos, media estancia, larga duración, atención de día y atención y ayuda domiciliaria.

- El plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del servicio de salud 2010 – 2014 mantiene la diferenciación clara entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, pero crea una figura intermedia de coordinación sociosanitaria, tanto en el ámbito técnico como en el institucional, que ha de ayudar a responder a las necesidades de la población más vulnerable y a favorecer los circuitos de comunicación y de gestión de recursos. Uno de los objetivos del plan es optimizar la efectividad y la eficiencia del sistema sanitario y la coordinación con el sistema social.

- El Plan de Atención Sociosanitaria y de Prevención y Atención a la Dependencia 2009-2014 tiene como fin definir e impulsar un modelo de atención sociosanitaria que aborde la red de recursos y prestaciones de carácter social y de carácter sanitario para la atención de las personas mayores, personas frágiles, personas con enfermedades crónicas, personas con discapacidad y personas dependientes. Entre sus objetivos se encuentra planificar conjuntamente y coordinadamente los diferentes recursos evitando duplicidades, optimizando y promoviendo la complementación de los recursos y servicios sociosanitarios de carácter social y sanitario y mejorar la atención y calidad de vida del colectivo de personas frágiles, de personas con enfermedades crónicas y de personas con discapacidad que presentan un grado de dependencia o riesgo de padecerlo desde una perspectiva integral, definiendo intervenciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de ayuda a morir dignamente.

La Rioja.

- El 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.

Los centros de convalecencia participan de la condición de centros sanitarios y, como tales, deberán elaborar y comunicar a la Administración sanitaria las informaciones y estadísticas que se soliciten con la periodicidad que ésta determine.

- El II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores 2007-2010 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

- El II Plan de Salud 2009-2013 está orientado hacia la mejora de la salud, el incremento de la accesibilidad al sistema de salud, la garantía de calidad, la equidad en salud para todos los ciudadanos, independientemente de su origen y condición, la garantía de una respuesta en un tiempo adecuado, la mejora de los resultados, la

atención integral e integrada del paciente y, por supuesto, la participación de toda la sociedad. Hace énfasis en la necesidad de la coordinación entre distintos niveles asistenciales y entre distintos especialistas como un elemento para la correcta atención de muchas de las patologías como los procesos oncológicos, el manejo y seguimiento de los pacientes cardiovasculares que son cada vez más complejos y necesitan de la multidisciplinariedad.

País Vasco

- La Ley 8/1997 de 26 de junio de Ordenación Sanitaria de Euskadi dispone en su artículo 2.3 la importancia de establecer los cauces necesarios de cooperación con las Administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales, con el objeto de garantizar la continuidad en la atención de los problemas o situaciones sociales que concurran en los procesos de enfermedad o pérdida de salud.

- También existe un convenio de colaboración entre Gobierno Vasco, las diputaciones Forales de Álava, Vizcaya y Guipúzcoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL, para el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en la comunidad autónoma del País Vasco (30 de enero de 2003).

- La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, establece el nuevo marco normativo en la materia y crea el Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, el cual, conforme dispone el art. 44, tendrá entre sus funciones "Deliberar y acordar las principales estrategias y propuestas que desde el Sistema Vasco de Servicios Sociales podrán presentarse en los foros de coordinación con otros sistemas y políticas públicas, en particular con el sistema de salud". A estos efectos, indica que se establecerán cauces formales de cooperación, a través de la creación de órganos de cooperación interadministrativa u otras fórmulas

que se estime convenientes; se arbitrarán instrumentos y protocolos conjuntos de actuación y, en su caso, convenios de colaboración con o sin contenido económico; y, cuando lo estimen conveniente, podrán establecer catálogos y/o carteras conjuntas de servicios y prestaciones.

La cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario se regula en el art. 46. Dicho artículo prevé la posibilidad de constituir dispositivos exclusivamente sociosanitarios, así como unidades específicamente sociosanitarias insertas en dispositivos o establecimientos de carácter más amplio, indicando que el carácter sociosanitario de una actuación lo establece la naturaleza de la misma, con independencia de la titularidad social o sanitaria del dispositivo o establecimiento en el que se preste.

Añade que los servicios sociosanitarios son agregados de prestaciones incluidas en las respectivas carteras del sistema social y sanitario, si bien aplicadas de forma coordinada, simultánea y estable.

- El Plan Estratégico para el desarrollo de la atención sociosanitaria del País Vasco 2005-2008 defiende la no existencia de un espacio sociosanitario específico, sino dos, el social y el sanitario, con un fuerte solapamiento entre ellos. La misión del modelo es prestar la atención necesaria a las personas que, debido a sus graves problemas de salud, a sus limitaciones funcionales o a su situación de exclusión social o de riesgo de estarlo, requieran una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable.

  La figura del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, se crea como órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social. Las funciones del Consejo consisten en elaborar el Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria, garantizar la prestación de servicios, delimitar competencias, promover programas comunes y coordinar mecanismos de evaluación.

El usuario participa en la financiación del coste social del servicio recibido, y el modelo se asegura de que nadie quede excluido de recibir las prestaciones que necesita por carecer de recursos económicos.

- En 2010 el Gobierno vasco publicó el documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la comunidad autónoma vasca que presenta las líneas de trabajo que se plantean para responder a la creciente demanda sociosanitaria de la población vasca, no sólo mediante la incorporación de nuevos recursos, sino a través de la reorganización y coordinación de los dos sistemas, aprovechando las sinergias y los recursos de ambos, con el objetivo último de alcanzar un modelo sociosanitario desarrollado, coherente y sostenible, identificando como principal actor del mismo a la persona usuaria en su entorno habitual de residencia.

- El País Vasco también ha creado dos organismos dedicados a la innovación en materia de coordinación sociosanitaria. 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, enfermedades crónicas, 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. Por su parte el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (o+berri)pretende ser una plataforma de innovación permanente del sistema, comprometida en la reinvención continua, tanto

de sus sistemas organizativos como de instrumentos y sistemas de gestión, favoreciendo el debate, la prospectiva, la anticipación a tendencias, cambios y demandas, en beneficio tanto de la sociedad vasca como del propio Sistema.

Principado de Asturias

- En el Principado de Asturias la Ley 1/2003 de 24 de febrero de Servicios Sociales en su artículo 2 señala que el sistema público de servicios sociales actuará en coordinación y colaboración con aquellos otros servicios cuya meta sea alcanzar mayores cotas de bienestar social, tales como los culturales, formativos, laborales y urbanísticos, y especialmente con los sistemas sanitario y educativo.

- El Plan de Salud para Asturias 2004-2007 plantea entre sus iniciativas el fomento de los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales, de tal forma que se garantice la continuidad en los procesos asistenciales, y establece entre sus acciones a considerar: establecer una circulación fluida de los informes clínicos de calidad en ambos sentidos, coordinar las altas hospitalarias con notificación y seguimiento de atención especializada hacia atención primaria, promover y extender la continuidad de los cuidados de enfermería mediante la implantación en todas las áreas del informe de enfermería al alta o el plan de cuidados en un informe único, estimular la creación de foros de encuentro entre profesionales de ambos niveles asistenciales.

- También existe un informe de prioridades para la coordinación y atención sociosanitaria en Asturias y una estrategia en procesos de atención sociosanitaria para Asturias elaborados en 2010, cuyo objetivo es alcanzar una intervención sobre la persona y familia o cuidadores como núcleo de actuación, con una atención integral (asistencia, formación y sistemas de información), adaptada a la situación y a cada lugar

geográfico. Estos informas consolidan el compromiso de los sistemas de Salud y de Bienestar Social para el establecimiento de un marco formal de coordinación y actuación que garantice la atención sociosanitaria a las personas en situación de dependencia.

Región de Murcia.

- En la Región de Murcia la Orden de 2 de mayo de 2006 conjunta de las Consejerías de Sanidad y de Política Social para la coordinación de actuaciones relativas a la actuación sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia crea la figura del Coordinador Sociosanitario.

- El Plan de acción para las personas mayores de la región de Murcia 2005-2007, destaca entre sus áreas de actuación la creación de una Comisión de Trabajo entre las Consejerías de Sanidad y Trabajo y Política Social que aborde la coordinación entre los servicios sociales y los de atención sanitaria. Entre las medidas propuestas destaca: el diseño de un sistema que coordine la información que se genera desde los sistemas de servicios sociales y de salud, diseño y desarrollo de experiencias de coordinación sociosanitaria en ámbitos territoriales concretos, hacer coincidir la distribución territorial de los recursos especializados del sistema de servicios sociales con las áreas de salud.

- Posteriormente el Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia centra sus esfuerzos, entre otros, en reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.

- También se ha desarrollado la estrategia regional de enfermedades raras 2009-2012, cuya estrategia señala la importancia de promover una red de recursos de carácter regional que integre formalmente los distintos

servicios sociosanitarios, implicando a las corporaciones locales en ello. También señala la importancia de establecer dispositivos sociosanitarios de coordinación y referencia para la prestación de una atención integral a las personas afectadas por una enfermedad rara, apoyándose sobre todo en dispositivos telemáticos, tales como un sistema de información médico-sanitario y social en red que permita el intercambio profesional de la información y la programación de citas y atenciones, evitando así la permanente desorientación y los peregrinajes que deben efectuar estas personas.

- El Plan Salud Mental 2010-2013señala la importancia de la coordinación con otros ámbitos sanitarios y sociales (Atención Primaria y Especializada, Servicios Sociales, ONGs) como imprescindibles para garantizar una adecuada continuidad de cuidados con criterios de máxima calidad, eficacia, eficiencia y efectividad.

- El Plan Regional de Acción Integral de Personas con Discapacidad supone un paso importante para que estas actuaciones respondan a criterios rigurosos de planificación y coordinación de los servicios destinados a este colectivo, con la finalidad de atender de forma ordenada y global sus necesidades y obtener el máximo provecho de los recursos disponibles.

- Por último, se ha desarrollado un Plan de Apoyo a la Investigación Sociosanitaria de la Región de Murcia, que tiene como objetivos entre otros:

    - Coordinar, consolidar y ampliar los grupos de investigación existentes a nivel regional en el ámbito de investigación sociosanitario.

- Generar nuevo conocimiento en aquellos ámbitos en los que, por su particular relevancia sociosanitaria, determinen nuevas necesidades y demandas en áreas estratégicas emergentes.
- Impulsar las acciones necesarias para alcanzar unas condiciones del entorno óptimo para el desarrollo de la investigación sociosanitaria en el ámbito regional. Este objetivo incluye la implicación de los diferentes niveles de responsabilidad del sistema sanitario y del sistema social.

4.3.1.2 Organización

✓ **Organización territorial: correlación entre los mapas sanitario y social.**

Cantabria

En Cantabria el mapa sanitario y social es coincidente en las áreas, difiriendo ligeramente en algunas zonas. Los decretos que establecen la ordenación de los mapas son el 27/2011 de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria y la Orden EMP/51/2009, de 15 de mayo por la que se establece el Mapa de Servicios Sociales de Cantabria.

Comunidad de Madrid

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid promueve e impulsa una estrecha colaboración y complementariedad de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales con la red sanitaria de salud mental, una red de centros y recursos de atención social a las personas con enfermedad mental amplia y especializada. Esta red reconoce y refuerza la coordinación entre ambas Consejerías para asegurar la atención integral a las personas con trastorno mental y a sus familias.

Se establece un sistema de atención integrado compuesto por recursos de titularidad sanitaria y social, que utilizan la misma sectorización para su implementación. En concreto, los recursos de la red de atención social utilizan la sectorización sanitaria, dado que la entrada a dicha red se realiza desde los servicios de salud mental del distrito.

Comunidad Foral de Navarra

Según la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales y en base al Plan estratégico de Servicios Sociales, aprobado por el parlamento en el año 2008, se establece la zonificación de Servicios Sociales en 6 áreas encuadradas en 44 zonas básicas, la gran mayoría coincidentes con las de Atención Primaria de Salud.

Extremadura

En Extremadura, según el Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) se constituyen 5 Gerencias Territoriales, cuyos límites territoriales coinciden con una o varias de las 8 áreas de Salud establecidas por el Decreto 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Principado de Asturias

El decreto 108/2005 de 27 de octubre, por el que se aprueba el Mapa Asturiano de Servicios Sociales, regula la ordenación territorial de los servicios sociales, en su conjunto, con el principal objetivo de ser un instrumento útil para la planificación y dotación de servicios. Es coincidente a la ordenación sanitaria territorial estructurada en ocho áreas sanitarias establecidas 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.

- ✓ **Organización territorial: gestión de los recursos sanitarios y sociales integrada.**

Castilla y León

En Castilla y León, el decreto 59/2003, de 15 de Mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario establece mecanismos de coordinación de los recursos sanitarios y sociales con el fin de avanzar hacia la integridad de la atención.

Para ello se potencia la existencia de cauces formales de coordinación orientados a garantizar la complementariedad de actuaciones en el marco de ambos Sistemas, desarrollando las estructuras creadas mediante el Decreto 74/2000, extendiéndolas para permitir su actuación desde las mismas puertas de entrada a los Sistemas de Acción Social y de Salud (Servicios Sociales Básicos y Atención Primaria), y creando estructuras específicas en el ámbito hospitalario.

Se está trabajando en un III Plan Sociosanitario de Castilla y León**,** que del mismo modo expresa el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las personas con necesidades sanitarias y sociales simultáneas o sucesivas, a través de la coordinación e integración de ambos Servicios.

Cataluña

En Cataluña, desde los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familiar, se ha puesto en marcha un programa específico de prevención y atención a las enfermedades crónicas (Julio 2001) que aborda estas enfermedades desde una perspectiva integradora tanto desde el punto de vista sanitario como de servicios sociales.

La integración de ambos servicios está previsto comenzar en Girona y extenderse al resto del territorio considerando a la Atención Primaria como la base de la atención sociosanitaria a crónicos.

- ✓ **Desarrollo de estructuras formalizadas: estructuras desarrolladas para fomentar la coordinación sanitaria y social.**

Andalucía

Andalucía ha desarrollado la entidad FAISEM donde participan Igualdad y Bienestar Social, Salud, Empleo y Hacienda para garantizar la coordinación en el ámbito de la Salud Mental.

Con carácter general, el acceso al conjunto de programas de FAISEM se realiza a través de las Comisiones Provinciales Intersectoriales, como órgano de coordinación intersectorial a nivel provincial, con participación de representantes de FAISEM, de los servicios de salud mental del SSPA y de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. En esta comisión, además de establecerse acuerdos sobre el desarrollo de recursos de apoyo social, se determinan las personas que acceden a las plazas de FAISEM, así como las pautas generales de atención, incluyendo el correspondiente seguimiento sanitario y, en su caso, se deciden las posibles salidas de las mismas. Además, se cuenta con una Comisión Central Intersectorial de ámbito autonómico, de apoyo a las Comisiones Provinciales, en el doble sentido de establecer criterios, protocolos y normas funcionales comunes, así como dar respuesta a problemas que no pueden ser solventados a nivel provincial.

Aragón

En Aragón actualmente existe una única Consejería que aglutina las competencias en materia de Salud, Bienestar Social y Familia.

Las Consejerías de Salud y Consumo y Servicios Sociales establecieron un acuerdo marco de colaboración, de 3 de marzo de 2008, que implicaba la creación de comisiones de trabajo. En relación con la atención a la dependencia, se ha creado un grupo permanente de coordinación que garantiza

la eficacia y eficiencia de todo el proceso de valoración, reconocimiento y acceso a los servicios y prestaciones del Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia (SAAD). Para ello se han establecido medidas como: valoración de las personas ingresadas en hospitales de convalecencia por enfermedades que les impiden realizar actividades de la vida diaria, de manera que se garantice la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria; la automatización de los informes de salud para la valoración de la dependencia, en atención primaria; la formación de cuidadores no profesionales y del personal valorador, por parte de los profesionales de la salud en los módulos de su competencia.

Este acuerdo se materializa en la existencia de varios grupos de trabajo encargados de priorizar y fijar las actuaciones de colaboración en proyectos de carácter sociosanitario con el fin de garantizar una respuesta global de la Administración de la CCAA de Aragón a las necesidades de la población en esta materia. Los grupos de trabajo existentes son los siguientes:

- Grupo de Dependencia.
- Grupo de Salud Mental y Drogas.
- Grupo de Atención a la Mujer.
- Grupo de Atención Temprana.
- Grupo de Juventud.
- Grupo de Cooperación Exterior.
- Grupo de Inmigración.

El Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón contempla la figura de los equipos de gestión y seguimiento de casos, que son equipos multidisciplinares específicos, cuyo objetivo es lograr el mantenimiento global del enfermo en su medio familiar y

social y facilitar su adaptación a la enfermedad. Las áreas de intervención de estos equipos se concretarán en el Programa de seguimiento de casos que abarcará desde el alojamiento, a la ocupación y el auto-cuidado. Estos equipos deben velar por la inclusión en los itinerarios individualizados de inserción de los recursos sociales y comunitarios y evitar o minimizar el desarraigo de los pacientes. Los servicios sociales generales colaborarán, asimismo, en el desarrollo de políticas de rentas sociales mínimas y pensiones no contributivas para enfermos sin apoyo familiar, líneas de ayuda personal a la vivienda, etc. y, también, en la capacitación ocupacional o en el acceso a actividades de ocio y tiempo libre.

Desde el punto de vista de la organización funcional y gestión administrativa de los servicios, el Plan de Salud Mental establece que la coordinación se debe realizar a través de las siguientes estructuras:

- Dirección de Salud Mental: le corresponde fijar las normas técnicas para el desarrollo de programas y los criterios y estándares operativos de los dispositivos de la red pública, así como impulsar las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental. Supervisará y apoyará, asimismo, la actividad de las comisiones técnicas de ámbito regional y el cumplimiento de estándares de calidad en los dispositivos y servicios sociosanitarios gestionados por las fundaciones y entidades de iniciativa social en las diversas Áreas de Salud.

- Gerencias de Sector del Servicio Aragonés de Salud: responsables directas de la gestión de servicios y prestaciones en cada sector establecido (para las Direcciones de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Atención Sociosanitaria) en las que habrá de garantizar la atención a la salud mental, la continuidad de cuidados y los programas de integración social de los enfermos, así como la coordinación interinstitucional en su ámbito territorial.

- Coordinador de Salud Mental: responsable del desarrollo de los programas y de la coordinación asistencial de los dispositivos de salud mental, así como con el resto de servicios necesarios para una atención integral del enfermo mental.

- Comisiones Técnicas: órganos técnicos de apoyo a los Gerentes y responsables de salud mental de cada sector y de coordinación entre centros de salud mental, recursos específicos de rehabilitación y dispositivos de reinserción laboral y comunitaria en el Área. Estarán integradas por responsables de los diversos dispositivos implicados, gestores de caso y coordinadores de salud mental y garantizarán que las derivaciones entre dispositivos y los ingresos y listas de espera de los mismos se realicen.

- Comité Asesor en Salud Mental: su misión será la supervisión del correcto funcionamiento de los recursos sanitarios y sociales y velar por el desarrollo armónico del Plan de Salud Mental en Aragón.

Canarias

En las islas capitalinas, dependiendo de los cabildos insulares, están creados los institutos de atención social y sociosanitaria (IASS).

Entre sus funciones destaca:

- La prestación de aquellos servicios sociales y sociosanitarios especializados, competencia de este Cabildo Insular que, por la complejidad de la acción a desarrollar o por la especial situación del sujeto, requieren centros tecnificados o con capacidad de residencia temporal o permanente.

- La dirección y gestión de los establecimientos propios o delegados por la Comunidad Autónoma de Canarias al Cabildo Insular.

- La prestación de cualquier otro servicio o programa especializado que la Corporación o el propio Instituto considere necesario, en el ámbito de las competencias del Cabildo Insular.

Las competencias encomendadas al Instituto son, fundamentalmente, la creación, dirección y gestión de plazas diurnas y residenciales, de carácter insular o supramunicipal, para la atención de los colectivos de personas con discapacidad (que es uno de los colectivos considerados), la prestación de servicios sociales especializados de promoción, prevención e intervención con los distintos colectivos sociales.

Para la ejecución de las competencias mencionadas, se ha creado una estructura organizativa por Unidades de Gestión. La Unidad Orgánica de Discapacidad (UDI) que es responsable de la gestión y supervisión de los centros de estancia diurna y residencial, dirigidos a las personas con discapacidad cuyas plazas se crean atendiendo a los distintos perfiles existentes: retraso mental, salud mental y necesidad de tercera persona.

Asimismo, esta unidad también desarrolla diferentes proyectos de prevención e intervención especializada para las personas con discapacidad y sus familias, tales como el Programa de Respiro Familiar o el Programa Insular de Prevención.

En el resto de las islas son las consejerías de los cabildos insulares con competencia en materia social las responsables de la gestión de los recursos sociosanitarios.

Cantabria

Por el Decreto 9/2011, de 28 de junio, de reorganización de las Consejerías de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, queda establecida la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a la que le corresponden las siguientes competencias:

- En materia de Sanidad, las competencias y estructuras que, en esta materia, se atribuían a la anterior Consejería de Sanidad.
- En materia de Servicios Sociales, las competencias y estructuras que, en esta materia, se atribuían a la anterior Consejería de Empleo y Bienestar Social.

También se han llevado a cabo dos experiencias piloto, la primera en el Área de Servicios Sociales IV: Torrelavega, Zona Básica de Liébana; la segunda en el Área de Servicios Sociales II: Laredo, Zona Básica de Servicios Sociales Costa Oriental (Castro Urdiales). La primera experiencia desarrollada en las zonas de Liébana y Castro ha establecido una Comisión de Coordinación integrada por:

- TS Centro Salud
- TS SSAP
- Equipo Multiprofesional Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- Equipo Servicio de Apoyo a Cuidadores del Entorno Familiar (SACEF).

La Comisión de Coordinación establece un Protocolo de Coordinación que permite:

- Poner en común de los distintos Sistemas a las personas dependientes (usuarios SAD, Centros de día y SACEF)
- Coordinar las intervenciones de los diferentes Sistemas, como por ejemplo la atención a la falta de autonomía para ABVD con la intervención de un auxiliar del SAD, o la movilización de otros recursos por parte de los diferentes sistemas.

La segunda experiencia es coordinada desde Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS). Se han formado 5 equipos pilotos de coordinación entre trabajadores sociales de centro de salud, trabajadores sociales de ayuntamiento

y técnico del instituto cántabro de servicios sociales para el manejo conjunto del expediente de reconocimiento de dependencia de 5 zonas de Cantabria. Se ha establecido un gestor de casos que es asignado al profesional que mejor conozca la situación de la persona a la que va dirigida la atención, así como su entorno familiar y social.

Castilla y León

En Castilla y León se han creado diversas estructuras de coordinación sociosanitarias reflejadas en el II Plan de Atención Sociosanitaria, constituidas en torno a cuatro niveles de actuación, con competencias y finalidades bien diferenciadas entre sí:

- Equipos de Coordinación de Base: Formados por profesionales que prestan directamente los servicios, y cuya finalidad ha de ser la adecuada gestión de casos. Se realiza la atención directa de los Centros de Salud (EAP) y de los Centros de Acción Social (CEAS). Se han creado 187 ECB.
- Comisión de Coordinación Sociosanitaria cuyo ámbito es el Área de Salud, y que está compuesta por profesionales sanitarios y sociales expertos, tanto de la asistencia como de la gestión, en los diferentes niveles de intervención. La finalidad principal de estas comisiones es, además de orientar y apoyar técnicamente a los Equipos de Coordinación de Base, elaborar propuestas sobre la adecuación de los procesos (problemas-tipo) en el ámbito territorial de varios ECB (una provincia).
- Comisiones de Dirección sociosanitaria de ámbito provincial, formadas por los responsables de los órganos directivos de la provincia (gerentes, diputado, concejal…) cuya misión principal es la toma de decisiones para la efectividad de las actuaciones coordinadas.

- Consejo de Dirección Sociosanitaria, formado por responsables de los distintos ámbitos de intervención, y cuya finalidad principal ha de ser dictar las directrices generales, orientar la actuación de las Comisiones de Dirección Sociosanitaria de las distintas provincias y favorecer el impulso y homogeneidad de todas las acciones.

Castilla -La Mancha

En 2008 el decreto 139/2008, de 9 de noviembre, creó la Consejería de Salud y Bienestar Social y posteriormente el decreto 123/2011, de 7 de julio, estableció la estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

La nueva Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, asume las competencias que figuran en el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, en su artículo 31, que son exclusivas en materia de asistencia social y servicios sociales, promoción y ayuda a los menores, jóvenes, tercera edad, emigrantes, personas con discapacidad y demás grupos sociales necesitados de especial atención, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación.

De igual manera, asume las que figuran en su artículo 32, de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud; la coordinación hospitalaria en general, incluida la Seguridad Social, la ordenación farmacéutica y la defensa del consumidor y usuario. También asume las previstas en el artículo 33 del referido Estatuto, que son la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y en materia de productos farmacéuticos. Asimismo se centralizan todas las competencias en materia de inmigración. Y apunta que el mantenimiento de los servicios sanitarios y sociales en la misma Consejería posibilitará a su vez una estrecha colaboración y coordinación entre ellos, lo que redundará en una mayor eficacia y calidad de los mismos.

Cataluña

En cada territorio se establecen circuitos para dar la respuesta oportuna a las necesidades de la población. Así, hay territorios que conservan las comisiones de atención integral sociosanitaria (CIMSS) formadas por profesionales del ámbito de atención primaria, sociosanitaria, sociales del ayuntamiento, etc., a las que se elevan los casos de personas que presentan necesidades sanitarias y sociales a resolver en el seno de la comisión por su complejidad, allí se acuerda el mejor recurso para atenderlas. Este recurso ya no es generalizado, probablemente porque la dinámica de relaciones entre profesionales ya está lo suficientemente madura para ser ágil y resolutiva sin necesidad de reunirse.

Así mismo, también existen los gestores de casos de atención primaria y hospitalaria que, fundamentalmente, se dedican a dar soporte a las estructuras básica de atención en los casos más complejos, o bien a coordinar el alta de la persona al domicilio, garantizando el mejor traspaso al nivel primario.

En el modelo de atención sociosanitaria de la red de internamiento propia, los profesionales de cada nivel asistencial llevan a cabo una coordinación que consiste en la integración de cuidados sanitarios y sociales. El ámbito sociosanitario es multidisciplinario y el equipo asistencial elabora el plan de cuidados de la persona de forma integral, todos los profesionales evalúan al paciente y su familia, planifican cuidados, ejecutan sus tareas según los objetivos establecidos, etc., hasta llegar al momento de alta del paciente, en el que se aseguran de garantizar la continuidad asistencial con la atención primaria de salud.

Por otro lado, en los ámbitos de hospitalización, las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) de geriatría, de cuidados paliativos, de demencias y mixtas, se ocupan de la evaluación del paciente y emiten el diagnóstico oportuno con recomendaciones sobre el plan de atención, coordinándose con otros dispositivos. En el de consultas externas hospitalarias,

los equipos de atención interdisciplinaria ambulatoria (EAIA) ejercen la misma función que las UFISS, centrándose en el diagnóstico. Los equipos PADES (programa de atención domiciliaria equipo de soporte) dan atención domiciliaria al paciente y familia de forma complementaria a otros equipos de atención en los casos de mayor complejidad. En estos actúan médicos, enfermeras y trabajadora social.

Comunidad de Madrid

Concretamente la comunidad de Madrid ha establecido varias estructuras de coordinación para la atención a personas con enfermedad mental. Los niveles de coordinación entre la Red de Salud Mental y la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental son los siguientes:

- Nivel Estratégico: Comisión Técnico-Directiva de seguimiento entre la Oficina Regional de Salud Mental (Sanidad) y la Dirección General de Servicios Sociales (Asuntos Sociales). A este nivel se planifican actuaciones, y se realiza un seguimiento de las mismas. La Comisión se reúne con periodicidad trimestral.
- Nivel Táctico: Comisión de Rehabilitación Regional de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados. Asisten los representantes de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados de los 35 Centros de Salud Mental de distrito que existen en la Comunidad de Madrid, así como representantes técnicos de la Red de Atención Social (Servicios Sociales). A este nivel se realiza la coordinación general territorial del conjunto de recursos de atención sociosanitaria. Se reúne con periodicidad trimestral.
- Nivel Operativo: Comisión de Rehabilitación de Distrito. Asisten el representante de continuidad de Cuidados y los directores de recursos de atención social. Se realiza la derivación de casos y el seguimiento de los que ya están en atención. Se reúne con periodicidad mensual.

En todas las Comisiones participan profesionales que desarrollan su rol profesional en la atención a personas con enfermedad mental grave tanto de la Red de atención Sanitaria como en la Red de Atención Social.

También a nivel de la Red Asistencial de Atención Primaria en determinados municipios se han constituido comisiones, mesas, etc. entre los profesionales de servicios sociales y los profesionales de atención primaria del área sanitaria (Comisiones Sociosanitarias con algunos Distritos del Ayuntamiento Madrid, en algunas de dichas comisiones se dispone de gestores de casos).

Comunidad Foral de Navarra

El Plan Foral de Atención Sociosanitaria del año 2000 contempla los siguientes instrumentos de coordinación: Comisión Técnica y de seguimiento del Plan, 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.

Entre las funciones de la Comisión Técnica y de Seguimiento del Plan se destacan: promover acciones preventivas, asistenciales y de intervención necesarias para el desarrollo y ejecución del Plan, asegurar la máxima coordinación entre las distintas Administraciones Públicas en cuanto a planificación, ejecución y seguimiento en el ámbito de programas de atención sociosanitaria, proponer y diseñar programas de formación, investigación y promoción que se estimen convenientes para el adecuado desarrollo del plan.

El Coordinador de Atención Sociosanitaria de Navarra tiene como funciones, entre otras: asegurar la continuidad de cuidados en las altas hospitalarias, asegurar el correcto y eficaz funcionamiento de la Comisión Técnica y de las subcomisiones y grupos de trabajo que, en su caso, puedan establecerse.

Para la atención al trastorno mental grave en la comunidad existe un Núcleo de coordinación de la Atención Sociosanitaria que destaca entre sus funciones la

identificación de necesidades y la gestión de casos que excedan el ámbito de trabajo de los Núcleos de Coordinación de Atención Sociosanitaria de Zona Básica, Determinación de los procedimientos de utilización de los recursos. El Núcleo de Coordinación está constituido por una comisión directora y una comisión técnica.

La comisión directora desarrolla fundamentalmente tareas de coordinación entre los sistemas sanitario y social y el resto de los departamentos, administraciones públicas y entidades que actúan en el ámbito de la salud mental.

La Comisión Técnica tiene como funciones: impulsar el desarrollo y aplicación de los programas, promover y coordinar proyectos y actuaciones, gestionar los casos de usuarios que soliciten recursos sociales y sociosanitarios, protocolizar circuitos de acceso a los recursos y realizar informes de evaluación.

Extremadura

El decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio, creó en Extremadura la Consejería de Sanidad y Dependencia que ejercía las competencias de la anterior Consejería de Sanidad y Consumo, excepto consumo, así como las competencias en materia de dependencia que tenía atribuidas la anterior Consejería de Bienestar Social.

Posteriormente el decreto del Presidente 23/2011 de 4 de agosto, por el que se modifica el decreto del Presidente 15/2011, de 8 de julio modifica la denominación, el número y competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura quedando establecida la Consejería de Salud y Política Social que ejercerá las competencias que en materia de sanidad y dependencia tenía atribuidas la anterior Consejería de Sanidad y Dependencia, las competencias que en materia de consumo y en materia de emigración y retorno tenía atribuidas las

Vicepresidencia Primera y Portavocía, así como las de infancia y familia, servicios sociales, migraciones y prestaciones sociales que tenía atribuidas la anterior Consejería de Igualdad y Empleo.

La coordinación de procesos y programas sociosanitarios en los Servicios Centrales del Servicio Extremeño de Salud (SES) y del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), se llevan a cabo desde las Unidades de Gestión del SEPAD y desde las Subdirecciones del SES competentes en la definición de programas y procesos asistenciales, a través de profesionales adecuados, siendo transversal a las estructuras de coordinación sociosanitaria desarrolladas en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura. 2005-2010.

Las Unidades de Gestión y Subdirecciones tanto del SEPAD como del SES, serán competentes para la definición, diseño, coordinación, evaluación y organización de los programas sociosanitarios integrales que definen los cuidados continuados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La coordinación de las actuaciones de planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de la atención sociosanitaria se llevará a cabo, en su ámbito de actuación, a través de las siguientes estructuras:

- Comisión Sociosanitaria Comunitaria: se constituyen como el primer nivel de la coordinación sociosanitaria, siendo la responsable de garantizar la coordinación. La Comisión Sociosanitaria Comunitaria, tendrá la siguiente composición mínima: un representante del equipo de atención primaria de salud, un trabajador social del servicio social de base. Entre sus funciones está facilitar el acceso del ciudadano a la totalidad de los dispositivos comunitarios evitando su marginación, detectar dentro de su ámbito los colectivos en situación de riesgo de exclusión, desprotección, enfermedad, dependencia y análogas, realizar sesiones conjuntas entre servicios sociales y sanitarios para analizar aquellos casos que, por la

urgencia en la necesidad de recursos o por la problemática que presenten, requieran actuaciones de una baja complejidad y mantener y controlar las actuaciones iniciadas.

- Comisión Sociosanitaria de Área: son responsables de la evaluación de las experiencias, diseño de instrumentos de evaluación y aspectos generales de la coordinación sociosanitaria, siempre que impliquen la puesta en marcha de las medidas diseñadas y planificadas desde la Comisión de Asuntos Sociosanitarios. La Comisión Sociosanitaria de Área estará integrada por el correspondiente Gerente del Área de Salud del SES y el Gerente Territorial correspondiente del SEPAD, así como por los miembros de sus respectivos equipos que se determinen.

- Entre sus funciones están: valorar aquellas situaciones de carácter urgente para su adecuada resolución, evaluar procesos y acciones de coordinación sociosanitaria para elevar necesidades y problemas a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios, estudiar las necesidades de recursos sociales y sanitarios en su ámbito de actuación, favorecer la implementación progresiva de servicios y prestaciones que mejoren la atención social y sanitaria en su ámbito de actuación.

- Comisión de Asuntos Sociosanitarios: es la responsable de la supervisión constante del funcionamiento de las estructuras de coordinación sociosanitaria, y del desarrollo de actuaciones sociosanitarias macro y comunes a todo el territorio de la Comunidad. Estará integrada por el o la titular de la Dirección General competente en materia de Asistencia Sanitaria o persona en quien delegue, el titular de la Dirección General competente en materia de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia o persona en quien delegue, un responsable de Programas del SEPAD y uno del SES y un Coordinador Técnico de la Dirección Gerencia del SEPAD y otro del SES.

Galicia

En Galicia se han creado diversas estructuras para fomentar la coordinación sociosanitaria como la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Coordinación Sociosanitaria, la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia, el Comité Técnico de Planificación de Atención Sociosanitaria de Galicia y diversas comisiones de seguimiento para el desarrollo de los planes desarrollados: el Plan de Acción Integral para Personas con discapacidad de Galicia 2010-2013 y la Comisión de Seguimiento del Plan Gallego de las Personas Mayores, 2010-2013.

También existen comisiones provinciales de coordinación dentro del ámbito de desenvolvimiento del sistema para la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, entre las jefaturas territoriales de la Consejeria de trabajo y bienestar y los servicios sociales comunitarios, de atención primaria de salud y especializados.

La ley 8/2008, de Salud de Galicia en su artículo 137 crea la Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia, con la finalidad de garantizar una adecuada, efectiva y eficiente coordinación institucional.

La Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia estará integrada por representantes de las Consejerías con competencias en materia de sanidad, servicios sociales y Economía y Hacienda. Esta Comisión Interdepartamental de Coordinación de la Atención Sociosanitaria de Galicia, tiene como fin orientar las directrices de la política sociosanitaria.

Posteriormente la orden conjunta del 7 de agosto de 2009, de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Trabajo y Bienestar, por la que se crea el Comité de Planificación de Atención Sociosanitaria de Galicia tiene por objeto la creación de un Comité de Planificación de Atención Sociosanitaria, vinculado a

la Comisión Interdepartamental de Coordinación de Atención Sociosanitaria de Galicia. Este comité está formado por representantes de la Consejería de Sanidad, representantes de la Consejería de Trabajo y Bienestar y dos o más expertos de reconocido prestigio.

Islas Baleares

El Decreto 12/2011 de 18 junio, establece las competencias y la estructura orgánica básica de las consejerías de la comunidad autónoma de las Islas Baleares, creando la actual consejería de salud, familia y bienestar social. Este decreto ha sido rectificado por el 23/2011 donde se establecen ciertas modificaciones que hacen referencia a las funciones asignadas a la misma pero no afectan a la estructura definida.

En el Plan de Acciones Sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010 – 2014 se menciona el papel de la enfermera gestora de casos como figura que garantiza la atención y la coordinación adecuada de los recursos, para ayudar en la valoración y la gestión de casos complejos o tributarios de atención sanitaria en el ámbito sociosanitario del sistema de salud, así como en los elementos de coordinación con los servicios sociales.

Entre las funciones se le atribuye hacer una valoración integral del paciente y de su cuidador con la colaboración de los profesionales médicos y de enfermería que atienden al paciente, la gestión para el traslado al centro sociosanitario si el paciente tiene necesidad de una cama de convalecencia y rehabilitación en los centros que no dispongan de unidades de valoración sociosanitarias (UVASS), planificar y mejorar la atención al alta domiciliaria garantizando la continuidad de los cuidados en colaboración con la enfermera de atención primaria y el equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD), identificar las necesidades de material ortoprotésico e iniciar los trámites necesarios para obtenerlo, movilizar junto con el trabajador social del centro los

recursos sociales necesarios para el paciente, tanto de apoyo a domicilio como residenciales, educación y apoyo al cuidador y a la familia.

El Plan sociosanitario de Menorca del año 2000 creó el Consorcio Insular de Servicios Sociosanitarios, como fórmula orgánica de colaboración interadministrativa, aunque también pueden ser miembros entidades privadas sin ánimo de lucro, sin que esta participación, cuando se da, desvirtúe la naturaleza pública del ente.

Este instrumento responde a la necesidad de la administración promotora de compartir con otras administraciones y, en su caso, con entidades privadas sin ánimo de lucro con intereses concurrentes, la prestación de servicios públicos o de interés general, favoreciendo la participación democrática en la gestión de los servicios a través de la colaboración o cooperación de los entes consorciados.

Entre sus funciones está la coordinación con otros recursos, gestionar la financiación pública, gestionar la financiación privada, gestionar / comprar servicios, desarrollar programas divulgativos y preventivos.

La Rioja

La Rioja ha procedido a unificar las competencias de salud y de servicios sociales creando así una única consejería frente a las dos existentes hasta la fecha: la consejería de salud y la consejería de servicios sociales. En el decreto 40/2011 de 6 de julio se establece su estructura orgánica y sus funciones, otorgándole en materia de sanidad, salud, farmacia, consumo, servicios sociales, autonomía personal y dependencia, mujer, familia, inmigración y exclusión social, así como cualquier otra afín que se le atribuya en disposiciones normativas.

País Vasco

En el País Vasco y a nivel autonómico existe el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria que es el órgano que articula la cooperación y la coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario de Euskadi, según el Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria

A nivel de diputaciones existen diferentes órganos. Así en Álava existe junto con el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, el Consejo Territorial de Atención Sociosanitaria, un coordinador autonómico y uno de Álava, dos comisiones técnicas o sectoriales creadas en el seno del Consejo Territorial: Comisión de valoración y orientación sociosanitaria de Álava y Comisión de Salud Mental de Álava.

En Guipúzcoa existe un Consejo Territorial Sociosanitario del que dependen las siguientes comisiones: Comisión Técnica de Atención a la Dependencia, Comisión técnica de Discapacidad, Comisión de Valoración y Orientación Sociosanitaria, Protocolos de coordinación entre centros de Atención Primaria, Red de Salud Mental y Servicios sociales municipales.

En Vizcaya existe: un Consejo territorial de Atención Sociosanitaria de Vizcaya y una Comisión Técnica de Valoración y Orientación Sociosanitaria en materia de personas mayores.

Región de Murcia

El decreto del presidente nº 12/2011 de 27 de junio ha llevado a cabo una nueva reorganización de la Administración Regional en virtud de cual se crea la consejería de Sanidad y Política Social como departamento encargado de la propuesta, desarrollo y ejecución de las directrices generales del Consejo de Gobierno en las siguientes materias: sanidad; higiene; ordenación farmacéutica; coordinación hospitalaria general, incluida la de la Seguridad

Social; drogodependencia; las competencias de ejecución en materia de productos farmacéuticos y de gestión de la asistencia sanitaria que la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tenga legalmente atribuida. Asimismo, ejercerá las competencias en materia de asistencia y bienestar social; desarrollo comunitario; promoción y protección de la familia; políticas de la mujer, excepto la relativa a violencia de género; políticas infantil y de la tercera edad; instituciones de protección de menores; promoción e integración de los inmigrantes, emigrantes, discapacitados y demás grupos sociales necesitados de especial protección, incluida la creación de centros de protección; promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, así como la cooperación al desarrollo y cualesquiera otras que le asigne la legislación vigente.

Quedan adscritos a este Departamento el Organismo Autónomo Instituto Murciano de Acción Social y la Empresa Pública Servicio Murciano de Salud.

La Orden de 2 de marzo de 2006, conjunta, de las Consejerías de Sanidad y de Trabajo y Política Social, para la coordinación de actuaciones relativas a la atención sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia creó la figura del Coordinador Sociosanitario y de la Comisión de Coordinación Sociosanitaria como órganos de planificación y coordinación de las acciones.

Entre las funciones de la comisión destaca: el intercambio de información relativa a la coordinación de servicios sanitarios y sociales prestados en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el diseño de los principios rectores, las líneas estratégicas y las posibles prioridades de la Administración Regional en esta materia, el desarrollo de los estudios que se requieran para la elaboración del proyecto de Plan de Coordinación Sociosanitaria de la Región de Murcia, la definición de un conjunto de actuaciones y servicios necesarios, la cuantificación, dotación y dimensión

económica de cada una de ellas y el diseño de las experiencias de coordinación sociosanitaria que con carácter experimental se consideren necesarias.

Se han establecido diferentes comisiones técnicas como: la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria en Enfermedades Raras, la Comisión Regional de Cuidados Paliativos y el Programa de enfermera gestora de casos del Servicio Murciano de Salud.

También se ha creado el espacio sociosanitario como un espacio virtual para dar respuesta a situaciones que no pueden ser abordadas de forma independiente desde los sistemas sanitario o social y que requieren de un enfoque coordinado entre ambos.

Este espacio permite acceder a la información, los recursos y herramientas necesarios que garanticen, desde la formación, la investigación y otros enfoques aplicados, un abordaje global de situaciones-problemas de carácter sociosanitario, y favorezcan en última instancia, la equidad y accesibilidad de todas las personas a los recursos y soluciones disponibles.

Dichas situaciones se corresponden inicialmente con cuatro áreas de interés: mujer, inmigración, coordinación sociosanitaria y humanización de los servicios sanitarios.

- ✓ **Definición de procesos y protocolos de coordinación: procesos y protocolos de derivación entre hospitales, atención primaria, residencias, programas comunitarios, etc.**

Andalucía

La derivaciones intersectoriales se realizan actualmente desde el Sistema Sanitario al Sistema Social a través de las figura de la enfermera gestora de casos y de los profesionales de Trabajo Social que ejercen su labor en el

Sistema Sanitario.

En salud mental también existen comisiones de coordinación para la derivación entre los recursos sociales y sanitarios gestionados por FAISEM.

Aragón

En Aragón desde el año 2010 existe un protocolo de valoración de pacientes ingresados en hospitales de convalecencia, que permite acelerar la tramitación del Sistema de Atención a la Dependencia y dirigirlos al recurso más adecuado a su situación clínica y social.

Cantabria

En atención hospitalaria está establecido un **protocolo** de atención a personas hospitalizadas en media y/o larga estancia para valorar su situación de dependencia en el hospital una vez que su situación es estable y poder asignarles de forma preferente un servicio al alta a las personas que no pueden retornar a su domicilio por falta de apoyos o necesidad de de SAAD.

Castilla y León

En Castilla y León se han desarrollado varios procesos o protocolos de derivación, entre los que destacan: protocolos para la derivación desde el hospital a recursos de media estancia, protocolos para la continuidad de los cuidados al alta en el caso de fractura de cadera o accidente cerebrovascular (AVC) entre hospitales y atención primaria, proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental, derivación de la unidad psiquiátrica de atención a personas con patología dual (enfermedad mental y discapacidad psíquica y/o graves problemas de conducta) a centros de personas con discapacidad.

Cataluña

Se han definido criterios de ingresos, altas y derivación por parte de las comisiones de atención integral sociosanitaria (CIMSS) formadas por profesionales del ámbito social y sanitario.

El programa Prealt es un programa que pretende garantizar la continuidad asistencial entre un ingreso sanitario y la atención que necesita recibir la persona una vez se le da el alta, sea cual sea el destino (domicilio, residencia asistida, sociosanitario, etc.).

El programa está dirigido a pacientes que tras el alta hospitalaria precisen de la atención domiciliaria en 24-48h por parte de atención primaria. El objetivo del programa es detectar y valorar las necesidades de los pacientes en el domicilio, de manera conjunta y precoz evitando perdidas 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 de Madrid

En la Comunidad de Madrid se han establecido protocolos entre Servicios Sociales, Red Asistencial de Atención Primaria y la Red Asistencial Hospitalaria, los cuales consisten en una acción coordinada para el ingreso en residencias de personas a las que no es posible darles el alta en hospitales de larga y media estancia por no tener un domicilio al que regresar.

En los servicios sociales de atención primaria de los distintos municipios tienen establecidos procedimientos de derivación al ámbito sanitario, en este sentido existen protocolos de ámbito local, de coordinación entre Centros de Salud, Hospitales, dispositivos de la Agencia Antidroga y Residencias.

Respecto a la enfermedad mental grave y duradera existen protocolos de derivación entre los servicios de salud mental y los recursos de la Red de Atención Social.

Comunidad Foral de Navarra

El Plan de atención sociosanitaria del año 2000 tiene desarrollado una política de intervención y derivación de altas hospitalarias mediante protocolos que incluyen:

- Detección de personas hospitalizadas en situación de riesgo sociosanitario
- Valoración multidimensional e interdisciplinar
- Designación de recursos
- Planificación del alta
- Información sociosanitaria del paciente e información de altas desde atención especializada a atención primaria de forma que se pueda garantizar la continuidad de los cuidados hospitalarios
- Informe de cuidados de enfermería como garantía de la actuación de estos profesionales a la continuidad de la aplicación de los cuidados a domicilio.

Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana existe un protocolo de derivación en pacientes con demencia y enfermedad de Alzheimer desde las RPMD a las unidades de demencia de la consejería de Sanidad en algunos departamentos de salud.

También se han desarrollado un programa para el acceso prioritario de pacientes provenientes del Sistema de Salud a las RPMD de la Consejería de Bienestar Social.

Extremadura

En Extremadura existen diversos protocolos de derivación. Entre los más destacados están:

- Protocolos de derivación a centros residenciales T1, T2 y T3.
- Protocolo de detección y diagnóstico en demencias degenerativas.
- Protocolo de evaluación social y de la dependencia en demencias degenerativas.
- Protocolo para iniciar tratamiento de estimulación cognitiva.
- Protocolo de coordinación entre las consultas especializadas de deterioro cognitivo y los Equipos de Salud Mental en el diagnóstico y tratamiento de las demencias degenerativas.
- Protocolo de valoración social al alta.
- Protocolo de Atención a la Patología Dual.
- Protocolo de traslado hospitalario desde centros residenciales de personas mayores o en situación de dependencia
- Protocolo de atención a urgencias en Centros Residenciales de personas mayores o en situación de dependencia
- Protocolo de ingresos involuntarios en centros sanitarios o de atención a la dependencia para personas con enfermedad mental grave.

- Protocolo de detección y derivación de casos susceptibles de atención a los cuidados paliativos (ya sea en equipos especializados o en Atención Primaria).

La Rioja

En la Rioja se han establecido protocolos entre hospitales y atención primaria para el envío de informes de altas médicos, informes de continuidad de cuidados de enfermería e informes sociales entre trabajadores sociales de salud. En caso de que los pacientes se encuentren internados en residencias de personas mayores los informes también se envían a esos centros.

Principado de Asturias

Dentro de la aplicación de la Ley de la Dependencia se ha establecido el protocolo de coordinación sociosanitaria para el programa de cuidados paliativos. En ambos programas está establecido el proceso de derivación de los casos entre los distintos recursos implicados.

Región de Murcia

Actualmente se está desarrollando un programa piloto inicial de coordinación sociosanitaria de derivación de cama hospitalaria a los recursos establecidos en la Ley de Dependencia.

El objetivo es acelerar la tramitación de expedientes de dependencia correspondientes a enfermos en hospitales de cuidados medios con cargo al Sistema Murciano de Salud (SMS) o ingresados en hospitales de agudos de SMS con previsión de traslado a cuidados medios, pendientes de alta inminente, para agilizar la adquisición de recursos adecuados a su entorno socioeconómico y de acuerdo a sus condiciones de salud particulares.

Este programa pretende establecer la coordinación necesaria entre trabajadores sociales de los hospitales de referencia y de hospitales de cuidados medios, y

los servicios de prestaciones y de valoración de la oficina de la dependencia, con el fin de establecer una vía fluida de comunicación y de actuaciones que garanticen una rápida resolución de los expedientes afectados.

- ✓ **Definición de procesos y protocolos de coordinación: protocolos entre la asistencia domiciliaria social y la asistencia domiciliaria sanitaria.**

Andalucía

En el caso de Salud Mental, se realiza un procedimiento específico en domicilio para personas con trastorno mental grave en situación de dependencia para combinar el PIT (Plan Individual de Tratamiento) por parte de Salud Mental, con el Programa Individual de Atención (PIA), de Atención a la Dependencia.

También existen protocolos de derivación en situaciones de emergencia entre el Servicio Andaluz de Teleasistencia y el Servicio de Emergencias Sanitarias.

Cataluña

En Cataluña la población que se asigna a un área básica de salud, unidad básica territorial de atención sanitaria, tiene un equipo de atención primaria, en el que hay profesionales de medicina, de enfermería, de odontología, personal administrativo, de trabajo social, etc. que prestan la atención en el domicilio. Estos profesionales ofrecen una atención integral que incluye la atención y la prevención de enfermedades, la educación en los hábitos saludables y la orientación en servicios sociales.

Los trabajadores de las áreas básicas de salud (ABS) trabajan de forma coordinada con los profesionales de servicios sociales locales. La asistencia domiciliaria se hace conjuntamente o coordinadamente entre los profesionales sanitarios y sociales. Cada área básica de salud y ayuntamiento, tiene la competencia de establecer los protocolos oportunos.

País Vasco

Existe un convenio de colaboración para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria. Este convenio tiene por objeto establecer las condiciones en las que el Departamento de Sanidad y Consumo colabora con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Álava, Vizcaya y Guipúzcoa en la implantación de programas de mejora del uso del medicamento por parte de las personas que presentan dificultades para el manejo de los mismos, residen en sus domicilios y son atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria, mediante la preparación en las oficinas de farmacia de sistemas personalizados de dosificación para su utilización por estas personas.

4.3.1.3 Sistema Asistencial.

- ✓ **Desarrollo de programas asistenciales para atender enfermos crónicos y su dependencia de manera conjunta**

Cantabria

Desde la Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud, se ha desarrollado un proyecto para la atención de personas con patologías crónicas.

Este proyecto pretende potenciar la continuidad asistencial de las personas con estas condiciones. Para su desarrollo se creará una unidad hospitalaria específica y se creará la figura de un gestor de referencia que en este caso será un internista. La atención en el domicilio será referente tanto para la atención primaria como hospitalaria y la esencia del funcionamiento del proyecto será el trabajo en equipo entre los profesionales del hospital y los de atención primaria.

Castilla y León

En Castilla y León se están desarrollando tres programas para la atención de enfermos crónicos y su dependencia de manera conjunta:

- Estancias temporales de convalecencia en centros residenciales para personas mayores: consiste en la utilización de una serie de camas que tiene servicios sociales y que son utilizados desde el sistema de salud para determinados procesos de pacientes con determinado perfil y que por sus condiciones sociales no pueden estar en domicilio, ya que necesitan asistencia sanitaria pero no muy compleja.

- Procesos de media y larga estancia: desde hace un año se realiza una serie de estancias con financiación compartida conjunta entre los dos sistemas. Consiste en la utilización de camas concertadas en residencias para hospitalización de cuidados mínimos, fundamentalmente sirve para dar soporte a pacientes que precisan de cuidados mínimos pero que por algún problema no pueden permanecer en su domicilio.

- Valoración de dependencia de personas inmovilizadas: en el caso de enfermos que están en su domicilio que se considera que están inmovilizados y que están bajo el servicio de atención primaria, el baremo de valoración para la dependencia es realizado por los profesionales del sistema sanitario. Para los casos más complejos se trabaja con una guía de gestión de casos. También junto a la valoración se realiza un informe de resultados de manera que servicios sociales utiliza ese informe para saber si esa persona estaba bien cuidada, y si el cuidador está capacitado para seguir cuidando de la persona dependiente.

Cataluña

La comunidad de Cataluña creó el Programa de prevención y atención a la cronicidad mediante acuerdo de Gobierno108/2011, de 5 de julio. La finalidad del Programa es impulsar la planificación, coordinación y evaluación de las actuaciones llevadas a cabo para mejorar el proceso de atención a la cronicidad, con el fin de desplegar un modelo interdepartamental de atención que aborde las problemáticas derivadas de las enfermedades crónicas de manera integral y multidisciplinar.

El programa pretende potenciar la vida activa y la autonomía de la persona enferma, incorporando la toma anticipada de decisiones a fin de ayudar al paciente y a su entorno familiar a identificar síntomas, adelantarse a las crisis y planificar los cuidados.

Este programa tiene una visión global e integradora de la asistencia primaria y la hospitalaria, incluyendo la hospitalización de agudos y la sociosanitaria. Se pretende potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para que atención primaria pueda asumir con mayor capacidad de resolución el seguimiento de los enfermos crónicos.

También contempla la importancia de la evaluación de los resultados en salud con indicadores de calidad asistencial como, por ejemplo, el número de ingresos reiterados en urgencias por parte de enfermos crónicos.

Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid desde el año 2008 se realiza el programa PECA (Pacientes con Enfermedad Crónica Avanzada). Este programa se desarrolla en los centros de salud de Vallecas y en el Hospital Virgen de la Torre e Infanta Leonor y está dirigido a enfermos crónicos cuya dolencia se encuentra en un estado avanzado, con síntomas resistentes al tratamiento y que padecen

agudizaciones que con frecuencia les hacen acudir a los servicios de urgencias de los hospitales.

El programa PECA crea un circuito asistencial que implica la coordinación con los médicos de atención primaria de la zona. En este caso, los pacientes que ingresan en este sistema, disponen de un contacto telefónico directo con su médico de AP. En el caso de agudización de su enfermedad crónica, pueden contactar con este facultativo quien evaluará las necesidades del enfermo y decidirá la respuesta asistencial atendiendo a las necesidades concretas del usuario, ya sea trasladarse al domicilio del paciente para tratarlo, enviar a una enfermera o decidir su ingreso en la unidad de corta estancia para crónicos del Virgen de la Torre, donde permanecerá hasta conseguir su estabilización. Con este programa se pretende evitar la saturación de las urgencias hospitalarias y una mejor calidad asistencial.

Comunidad Valenciana

En la comunidad de Valencia se ha elaborado el Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-201. Uno de los ejes de este plan tiene que ver con la coordinación e integración del sistema sanitario con los servicios de bienestar social. Para establecer la integración de los sistemas se propone entre otros: desarrollar el acuerdo marco entre las consellerias de sanidad y de bienestar social, la puesta en marcha de la comisión técnica de coordinación, y la definición e implantación de criterios de valoración homogéneos a lo largo del proceso asistencial.

Extremadura

En Extremadura la atención de la cronicidad y dependencia se aborda desde el espacio sociosanitario definido en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura. Este espacio es entendido como aquel conformado por las

necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psíquicas y psiquiátricas que conllevan distintos niveles de dependencia.

Según las actuaciones estipuladas para este colectivo, todos los casos deben ser medidos en función de tres ejes simultáneamente: i) el grado de dependencia y por tanto la necesidad de cuidados personales, ii) la necesidad de cuidados sanitarios derivados de la patología y iii) la red de apoyo de la que disponga la persona (familiares, cuidadores, posibilidades económicas, etc).

La intensidad de cuidados sanitarios determina la tipología de asistencia y el grado de dependencia y el estado de la red social determinan la modalidad asistencial. Estas modalidades abarcan los servicios residenciales, la atención diurna y la atención domiciliaria. También contemplan servicios de apoyo, formación, prevención y coordinación.

País Vasco

En junio de 2010 el País Vasco elaboró una estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi**.** Esta estrategia señala unas líneas de cambio a implantar en el sistema para abordar adecuadamente la prevención, atención, rehabilitación y cuidado sanitario a los enfermos crónicos.

Las líneas contempladas en esta estrategia son: la promoción y prevención de enfermedades crónicas, la responsabilidad y autonomía del paciente, la garantía del continuo asistencial para el enfermo crónico, el desarrollo de intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades del paciente.

La estrategia señala la coordinación sociosanitaria a nivel de atención primaria y con equipos interdisciplinares, como un factor muy importante para garantizar una atención integrada en el continuo asistencial, que contemple el domicilio como principal provisor de cuidados.

La estrategia también señala la necesidad de impulsar la creación de un marco normativo común que concrete los catálogos de prestaciones sociales y sanitarias, además de elaborar un nuevo modelo para la financiación de servicios de carácter sociosanitario.

✓ Desarrollo de programas de manera conjunta para la atención de personas con enfermedades específicas

En general todas las CCAA han desarrollado programas para la atención de personas con enfermedades específicas. La (Tabla 6) resume los principales programas o planes desarrollados.

Tabla 6. Programas para personas con enfermedades especificas desarrollados por las CCAA.

CCAA	Plan/Programa
Andalucía	Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010 II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2008-2012 II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012 II Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013 Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009 Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012 Plan de Atención a personas afectadas con enfermedades raras 2008-2012 II Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía 2011-2013
Aragón	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón Programa de Cuidados Paliativos de Aragón

Canarias	Plan de Salud de Canarias 2003-2007 III Plan de Salud de Canarias 2010-2015(en evaluación)
Cantabria	Plan de acción sociosanitaria de las personas mayores de Cantabria. 1999-2005 Programa Integral de Atención Paliativa en Cantabria
Castilla y León	Estrategia Regional de Salud Cardiovascular Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica Estrategia Regional Contra el Cáncer Guía de Actuaciones para la adaptación de la estrategia en diabetes del SNS en Castilla y León
Castilla -La Mancha	II Plan de Acción para personas con discapacidad en Castilla-La Mancha 2011-2020 II Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha Horizonte 2011 Plan de Salud Mental Castilla-La Mancha 2005-2010 Plan Integral de Diabetes Mellitus de Castilla-La Mancha 2007-2010
Cataluña	Plan Director de Oncología Plan Director de Salud Mental Plan Director de las enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor Plan Director del Aparato Circulatorio

Comunidad de Madrid	Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid 1998-2006 Plan de Acción para personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008 Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2005-2008 Plan de Atención Social con Enfermedad Mental Grave 2003-2007
Comunidad Foral de Navarra	Programa de Atención a personas con Trastorno Mental Grave
Comunidad Valenciana	Plan de Cuidados Paliativos de la Comunidad Valenciana 2010-2013 Plan Integral de atención sanitaria a las personas mayores y a enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011 Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana
Extremadura	Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 III Plan de Acción para personas con Discapacidad 2008-2011 Programa Marco Cuidados Paliativos Plan Integral de Atención sociosanitaria al Deterioro Cognitivo Plan de Atención al Dolor Crónico Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares 2007-2011
Galicia	Plan de Acción Integral para Personas con discapacidad de Galicia 2010-2013 Plan Gallego de las Personas Mayores, 2010-2013 Plan Gallego de Cuidados Paliativos Plan Gallego de Atención al enfermo de Alzheimer y otras demencias Plan Estratégico de Salud Mental Galicia 2006-2011

Islas Baleares	Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares Plan de Estrategia de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2009-2014
La Rioja	I Plan Integral de personas mayores 2002-2005 Plan de Salud Mental de La Rioja 2010
País Vasco	Plan de Acción para las Personas Mayores en la Comunidad del País Vasco 2011-2015 Plan Cuidados Paliativos 2006-2009
Principado de Asturias	Plan de Salud para Asturias 2004-2007. Guía de buenas Prácticas en Centros de Apoyo a la Integración Guía de Buenas Prácticas en Alojamientos para personas con Discapacidad
Región de Murcia	Plan de acción para las personas mayores de la región de Murcia 2003-2007. Plan Integral de Cuidados Paliativos 2006-2009 Plan Regional de Acción Integral para Personas con Discapacidad. Región de Murcia 2002-2004 Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2006-2009 Estrategia regional de enfermedades raras 2009-2012

Castilla -La Mancha

Castilla -La mancha ha desarrollado diversos planes de atención a la enfermedad crónica enmarcados en la Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social de Castilla- La Mancha para los próximos años.

Los planes aunque priorizan en objetivos específicos por patología comparten el objetivo general de procurar a los mayores niveles de salud, autonomía e inclusión social a través de una atención integral, continuada y adaptada a las necesidades de las diferentes etapas de la vida, priorizando el entorno habitual de vida como el espacio donde se producen las necesidades de las personas. Pretenden también facilitar el acceso a la información y formación para profesionales y pacientes y establecer criterios consensuados de actuación para mejorar la atención sanitaria y social de todos los afectados.

El plan sectorial de salud mental tiene como objetivo procurar a las personas afectadas los mayores niveles de salud, autonomía e inclusión social, a través de la atención integral, continuada y adaptada a las necesidades de las diferentes etapas de la vida.

El plan sectorial de fibromialgia (FM) y síndrome de fatiga crónica (SFM) tiene entre sus objetivos establecer protocolos de actuación en FM y SFC donde se definan criterios diagnósticos, posibilidades de tratamiento, funciones de los distintos profesionales del ámbito sanitario y social y circuito asistencial, fomentando la coordinación entre los niveles asistenciales para conseguir una atención multidisciplinar e integral.

El plan sectorial de enfermedades neurodegenerativas, tiene entre sus objetivos desarrollar unidades multidisciplinares de referencia de enfermedades neurodegenerativas para la atención integral de los pacientes afectados y establecer procesos asistenciales para cada una de las enfermedades más prevalentes destacando los itinerarios asistenciales y la coordinación con los distintos agentes implicados, como Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales y Asociaciones de pacientes y familiares.

El plan sectorial de diabetes mellitus, entre sus objetivos señala la creación de Unidades Funcionales de Diabetes Mellitus en todas las áreas sanitarias, para facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, prestar atención de forma

continuada, integrar las distintas consultas multidisciplinares que presten atención especializada a las personas con diabetes mellitus e implementar sistemas de telemedicina.

El plan sectorial de enfermedades raras, entre sus objetivos marca la necesidad de facilitar la atención social y sanitaria a las Personas con enfermedades raras.

Comunidad de Madrid

En el caso de personas con enfermedad mental grave en situación de marginación sin hogar se realiza una actuación conjunta entre las Consejerías de Sanidad y de Asuntos Sociales. En este caso se ha constituido el equipo psiquiátrico de calle en el que la Consejería de Sanidad aporta espacios y personal (psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales) y la Consejería de Asuntos Sociales aporta educadores, psicólogos y un trabajador social.

También se ha desarrollado un programa de atención psiquiátrica dirigido a enfermos mentales sin hogar que cuenta con una unidad móvil de atención a enfermos mentales sin hogar creada en junio de 2003.

Este programa depende de la Oficina Regional de Coordinación de salud mental y está formada por 15 profesionales organizados en dos sub-equipos: uno dependiente de la Consejería de Sanidad (Dirección General de Hospitales. H.C.U. San Carlos) y otro de la Consejería de Asuntos Sociales (Programa de Atención Social a Enfermos Mentales Graves y Crónicos). Este programa se encarga de mejorar la atención en salud mental de la población sin hogar, realizando evaluación y diagnóstico, tratamiento y seguimiento psiquiátrico de los enfermos que no están siendo atendidos en otros recursos de la red para favorecer su integración en recursos normalizados, estableciendo la coordinación de los recursos sanitarios y sociales.

Comunidad Foral de Navarra

En la comunidad Foral de Navarra se ha elaborado el Programa de Atención al Trastorno Mental Grave 2005 (TMG) que ha sido reordenado en el año 2010.

El Programa de atención se ofrece mediante un modelo sociosanitario, que responde a la exigencia de un tratamiento integral en todas las necesidades de la persona afectada (sanitarias, educativas, laborales, etc.). Además garantiza el continuo de cuidados a lo largo de las distintas fases que sufre el proceso de enfermedad, adaptándose también a las distintas etapas de la vida de la persona afectada.

El modelo propuesto es flexible y adapta los recursos, tanto a la persona como a su entorno familiar, social y geográfico. El modelo tiene como elemento básico "el trabajo por Programas" que engloba una serie de actividades y que se diseña de forma individual para cada perfil de necesidad. Estos programas son: diagnósticos y tratamiento de la enfermedad, la Rehabilitación Psicosocial (ayudar a las personas con discapacidad por trastorno de enfermedad mental a reintegrarse en la comunidad), la Rehabilitación laboral (adquisición, mantenimiento y desarrollo de hábitos, habilidades y destrezas para su integración en el mundo laboral.), Programa de Intervención Sociocomunitaria, Apoyo a las Familias, Alojamiento y Atención Residencial, Protección y Defensa de sus Derechos.

En el año 2010 la comunidad Foral de Navarra tras una evaluación del programa realizo una serie de reordenaciones atendiendo a las peculiaridades de la población, acceso a los recursos y la distribución territorial. En este sentido las recomendaciones formuladas refuerzan el papel de los espacios de coordinación y de información hacia los profesionales, apostando por generar otros espacios de coordinación por áreas descentralizadas y flexibles.

El Programa de Intervención Sociocomunitario se reformula para tener una base asertiva-comunitaria apoyado en contactar y tratar de ofrecer un apoyo de los programas terapéuticos y de rehabilitación y aborde todos aquellos aspectos que tengan que ver con la reincorporación social en la comunidad.

Comunidad Valenciana

En la comunidad Valenciana se ha elaborado recientemente el Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013. Según este plan el paciente será valorado desde un punto de vista multidimensional y se establecerá un plan de atención integral, centrado y adaptado a sus necesidades, valores, deseos y preferencias, que debe incluir el control de síntomas y el soporte psico-emocional a familia/cuidadores, garantizando la continuidad asistencial.

Al identificar un paciente en cualquier punto del sistema sanitario, en función de la complejidad, se le proporcionarán cuidados paliativos básicos por parte de todos los dispositivos sanitarios, fundamentalmente el equipo de atención primaria, y cuidados paliativos avanzados por parte del equipo especializado de soporte del departamento y/o HACLE.

Para garantizar la continuidad de la atención a lo largo del proceso de cuidados paliativos se menciona como planes de acción entre otras la reorganización y coordinación de los recursos asistenciales para garantizar la asistencia y el desarrollo de mecanismos de comunicación y transmisión de la información, accesibles en los sistemas de información corporativos.

Extremadura

En Extremadura El Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX) se enmarca dentro del Plan Marco de Atención Sociosanitaria 2005-2010 y establece los protocolos de atención de los

pacientes un deterioro cognitivo y los canales de derivación de recursos para la correcta atención de estos pacientes.

En este sentido establece que la detección del deterioro cognitivo se llevará a cabo en los Equipos de Atención Primaria (EAP), menos en el caso de los pacientes que estén ingresados en las Residencias que dependan de la Consejería de Bienestar Social, en las que el Equipo Médico de la Residencia se encargará de dicha labor.

El médico de EAP es el encargado de la detección, primer juicio diagnóstico, tratamiento, seguimiento y, de ser necesario, de remitir el enfermo al equipo de atención especializada. Los EAP también son los encargados de la coordinación con los servicios sociales para el abordaje de la dependencia.

País Vasco

En el caso de la atención a pacientes con enfermedad crónica específica en el País Vasco se han desarrollado una serie de recursos específicos sociosanitarios a los que se accede a través de la comisión de valoración y orientación sociosanitaria. Estos recursos son gestionados desde la Diputación Foral por ejemplo en el caso de Guipúzcoa y cofinanciados por Sanidad.

En concreto se han creado unidades residenciales sociosanitarias (URSS) que atienden a diversos perfiles de usuarios con necesidades sanitarias y sociales conjuntas, entre los que figuran, pacientes que precisan cuidados paliativos, pacientes en situación de convalecencia, y personas con enfermedad mental.

También se han creado unidades residenciales para personas con trastorno mental severo, a los que se accede desde la comisión de valoración y que fundamentalmente atienden a pacientes diagnosticados de psicosis y unidades para personas con discapacidad intelectual, trastorno mental y trastornos del comportamiento severos.

Principado de Asturias

En Asturias se ha definido un protocolo de derivación para personas incluidas en el programa de cuidados paliativos, que 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.

Región de Murcia

La Región de Murcia ha desarrollado una estrategia regional de enfermedades raras 2009-2012 que pretende servir de marco de referencia para orientar, impulsar, ordenar, planificar y coordinar las diferentes iniciativas, procesos y/o actuaciones que se desarrollan y se desarrollen en el ámbito de la comunidad para incidir de forma más efectiva y eficaz en la reducción de esta problemática.

La estrategia señala la creación de una Comisión Regional (de carácter interdepartamental y transversal), para la promoción de la atención y de las condiciones de vida de las personas afectadas por las enfermedades raras, y sus cuidadores, donde estén representadas las Consejerías de Sanidad, Política Social, Mujer e Inmigración, Educación y Empleo y que será la encargada de aplicar y coordinar la estrategia.

También implica la designación de una Comisión Parlamentaria Mixta en la Asamblea Regional de control de la labor de la comisión regional y la creación de un Centro Regional de enfermedades raras en Murcia, adscrito a la agencia mencionada anteriormente, como espacio y estructura sociosanitaria de

información y orientación a las personas afectadas por una enfermedad rara y sus cuidadores y dotada de un equipo multidisciplinar adecuado.

- ✓ **Desarrollo de programas para la mejora en la atención: programas para la mejora de la atención social en centros sanitarios.**

Andalucía

En la Comunidad de Andalucía en los centros sanitarios se cuenta con profesionales de trabajo social en la plantilla de atención primaria y hospitalaria. También se ha incorporado la figura de la enfermera gestora de casos. En el ámbito hospitalario, la enfermera gestora de casos, es un elemento garante de la continuidad de los cuidados.

Aragón

Para la atención en salud mental la comunidad autónoma de Aragón ha desarrollado un protocolo de valoración de la dependencia en pacientes afectados por trastorno mental grave (TMG) que están internados en centros de rehabilitación de media y larga estancia.

Este protocolo permite que los pacientes ingresados en hospitales de convalecencia puedan acelerar el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y agilizar así la derivación al recurso más adecuado a su situación clínica y social.

También se ha consensuado entre ambos departamentos (sanitario y social) que cualquier ciudadano que precise el informe de salud para su reconocimiento de la situación de dependencia puede solicitarlo a su médico de familia utilizando un modelo de informe común que está integrado en la historia clínica electrónica de atención primaria.

Castilla y León.

Se está desarrollando el programa de detección precoz de riesgo social al ingreso dirigido a personas mayores de 75 años. Consiste en la aplicación de un test de cribaje que realizan los profesionales de enfermería y en función del resultado se deriva a la unidad de trabajo social para la confirmación y en su caso, intervención precoz.

Comunidad Foral de Navarra

En los centros Hospitalarios de Navarra existen unidades de trabajo social que han diseñado un procedimiento de planificación del alta hospitalaria. La Ley Foral 17/2010 de 8 de Noviembre, de derechos y deberes en materia de salud en la Comunidad Foral incluye, por primera vez, la planificación del alta hospitalaria como derecho de la persona (Título I, capítulo III, artículo 18). El procedimiento del alta es un programa interdisciplinar en el que intervienen servicios médicos, de enfermería, de admisión y unidades de trabajo social.

Comunidad Valenciana

En la comunidad Valenciana se desarrollan el Programa HOSPI-ESPORT para personas con discapacidad física.

Hospi-Esport es un programa de salud, integración, normalización e inclusión social mediante la actividad física adaptada para personas con discapacidad, que se lleva a cabo en centros hospitalarios y equipos de atención primaria de la Comunidad Valenciana, en colaboración con instalaciones deportivas.

Hospi-Esport facilita al usuario cambiar el entorno estrictamente hospitalario para realizar su actividad física en unas instalaciones compartidas con todo tipo de personas, lo que favorece el proceso de socialización. La actividad física proporciona a estos pacientes un tiempo de ocio agradable y contribuye a la

conservación y mejora de las capacidades físicas y mentales, así como el aumento de su autoestima.

Extremadura

En Extremadura se han establecido protocolo de valoración social al alta, protocolos de derivación a centros residenciales T1, T2 y T3 y protocolo de ingresos involuntarios en centros sanitarios o de atención a la dependencia para personas con enfermedad mental grave.

En este sentido se ha establecido que los centros residenciales T1 sean destinadas a la atención de personas que requieren cuidados sanitarios continuados de tipo intensivo y temporal, con objetivo de recuperación y/o rehabilitación con previsión de alta a corto o medio plazo, y personas que requieren cuidados para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida en situación de alto nivel de sufrimiento.

Las plazas de cuidados sanitarios a la dependencia (T2) son destinadas a la prestación de cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, a personas altamente dependientes, con inadecuación o inexistencia de una red social de apoyo, que poseen un bajo nivel de autonomía y necesitan cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno residencial.

Las plazas de cuidados a la dependencia (T3) son destinadas a la prestación de cuidados a personas de cualquier edad que requieran cuidados dirigidos a paliar su dependencia, con intervención sanitaria puntual y que dichos cuidados no se puedan llevar a cabo en el domicilio.

Islas Baleares

Se han desarrollado unidades de valoración sociosanitaria (UVASS) que son equipos interdisciplinares 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.

Las UVASS tiene como objetivo que los pacientes susceptibles ingresados en los hospitales de agudos, una vez completado el diagnóstico, reciban tratamiento adecuado a sus necesidades, realizando un seguimiento y control de los pacientes desde la valoración hasta el traslado y asegurándose que el paciente tengan el recurso más adecuado para responder a sus necesidades, evitando al máximo la frecuentación a los servicios de urgencias y los reingresos hospitalarios.

La Rioja

En la Rioja se desarrollan programas de voluntariado en las unidades oncológicas desarrollados por la Asociación Española contra el Cáncer. Otros programas se desarrollan bajo solicitud del personal sanitario a las trabajadoras sociales a través de ONGs como la Fundación Canfranc. Estos programas se desarrollan en los hospitales de San Pedro, La Rioja y la Clínica Valvanera.

- ✓ **Desarrollo de programas para la mejora en la atención: programas para la mejora de la atención sanitaria en las residencias de mayores (centros sociosanitarios).**

Andalucía

Para mejorar la atención sanitaria en personas con Alzheimer en los centros de día y residencias del SAAD se han desarrollado programas formativos con la colaboración de la Confederación Andaluza de Familiares de Enfermos de Alzheimer (ConFeafa).

También los profesionales de los centros de atención primaria de referencia prestan atención en los centros residenciales y de día. Estos profesionales reciben un complemento retributivo diferenciado.

Aragón

Desde el gobierno de Aragón y como desarrollo a la estrategia de uso racional del medicamento, se ha puesto en marcha un nueva medida por la que los servicios de farmacia hospitalaria validarán los tratamientos prescriptos 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.

Cantabria

En la comunidad de Cantabria se viene desarrollando desde el servicio de salud la aportación directa de material de curas, medios de análisis y/o pruebas diagnósticas, y envases clínicos de los medicamentos de mayor uso en la atención a los usuarios de los centros residenciales.

Castilla y León

En todas las residencias de personas mayores gestionadas por la Junta de Castilla y León la prestación farmacéutica de los residentes se realiza mediante acuerdo entre el centro residencial y el hospital de Sacyl de referencia. Por tanto es el hospital quien dota directamente la farmacia a la residencia y realiza la vigilancia fármaco-terapéutica.

También se viene realizando entrega directa desde las gerencias de salud de material fungible: pañales, apósitos, gasas, etc. a las residencias de personas

mayores y otras prestaciones específicas dependiendo de acuerdos entre residencias y hospitales.

Actualmente se está trabajando para organizar la atención sanitaria en centros residenciales y se prevé un pilotaje en Zamora y León para la atención sociosanitaria a personas con discapacidad y alteraciones de conducta en centros FEAPS.

Cataluña

En Cataluña se ha desarrollado un proyecto piloto en la región de Barcelona en 19 residencias entre enero a julio 2009 y enero a julio 2010. El estudio evaluó la inclusión de un equipo especializado en geriatría para la atención sanitaria de 815 residentes.

Los resultados del piloto fueron muy positivos en cuanto a costes y beneficio en calidad de vida de los participantes. En primer lugar se redujo las visitas a urgencias hospitalarias, se observo una notable reducción en el número de ingresos hospitalarios no programados. También se observó una importante disminución en el gasto farmacéutico, se obtuvieron mejoras en los indicadores de calidad de la prescripción, y se vió favorecida la integración de los profesionales de las residencias.

También y a nivel territorial, se han desarrollado diferentes iniciativas y sistemas organizativos que pretenden mejorar la atención sanitaria en centros residenciales sociales de internamiento, como por ejemplo a través de la coordinación y soporte a las residencias de por parte de los equipos atención domiciliara y equipos de soporte (PADES).

En algunos recursos residenciales, se está implantando el programa e-CAP para que los médicos de las mismas puedan elaborar las recetas médicas y tengan acceso al historial clínico de los residentes.

Comunidad Foral de Navarra

En la Comunidad Foral de Navarra se establece mediante la Ley Foral 12/2000 de 16 de noviembre los servicios de farmacia bajo tutela de un médico especialista en centros sociosanitarios cuando el número de camas es igual o superior a cien y prevé la existencia de depósitos de medicamentos bajo la responsabilidad de un farmacéutico cuando el número de camas es inferior a cien. El centro está obligado a tener un profesional de farmacia y un espacio físico que gestione la dispensación. Este servicio corre a cargo del sistema de salud para la contratación del farmacéutico como la adecuación del local.

Comunidad Valenciana

La atención farmacéutica en los centros sociosanitarios de la Comunidad Valenciana se efectuará a través de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos, de acuerdo con lo establecido en el punto 4 del artículo 34 de la Ley por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de esta Comunidad Autónoma y en los artículos 1, 48 y 49 de su Ley de Ordenación Farmacéutica.

El decreto 94/2010, de 4 de junio, regula las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria.

- Según este decreto se consideran servicios farmacéuticos de centros sociosanitarios los siguientes:
- Los servicios de farmacia sociosanitarios: unidades asistenciales bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que llevan a cabo la selección, adquisición, conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos, siempre prescritos en orden médica, a utilizar por los residentes en el centro sociosanitario, por los usuarios de programas especializados de atención sociosanitario diurna y

por pacientes dependientes domiciliarios que requieren una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de salud.

- Los depósitos de medicamentos sociosanitarios: unidades asistenciales bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que llevan a cabo la conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos, prescritos en orden médica o excepcionalmente en receta médica, a utilizar por los residentes en el centro sociosanitario; por los usuarios de programas especializados de atención sociosanitario diurna y por pacientes dependientes domiciliarios que requieren una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de salud.

- Los botiquines sociosanitarios: unidades asistenciales bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que llevan a cabo la conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos, siempre prescritos en receta médica, a utilizar por los residentes en el centro sociosanitario. Los botiquines mantienen una vinculación con una oficina de farmacia en las condiciones establecidas en el presente Decreto.

Los centros sociosanitarios privados se ven obligados a optar por una de las tres alternativas de servicios farmacéuticos descritas anteriormente.

En el caso de los programas de atención farmacéutica domiciliaria, a los efectos de alcanzar el mayor nivel de eficiencia en la provisión de la atención farmacéutica domiciliaria, los servicios farmacéuticos legalmente autorizados podrán optar por vincularse a un depósito de medicamentos sociosanitario donde realizar todas las operaciones de custodia, conservación y re-envasado de productos farmacéuticos para los pacientes asignados al programa de atención farmacéutica domiciliaria, o vincularse a un mismo depósito de medicamentos sociosanitario varias oficinas de farmacia, con programas de

atención farmacéutica domiciliaria en la misma zona farmacéutica o zonas farmacéuticas colindantes, a efecto de aumentar la eficiencia de la dispensación de medicamentos.

En la Comunidad Valenciana se ha establecido en cada centro sociosanitario un depósito de medicamentos en función de las necesidades del mismo y el tiempo de reposición de los medicamentos que como máximo es de una semana. El objetivo del depósito de medicamentos es garantizar la disponibilidad de los medicamentos durante el periodo intermedio entre la recepción de las dosis unitarias semanales.

La medicación se prepara semanalmente a partir de las historias fármaco-terapéuticas que se encuentran en el servicio de farmacia, preparándose en blisters semanales individuales por paciente, identificados con etiquetas que incluyen los datos del paciente y los medicamentos en las dosis y horarios dispensados. Una vez llega la medicación al centro, la enfermera se encarga de revisar la medicación.

Extremadura

En Extremadura se han desarrollado varios programas o protocolos para mejorar la atención sanitaria en centros sociosanitarios.

Estos programas incluyen el desarrollo de protocolos de atención a urgencias en centros residenciales de personas mayores o en situación de dependencia, protocolos de derivación de las consultas de deterioro cognitivo a los servicios públicos de estimulación cognitiva, protocolos para la atención en cuidados paliativos en centros residenciales para personas en situación de dependencia y protocolo de traslado hospitalario desde centros residenciales de personas mayores o en situación de dependencia

La Rioja

En la Rioja se han desarrollado varios programas o protocolos para la gestión farmacéutica en residencias de mayores, algunos de estos ejemplos son:

- La creación de un protocolo de acceso directo al programa TAO de control de sintrom desde las residencias mayores. En este caso las residencias vía fax envían la determinación del INR a la consulta de atención especializada y esta responde en el mismo día y por la misma vía la pauta de sintrom correspondiente.
- Dispensación directa de productos sanitarios y material de curas a las residencias desde la farmacia hospitalaria y el almacén centralizado de suministros, según pacto con cada uno de los centros y calendario periódico de pedidos.
- Al disponer de un área sanitaria única, con servicios de laboratorio centralizados, los médicos de las residencias a través del centro de salud realizan controles analíticos. En casos de bacteriología positivos con tratamientos de uso hospitalario, se facilitan desde la farmacia hospitalaria los fármacos prescritos, si es que es posible realizar el tratamiento en las residencias, ahorrando la derivación al hospital.
- Otro ejemplo es la residencia los Jazmines de Haro, al tener concertada también la unidad de convalecencia, dispone de terminal informático del sistema riojano de salud (SERIS), con acceso directo a las aplicaciones TAO Net, Weblab, y visualización en el sistema informático implantado en Atención Primaria (SELENE).

Galicia

En Galicia el Acuerdo de colaboración entre las dos consejerías organiza la atención farmacéutica en los centros de asistencia social para personas

mayores y para personas con discapacidad dependientes de la Consejería de Trabajo y Bienestar.

En este sentido la Ley 5/1999, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica, señala que los centros de asistencia social y psiquiátricos que presten asistencia sanitaria dispondrán de un depósito de medicamentos que estará vinculado al servicio de farmacia del Hospital de referencia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe de servicio. Dicho depósito será atendido por un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria vinculado al Servicio de Farmacia del Hospital.

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.

En Álava en las residencias de personas mayores que carecen en su plantilla de personal médico, el servicio de atención primaria de Osakidetza de cada zona es quien presta la atención médica.

En Guipúzcoa existen convenios para la financiación médica y de enfermería, y para la atención por parte de psiquiatras especializados a las unidades psico-geriátricas desde la red de salud mental de Osakidetza. Actualmente hay un programa piloto: uno de apoyo a los centros de inserción desde la red de salud Mental de Guipúzcoa.

Principado de Asturias

En el Principado de Asturias en la planificación de los centros de día para personas mayores se contemplan programas de atención sanitaria (alimentación y nutrición; aseo e higiene; control de esfínteres; prevención de

caídas y atención básica de enfermería) y terapia ocupacional. En algunos centros de día se ofrece atención de enfermería, de podología y de psicología.

Región de Murcia

En la Región de Murcia se ha llevado a cabo un proyecto de atención farmacéutica en residencias de personas mayores que tiene como objetivo la implantación del depósito de medicamentos en las residencias. El proyecto está orientado a la atención farmacéutica para pacientes en su mayoría pluripatológicos que necesitan de tratamientos orales.

El pilotaje ha sido evaluado en la residencia de San Basilio pero a largo plazo se pretende implantarlo en toda la Comunidad Autónoma.

- ✓ **Desarrollo de programas para la mejora en la atención: programas orientados en el cuidador teniendo en cuenta sus necesidades sanitarias y sociales.**

Andalucía

Se ha desarrollado el Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía donde se menciona entre las líneas de acción la realización de talleres de apoyo al cuidado, fomento de redes de apoyo formales e informales, seguimiento y atención telefónica, actuaciones que sirvan como enlace para la gestión de recursos sanitarios (atención especializada, equipos de rehabilitación y fisioterapia…) y gestión del material de apoyo para facilitar los cuidados prestados a la persona a cargo (camas y colchones clínicos, colchones antiescaras, cojines antiescaras, grúas, etc.) e intervenciones de apoyo a situaciones especiales de alerta.

Un elemento principal de este plan es la Tarjeta +Cuidado que identifica a las personas cuidadoras habituales de pacientes con Alzheimer y otras demencias y a personas cuidadoras habituales de pacientes con gran discapacidad. Esta

tarjeta pretende establecer medidas de discriminación positiva para mejorar la atención y la accesibilidad al sistema sanitario, de las personas con gran discapacidad y las afectas de Alzheimer y otras Demencias, y a las personas que las cuidan que consisten en:

- Personalización de la atención: profesionales de referencia.
- Mejora de la atención en Atención Primaria, Urgencias y Hospital:
- Material de apoyo a domicilio.
- Mejora del acceso del paciente y personas cuidadoras al centro de salud
- Acompañamiento familiar en urgencias, durante la realización de pruebas complementarias así como durante la estancia hospitalaria.
- Atención a los requerimientos básicos del cuidador en las estancias hospitalarias (acompañamiento, confort y manutención).

Desde la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se pone en marcha el plan de formación a cuidadores en el entorno familiar a través de aulas móviles y talleres presenciales, para garantizar la atención de calidad a las personas en situación de dependencia, y concienciar del propio auto-cuidado a la persona cuidadora. Así mismo, se elaboran materiales didácticos específicos para cuidadores.

Otras medidas de apoyo puestas en marcha es el asesoramiento a personas cuidadoras de personas con Alzheimer sobre distintas materias, a través del Servicio Andaluz de Teleasistencia.

Aragón

En Aragón se han desarrollado actuaciones conjuntas en programas de formación de cuidadores no profesionales y se ha colaborado en la difusión de determinados programas del Departamento de Servicios Sociales y Familia en

todas las comarcas de las CCAA, un ejemplo es el "Programa Cuidarte". El programa cuidarte promueve grupos de apoyo entre cuidadores como vía para contribuir a mejorar el bienestar de la persona cuidadora. Está coordinado por Trabajadores Sociales, enfermeros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales. El programa está dirigido a todas aquellas personas que tienen a su cuidado a una persona en situación de dependencia y que quieran mejorar su estilo de vida, crear un espacio para relacionarse y aprender de la experiencia común, donde reconocer y potenciar las capacidades personales y mejorar el auto-cuidado.

Igualmente se ha colaborado en la difusión de determinados materiales de apoyo al cuidador no profesional, tanto generales como específicos (ictus, etc.) apoyando tanto la distribución entre los profesionales sanitarios como la difusión a la población general a través de la página web del Servicio "Salud Informa".

Canarias

A través de la escuela de servicios sanitarios y sociales de Canarias (ESSSCAN) se desarrollan programas de formación para auxiliares y cuidadores profesionales y familiares.

Los objetivos que se pretenden con los talleres o programas de formación son conseguir, mediante la información, el consejo y la educación, que las personas cuidadoras apliquen, evalúen y reajusten los cuidados que proporcionan y las medidas de auto-cuidado en su vida cotidiana.

Cantabria

Cantabria está prestando un servicio de apoyo a cuidadores en el entorno familiar (SACEF). Este servicio se presta a través de la Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social, fundación del sector público autonómico,

dependiente de la Consejería de Empleo y Bienestar Social del Gobierno de Cantabria.

Los objetivos de este servicio son (referidos al Cuidador principal): prestar apoyo a aquellos familiares o allegados que tienen a su cargo a una persona en situación de dependencia, formar al cuidador en las técnicas más adecuadas para realizar su tarea con métodos y procedimientos que faciliten la labor asistencial y que, a su vez, no perjudiquen su salud y facilitar su futura inserción laboral, una vez adquiridos la experiencia y conocimientos necesarios en el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD).

En cuanto a la persona dependiente se pretende: mejorar la calidad de vida con los cuidados que recibe, prevenir un aumento en su grado y nivel de dependencia, promover la autonomía personal en su propio entorno y detectar situaciones de desatención y maltrato.

La metodología se basa en visitas a domicilio, en las que mediante un cuestionario específico elaborado para la finalidad perseguida, se pretende detectar la calidad de los cuidados que recibe la persona en su domicilio, así como establecer la necesidad de apoyo y formación que tiene la persona que cuida.

Para tal efecto se han establecido coordinaciones con el equipo de trabajo que se compone de trabajadores sociales de los servicios sociales de atención primaria, municipales y trabajadores sociales, fisioterapeutas y personal de enfermería de los servicios de atención primaria de salud.

En estas reuniones se da a conocer el contenido de su trabajo, se facilita el intercambio de información que permite la detección precoz de situaciones de riesgo de cuidado inadecuado y se pretende agilizar la prestación de apoyos para mejorar el cuidado y la calidad de vida de la persona dependiente

(cuidado sanitario, gestión de prestaciones etc.), a la vez que conocer los recursos disponibles en otros ámbitos para informar a los cuidadores.

Castilla y León

Desde 2003, el Servicio de Atención al cuidador familiar forma parte de la prestación de Cartera de Servicios de AP. Incluye valoración de problemas de salud y detección de riesgo de cansancio del cuidador familiar, valoración de la situación socio-familiar conocimientos sobre los cuidados a prestar y plan de cuidados dirigido al cuidador.

De forma paralela, la puesta en marcha del servicio de educación a grupos de cuidadores familiares ha facilitado el contacto de las familias con los recursos sociales y generó una red social de apoyo comunitario que fomentó la autoayuda y los asociacionismos con resultados en la evaluación del servicio, altamente satisfactorios para cuidadores y profesionales.

Cataluña

Desde el PRODEP (programa para la implantación de la dependencia) se ha hecho formación para los cuidadores en aspectos de atención social, psicológica y en aspectos asistenciales. Se desarrolló el proyecto integral para cuidadores y cuidadores no profesionales en los que se realizaba un módulo de formación básica sobre los aspectos sociales y sanitarios relacionados con la dependencia. Esta formación estaba dirigida a personas cuidadoras de personas reconocidas en situación de dependencia.

También en centro sanitario y asociaciones de familiares de pacientes se han desarrollado programas o actividades para familiares y cuidadores, como es el caso del programa de atención integral a familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer, organizado por una asociación de pacientes.

Comunidad de Madrid

En la formación de cuidadores se tienen en cuenta los posibles riesgos para la salud de los cuidadores no profesionales, y se realizan programas formativos tanto desde la Dirección General de Coordinación de la Dependencia para personas que tienen reconocida en el Plan de atención individual (PIA) la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (en colaboración con Obra Social de Caja Madrid y Cruz Roja) y/o los servicios de ayuda a domicilio y/o teleasistencia a través de la empresa adjudicataria del contrato. Desde la Dirección General del Mayor existe el Programa "Cuidar al Cuidador", que se lleva a cabo a través de las Asociaciones de Alzheimer.

El objetivo es dotar a los cuidadores/as de las competencias, habilidades y destrezas necesarias para mejorar la eficacia de los cuidados sociosanitarios de las personas en situación de dependencia, promover que las personas cuidadoras apliquen los procedimientos y estrategias más adecuadas para mantener y mejorar la autonomía personal de la persona en situación de dependencia y su entorno.

Además, a través de los Centros Municipales de Servicios Sociales se suelen llevar a cabo programas de respiro familiar y talleres o servicios de apoyo a cuidadores, financiados en el marco de los convenios de atención social primaria.

Desde los Centros de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera se realizan Programas de Escuelas de Familias. Se trata de acciones formativas que se desarrollan durante 10 sesiones en formato grupal, en los que se ofrece información por parte de un terapeuta especializado sobre cuestiones relacionadas con las enfermedades mentales, sobre cómo llevar la problemática y estrategias para mejorar el cuidado de su familiar con enfermedad mental.

También el plan estratégico de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid desarrolla programas de formación y apoyo para los voluntarios, dándoles a conocer técnicas de auto-cuidado para prevenir la fatiga de la compasión o burnout. El trabajador social se encargará de la organización del voluntariado en Cuidados Paliativos. Para ello se tendrá en cuenta la situación social particular de cada paciente y su familia, prestando especial interés ante la presencia de factores de riesgo social asociados a la enfermedad.

Comunidad Valenciana

La Comunidad Valenciana ha desarrollado el Programa Bono Respiro que 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.

También ha desarrollado programas de formación para cuidadores de personas con dependencia física, enfermedad mental y discapacidad intelectual. En estos se desarrollan temas relacionados con los cuidados del dependiente, aspectos psicológicos relacionados con el cuidador para prevenir situaciones de estrés, dado que éste es uno de los elementos clave en la pervivencia del maltrato a personas con dependencia. La teleasistencia también se ha venido desarrollando enfocada como apoyo a los cuidadores no profesionales.

Extremadura

La atención al cuidador se ofrece de manera específica dentro de cada uno de los programas intersectoriales dedicados a cada colectivo de población.

También se han desarrollado programas de duración limitada financiados por entidades externas como el programa: "Un cuidador dos vidas" con la colaboración de La Caixa.

Galicia

Galicia ha desarrollado un plan de formación no formal y apoyo al cuidador no profesional de personas en situación de dependencia.

El programa "Juntos en los cuidados" es promovido desde la dirección general de la dependencia y autonomía personal, con el objetivo de que los cuidadores no profesionales aprendan habilidades y desarrollen actitudes idóneas para desempeñar su labor. El programa consta de un manual básico de formación, que garantiza la calidad de los contenidos formativos y el seguimiento de unos criterios homogéneos en toda Galicia. El objetivo es seguir potenciando este programa por lo que también se han elaborado dos módulos específicos dirigidos a cuidadores no profesionales de personas con enfermedad mental y personas con demencia. Actualmente se está elaborando un tercer manual específico dirigido a personas cuidadoras de personas en situación de dependencia con enfermedades cardiovasculares.

En base a los manuales, anualmente se llevan a cabo las acciones formativas definidas en el plan de formación para cada año en curso directamente por la propia Consellería y dirigidas específicamente a los cuidadores de personas en situación de dependencia dentro del sistema.

También, la Dirección General de dependencia y autonomía personal en colaboración con la Consejería de Sanidad ha puesto en marcha un servicio de atención telefónica continuo para cuidadores. El servicio tiene como finalidad prestar información y soluciones a las situaciones sanitarias no urgentes e información sobre cuidados asistenciales y prestar apoyo psicológico.

Islas Baleares

El plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del servicio de salud 2010 – 2014 menciona un protocolo para la educación grupal de los cuidadores. Esta actividad debe implantarse de manera sistemática entre las actividades que se llevan a cabo habitualmente en los centros de atención primaria. Las enfermeras capitalizan esta actividad, con la colaboración de otros profesionales (trabajadores sociales, médicos y fisioterapeutas). Los objetivos deben ser: aumentar la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria, aumentar el bienestar de los pacientes, de su cuidador principal y de su familia como unidad, reforzar las intervenciones de educación sanitaria y de apoyo realizadas en el domicilio de la familia de manera individual por parte de las enfermeras.

País Vasco

En Vizcaya se ha desarrollado el Programa Zainduz, de iniciativa municipal, en convenio con la Diputación Foral de Vizcaya, que desarrolla acciones, prestaciones y servicios que sirvan para atender y apoyar a las personas mayores dependientes que residan en sus domicilios y a sus familias o personas cuidadoras, con la finalidad de facilitar un cuidado afectivo y cercano, y conseguir el mantenimiento de estas personas en su hogar, mejorando su calidad de vida.

En Álava se desarrolla el programa "cuidarse para cuidar" dirigido a personas cuidadoras de personas dependientes. En este programa se cuenta con profesionales de apoyo psicológico y orientación en caso de problemas de patología psiquiátrica del cuidador.

Principado de Asturias

En el Principado de Asturias se está ofreciendo formación a las personas cuidadoras en coordinación sanidad a través de la cartera de Servicios de

Enfermería de Atención Primaria de Salud, que tiene en marcha el programa: "cuidando al cuidador".

A través del apoyo a iniciativas del Tercer Sector en esta línea, se está colaborando con entidades que ofrecen formación a personas cuidadoras. A todas las personas cuidadoras, reconocidas como tales a través del Sistema de la Dependencia, que manifestaron algún tipo de necesidad de apoyo, se les ofreció a través del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal (SAD), apoyo en el domicilio para orientar sobre cuidados básicos a las personas con dependencia. Así mismo, existe la posibilidad de compatibilizar la prestación de cuidados en el entorno familiar dentro del SAAD, con la del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal.

Región de Murcia

En la Región de Murcia se vienen desarrollando programas al cuidador en colaboración con la Fundación La Caixa. Los programas desarrollados son: Un cuidador. Dos vidas e información y apoyo para el cuidador familiar.

Además se han realizado talleres formativos para los cuidadores familiares y se ha elaborado una guía denominada Los cuidados al cuidador y de la persona dependiente".

- ✓ **Desarrollo de medidas para la organización de la atención conjunta: resolución de los casos complejos se realiza desde el trabajo de un equipo multidisciplinar entre sanidad y el área de dependencia.**

Andalucía

En el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008 – 2012, queda establecido que resolución de casos se hace a través de las comisiones intersectoriales de ámbito autonómico en el doble sentido de establecer por un

lado criterios, protocolos y normas funcionales comunes, así como dar respuesta a problemas que no pueden ser solventados a nivel provincial. Además se refleja la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar e intersectorial con el objetivo de analizar, evaluar y proponer nuevas formas de intervención (nuevos formatos, nuevos canales, nuevos entornos) en el ámbito de la promoción de la salud mental.

Asturias

En el caso de salud mental se coordinan los responsables a nivel autonómico y los coordinadores de salud mental de cada área territorial. La coordinación busca articular las responsabilidades de cada ámbito (sanitario y social) en la resolución de la situación del caso y la articulación combinada de los recursos.

Según el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias, 2011-2016, la Red de Servicios de Salud Mental configura una estructura articulada y coordinada de servicios que se distribuyen en las ocho Áreas Sanitarias, que prestan la asistencia garantizando un funcionamiento integrado y la continuidad de los cuidados, promoviendo la adecuada información y participación, bajo la dependencia de la Unidad de Coordinación de Salud Mental, según se establece en la normativa vigente.

De otro lado, la complejidad que supone la Atención Integral en Salud Mental exige que bajo la estructura de equipos multidisciplinares los profesionales con formación y cualificación participen en la actividad asistencial, aportando de forma complementaria los conocimientos y habilidades propios en cada caso.

Cataluña

A petición del defensor del pueblo Catalán (Síndic de Greuges), en el año 2008 se constituyó un equipo de trabajo interdepartamental con el encargo de elaborar un circuito asistencial para los ciudadanos, que garantizara la continuidad y la calidad de la atención a las personas consideradas con riesgos

de exclusión del sistema o casos complejos. Por tanto, el circuito existe, es conocido por los diferentes niveles asistenciales, y los recursos también existen. El nivel de resolución está en las unidades de atención al usuario de salud y social de cada uno de los territorios competentes que manejan coordinadamente el caso y dirigen a la persona al mejor recurso disponible.

Comunidad Foral de Navarra

Únicamente en el caso del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave, existe una Comisión Técnica, que entre otras funciones aborda la resolución de casos complejos que soliciten recursos sociales y sociosanitarios, protocoliza los circuitos de acceso a los recursos, realiza informes de evaluación para la comisión directora y propone las correcciones que se consideran necesarias para adaptar los recursos a las necesidades sociales.

Comunidad Valenciana

En el ámbito de la dependencia y promoción de la autonomía personal se ha desarrollado un protocolo de coordinación de servicios sociales y sanitarios para la atención de personas con discapacidad persistente por enfermedad grave de curso crónico.

En este sentido se han desarrollado mecanismos de coordinación entre los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales municipales en los departamentos de salud en los que hay enfermería de gestión y/o trabajadores sociales.

La Rioja

En la Rioja la resolución de los casos complejos se realiza a través del contacto telefónico y escrito entre el jefe de atención sociosanitaria de salud y la directora del centro de valoración de la dependencia.

País Vasco

En Álava en el caso del recurso sociosanitario ABEGIA para personas con enfermedad mental (patología dual) la comisión de valoración cuenta con un equipo interinstitucional y multidisciplinar, formado por profesionales de Osakidetza (psiquiatra y ATS) y de la Diputación de Álava (psicólogo y trabajador social).

En Vizcaya en el marco de la Comisión Técnica de valoración y orientación sociosanitaria, en materia de personas mayores se tratan los casos derivados y, o bien se les ubica en una unidad sociosanitaria, o se informa para su valoración sobre el recurso social o sanitario que parezca más indicado.

- ✓ **Desarrollo de medidas para la organización de la atención conjunta: desarrollo de programas para la promoción de la autonomía.**

Andalucía

En 2010, La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social publicó el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (LBEA) como una herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, su salud y su entorno, así como para prevenir situaciones de dependencia y garantizar su seguridad jurídica, económica y física, combatir la visión estereotipada de la vejez y proyectar una imagen de ésta ajustada a la realidad.

El libro plantea acciones para fomentar la participación activa de los mayores, promover la educación y la formación a lo largo de la vida, la cooperación y la solidaridad entre generaciones.

Actualmente se está elaborando el programa de implantación de las estrategias establecidas en el LBEA.

Cantabria

En la Orden EMP/48/2009, de 24 de abril, por la que se desarrolla el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria, los servicios sociales que se incluyen en el catálogo de servicios se configuran como acciones tendentes a la promoción de la autonomía personal y a la cobertura de la necesaria atención y cuidados que la persona en situación de dependencia requiere.

Los servicios de promoción de la autonomía personal establecidos en la Orden tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, tales como las adaptaciones del domicilio, ayudas técnicas, y otros que faciliten la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

Además de las actuaciones anteriores, los servicios de promoción de la autonomía personal que se proporcionen a personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, incluyen el fomento de habilidades sociales, del ocio participativo y de la integración en el proceso ocupacional-laboral.

De entre los servicios se prestan: servicios de comida a domicilio, servicio de transporte adaptado desde el domicilio habitual a los Centros de Día/Noche, de Empleo y Ocupacionales.

Se brinda una prestación económica para la promoción de la vida autónoma y también se desarrollan programas de envejecimiento activo y saludable, desde los centros sociales para las personas mayores.

Castilla y 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 como primer eje la mejora de la autonomía personal, la inclusión y la salud en todas las etapas de la vida y entre las actuaciones, se pretende crear una red de escuelas de salud y cuidados para entrenar a personas con discapacidad, enfermedad, y para cuidadores, priorizando para su desarrollo los entornos más próximos a las personas afectadas.

Castilla y León

Se han desarrollado actuaciones de información y actividades de formación dirigidas a personas mayores y personas con patologías crónicas (talleres, jornadas, etc) para la promoción de hábitos saludables, autocuidado y fomento de la autonomía personal.

Algunos programas desarrollados tienen como objetivo el entrenamiento de habilidades para el fomento de una vida autónoma en pacientes con enfermedad mental grave y prolongada.

Cataluña

Desde la sección de salud Pública del Departamento de Salud se publicó la guía: 'Recomendaciones de Alimentación y Actividad Física para Centros de Acogida Residencial para Personas Mayores'.

Esta guía pretende homogenizar los criterios y prácticas en los centros geriátricos en relación con la actividad física y la alimentación. En su contenido analiza los hábitos alimenticios y físicos de los mayores y ofrece indicaciones y contraindicaciones, tanto en el ámbito alimentario como del ejercicio físico. La guía es fruto de un trabajo transversal entre los departamentos de Salud y Acción Social de la Generalitat, en colaboración con la Secretaría General del

Deporte y otras entidades. Esta iniciativa se enmarca entre las estrategias del Departamento de Salud para promover el envejecimiento activo.

También se ha puesto en marcha el Canal Salud en el que hay un apartado de Vida Saludable relacionado con alimentación, sexualidad, tabaco, actividad física y salud emocional para las personas mayores.

El objetivo es proporcionar información contrastada a Ciudadanos y Profesionales. Para ello se ha creado la Carpeta Virtual del Ciudadano. En ella se almacena toda la información relacionada con la Salud del Ciudadano y está siempre disponible en la red. Se quiere acostumbrar al ciudadano a que sea responsable de su salud y de la gestión de su salud. Para acceder a la carpeta hay que tener certificado digital.

Comunidad Foral de Navarra

Se ha desarrollado programas de promoción de la autonomía personal desde los servicios sociales de base, centros de salud y clubes de jubilados. Las iniciativas promovidas por salud y servicios sociales han girado en torno a programas de apoyo a cuidadores y programas de envejecimiento activo. Estas iniciativas no siempre son conjuntas desde los ámbitos social y sanitario.

Comunidad Valenciana

En la Comunidad de Valencia se han desarrollado programas de rehabilitación e inserción social para enfermos mentales para la promoción de la autonomía, programas de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional para personas mayores y programas de prevención de factores de riesgo de enfermedades prevalentes desde los Centros de Atención Primaria y en los Centros de Atención Multidisciplinar (CEAM).

Extremadura

Los programas que se han desarrollado para la promoción de la autonomía personal desde la dependencia y para la promoción de la salud desde el ámbito sanitario han sido:

- Programa de Balneoterapia.
- Certamen literario "experiencia y vida".
- Turismo rural "Extremadura verde en la mirada".
- Programa universalizado de podología para personas mayores.
- Programa de nuestros mayores activos.
- Programa de prevención de la dependencia. "el reto de la autonomía".
- Ajedrez saludable.
- Saber envejecer. Prevenir la dependencia.
- Programas de entrenamiento de la memoria.
- Programas de voluntariado de personas mayores [social, cultural e informático].
- Mayores lectores.
- Programa "El Ejercicio Te Cuida"

A destacar, El programa "El ejercicio te cuida" que se puso en marcha de forma coordinada entre las Consejerías de Sanidad y Dependencia y Consejería de Jóvenes y Deporte de la Junta de Extremadura a través de la Universidad de Extremadura. Consiste básicamente en potenciar la práctica del ejercicio físico por parte de las personas mayores de 60 años, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y prevenir situaciones de dependencia.

El objetivo fundamental del programa es innovar para mejorar la calidad de vida de los mayores con alteraciones metabólicas o ansiedad/depresión de forma continuada, eficiente y preservando su autonomía personal, ofreciendo en los municipios de Extremadura un programa físico especializado, medido y evaluado en resultados, en términos de mejora de salud y calidad de vida, coordinando la atención primaria, la atención al bienestar social y el plan de dinamización deportiva.

La ejecución de dicho programa se canaliza, inicialmente, a través de los equipos de atención primaria del sistema sanitario público en Extremadura, quienes derivan a aquellas personas que consideren al dinamizador designado para cada una de las zonas sociosanitarias de Extremadura, quien se encargará de atenderles y asesorarles, así como emitir un informe de valoración.

Galicia

Respecto a la promoción de la autonomía personal en el ámbito de la dependencia, desde Galicia se está desarrollando una nueva cartera de servicios de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia. Se incluyen aquí, además de los servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía personal, servicios de información, formación, orientación(también dirigidos a familiares y cuidadores), servicios de apoyos puntuales y supervisión en equipamientos especiales, de habilitación psicosocial, de ocio, de teleasistencia, ayuda en el hogar (con una especialidad dirigida a personas con discapacidad auditiva), e incluso una cartera específica de servicios de promoción de la autonomía personal dirigida a personas con Alzhéimer.

La Rioja

El Gobierno de La Rioja ha aprobado el III Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas con Discapacidad 2007-2010. En esta planificación se han implicado todos los Departamentos del Gobierno regional, a través de 14 Direcciones Generales, con actuaciones específicas dirigidas a personas con discapacidad. Los ejes que articulan este plan son la promoción de la autonomía personal y prevención y la atención a las personas en situación de dependencia.

Este plan también señala la voluntad del gobierno riojano de generar un "Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia". 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.

País Vasco

En Álava se prestan servicios para la promoción de la autonomía, dirigidos a personas mayores, personas con discapacidad física o intelectual y personas con enfermedad mental. Aunque en algunos casos se cuenta con recursos propios, en otros se hace mediante convenios con el movimiento asociativo. Los programas se destinan a la estimulación cognitiva, habilitación y terapia ocupacional, habilitación psicosocial, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.

En Vizcaya se han creado centros específicos para la promoción de la Autonomía Personal dirigidas a diferentes colectivos como personas con enfermedad de Alzheimer y personas con esclerosis múltiple. En los casos de personas con discapacidad y/o dependencia atendidas en centros diurnos o

residenciales así como en viviendas tuteladas, se realizan programas de estimulación cognitiva, terapia de mantenimiento de las actividades de la vida diaria, habilitación psicosocial, así como promoción y mantenimiento de la autonomía personal.

También se ha creado el servicio GIZATEK. Es un servicio público dirigido a la orientación, integración social y promoción de la autonomía de aquellas personas de cualquier edad, cuya discapacidad o dependencia conlleven limitaciones de su actividad o restricciones en la participación ciudadana, que puedan ser compensadas o mitigadas mediante la aplicación de productos y métodos tecnológicos diversos.

Asimismo, se ha elaborado el Manifiesto Vizcaya por el Envejecimiento Activo 2007 que se propone como objetivos estratégicos, la protección de los derechos de las personas mayores, potenciando la responsabilidad pública foral en la prestación de los servicios sociales destinados a este colectivo y profundizando en el carácter universal de dichos servicios.

Principado de Asturias

En el Principado de Asturias se han vendido desarrollando diversos programas en centros rurales de apoyo diurno para personas mayores frágiles o en situación de dependencia, tales como:

- Programa rompiendo distancias para personas mayores en entornos rurales,
- Programas de intervención terapéutica y atención sanitaria de los centros de día de mayores,
- Programas de los centros de apoyo a la integración,
- Programa de apoyo en el entorno para personas con discapacidad.

También se han desarrollado programas en los centros sociales de personas mayores tales como talleres dirigidos para personas mayores de envejecimiento activo y saludable. Taller "Saber envejecer, prevenir la Dependencia". Programa Buenos Días, dirigido a personas mayores frágiles que viven solas o están solas durante muchas horas al día.

Se han organizado grupos psico-educativos sociosanitarios dirigidos a personas cuidadoras abierto a la comunidad donde se sitúa el centro día.

4.3.2. Administración y formación de profesionales.

4.3.2.1. Desarrollo de medidas para la organización de la atención conjunta: medidas para organizar las actuaciones conjuntas de los profesionales de ambos sistemas.

Andalucía

En Andalucía se han creado las Comisiones Intersectoriales de Seguimiento que figuran en s diferentes planes: el Plan de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, el Plan integral mujeres con discapacidad, el Plan Andaluz de Alzheimer y el Plan integral de Salud Mental. En estas comisiones se establecen acuerdos sobre el desarrollo de los recursos de apoyo social, pautas generales de atención, seguimiento sanitario y salidas de programas. También se establecen criterios, protocolos y normas funcionales comunes a la atención conjunta.

Castilla y León

En Castilla y León se han creado grupos de trabajo inter-consejerías para el desarrollo de los diferentes programas y protocolos de actuación conjunta (atención mental, atención a la dependencia, unidades sociosanitarias, prestación sanitaria en residencia de personas mayores, prestación social en

EAP).

También se ha elaborado una Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria dividida por fases, donde se explica cómo debe hacerse la identificación del usuario, la valoración conjunta atendiendo a los profesionales que intervienen, la valoración de los problemas de salud, la valoración de necesidad de cuidados por patrones funcionales y la valoración social y familiar. La guía también incluye un plan de intervención conjunta y cómo debe planificarse el seguimiento.

Cataluña

Desde el Plan director sociosanitario se han elaborado unas guías de buena práctica en el ámbito sociosanitario que sirven para ambas redes sociosanitaria y social. En ellas queda manifiesto el rol que tienen los diferentes profesionales sanitarios y sociales y se presentan ejemplos de protocolos a seguir, que sirven para el ámbito sociosanitario y también para el social. Las guías abordan aspectos como: educación, atención y soporte a la familia y entorno cuidador, aspectos éticos, elaboración de un cuadro de mando, etc.

Comunidad de Madrid

Desde las estructuras de coordinación de los recursos sanitarios de salud mental y de coordinación de recursos de atención social a personas con enfermedad mental se ha participado en la elaboración e implementación de los Planes Sectoriales (Plan Estratégico de Salud mental 2010-2014 y Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental 2003-2007). Actualmente se está elaborando entre ambas Consejerías un Plan Conjunto contra el estigma de las personas con enfermedad mental.

Extremadura

Las medidas que se han desarrollado en Extremadura para la organización de

las actuaciones conjuntas de los profesionales se han correspondido con el desarrollo de protocolos de atención a los cuidados paliativos en centros residenciales para personas en situación de dependencia y protocolos de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Se está trabajando en el diseño de una guía de prevención del suicidio para personas mayores institucionalizada en centros residenciales.

- ✓ **Fomentar la Formación de los profesionales: acciones y programas para mejorar la formación de los profesionales sanitarios en dependencia e incentivar la coordinación social y sanitaria.**

Andalucía

Desde la puesta en marcha en 2002 del Plan de Apoyo a las Familias desde la Escuela Andaluza de Salud Pública se han desarrollado planes de formación de profesionales sanitarios en atención a las personas con dependencia y cuidadores familiares.

Los profesionales pertenecientes al órgano de valoración han recibido formación en materia sanitaria para poder interpretar adecuadamente el baremo de valoración de la dependencia. También han recibido orientaciones para saber interpretar los indicadores del Informe de Condiciones de Salud, especialmente en aquellas materias más complejas como salud mental, discapacidad intelectual o Alzheimer y otras demencias.

A través del programa FOR se han organizado actividades de formación presencial y online dirigidas a profesionales de entidades asociativas de atención a personas con Alzheimer que gestionan los centros de día y residencias. También se han desarrollado algunos programas de formación conjunta en formación de cuidados paliativos.

Los trabajadores sociales encargados de la valoración de la situación de

dependencia y de realizar la propuesta del Programa Individual de Atención han recibido formación en el entrenamiento de habilidades sociales en el manejo de entrevistas domiciliarias.

Canarias

A través de la escuela de servicios sanitarios y sociales (ESSCAN) y el instituto canario de administración pública se realizan cursos y acciones formativas orientadas a mejorar el conocimiento y la especialización de los profesionales en materias y disciplinas vinculadas al ámbito de la dependencia.

Cantabria

Desde las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social se han organizado cursos para mejorar la calidad en prestación de servicios sociosanitarios a los profesionales ríostarios que han sido impartidos por profesionales del ámbito social.

Castilla y León

En Castilla y León se han promovido cursos formativos sobre el baremo de valoración de la dependencia y el desarrollo de reuniones de coordinación a nivel provincial para el seguimiento del proceso de valoración de dependencia entre los responsables de dependencia de AP de salud y de la gerencia territorial de servicios sociales.

También se realiza una reunión anual entre los responsables de la dependencia del sistema de salud con los responsables de dependencia de la gerencia regional de servicios sociales para información del desarrollo del proceso de valoración de la dependencia y análisis de problemas que pudieran existir en la coordinación.

Cataluña

El Plan director sociosanitario dispone de un programa formativo con el objetivo de sensibilizar, actualizar conocimientos y fomentar la relación entre profesionales.

Al año se celebran unas 20 ediciones de cursos en las áreas de geriatría, cuidados paliativos, enfermedades neurológicas y demencias, dirigidos a profesionales sanitarios y sociales de todos los niveles asistenciales, y también abiertos a profesionales de centros residenciales sociales.

La formación se lleva a cabo a través del Instituto de Estudios de la Salud cuya formación es de interés sanitario y está acreditada. En el periodo 2008-2009, por ejemplo, se desarrollaron cursos en las siguientes temáticas: Alzheimer, cuidados paliativos, Valoración psiquiátrica, deterioro cognitivo, profundización en el conocimiento de la fibrosis quística.

Para el 2011 están programados los siguientes cursos: formación de formadores en los cambios en los baremos de valoración de la Dependencia, fisioterapia respiratoria en geriatría.

Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid se ha elaborado el Manual Básico para profesionales de Atención a la Dependencia. El manual (consensuado entre las consejerías) contiene la información necesaria para hacer los informes de condiciones de salud y de continuidad de cuidados en los que se basa la valoración de dependencia. Estos informes se han incorporado a los protocolos de actuación de los centros de salud de la sanidad pública madrileña.

También, en la formación que se diseña e imparte todos los años sobre Salud Mental o Atención Social a Personas con Enfermedad Mental, se han incorporado módulos sobre Dependencia. En este sentido, la Comunidad de

Madrid ha desarrollado durante los últimos 7 años líneas de formación para profesionales sociosanitarios en Prevención de la Dependencia a través de los cursos de "El anciano frágil: Detección, prevención e intervención en situaciones de riesgo y deterioro de su salud".

Los profesionales que trabajan en las residencias dependientes de la Consejería de Asuntos Sociales reciben formación a través de la Agencia de Formación e Investigación Pedro Laín Entralgo. En ocasiones se integran con otros cursos y otras veces se realizan cursos específicos para ellos (ejemplo nutrición enteral en pacientes de residencias, manejo terapéutico de pacientes ancianos ingresados en residencias). Otras acciones formativas desarrolladas han sido dirigidas a proporcionar los conocimientos teóricos y prácticos sobre las patologías asociadas a las situaciones de dependencia, mejorar la formación de los valoradores en materia asociadas a la discapacidad intelectual, proporcionar los conocimientos teóricos y prácticos sobre las ayudas técnicas (productos de apoyo), órtesis y prótesis, así como los conocimientos básicos sobre barreras del entorno en relación con la valoración de dependencia, programas para mejorar la formación de los pacientes con úlceras cutáneas crónicas.

En los programas para personas con enfermedad mental grave se planifican y desarrollan acciones formativas tanto por parte de la Consejería de Sanidad como por parte de Asuntos Sociales en los que participan conjuntamente profesionales de la Red Sanitaria y de Servicios Sociales.

En la Comunidad de Madrid, también está en vigor el Decreto 226/2003, de 6 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Registro de Directores de Centros de Servicios Sociales de Iniciativa Privada de la Comunidad de Madrid. Para inscribirse como director de Centro, los profesionales han de capacitarse a través de un Curso o módulos formativos que incluyen contenidos relacionados con habilidades directivas, organizativas, etc. Los directores de Centros de la Red de Atención Social a personas con Enfermedad mental Grave

y Duradera, son licenciados en Psicología y se encuentran inscritos en este registro, por lo que cuentan con la formación exigida.

Además, se ha realizado formación específica para profesionales de la mencionada red pública que era demandada por los equipos profesionales de los centros en función de las carencias formativas que percibían, o bien cuando se ha estimado oportuno por parte de la estructura de coordinación con motivo de modificaciones normativas, cambios en las características del sector atendido, etc.

Comunidad Valenciana

En la comunidad valenciana desde la Dirección General de Personas con Discapacidad y Dependencia se ha desarrollado un Plan de Formación 2011-2012. También el Instituto Valenciano de Cualificaciones profesionales está desarrollando programas de acreditación de la competencia profesional de expertos que atienden a personas dependientes en instituciones sociales.

Extremadura

En Extremadura existen 2 organismos dedicados a proporcionar formación continua a los empleados públicos: La Escuela de Administración Pública y La Escuela de Ciencias de la Salud. Ambos organismos convocan anualmente un Plan de formación organizado en dos convocatorias a los largo del año.

Algunos de los cursos desarrollados han sido:

- Formación a profesionales sanitarios y de dependencia en el abordaje del dolor crónico.
- Formación a profesionales sanitarios en protocolos de detección, diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo.

- Formación a profesionales de atención a la dependencia en detección, diagnóstico y abordaje de las situaciones de deterioro cognitivo en el ámbito comunitario.
- Formación en el trastorno de conducta en la demencia a profesionales sanitarios de atención primaria y profesionales de los centros residenciales de mayores.
- Formación clínica sobre demencias, enfermedad mental grave, discapacidad intelectual y síndromes geriátricos dirigida a valoradores de situaciones de dependencia.
- Formación a sanitarios en centros residenciales de mayores y demencias para la correcta dosificación en tratamientos anticoagulantes orales.

Galicia

En Galicia se vienen desarrollando cursos especialmente dirigidos a profesionales de estos sectores, organizados en unos casos a través de la FEGAS, otras a través de la Consejería de Trabajo y Bienestar o a través de la Escuela Gallega de Administración Pública.

Se han realizado acciones formativas transversales a todos los profesionales tanto del sistema de salud como de servicios sociales, destacando las llevadas a cabo para la formación sobre la aplicación de los baremos establecidos, así como sobre los procedimientos y documentos técnicos del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el ámbito de los servicios sociales comunitarios y de salud de Galicia.

La Rioja

Para mejorar la formación de los profesionales sanitarios en dependencia se ha fomentado el acceso de personal de enfermería y servicios sociales al programa

docente de salud, con la intervención del responsable de atención sociosanitaria.

País Vasco

Desde el ámbito del sistema de servicios sociales, se ha facilitado formación a sus trabajadores sanitarios (médicos y ATS, principalmente) para mejorar las habilidades directivas y de coordinación con otros sistemas.

En Vizcaya se está elaborando un plan de formación para personal sanitario tanto de centros de salud como del medio hospitalario para conseguir una mayor coordinación que conlleve una mejor información y atención para las personas usuarias.

También se ha desarrollado la formación del personal de valoración de dependencia y discapacidad por parte de profesionales del ámbito sanitario sobre valoración de la enfermedad mental. Estas acciones de desarrollan dentro del programa de formación para el Servicio de Valoración y Orientación de la Diputación Foral de Vizcaya. Se han elaborado algunas experiencias formativas de actualización realizadas desde el ámbito sanitario en las que se invita también a personal de enfermería de residencias.

En Álava desde los servicios sociales se ha participado en sesiones informativas al personal sanitario sobre temas relacionados con el desarrollo y aplicación de la ley de dependencia.

En Guipúzcoa dentro del Programa piloto para intercambio de información sociosanitaria, se ha realizado formación a los centros de atención primaria sobre la relevancia del Informe de Salud en relación a las Valoraciones de Dependencia y Discapacidad y una jornada de formación sobre niveles asistenciales sanitarios, sociosanitarios y sociales a nivel Hospitalario.

Principado de Asturias

En el Principado de Asturias es un requisito imprescindible, en los pliegos de condiciones de contratación de las empresas que ofrecen los servicios de atención en centros de día y alojamientos públicos, que el personal que trabaje como auxiliar de ayuda a domicilio tenga formación sociosanitaria. En los Centros en los que hay personas con necesidades de atención sanitaria, se les ofrece formación específica en estos temas y se facilita la participación en las actividades formativas. Al personal dependiente de la Administración del Principado de Asturias, que necesita formación en atención sanitaria, se les ofrece formación específica en estos temas y se facilita la participación en las actividades formativas.

Se ofertan cursos dirigidos a mejorar las competencias y las habilidades de los profesionales sanitarios y sociales en todas las modalidades disponibles (presenciales, a distancia, tele-formación y autoformación).

Región de Murcia

A través de la formación establecida por el gobierno regional se han realizado cursos específicos para profesionales del ámbito de la Dependencia. Los destinatarios son mayoritariamente el personal de atención directa a los dependientes como son ATS, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, educadores, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.

También desde el sector sanitario se han desarrollado diferentes programas formativos en el marco de la formación continuada, relacionados con la administración y formación de profesionales sociosanitarios enmarcados en los programas arriba señalados y que están orientados a la formación, habilidades, coordinación, empoderamiento y resolución de conflictos, de profesionales sociosanitarios. Dichos programas formativos se enmarcan en el ámbito de la

Coordinación sociosanitaria, de los cuidados paliativos, la enfermería gestora de casos, la prevención, y la detección de casos, etc.

4.3.3. Sistema de gestión.

4.3.3.1. Desarrollo de medidas para la gestión compartida: sistemas de admisión y gestión compartida.

Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid ha establecido una puerta única de entrada para personas con enfermedad mental grave. En este caso la única puerta de entrada es la de los Centros de Salud mental del 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. Se incorpora a estos paciente 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

Desde el Plan de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010 y a través de la Comisión Intersectorial Sociosanitaria se consensuó un sistema único de acceso a las camas sociosanitarias basado en un baremo según patología y grado de dependencia que instucionalizara a las personas para los perfiles de Cuidados Sanitarios Continuados Intensos (Camas Tipo I) abordadas directamente por el sistema sanitario, Atención Sanitaria a la Dependencia (Camas Tipo 2) plazas sociosanitarias con protocolos de actuación compartidos por ambos sistemas, y Atención a la Dependencia (Camas Tipo 3) que cuentan con un apoyo de enfermería o sanitario determinado.

Galicia

A través del decreto 15/2010, del 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes, se ha definido una única puerta de entrada para el acceso a los recursos del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

Así mismo, el servicio Gallego de Salud y el departamento de Trabajo y Bienestar compartirán el Sistema de información gallego de atención a la dependencia (SIGAD). El acuerdo de colaboración firmado en 2011 permitirá que los trabajadores sociales en los centros de salud puedan 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, la Consejería de Trabajo y Bienestar pondrá a disposición del Servicio Gallego de Salud una aplicación web para acceder a dicha información.

País Vasco

El País Vasco en cada territorio tiene una comisión compartida para acceder a determinados recursos de la red sociosanitaria.

En este caso, existen comisiones de valoración y orientación sociosanitaria en los 3 territorios dependiendo de los consejos territoriales sociosanitarios que son la puerta de acceso a determinados recursos sociosanitarios, tales como las unidades residenciales sociosanitarias, unidades de trastorno mental severo o unidades específicas alternativas de internamiento a personas con enfermedad mental, recursos de centros de día psicosociales, y recursos específicos para personas con sida.

En Vizcaya también existe un sistema de admisión conjunto en el caso de los recursos para personas con enfermedad mental.

- ✓ **Desarrollo de medidas para la gestión compartida: catálogo de productos y prestaciones claramente financiado por uno de los sectores con intención de evitar duplicidades.**

Andalucía

En Andalucía el catálogo de órtesis y ortoprótesis es financiado por el Sistema de Salud.

Además, todos los servicios y prestaciones incluidos en el Catálogo de Servicios del SAAD son financiados por Igualdad y Bienestar social, a excepción de los servicios de promoción de la autonomía personal para personas dependiente grado I.

Castilla y León

En Castilla y León las ayudas individuales para productos de apoyo como los materiales ortoprotésicos son financiados por el sector salud.

Cataluña

El CatSalut garantiza a todos los asegurados la obtención de las prestaciones ortoprotésicas que el médico especialista prescriba. Estas son las prótesis externas, las sillas de ruedas y las órtesis. Los artículos se pueden obtener sin necesidad de abonar previamente la ayuda económica de CatSalut.

Comunidad de Madrid

La red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera define su catálogo de recursos en el Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental 2003-2007 y en el Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención

Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados**.**

En cada distrito sanitario existe una red diversificada de recursos para las personas con enfermedad mental que de modo coordinado vertebran una serie de opciones de intervención que se determinan por parte de los responsables del Programa de Continuidad de Cuidados.

Las decisiones sobre los recursos a utilizar se basan en un conocimiento real y cercano del funcionamiento de los recursos por parte de los profesionales, de los usuarios y sus familias, contando principalmente con la decisión de los usuarios en la utilización de los recursos, siempre que esta condición no esté limitada por descompensación psicopatológica.

Por otra parte, los productos incluidos en el catálogo de apósitos de la Comunidad de Madrid, se obtienen mediante un procedimiento centralizado de compras y se les facilita a los centros sociosanitarios con el fin de que no se realicen recetas médicas de estos productos.

También hay distintos acuerdos entre atención primaria y los centros sociosanitarios mediante los cuales se les facilita a este último distinto material sanitario de curas.

Comunidad Valenciana

En la comunidad valenciana se ha desarrollado un Programa de Suministro de Productos Sanitarios (SUPRO) y Programa de Suministro de Medicamentos (SUMED) de la Consejería de Sanidad a todos los centros sociosanitarios pertenecientes a la Consejería de Bienestar Social.

En la Orden 46/2010 de 30 de diciembre, la Consejería de Bienestar Social regula en su artículo 65 la convocatoria para ayudas técnicas y productos de

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 del 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 Salud (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 incorpora 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 lSV 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 cuentan 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 domiciliara sanitaria.

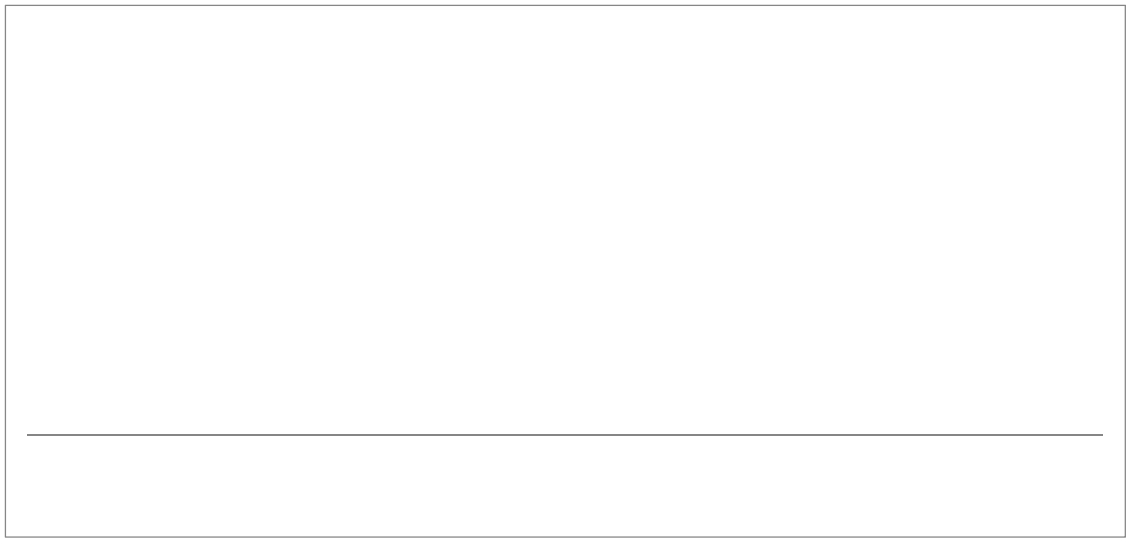


Figura 4. Número de CCAA que han desarrollado iniciativas en el ámbito organizativo.

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 ESAPAÑA

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[57:].

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 domiciliara social y atención domiciliaria 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[58].

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 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[59]. 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.[60].

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

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

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.

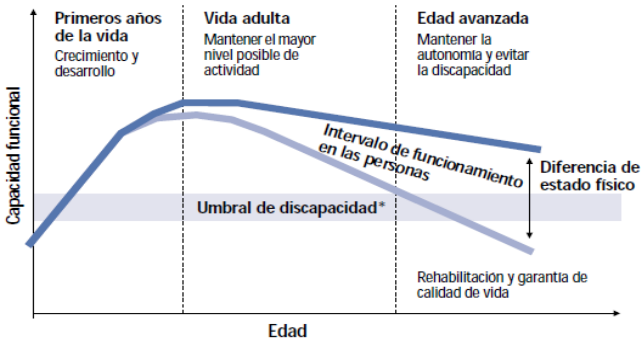
1.1. El Envejecimiento De La Población

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[61]

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"*[62]

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)[63]:

- 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[64] y el 50% son de carácter pluripatológico[65]. 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[64].

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[66].

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[67].

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[68].

1.3. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Tras la aprobación de la Ley 39/2006[69], 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 si lo suficientemente revolucionario para nuestro modelo de estado como para ser destacado- sino la oportunidad de que el sistema social adquiera y perfile 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 continúo 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[70]:

- 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 y1), 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[71]. 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[72]. 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)[73], 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")[74], 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)[75] 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[76]. 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[77].

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[78], 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 simultanea 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)[79] 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)[80,81,82] 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, s*eñalando 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[83].

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[84].

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[85]:

- 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)"[86].

- **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)[87].

"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)[88].

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[89].

- **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[79].

- **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[90].

Por otro lado, el perfil del paciente sociosanitario es[90]:

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[91]:

   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)[92].

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[79]:

- 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[83]:

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[93]:

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[94].

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)[95]:

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 Codorniú J 2002; Martínez-Aguayo C y Gogorcena Aoiz MA, 1994) [96,97]:

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, Martin 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 dependan 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 mutidisciplinariedad 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[98].

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)[99,100,101].

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)[102,103,104]

- **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.

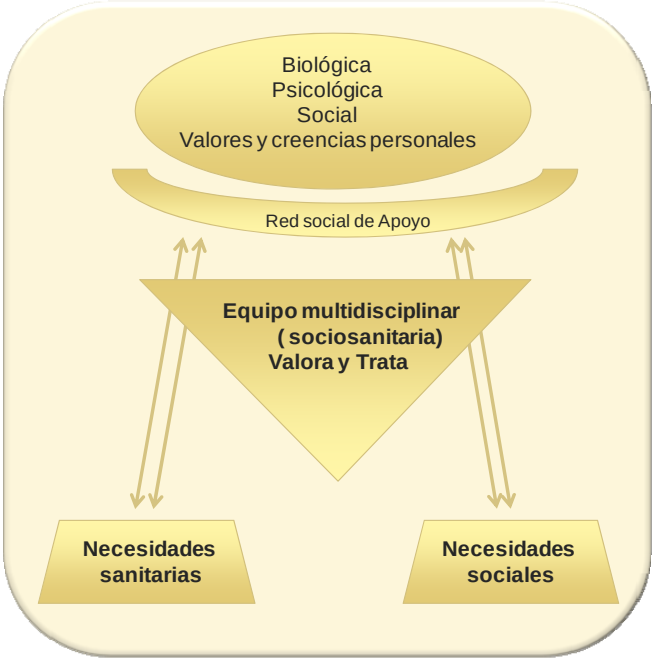


Gráfico: La Atención integral

– **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 sociosanitaria 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".***

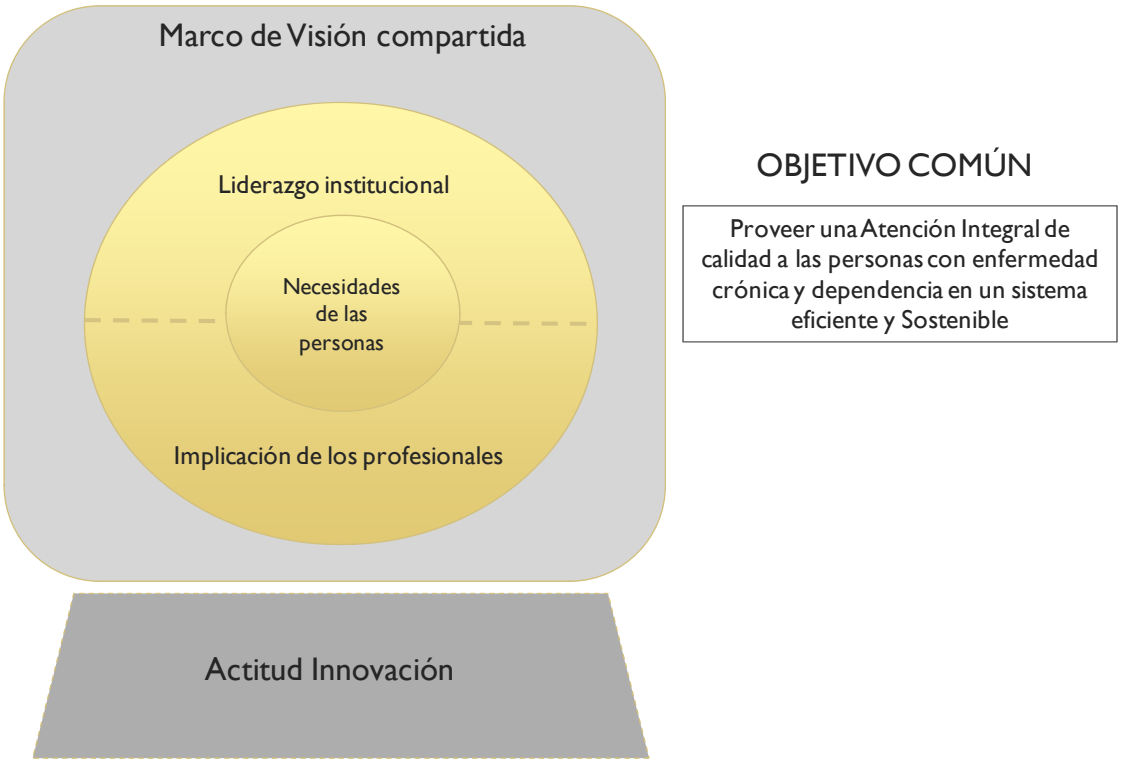


Gráfico: Bases para la construcción del Modelo de Coordinación Sociosanitaria

2.2. SESENTA Y TRES MEDIDAS PARA IMPULSAR LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA 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 sociosanitaria. A pesar del aparente consenso en la pertinencia de establecer mecanismos que aseguren la coordinación sociosanitaria, 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 sociosanitaria, 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 sociosanitaria*, 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 redunda 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)[105,106].

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)[79]. 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 enfermad 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 autentica 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)[105,106]. 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 psico-afectivas 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 un 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 interdisciplinares 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)[107].

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)[108]. 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)[102,,109], 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)[110,111,112].

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 nuevo 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)[113]. 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) [100,102,114,] , reuniones de equipo frecuentes (Baxter C et al 2002)[115] y el uso de sistemas electrónicos de información que faciliten la

comunicación eficaz (Coburn AF 2001; Coddington DC 2001; Hurst K et al, 2002)[100,103,,116].

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 ser vicios 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.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

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 iniciativos 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 sobra 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 misas 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 PorcarSeder, 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

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

[14] Ham C. Developing integrated care in the NHS: adapting lessons from Kaiser. Health Services Management Centre. School of Public Policy. University of Birmingham.Paper May2010

[15] DAFNE disponible en http://www.dafne.uk.com/ (acceso noviembre 2010).

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

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

[18] Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Informe de Posicionamiento. Antares Consulting. 2010.

[19]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 recherché sur les services de santé 2004.

[20] 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

[21]Proyecto de investigación Ges Quiality. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/idi32_07ayudomicilio.pdf (Acceso noviembre 2010).

[22]Regeringskansliet. Goverment offices of sweden. The future need for care. Results from the LEV project. June 2010.

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

[24] 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

[25]Healthcare Quarterly.All together now.Vol.13 Special Issue 2009.

[26]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.

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

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

[29]Wilson, B., D. Rogowski and R. Popplewell. 2003. "Integrated Services Pathways (ISP): A Best Practice Model. Australian Health Review 26: 43–51

[30]Miller, J.L. 2000."A Post-Mortem on Healthcare Integration: An Organizational Development Approach." Healthcare Leadership & Management Report 8: 5–15.

[31]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.

[32]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.

[33]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.

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

[35]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.

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

[37]Coddington, D.C. 2001. "Integrated Healthcare Is Alive and Well." Frontiers of Health Services Management 17: 31–40.

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

[39]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.

[40]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.

[41]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.

[42] 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.

[43]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.

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

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

[46]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.

[47]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.

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

[49]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.

[50]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.

[51]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.

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

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

[54] 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.

[55] Primary care trust network. NHS Confederation June 2010 Discussion paper 8. Where next for health and social care integration?

[56] 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

57 Repullo JR. "Planificación Sanitaria", en Lamata F. (ed). "Manual de Administración y Gestión Sanitaria". Madrid, Diaz 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): Healt promottion: A discusión document on the concept and principles. Suplement 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 MerdicalExpediture 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, Martin 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

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. Benicasim 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. Economia y Salud. Boletin Informativo. Asociación de economía de la salud. Septiembre 2003, nº48

96 Rodríguez Cabrero G, Monserrat Codorniú, 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.

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

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

107Gillies, 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.

111Cookson, 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.

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

114Kolbasovsky, 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.