

CAPÍTULO VII

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

ÍNDICE

1.- Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un reto imprescindible.....	3
2.- Análisis de las iniciativas y programas socio-sanitarios.	4
2.1. Ambito estatal.....	4
2.2. Ambito autonómico	7
3. Modelos de coordinación.Cuestiones conceptuales	15
4. Convergencias y divergencias en los modelos de atención sociosanitaria	17
5. Situación actual, criterios generales y propuestas de mejora de la coordinación sociosanitaria	18
5.1. La coordinación con los servicios sociales desde Atención Primaria. Situación actual.	18
5.2. Criterios generales de la coordinación sociosanitaria	19
5.3. Propuestas de mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Servicios Sociales.....	20
6. Población diana de la atención sociosanitaria.	24
Tipología de usuarios de atención sociosanitaria	24
7. Conclusiones.....	24
8. Consideraciones finales	26
9. Referencias Bibliográficas	30

1. Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un reto imprescindible

No podemos cerrar el análisis sobre el estado de la cuestión en relación a los recursos sociales y sanitarios para las personas en situación de dependencia sin abordar uno de los aspectos que ocupa la atención y preocupación de expertos, políticos y planificadores desde hace años: la coordinación, desde diferentes perspectivas.

El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, ha generado desde hace años, la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de recursos destinados a éste colectivo. En éste contexto, las diferentes fórmulas de abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y, ponen de relieve la importancia de las aplicaciones de conceptos como coordinación, integración, colaboración y quizás el más preciso, complementariedad, que aparecen en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc. El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios.

No es este un problema que se circunscriba solamente al territorio español, sino que en la actualidad ocupa el primer plano de los debates sobre la atención a las personas dependientes en toda Europa. De hecho, la necesidad de derribar esa especie de "muro de Berlín" entre los sistemas social y sanitario (Walker, 1998), ha llevado a países con larga y modélica tradición en la atención a las personas en situación de dependencia a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de atención. Es el caso, entre otros, del Reino Unido que en 1998 creó la Royal Commission on Long Term Care y que ha emitido recomendaciones inequívocas al respecto, o de Francia, que como consecuencia de los desastrosos efectos de la canícula de 2003 ha reformulado todo su

sistema de protección a la dependencia, incidiendo especialmente en el reforzamiento del modelo sanitario de atención geriátrica y de la creación de dispositivos estable de coordinación. Otros países, como Holanda o Dinamarca y Suecia, con sólidos sistemas de atención a la dependencia están actualmente abordando reformas en profundidad, dirigidas a distribuir de forma más racional las responsabilidades de los sistemas social y sanitario en el abordaje de las situaciones de dependencia.

2. Análisis de las iniciativas y programas socio-sanitarios.

2.1. Ambito estatal.

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios. La coordinación debe realizarse a varios niveles:

- a) entre los servicios sanitarios y los servicios sociales
- b) entre los diversos servicios de un mismo sistema
- c) entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal
- d) entre los diferentes administraciones públicas: general del Estado, autonómicas y locales

Los inicios en el debate e iniciativas para dar respuesta a las situaciones de descoordinación entre los diferentes sistemas de provisión de servicios, se remontan a la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión "Abril") en 1991, ya planteó propuestas para corregir las deficiencias estructurales y la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. En la

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud se proponía el siguiente esquema:



Pocos años más tarde, en diciembre de 1993, se firmaba un Acuerdo Marco Interministerial (Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad) por el que se impulsa y desarrolla, en el ámbito de sus respectivas competencias, programas de actuación coordinada para la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, entre otros colectivos. En este periodo, se abrió una línea de colaboración entre ambos ministerios, mediante la creación de un grupo de expertos y la puesta en marcha de experiencias de coordinación socio sanitaria en varias áreas de salud de tres Comunidades autónomas (Madrid, Valladolid y Murcia). Ambas iniciativas, dieron lugar a la elaboración de dos documentos que han supuesto un referente en la construcción del discurso socio sanitario: "Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores" (1993) y "Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores" (1995). Desde un principio se pretendía ofrecer un modelo de base comunitaria, que garantizase la continuidad entre los diferentes niveles de cuidados, acorde con los principios de integralidad, interdisciplinariedad y rehabilitación.

Otro avance en esta área de actuación se produjo a través del Acuerdo del Congreso de los diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997. Sobre un total de trece recomendaciones, en la tercera se insta al Gobierno a "Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria".

A la vista de la gran diversidad de experiencias y proyectos que las Comunidades Autónomas estaban impulsando en este ámbito, como vamos a ver a continuación, y de su escaso desarrollo práctico en la mayor parte de ellas, La Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO, decidió en el año 1998 dar un impulso a la tarea de avanzar en la configuración de un modelo de atención sociosanitaria que tuviese unas bases comunes, sin menoscabo de las competencias que las Comunidades Autónomas tienen otorgadas en esta materia. Para ello se constituyó un grupo de expertos con el encargo de realizar un informe sobre el tema, y avanzar en el cumplimiento del acuerdo parlamentario antes citado. Este grupo abordó un estudio sobre:

- Usuarios sociosanitarios
- Prestaciones sociosanitarias
- Sistemas de información y clasificación de usuarios
- Coordinación sociosanitaria
- Financiación de la atención sociosanitaria.

Por último en el ámbito del desarrollo normativo de la Administración General del Estado, es imprescindible destacar por su importancia la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 14 se define la prestación sociosanitaria como "la atención 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".

Dicha Ley, establece las actuaciones que desde el ámbito sanitario se han de asumir:

- Cuidados sanitarios de larga duración.
- Atención sanitaria de convalecencia.
- Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

2.2. Ambito autonómico

Diversas Comunidades Autónomas han creado órganos de coordinación de las prestaciones sociosanitarias que centralizan la información y coordinan las actuaciones de los departamentos de Sanidad y Servicios Sociales. Algunas de ellas han puesto en marcha planes de atención sociosanitaria.

Cataluña en 1986 puso en marcha el programa Vida Als Anys, interdepartamental, que ha permitido la creación de una red de servicios de media y larga estancia, así como otros servicios como hospitales de día, equipos de valoración y soporte de geriatría a domicilio y equipos de valoración y soporte en el hospital. Este programa posteriormente consolidado en la red llamada sociosanitaria tiene aspectos importantes de coordinación como la financiación mixta de los servicios de larga estancia o el importante elemento de coordinación que representan los equipos de soporte tanto en la comunidad como en el hospital. Podemos afirmar que en este momento la coordinación entre los recursos propiamente sanitarios (hospitales de agudos, media y larga estancia, atención primaria) es bastante satisfactoria en la práctica diaria. Para el acceso a los servicios de larga estancia existen comisiones mixtas sociosanitarias con base territorial. Sin embargo este modelo no ha resuelto la coordinación entre el sistema sanitario y el social que se mantienen con sistemas de acceso y modelos de financiación distintos.

En el País Vasco se ha creado el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, como el 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. Está formado por el Consejero de Sanidad (Presidente), el Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, cuatro vocales del Departamento de Sanidad o Servicio Vasco de Salud, los tres Diputados Forales de Acción Social y un representante de la Asociación de Municipios. Sin desarrollar una red propia de servicios se busca una mejor respuesta al paciente sociosanitario integrando sistemas de información y coordinación entre la atención primaria y especializada.

Hasta la separación de las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales, Galicia planteaba la atención sociosanitaria desde un enfoque de integración. Actualmente, las competencias de atención sociosanitaria se ubican en la Consellería de Asuntos Sociais, Empleo y Relaciones Laborales, Dirección Xeral do Maior e de Persoas con Discapacidades, Subdirección Xeral de Atención a Persoas Maiores, la cual ha de trabajar en coordinación con el XERGAS. Hasta el momento no existe una red de centros sociosanitarios como tal, ni tampoco una coordinación entre prestadores. En la ley de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA), se señala que la continuidad del servicio se garantizará por ambos sistemas mediante la adecuada coordinación entre las distintas administraciones públicas.

En Navarra, los sistemas de salud y de servicios sociales constituyen dos estructuras orgánicas independientes, con dos organismos autónomos: el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, adscrito al Departamento de Salud, y el Instituto Navarro de Bienestar Social, adscrito al Departamento de Bienestar Social. El Decreto Foral 284/2000 crea la figura de Coordinador del Plan Foral de Atención Sociosanitaria, dependiente funcionalmente del Departamento de Salud.

En Castilla y León, el II Plan Sociosanitario trata de potenciar la coordinación a través de la creación de comisiones sociosanitarias con base territorial (provincia) que tiene funciones de gestión de casos y promoviendo sistemas de información compartidos. La atención primaria debe jugar un papel importante conjuntamente con los servicios sociales a la hora de orientar el uso de recursos.

Por su parte, Aragón, a través de una gerencia única que integra todos los recursos, tanto de atención primaria como de atención especializada, está desarrollando la coordinación entre servicios sanitarios y sociales.

Cantabria, que tiene una consejería única para sanidad y servicios sociales y dispone de un servicio de programas y ordenación sanitaria encargado de gestionar los servicios sociosanitarios, ha desarrollado también estructuras de coordinación sociosanitaria.

Canarias, dentro de su Plan de Salud, incluye, entre otros objetivos, la elaboración del Programa Integral Socio-sanitario para la atención a las personas mayores y la integración y coordinación de los recursos sociales y sanitarios destinados a los ancianos.

En Asturias existen 11 Consejos de Salud en distintas zonas básicas estructurados en su funcionamiento por representantes de distintos sectores (colegios asociaciones de padres, vecinos, etc.) donde participan conjuntamente los Servicios Sociales y los profesionales de Atención Primaria.

En Extremadura en 2003, se creó dentro del Servicio Extremeño de Salud, la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud que asumió junto con la de Servicios Sociales de Bienestar Social, la tarea de definir un modelo de atención sanitaria de la dependencia, proceso en el que se está trabajando con la idea de un modelo en el que los sectores sanitario y social evalúen conjuntamente las necesidades sanitarias y sociales y definan las

responsabilidades y competencias que cada cual debe asumir y por tanto los servicios a ofertar desde su sector, entendiendo que los servicios sanitarios son competencia de sanidad y los de atención a la dependencia lo son del sector social y que la delimitación de las competencias de cada sector permitirá una atención integral, resultado de la suma eficiente de servicios coordinados para evitar la duplicación y organice en procesos intersectoriales un sistema general centrado en las necesidades tal y como las vive el ciudadano.

Andalucía, en el II Plan Andaluz de Salud, incluye objetivos concretos de desarrollo de mecanismos de coordinación entre los servicios hospitalarios, los de atención primaria, servicios sociales y otras instituciones.

Valencia puso en marcha el programa PALET, programa de intervención en el ámbito sociosanitario dirigido a pacientes con cronicidad avanzada y terminales en el que se especifica la valoración por parte de comisiones de coordinación autonómica por Áreas de Salud.

También hay que destacar la existencia de Planes de Atención a Personas Mayores en Castilla-La Mancha (1998-2002) y el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998.

En general, todas las comunidades han demostrado su interés por desarrollar estructuras de coordinación a nivel de la administración. Otras comunidades prefieren la coordinación entre sus servicios sin crear estructuras nuevas en la administración.

También el Propio Ministerio de Sanidad y el de Trabajo y Asuntos sociales en sus sucesivos planes han incorporado el concepto de coordinación sociosanitaria. Sin embargo las estructuras coordinadoras como las comisiones sociosanitarias de área han adolecido, en general de escaso poder ejecutivo.

En definitiva, durante este periodo de tiempo se ha generado todo un discurso profesional y político, el socio-sanitario, cuyos efectos hasta el momento no pueden ser evaluados con rigor, dado que las realizaciones al respecto son muy escasas todavía.

Como complemento a los reseñados hasta aquí, se ofrece a continuación una relación de los documentos nacionales e internacionales más relevantes elaborados en estos años.

<p style="text-align: center;">DOCUMENTOS INTERNACIONALES SOBRE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA</p>
--

- Consejo de Ministros de la Unión Europea (1993). Refleja la conveniencia de “promover una coordinación de los diferentes servicios sanitarios y sociales”. y la “necesidad de estimular prestaciones cualificadas y diferenciadas, con el fin de responder a las nuevas demandas”.
- Recomendación Nº R (98) 11. Del Comité de Ministros a los Estados miembros de la Unión Europea sobre la organización de la atención sanitaria para los enfermos crónicos. Septiembre de 1998.
- Recomendación Nº R (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.
- Informe de la Royal Commission on Long Term Care. Reino Unido 1998.
- Sexta Conferencia de los Ministros Europeos de Sanidad. El envejecimiento en el siglo XXI: necesidad de un enfoque equilibrado para un envejecimiento con buena salud. Atenas, abril 1999.
- Mantener la prosperidad en una sociedad que envejece. Recomendaciones de la OCDE para España. Junio. 2001.
- OCDE. A disease based comparison of Health Systems (2003).

- OMS. Salud y Envejecimiento: un marco político. (2002).
- OMS. Key Policy Issues in Long- Term care. (2003).
- Leyes de protección a la dependencia en Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Austria(1993), y Francia (1997, revisión 2001. 2002 y 2004)

<p>DOCUMENTOS SOBRE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL ÁMBITO DEL ESTADO</p>
--

- Plan Gerontológico Nacional (1993), En sus Areas 2 y 3, Salud y asistencia sanitaria y Servicios Sociales establece las primeras bases de coordinación sociosanitaria.
- Acuerdo Marco para la coordinación Sociosanitaria entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad, en 1993. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1994
- Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD 1996.
- Acuerdo Parlamentario de 18 de Diciembre de 1997 sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que su apartado nº 3 se dedica a "Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria".
- Informe de la Ponencia especial, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales del Senado, para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española (Diciembre de 1999).
- Informe del Defensor del Pueblo sobre "La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos". Recomendaciones del Defensor del Pueblo a las Administraciones públicas implicadas e informes de la SEGG y de la AMG. (2000).

- Convenio Marco de Colaboración sobre Atención Sociosanitaria, Salud y Consumo a las Personas con Discapacidad entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Comité Español de Representantes de Minusválidos. Marzo 2001.
- Bases para un modelo de atención sanitaria. Documento para el debate. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
- Plan de Acción para las personas mayores. 2003-2007. Acuerdo Consejo de Ministros 29-8-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- II Plan de Acción para las personas con discapacidad. 2003-2007. Acuerdo Consejo de Ministros. 5-12-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012. Acuerdo Consejo de ministros 25-7-2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2003).

INICIATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

A) Programas sociosanitarios

- Plan “Vida a los Años” de la Generalitat de Cataluña (1986). Primera experiencia de desarrollo de la atención sociosanitaria en nuestro país.
- Plan de Atención sociosanitaria. (Cataluña 2000-2006).
- Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León. D/16. 1998.
- II Plan de atención sociosanitaria. 2003. Castilla- León.
- Programa sociosanitario de Galicia (PASOS). 1998.
- Programa sectorial de atención sociosanitaria 2002. Canarias.

- Programa PALET de la Comunidad Valenciana. Acuerdo de 16 de mayo de 1995. Programa especial de atención sociosanitaria a pacientes ancianos, con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal.
- Ley de Ordenación Sanitaria (2003). C. Valenciana.
- Plan de Acción sociosanitaria de las personas mayores de Cantabria. 1999-2005.
- Programas sociosanitarios de las Diputaciones Forales Vascas.
- Plan Foral de Atención sociosanitaria del Gobierno de Navarra.2001-2005

B) Planes gerontológicos o de atención a las personas con discapacidad.

- Ley de atención y protección a las personas mayores de Andalucía (Ley 6/1999).
- Mapa de recursos Sociales y Sociosanitarios en Aragón: 2000. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar social.
- Plan de atención a las personas mayores de Castilla la Mancha. 1998-2002.
- Plan integral de Acción para personas con Discapacidad en Castilla la Mancha. 1999-2003..
- Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid. 1998.
- Plan Galego de persoas maiores 2001- 2006.
- Plan de atención para las personas mayores de Extremadura 2001-2005.
- Plan de Atención a Mayores 2001-2003. Canarias

C) Planes de Salud

- Plan estratégico 2001-2006. Aragón
- Plan de Salud de Canarias (D. 37 1997).
- Plan de Atención a las personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007. Comunidad de Madrid.
- II Plan Andaluz de Salud.
- Plan estratégico 2003-2007. Servicios Vasco de Salud.
- Ley de ordenación sanitaria. Galicia

Como se puede observar, en este momento casi todas las Comunidades Autónomas disponen de algún documento, norma, programa o plan en el que reconocen la necesidad de afrontar la protección a la dependencia desde la atención sociosanitaria.

3. Modelos de coordinación. Cuestiones conceptuales

Como se ha podido apreciar en el breve recorrido realizado de nuestra historia de la atención-coordinación socio-sanitaria, se ha generalizado la utilización a veces indiscriminada de varias denominaciones y asignaciones de lo sociosanitario que, si bien son utilizadas indistintamente, encubren diferentes propuestas y modelos que implican fórmulas distintas, cuando no divergentes, de reorganización de los sistemas sanitario y social y de sus métodos de gestión y financiación de los servicios. Las iniciativas y propuestas formuladas hasta el momento, se pueden agrupar en dos grandes bloques de alternativas:

Coordinación socio-sanitaria. 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.2000.)

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea.

En consecuencia, el desarrollo de cada uno de ellos, su mayor disponibilidad de recursos, accesibilidad y, en definitiva, la mejora en la calidad de la atención que presten, revierte directamente en el tipo de intervención socio-sanitaria que se realice.

En resumen, la coordinación socio-sanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

Red de Atención Socio-Sanitaria. Entendida 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 socio-sanitaria. Se trata por tanto de una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos específicos, pasan a formar parte de un tercer sistema o red de atención socio-sanitaria.

Ello implica a su vez importantes cambios en el diseño de los modelos de gestión y financiación para que este sistema tenga entidad propia.

Muchos autores y responsables de servicios sanitarios y sociales no están de acuerdo con la necesidad de crear esta tercera red asistencial y entienden que esto daría lugar a nuevas necesidades de coordinación, apostando claramente por el primer modelo descrito.

4. Convergencias y divergencias en los modelos de atención socio sanitaria

No vamos a entrar en análisis detallados de los modelos y documentos citados, dada la complejidad de esta tarea, la variedad de programas y políticas que los sustentan y la disparidad que se observa entre las diferentes CCAA. En unos casos los proyectos o modelos proceden de sus respectivos planes gerontológicos, en otros se han realizado programas socio sanitarios específicos y en algún caso se han incluido en sus Planes de Salud. Asimismo, la diferente denominación de unos y otros como red socio sanitaria, sistema de coordinación o espacio socio sanitario revela distintas formas de entender la organización del sistema de atención y diferentes tradiciones en el peso de los sectores implicados sociales o sanitarios. La elaboración desde la SEGG y la AMG del Informe del Defensor del Pueblo (2000) sobre este tema, supuso un importante esfuerzo de sistematización de las iniciativas existentes hasta ese momento. En consecuencia, no se pretende en esta ocasión reiterar el esquema conceptual ni los principios de la atención socio sanitaria. Sólo se comentaran algunos aspectos puntuales, fruto de la observación de las últimas iniciativas en este tema.

Si tuviésemos que destacar algún acuerdo indiscutible en estos años sería precisamente el de la generalización del adjetivo socio sanitario, el reconocimiento de la urgencia de ofrecer respuestas integrales o cuidados de

larga duración a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera. Seguramente, si profundizamos un poco más en el desarrollo del concepto, empezarían a surgir discrepancias, a veces irresolubles entre los sistemas sanitario y social, entre los diferentes profesionales, propuestas de intervención, sistemas de evaluación, modelos de gestión de los servicios y, sobre todo, propuestas de financiación de la atención sociosanitaria, ausentes en la mayoría de las programaciones citadas. Otro de los aspectos de consenso es el reconocimiento de que la atención sociosanitaria, cualquiera que sea su modelo, requiere coordinación en múltiples aspectos y desde los diferentes sistemas que tienen responsabilidades en este campo.

5. Situación actual, criterios generales y propuestas de mejora de la coordinación sociosanitaria

5.1. La coordinación con los servicios sociales desde Atención Primaria. Situación actual

La coordinación entre Atención Primaria y los Servicios Sociales, suele producirse a través del trabajador social del centro de salud, de hecho, en la encuesta realizada a médicos de atención primaria, Geriatría XXI, el 78,1% refería disponer de un trabajador social en su entorno de trabajo. Por tanto, en la mayoría de los centros de salud, el/la trabajador/a social evalúa los casos a demanda del profesional médico o de enfermería y solicita, en el supuesto que lo precise, el correspondiente servicio social institucional o comunitario.

En este momento, son escasas las comisiones sociosanitarias de distrito o de zona, o sus equivalentes según las diferentes Comunidades Autónomas, que constituyan un verdadero foro donde profesionales de los servicios sociales y sanitarios puedan comunicarse, compartir información y tomar decisiones para lograr una mayor calidad asistencial y aprovechamiento de los recursos. Dichas

comisiones sociosanitarias se pusieron en funcionamiento en numerosas áreas sanitarias del territorio del INSALUD entre 1994 y 1996 con motivo de las iniciativas ministeriales comentadas anteriormente. Sin embargo, se admite que, salvo algunas excepciones, estas comisiones adolecieron de capacidad ejecutiva para gestionar casos y reordenar recursos, y acabaron siendo un foro de discusión de escasa trascendencia. Una de las causas de estos resultados es la falta de recursos específicos que puedan ser coordinados.

La falta de coordinación entre los dispositivos asistenciales sanitarios y sociales es uno de los problemas que tradicionalmente se pone de manifiesto cuando se analiza el modo en que se organiza la prestación sociosanitaria. Sin embargo, bastantes comunidades autónomas han creado órganos de gestión de las prestaciones sociosanitarias que coordinan las actuaciones de los Servicios de Sanidad y de Servicios Sociales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003: Cataluña, País Vasco, Galicia, Navarra, Castilla y León, Aragón y Cantabria). Otras no tienen mecanismos formales de coordinación similares a las mencionadas.

En general, las competencias se encuentran repartidas entre las Consejerías de Sanidad y las de Servicios Sociales, con redes sanitarias y sociales independientes.

5.2. Criterios generales de la coordinación sociosanitaria

El desarrollo de la coordinación sociosanitaria debe partir de una base de factibilidad y de comprensión de la realidad de cada territorio. Algunos criterios pueden sin embargo compartirse:

1. La coordinación sociosanitaria no puede sustituir la escasez de recursos
2. La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria y social y diversos servicios) y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.

3. El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.
4. La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.
5. El acceso a los recursos debe producirse descentralizadamente a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, uso natural del mismo por parte de la población y existencia de los recursos)
6. Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.
7. La administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre oferta y demanda.

5.3. Propuestas de mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Servicios Sociales

El acuerdo sobre la necesidad de que se implanten estrategias estables de coordinación entre todos los sistemas y niveles de atención implicados, no ha conseguido traducirse en realizaciones prácticas generalizables. A pesar de los esfuerzos realizados en estos años, de un importante incremento de recursos sociosanitarios, y de haber logrado algunos acuerdos conceptuales, hemos avanzado poco en el establecimiento de estrategias de coordinación que garanticen la continuidad en los cuidados a las personas dependientes. El respaldo de las administraciones implicadas en la puesta en marcha de un modelo de coordinación sociosanitaria ha sido muy escaso, primando una vez más el coste cero de su implantación, que hace inviable su puesta en marcha y que los sistemas de derivación entre los diferentes niveles de asistenciales funcionen adecuadamente.

No obstante, tampoco hemos conseguido generalizar la implantación de algunas de las medidas que no suponen incrementos presupuestarios

importantes, sino la puesta en marcha de una metodología de trabajo más eficaz que evitaría la fragmentación, la duplicidad y la falta de equidad en el acceso a nuestros escasos recursos, como por ejemplo:

- La sectorización en áreas sociosanitarias únicas, competencia autonómica indispensable para la aplicación eficaz de programas de coordinación. Por tanto, para mejorar la gestión de casos y la coordinación de recursos debería estudiarse la posibilidad de hacer coincidir los mapas sociales y sanitarios.
- Descentralización en la toma de decisiones y desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de atención directa.
- Diseño de protocolos de derivación que hagan posible la automatización de los procesos.
- Utilización de sistemas de información e instrumentos de valoración comunes que eviten la multiplicación de esfuerzos profesionales y el consiguiente gasto inútil. Pero además, que eviten el que una persona en situación de dependencia, o su cuidador/a deban someterse a sucesivos interrogatorios y juicios minuciosos, que, con excesiva frecuencia sólo contribuyen a dilatar la solución a sus acuciantes problemas (Informe Defensor del Pueblo, 2000).
- Las Áreas o Sectores sanitarios deberán coordinarse con los servicios sociales. Una visión integrada de las necesidades de las personas dependientes, requiere un trabajo en común entre los servicios sociales y los servicios sanitarios. Deben delimitarse las competencias que corresponden a cada sector y orquestar un sistema coordinado garantizando que la suma total de servicios dé una respuesta integral a las necesidades de las personas dependientes que requieren además cuidados sanitarios. El nivel de actuación óptimo sería la zona básica de salud

potenciando la coordinación entre los profesionales encargados de la atención directa del paciente (enfermera, médico de familia y trabajador social). No obstante, es posible que para el seguimiento de casos más complejos se requiera una coordinación de Área o Sector sanitario.

- Equipos de gestión de casos: los escasos éxitos obtenidos en la implantación de estrategias de coordinación en si mismas, que no implicasen la creación de nuevas estructuras, ha favorecido el debate sobre la creación o no de equipos consultores, de soporte, gestores de casos, que asuman funciones de valoración, prescripción de cuidados y vínculo entre las diferentes organizaciones implicadas en la atención, los usuarios de los servicios y sus cuidadores familiares. Como tales, los equipos gestores de casos, representan potencialmente la personificación de las estrategias de coordinación. Sin embargo, en muchos casos sus funciones son ambiguas, muy especialmente en dos aspectos clave: la capacidad de decisión en la asignación de recursos y la presión a que son sometidos para que asuman la prestación de los cuidados. La superposición de funciones, el desempeño de roles limítrofes, y la cotidiana incapacidad para poder garantizar la continuidad en la provisión de cuidados derivada de la escasez de recursos, generan un debate interminable sobre eficacia. Los PADES catalanes y los ESAD promovidos desde el antiguo INSALUD, constituyen un buen ejemplo de equipos de soporte que cada vez con mayor claridad se decantan por la especialización en la atención (paliativos, ancianos dependientes, etc). Sin embargo, desde una perspectiva sociosanitaria no podemos obviar su dependencia estrictamente sanitaria, lo que dificulta a veces la propia gestión de los casos, y su consiguiente derivación a los recursos sociales. Para tratar de solucionar este aspecto, algunas propuestas como las del proyecto de Plan Nacional de atención a enfermos de Alzheimer, contemplaba la creación de equipos sociosanitarios multidisciplinares con profesionales procedentes de los dos sistemas, social y sanitario, pero esto no ha sido evaluado. Existe alguna experiencia parecida, como la de Sabadell, que hace pensar que merecería la pena intentar avanzar en

propuestas de este tipo. Fuera de nuestras fronteras, las modalidades de gestión de casos son múltiples e intentan adaptarse a las diferentes estructuras administrativas y sistemas de provisión de servicios de sus respectivos países. Este es un importante reto que tenemos pendiente, clarificando su estructura, funciones, dependencia y financiación.

En nuestro país la falta de sistemas de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, dificulta que los profesionales sanitarios, especialmente de enfermería realicen ese papel de tutores-gestores como se ha mencionado varias veces.

Por tanto, la atención a la dependencia requiere actuaciones integradas en todos los ámbitos de atención. La atención sanitaria será más importante cuanto mayores sean las necesidades propiamente sanitarias de las personas dependientes conforme a lo establecido en sus diferentes programas de atención primaria y especializada. Por su parte, los servicios sociales deberán asumir de forma complementaria la prestación de los servicios domiciliarios, intermedios e institucionales que se precisen.

6. Población diana de la atención sociosanitaria.

En el ámbito de la coordinación, es indispensable señalar que existe acuerdo generalizado en hacer extensiva cualquier iniciativa a todas aquellas personas que padecen situaciones de dependencia, cualquiera que sea su edad, eliminando así el componente discriminatorio que conllevan las actuaciones protectoras exclusivas de mayores. Sin embargo este es un consenso de ideas que entra en colisión con la mayoría de las planificaciones específicas para personas mayores. No hay duda sobre la necesidad de que se desarrollen actuaciones funcionales, estructurales y organizativas especializadas, pero tanto el marco protector de la dependencia, como el modelo sociosanitario que se aplique debe de dar cobertura a las necesidades derivadas de la dependencia,

en cualquier momento de la vida (Consejo de Europa, 1998). Se han propuesto varias tipologías de usuarios. Se recoge a continuación la clasificación que realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo en su último documento realizado en colaboración con el IMERSO.

Tipología de usuarios de atención sociosanitaria

- Enfermos geriátricos
- Enfermos mentales crónicos.
- Grandes minusvalías
- Enfermos terminales.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional.
- Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios.

Fuente: Documento Ministerio de Sanidad. Bases para un modelo de atención sociosanitaria. Dirección general de planificación sanitaria. Junio 2001.

7. Conclusiones

- 1.- El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, obliga a buscar nuevas fórmulas de abordar la respuesta sociosanitaria que en este contexto, ocupan un lugar prioritario.
- 2.- Se define la Coordinación sociosanitaria 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.
- 3.- El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios.

- 4.- 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 socio-sanitaria.
- 5.- Existe una gran diversidad de iniciativas, documentos y planificaciones en el ámbito de la coordinación-atención sociosanitaria. En unos casos han sido promovidas desde la Administración General del Estado sanitaria y social; en otros desde las Administraciones Autonómicas. También existen iniciativas locales, que no se recogen en este documento.
- 6 Muchos autores y responsables de servicios sanitarios y sociales no están de acuerdo con la necesidad de crear esta tercera red asistencial y entienden que esto daría lugar a nuevas necesidades de coordinación, apostando claramente por el modelo de coordinación sociosanitaria.
- 7.- La no coincidencia en los mapas de recursos sociales y sanitarios es uno de los problemas que tradicionalmente se pone de manifiesto cuando se analiza el modo en que se organiza la prestación sociosanitaria.
- 8.- A pesar de los esfuerzos realizados en estos años, de un importante incremento de recursos sociosanitarios, y de haber logrado algunos acuerdos conceptuales, hemos avanzado poco en el establecimiento de estrategias de coordinación que garanticen la continuidad en los cuidados a las personas dependientes.
- 9.- Los escasos éxitos obtenidos en la implantación de estrategias de coordinación en si mismas, que no implicasen la creación de nuevas estructuras, ha favorecido que tome fuerza el debate sobre la necesidad de potenciar la creación de equipos consultores, de soporte, gestores de casos .
- 10.- La tutela sanitaria para la mejor realización de los cuidados es indispensable cuando estamos planificando la intervención con personas que necesitan mucha ayuda y que en su mayoría padecen varias enfermedades crónicas. Tanto los profesionales procedentes del ámbito

social, especialmente del SAD, como los cuidadores familiares necesitan orientaciones sanitarias.

11. La coordinación sociosanitaria parte del reconocimiento de las competencias atribuidas a cada una de las administraciones, sanitaria y social, autonómicas y general del Estado . El principio de equidad debe presidir todas sus actuaciones.

8. Consideraciones finales

A pesar de que la atención sociosanitaria y la coordinación no son conceptos novedosos, la escasez de aplicación práctica hace difícil hacer propuestas concretas de desarrollo. El Sistema Nacional de Dependencia, deberá avanzar en la clarificación y homogeneización de principios, criterios y acciones de coordinación entre los dos sistemas, que garanticen e identifiquen los derechos de los ciudadanos a recibir una atención integral adecuada y suficiente, ante sus necesidades sean estas sociales o sanitarias. Las intervenciones y prestaciones que actualmente son objeto de controversia entre uno y otro sistema, deberán ser abordadas mediante el consiguiente consenso y cuantificación económica por parte de los dos sistemas acordando un modelo de atención que no deje "terrenos de nadie" sin cubrir.

Se considera que buena parte de las propuestas que se realizan en el Informe del Defensor del Pueblo pueden ser asumidas en la puesta en marcha de un Sistema Nacional de Dependencia a pesar de estar dirigidas de manera específica a las personas mayores. Mantenemos las realizadas en el capítulo IV referentes a coordinación valorando su inexcusable consideración en el contexto del análisis de los recursos. En consecuencia, y como síntesis de lo analizado hasta aquí, proponemos:

- 1.- La correcta atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes, exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios. Pero esto sólo es posible si se desarrollan estrategias estables de coordinación sociosanitaria, que hagan posible una atención integral y una adecuada utilización de los recursos
- 2.- Es necesaria la creación de órganos, estructuras o instrumentos de coordinación que tengan el suficiente respaldo normativo de las administraciones públicas. Las comisiones sociosanitarias de área pueden ser el lugar apropiado de entendimiento, negociación y toma de decisiones de carácter interinstitucional.
- 3.- Se debe realizar una evaluación exhaustiva de la eficacia de los equipos consultores de soporte, como una de las alternativas a tener en cuenta en la implantación de estrategias de coordinación.
- 4.- Se han de promover experiencias piloto de gestión sociosanitaria, pilotando diferentes modelos de gestión de casos que actualmente se realizan en otros países.
- 5.- Es indispensable que se avance definitivamente en el establecimiento de criterios de sectorización acordes con las necesidades de intervención sociosanitaria. El diseño de áreas y mapas comunes de recursos sociosanitarios se configura como condición indispensable para la coordinación de los servicios.
- 6.- Se han de elaborar criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios disponibles en el ámbito de actuación correspondiente (comunidad autónoma, municipio, área sociosanitaria), estableciendo acuerdos estables sobre:

- Generalización del uso de instrumentos de valoración estandarizados, comunes a cualquier ámbito de actuación: atención primaria, especializada y servicios sociales.
- Creación de circuitos de derivación entre los diferentes sistemas y servicios que posibiliten la continuidad en los cuidados, a través de la identificación de responsables en cada nivel de atención y el establecimiento de protocolos de derivación y otros procedimientos útiles.
- Sistema único de valoración para el acceso a los servicios, utilizable desde cualquier ámbito de atención.
- Elaboración de indicadores de evaluación del sistema de coordinación y de los servicios implicados.

7.- La formación de los profesionales de la atención sociosanitaria, requiere una vez más la asunción de cambios, en este caso en las prioridades que rigen los contenidos curriculares de las diferentes disciplinas implicadas en la atención a las situaciones de dependencia.

8.- Es necesario mejorar la formación continuada de los profesionales sanitarios y sociales, estableciendo en su caso, experiencias de formación conjunta, en las que se incluyan técnicas de trabajo en equipo y de intervención interdisciplinar.

9.- En el diseño de los planes de coordinación y atención sociosanitaria, se tendrá en cuenta la opinión de los usuarios y los cuidadores.

10.- La calidad de los programas y servicios de atención sociosanitaria ha de ser vigilada y promovida desde las administraciones públicas. La implantación de sistemas objetivos de evaluación de la calidad se debe generalizar, no

solo para la compra de servicios desde el sistema público, sino para la vigilancia estricta de los que se ofertan desde el sector privado o la iniciativa social sin fin de lucro.

- 11.- El establecimiento de estándares de calidad, que se utilizarán para la acreditación de los servicios públicos y privados, debe incluir, además de los requisitos de diseño, equipamiento, dotación de recursos humanos y materiales, etc., indicadores que garanticen la efectividad de los programas puestos en marcha para la mejora de la asistencia a las personas dependientes. Además se considerarán estándares relacionados con el ejercicio de derechos fundamentales de las personas como por ejemplo: intimidad, autonomía, en su más amplia acepción, es decir capacidad de decisión sobre su vida, acceso a los medios que favorezcan su rehabilitación física o psicosocial, relaciones sociales, etc.
- 12.- Es necesario potenciar un cambio cultural que permita la mejora en la interrelación entre profesionales de distintas instituciones con el objetivo de ofrecer los mejores servicios posibles con los recursos de que se dispone.

9. Referencias Bibliográficas

- CERMI: Plan integral de Salud para personas con discapacidad: Aprobado el 14-5-2004. Comité ejecutivo del CERMI.
- IMSERSO:2003. Informe sobre la atención social y sanitaria a las personas con graves discapacidades. Madrid.
- IMSERSO.2003. Documento de consenso sobre rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Madrid.
- Informe del Defensor del Pueblo (2000). "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos".
- INSALUD (1994). Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. Madrid, nº publicación INSALUD: 1.656.Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1995). Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSERSO (1993): Plan Gerontológico, Madrid.
- OCDE (1994 b): Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations. París.
- OCDE (1996): Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation. París. Etudes de politique sociale. nº 19.
- OMS. 2002. Salud y envejecimiento. Un marco político. Revista de la SEGG. Monográfico. Agosto. 2002.
- Peñalver.R. 1999. Atención sociosanitaria. Revista de Administración Sanitaria. Madrid.

- Plan de acción internacional sobre el envejecimiento. I Asamblea Mundial del envejecimiento. ONU. (1982).
- Regato, P. y Sancho, T. "La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad", en Atención domiciliaria. Organización y práctica, Springer, Barcelona. 1999.
- Rodríguez Rodríguez, P.; Sancho Castiello, M.T.: Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995; 30(3): 141-152.
- Ruipérez I., Midón J., Gómez-Pavón J., Maturana N., Gil P., Sancho M. y Macías J.F.: "Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles". Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2003, 38: 281-288.
- Sancho Castiello, T. Rodríguez Rodríguez, P. "Política social de atención a las personas mayores" Gerontología Conductual, vol. I Ed. Síntesis (1999)
- S.E.G.G. (2000) Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España