

Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España



Edita:

Antares Consulting, S.A.
Av. Josep Tarradellas, 8-10 - 4ª planta
08029 Barcelona

© Antares Consulting, S.A.

Se permite la reproducción parcial
citando como fuente Antares Consulting.

Este informe y un resumen ejecutivo
están disponibles en el web de Antares Consulting
www.antares-consulting.com

Autores:

Esteban Carrillo Ridao
Montserrat Cervera Macià
Vicente Gil Suay
Yolanda Rueda Falcón

Diseño y maquetación:

Espaivirtual / Mariona Maresma
www.espaivirtual.com

Índice

1 Presentación	5
2 Nuestro posicionamiento	6
3 Cuestión de conceptos	10
3.1 Una breve digresión semántica	10
3.2 El concepto de espacio sociosanitario	10
3.3 Perfiles de personas con necesidades de atención sociosanitaria	14
4 La base del problema: cambios en el perfil de la demanda	16
4.1 El cambio a un patrón epidemiológico de cronicidad	17
4.2 De la enfermedad a la pluripatología	18
4.3 De la enfermedad a la asociación de pluripatología y dependencia	19
4.4 El cambio demográfico incrementa la prevalencia de la dependencia	19
4.5 El escaso desarrollo de los servicios para atención a pacientes crónicos, de edad y pluripatológicos	20
4.6 En España, el verdadero incremento de costes se deriva del reconocimiento de derechos para la atención a la dependencia	22
4.7 Si desaparece el cuidador informal, ¿quién recoge el testigo?	26
4.8 ¿Un cambio radical en el perfil de los utilizadores de servicios?	28
4.9 ¿Pensar en las personas o pensar en los recursos?	29
5 Algunas experiencias de éxito: los modelos de gestión del espacio sociosanitario	33
5.1 Los modelos de cuidados de las enfermedades crónicas	33
5.1.1 El Modelo de Cuidados Continuos (<i>The Chronic Care Model</i>)	33
5.1.2 El Modelo Expandido de Cuidados Continuado (<i>The Expanded Chronic Care Model</i>)	34
5.1.3 El Modelo de Cuidados Innovadores para las enfermedades crónicas	35
5.1.4 El Modelo de Cuidados en Continuidad	36
5.2 Los modelos operativos de atención a pacientes con enfermedad crónica y personas con dependencia	37
5.2.1 El Modelo de atención a pacientes con enfermedad crónica de Kaiser Permanente	37
5.2.2 Un modelo de coordinación sociosanitaria: el modelo PRISMA	45

5.2.3 Un modelo de coordinación sociosanitaria: el modelo SIPA	51
5.3 Identificando los factores de éxito	55
6 Las grandes barreras a la construcción del espacio sociosanitario en España	57
6.1 Ausencia de un modelo de prestación de servicios de calidad alrededor de las necesidades de las personas	59
6.1.1 Ausencia de un modelo de servicios de calidad	59
6.1.2 Orientarse al usuario	62
6.2 Rigidez de la red de servicios	63
6.2.1 Limitaciones en la cartera de servicios	63
6.2.2 Rigidez de las redes de provisión de recursos	64
6.3 Desarrollo muy limitado de las herramientas de gestión de la demanda	64
6.3.1 Dificultades para el trabajo interdisciplinar	64
6.3.2 Gestión tradicional del paciente crónico	65
6.3.3 Sistemas de información de nueva generación	67
6.3.4 Burocratización y endogamia: escasa orientación al usuario	68
6.4 Ausencia de un modelo de integración de los cuidados en el territorio	69
6.5 Dificultad para orientar los flujos de financiación	70
6.6 Separación de las redes sanitaria y social	71
7 Cuatro claves para la construcción del espacio sociosanitario en España	73
8 Superar una asignatura pendiente: cuatro pasos para la creación de un espacio sociosanitario en España	82

01 Presentación

Antares Consulting es una empresa de consultoría especializada en servicios de salud, ciencias de la vida y servicios sociales y sociosanitarios, que basa su valor en el conocimiento y el *expertise* de los diversos sectores que conforman su actividad profesional.

Los más de 400 clientes, la realización de proyectos en 12 países diferentes en sus 11 años de vida, su presencia internacional con sedes propias en Barcelona, Madrid, París, Lisboa y Lausanne y los más de 70 profesionales con los que cuenta, le proporcionan una larga experiencia al haber participado tanto en el desarrollo de políticas y servicios de salud, sociales y sociosanitarios, como en la revisión de los desarrollos internacionales más innovadores en éstos ámbitos.

El espacio sociosanitario ha sido un tema recurrente de elaboración tanto como empresa como por parte de nuestros socios en varias fases de su carrera profesional. Es por eso que el trabajo que presentamos a continuación es el fruto de juicios de valor experto realizados por nuestros equipos de salud y servicios sociales como una reflexión organizada a partir de la experiencia y el conocimiento acumulados a lo largo de los años y alimentados de manera constante por nuestra implicación y preocupación por la innovación y el conocimiento sectorial.

Nos planteamos en primer lugar, lo que hay de realidad y de mito detrás de la cacareada necesidad de integración entre los servicios sociales y sanitarios, desglosando los conceptos que implica la utilización del término espacio sociosanitario. Revisamos algunas experiencias internacionales innovadoras, que combinan la intervención integrada o coordinada de los servicios sociales y de salud. Hacemos un somero análisis de las políticas de integración existentes hoy en España, que nos sirve para constatar cuáles son las principales barreras existentes en nuestro contexto a la integración de los servicios sociales y sanitarios. A continuación, esbozamos las líneas de trabajo y las palancas de cambio que a nuestro entender es necesario accionar para alcanzar los beneficios que supone, en términos de calidad y de eficiencia, la integración de la prestación de los servicios sociales y de los servicios sanitarios en un espacio común, el sociosanitario.

Finalizamos este documento con nuestra propuesta de agenda para la construcción del espacio sociosanitario.

02 Nuestro posicionamiento

No tenemos que insistir en la importancia de las consecuencias del cambio de la pirámide demográfica en las sociedades avanzadas. Sería redundante y no queremos dedicarle más de una línea a reiterar su importancia. Lo que realmente nos interesa, es analizar su impacto sobre los servicios sanitarios (el cambio de paradigma epidemiológico a la "cronicidad") y sociales (el impacto simultáneo del incremento del número de personas con dependencia y la disminución del cuidador familiar tradicional). Y en ello queremos centrarnos.

No vamos a exagerar el peligro, más evidente que nunca en estos momentos de fuerte crisis del crecimiento económico, que suponen para el estado del bienestar las consecuencias del cambio demográfico en proceso.

Pero tampoco vamos a negarlo. Los nuevos reconocimientos de derechos en España como el de la protección social de la dependencia tropiezan, casi antes de implantarse, con la constatación unánime de que han nacido cortos, nos tememos que muy cortos, de recursos. Y la situación de las arcas públicas no augura muchas alegrías en los próximos años. Las tensiones financieras puede que constituyan la mayor amenaza a corto plazo de la recién estrenada LAPAD pero también a la capacidad del sistema sanitario de responder a una demanda en crecimiento cuantitativo y en cambio cualitativo hacia nuevos perfiles.

Ante las dificultades, la respuesta técnica no puede ser otra que la de extremar la eficiencia en la gestión. El uso inadecuado, la duplicidad de servicios, el mal uso de recursos en suma, es más inaceptable que nunca en tiempos de dificultad. Y es aquí donde centramos nuestra preocupación: En España padecemos, de forma muy especial, un problema de coordinación de los recursos sanitarios y sociales. Si en todos los sistemas del mundo la integración de servicios de "long term care" es un tema de debate, en nuestro país es un problema nuclear. Las rigideces de ambos sistemas son un pozo de generación de ineficiencias, duplicidades de servicios e inequidades entre los ciudadanos.

Y lo que más nos preocupa no es ni la profundidad del problema, ni las evidentes dificultades de abordaje. Lo que preocupa es la sensación de que, a pesar de las numerosas experiencias y voluntades puestas en el tema, no parece que las políticas puestas sobre la mesa tengan capacidad de cambiar la situación en un futuro ni próximo ni lejano.

La LAPAD constituye sin duda un gran motivo de alegría en el desarrollo del estado del bienestar. No nos gustaría amargar la fiesta de su advenimiento. Pero hemos de constatar que en su redacción, lejos de contribuir a abordar el espacio socio sanitario, ha soslayado esta cuestión limitándola a un par de menciones sin ningún contenido y apenas intenciones en su articulado. Y en este caso mucho nos tememos que todo lo que no contribuye a la solución contribuye a aumentar el problema. La LAPAD está determinando sin duda un significativo crecimiento de los servicios sociales.

Nuestro posicionamiento

Un crecimiento que nuevamente consolidará y ampliará las duplicidades, ineficiencias y descoordinación entre el sistema sanitario y el social.

Un país con el nivel de recursos de España ¿puede permitirse el lujo de hacer crecer un sistema nuevo plagado de ineficiencias e inequidades? ¿No hay ninguna alternativa mejor? Cuando repasamos las experiencias y conocimiento sobre el tema, aparecen otras perspectivas:

- Las proyecciones demográficas predicen un futuro en que la dependencia y la salud de las personas mayores serán, de hecho comienzan a serlo ya, el hecho dominante en la prestación de servicios personales públicos y privados. Pero también los estudios demuestran que estas consecuencias son gestionables. Si el crecimiento demográfico tiende al crecimiento exponencial de la utilización de servicios sanitarios y sociales, también es conocido el fenómeno de la *compresión de la morbilidad*: en determinadas sociedades, el envejecimiento de la pirámide demográfica ha ido acompañado por un aumento mayor de la salud de la población con lo que el número total de años de vida con discapacidad se reduce. El potencial de la intervención preventiva sobre los hábitos de las personas parece más que rentable ante esta evidencia.
- Otros cambios importantes nos inclinan a evitar las premoniciones más catastróficas: en pleno cambio hacia poblaciones cada vez más envejecidas y con mayores tasas de utilización de servicios sanitarios, los ratios de camas hospitalarias por habitante están descendiendo en todas las sociedades occidentales. La oleada substitutoria de la hospitalización tradicional por recursos alternativos ha conseguido reducir drásticamente el peso del recurso de mayor coste en el sistema sanitario. Experiencias equivalentes se han producido también en el sector social con resultados evidentes de mejora de la eficiencia de los recursos. Aunque la tendencia al incremento del gasto sanitario y social sea evidente, las respuestas de la gestión pueden en gran medida minimizar este impacto al optar por servicios más eficientes.
- Por último, desde el campo de las experiencias en prestación de servicios sanitarios y sociales integrados y de gestión de la enfermedad crónica, se apuntan a otras formas diferentes de gestionar la cronicidad y la dependencia. Los modelos de atención integrada que hemos estudiado, ofrecen siempre unos resultados más que excelentes en integración del paquete de servicios, resultados asistenciales, satisfacción del usuario y disminución de la utilización de servicios. Si los estudios sobre disminución de costes no son concluyentes, al menos sí que sabemos que es posible hacerlo mucho mejor al mismo o a menor coste.

Sin embargo estos nuevos sistemas no surgen por generación espontánea. En todos los casos implican abordajes innovadores ensayados desde la voluntad de cambio de las políticas de servicio. Estos cambios tienen claras implicaciones en el trabajo y la cultura profesional, incluyendo la creación de nuevas “profesiones” y cambios radicales en los sistemas de información y la forma de entender el servicio al ciudadano.

Una política más eficiente de servicios requiere, por ejemplo, que los flujos financieros se desplacen en unos sentidos muy claros: desde el hospital hacia los servicios ambula-

Nuestro posicionamiento

torios y comunitarios, y desde los servicios sanitarios hacia los sociosanitarios y sociales. Muchas veces, los importes de estos flujos son ínfimos comparados con el gasto sanitario y en especial con el hospitalario.

Este cambio, no es, como muchas veces se postula, un cambio genérico por principio de los recursos hospitalarios a comunitarios. Más bien al contrario, se trataría de reubicar recursos para una serie de programas muy concretos en que un cambio de enfoque ha demostrado sobradamente su eficiencia.

Cuando se analiza este fenómeno con números, los cambios no parecen en absoluto inabordables. Reorientar los servicios es factible en la práctica, pero ¿dónde están los incentivos para que estos flujos necesarios se produzcan? ¿Existe voluntad política para estos cambios?

Lo que nos preocupa, y es en gran parte la motivación que ha engendrado este documento, es que los cambios de la pirámide demográfica no se vean acompañados de las políticas necesarias de adaptación de los servicios.

La aprobación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD) no dudamos que ha tenido el efecto, enormemente positivo, de aumentar los derechos subjetivos de los ciudadanos ante una contingencia devastadora como es la dependencia. Pero también nos tememos que por lo restrictivo de su enfoque, pueda parecer mucho más la ley que habría sido un gran avance hace 20 años, y no la que permita encarar con éxito el futuro de la dependencia. Con esto queremos decir que reconocer el derecho a la atención a la dependencia es un paso muy importante.....que seguramente debería haberse realizado hace veinte años. Al abordarse ahora, el reconocimiento de este derecho pensamos que el enfoque debería haberse centrado también en otros aspectos, entre estos el eternamente pendiente del espacio sociosanitario; pero no sólo éste. Así, preocupa el enormemente escaso peso que se ha destinado a las medidas de gestión de la implantación. Más adelante veremos cómo determinados aspectos, como la evaluación interdisciplinar o los sistemas de información de nueva generación son factores de éxito fundamentales en todas las experiencias innovadoras. La cicatería con que han sido tratados hasta ahora estos aspectos en la implantación de la LAPAD es quizá tanto o más preocupante que la posible insuficiencia de los recursos destinados a prestaciones.

Probablemente es normal que la LAPAD haya nacido con mayor o menor limitación de recursos para su despliegue. Y quizás se argumentará que, de otra forma, quizás no habría sido económicamente abordable. Pero no abordar algunos de los temas clave del futuro, como es el del espacio sociosanitario, o determinadas medias de acompañamiento no es tanto un problema de recursos como de enfoque. El que esta ley se desarrolle sin abordar la construcción del espacio sociosanitario sí que consideramos es un serio "handicap".

¿Estamos a tiempo? ¿Por qué no? Perder una oportunidad no es perder para siempre el tren. Podemos abordar nuevas políticas sociosanitarias, de ello estamos convencidos.

Pero para hacerlo primero hay que tenerlas claras.

En este documento de posicionamiento queremos evitar el pontificar u ofrecer recetas. Lo que buscamos es contribuir a una reflexión que estamos convencidos es imprescindible, y cada día más en los tiempos que corren.

Para ello tratamos, en este documento, de enfocar el problema del espacio sociosanitario, de identificar las barreras para su abordaje, de sintetizar algunas experiencias internacionales importantes, y de proponer elementos de abordaje para la construcción del espacio sociosanitario en España.

03 Cuestión de conceptos

3.1 Una breve digresión semántica

Hemos titulado el documento “Claves para la construcción del espacio sociosanitario...”, con una mención expresa de la palabra espacio que no es gratuita. El término sociosanitario ha tenido tanto éxito, que hoy día se denomina así cualquier servicio o idea. Conviene, pues, acotar bien su significado.

Es interesante anotar que este término no tiene traducción literal en inglés. Cuando lo traducimos siempre recurrimos al concepto *long term care*, que literalmente debería traducirse como cuidados (o atención) de larga duración (o a largo plazo), o bien, como en Portugal, como cuidados continuados, aunque esta última denominación sería impracticable en España donde se suele llamar así a la cobertura de urgencias o a la integración de cuidados entre atención primaria o especializada.

Cuando, hace ya unas cuantas décadas, nosotros empezamos a utilizar este término, lo hicimos como traducción del término francófono *soins medico-sociaux*. El término fructificó y ahora se utiliza extensivamente en España. El término médico-social se utiliza ampliamente en la Europa francófona (Suiza, Francia, Bélgica).

La razón de que no exista el término en inglés es simple: los sistemas centro y noreuropeos y los norteamericanos (incluyendo Canadá) son sistemas muy flexibles, donde las barreras entre lo médico y lo social son mucho más fáciles de salvar. Su problema se centra en los cuidados de larga duración y por tanto sería redundante hablar de sociosanitarios. Queda de aquí la terminología francófona en Québec, donde se habla habitualmente de *soins de longue durée* (cuidados de larga duración).

Entendemos que la razón del éxito del término médico-social en los países latinos es simple: estos países tienen sistemas de separación estricta entre las administraciones y los servicios sociales y sanitarios, lo que convierte la continuidad de cuidados entre sectores en la dificultad principal y, por tanto, el problema entra a formar parte del propio nombre del objeto.

3.2 El concepto de espacio sociosanitario

Se tiende a hablar, con poca propiedad e indiscriminadamente, de servicios sociosanitarios, recursos sociosanitarios, sector sociosanitario, etc. No creemos que estas extensiones del término en la vida cotidiana tengan la menor importancia, sin embargo suelen adquirirla cuando derivan en planteamientos poco operativos.

En realidad hay que dejar claro que los servicios sanitarios y sociales son dos tipos de servicios claramente diferenciados, practicados por profesionales con formaciones diferentes y deslindables con cierta facilidad si se tienen bien definidos los conceptos.

Cuestión de conceptos

Una cosa es adoptar un enfoque holístico que considere que la atención debe ser multidisciplinar e integral en muchos casos y otra muy distinta, confundir en un *totum revolutum* los servicios sociales y sanitarios.

Lo que define realmente el espacio sociosanitario son los clientes:

"...entendemos como clientes con necesidad de servicios sociosanitarios los que se encuentran en las siguientes situaciones:

- Clientes con necesidad simultánea de atención en ambas áreas
- Clientes en los que esta necesidad de atención es significativa, cuantitativa o cualitativamente, en ambos campos, tanto en la intensidad de la intervención como en la duración en el tiempo
- Clientes para quienes las intervenciones desde ambos sectores son sinérgicas en su efecto¹."

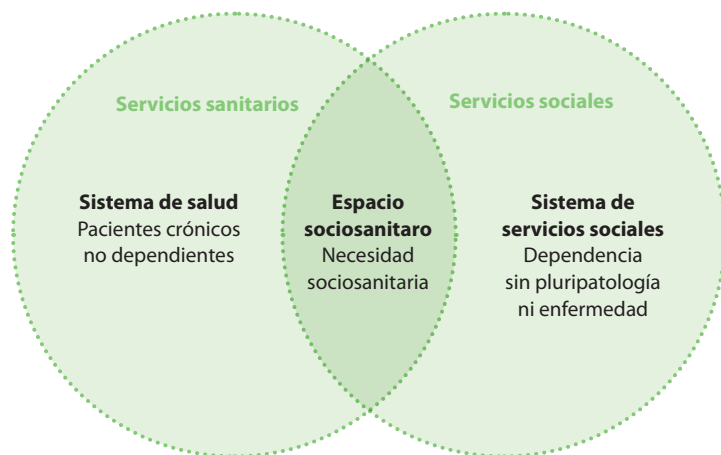
El concepto clave es, pues, la sinergia.

Por tanto, definimos el espacio sociosanitario como *el sistema de atención sanitaria y social que se presta al conjunto de clientes que precisan de esta intervención simultánea en el tiempo e integrada en la orientación de los dos tipos de servicios, para obtener sinergias que mejoren su estado.*

Es evidente la diferencia entre *la enfermedad que genera necesidad de servicios sanitarios* y *la dependencia como generadora de necesidad de servicios sociales*. Sin embargo, también es evidente que ambos conceptos están relacionados. La enfermedad es, con mucha frecuencia, la causa de la discapacidad y la dependencia.

En gran parte de los casos de dependencia en personas jóvenes, por ejemplo en los casos de discapacidad intelectual, el proceso patológico que generó la discapacidad, ha dejado ya de actuar, y nos encontramos con situaciones de dependencia donde no existe enfermedad concomitante. De igual forma, un paciente crónico con más de una patología pero sin dependencia física o psíquica es tributario del uso de servicios sanitarios sin participación del sector social. En estos casos es evidente que no tiene sentido hablar de servicios sociosanitarios y los problemas que se suelen plantear son más bien de prestación de servicios sanitarios y puntualmente sociales.

En cambio, en la mayoría de las situaciones de dependencia generadas en personas mayores, la dependencia sobreviene como consecuencia de enfermedades activas, generalmente crónicas y cuyo curso continúa una vez se ha producido la situación de dependencia.



El espacio sociosanitario debe organizarse, por tanto, como un área de convergencia de los servicios sociales y sanitarios; en este entorno, ambos sistemas deben encontrar fórmulas para integrar no tanto los recursos que los representan como la provisión de un paquete conjunto de servicios al usuario.

Un estudio reciente muestra el riesgo de dependencia asociado a la enfermedad en personas mayores. Descubre, por ejemplo, que, independientemente de la edad, mientras las enfermedades con síntomas leves tienen un *odd ratio* (factor de riesgo) de asociarse con dependencia de entre 1,10 a 4,04, la presencia de enfermedades con síntomas más importantes presenta unos *odd ratio* de prácticamente el doble (2,27 a 8,9). Es decir, la dependencia no sólo tiene una clara asociación con la enfermedad (entre un 10% más y casi 9 veces más) sino que se incrementa con la gravedad de ésta. Entre las enfermedades, destacan por su alta asociación con la dependencia, la patología cardíaca y los problemas graves de salud mental.²

En los casos que combinan enfermedad y dependencia se producen dos situaciones paradigmáticas:

- Por una parte, la continuidad de la enfermedad (o enfermedades) impide el abordaje de la dependencia si no está bien controlada. En este sentido, el control deficiente de la enfermedad produce mayor dependencia funcional, y la no atención a la dependencia dificulta o impide el correcto control de la enfermedad.
- Por otra, la intervención sobre cada uno de los dos componentes tiene sinergias evidentes sobre el otro. Este es el caso de la ayuda social a domicilio, que puede contribuir al control de la toma de medicación y además, simultáneamente, mejora las actividades básicas de la vida diaria a través de la rehabilitación

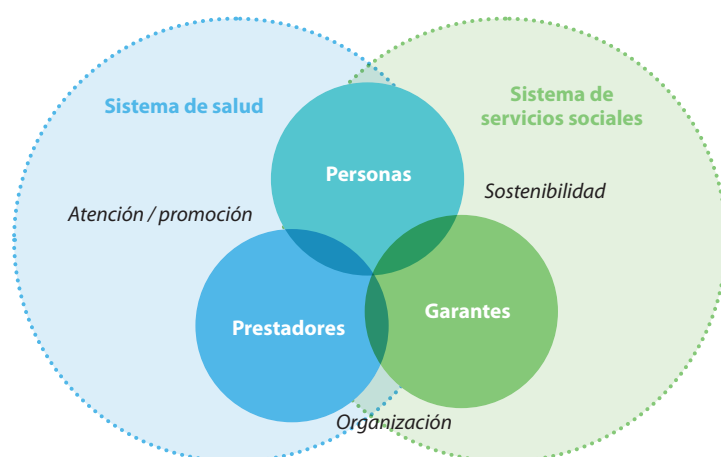
Esto rompe también con determinados apriorismos holísticos que aplican la necesidad de valoración integral a todos los posibles demandantes de servicios, tanto sociales como sanitarios, en el caso por ejemplo de las personas mayores. Buena parte de la clientela de los servicios públicos sólo necesita una intervención o sanitaria o social. Plantearse lo contrario, en la práctica, es sobrecargar unos recursos que, por ser finitos, deben concentrarse allí donde su intervención es más necesaria.

En este sentido no parece apropiado (y esto es simplemente una disquisición que no pretendemos, ni mucho menos, se traslade a la práctica) hablar de *servicios sociosanitarios* (un servicio es sanitario o social) y no es muy apropiado tampoco hablar de *recursos* o *centros sociosanitarios*: recursos y centros pueden ser básicamente sanitarios o sociales y prestar servicios del otro sector, ya sea porque el centro incluye el otro tipo de servicios, o porque profesionales de otro centro acuden a prestar dichos servicios (por ejemplo, médicos o enfermeras de un centro de salud prestando servicios en una residencia social).

Lo verdaderamente “sociosanitario” será que ambos tipos de servicios, los preste quien los preste y desde el centro o la administración que sea, interactúen en la elaboración y realización de un plan de cuidados con unos objetivos comunes, consiguiendo generar sinergias entre las dos intervenciones.

Esta definición incorpora en sí misma un cierto grado de complejidad, porque debe ser capaz de conjugar los intereses, expectativas, voluntades y capacidades de los varios agentes que intervienen, que a la vez forman parte de distintos sistemas, con diversos grados de madurez dentro de un contexto que cambia a gran velocidad.

Personas, garantes y prestadores son los principales agentes que intervienen en la atención a personas con dependencia del sistema de salud y del sistema de servicios sociales; tienen espacio propio, pero también comparten espacios comunes que persiguen la atención y promoción de las personas con dependencia, la mejor organización de esta atención y, por supuesto, su *sostenibilidad* financiera.



Nuestra propuesta es, por tanto, que más allá de que las políticas sociosanitarias *creen* o no un tercer sector entre la sanidad y los servicios sociales, sí deben tender a garantizar que la necesidad de cada tipo de servicio sea satisfecha en la práctica a lo largo de las dos redes (la sanitaria y la social) y en los ámbitos comunes que se decidan.

En un país en el que las redes sanitaria y social están separadas y trabajan con una gestión e incentivos diferenciados, el campo de intervención de la política sociosanitaria

Cuestión de conceptos

está en inventar los mecanismos e incentivos para que ambas redes trabajen de forma integrada para aquellos clientes que así lo necesiten.

Por este motivo, preferimos el concepto de *espacio sociosanitario*: lo sociosanitario no son sólo unos servicios o recursos, es la actuación que debe darse a un conjunto de clientes que precisan de ambos tipos de servicios y atención, suministrada sinérgicamente.

Crear recursos específicamente sociosanitarios (un conjunto de centros o dispositivos específicos) puede ser un buen abordaje práctico del problema y resuelve una serie de situaciones de clara necesidad. Pero no por ello hay que olvidar que el "espacio" sociosanitario es algo más que esos nuevos recursos y que seguirá existiendo a lo largo de las dos redes. Los nuevos recursos sociosanitarios no atenderán nunca la totalidad de la demanda y siempre encontraremos ciudadanos en los recursos titulados como sociales o como sanitarios que precisarán de un servicio continuado desde el otro sector. Es por ello que la creación de un "tercer sector" entre el sanitario y el social sólo resuelve una parte del problema.

3.3 Perfiles de personas con necesidades de atención sociosanitaria

La atención sociosanitaria se presta especialmente sobre aquellos colectivos que combinan la presencia de enfermedad con diversas situaciones de dependencia y un mayor o menor grado de carencias sociales. Sin existir una delimitación taxativa del perímetro, podemos identificar una serie de situaciones o "perfiles" de personas, donde la necesidad sociosanitaria es más frecuente. Sin afán de ser exhaustivos:

- Personas mayores con pluripatología y dependencia
- Pacientes terminales con cuidados paliativos
- Personas con trastorno mental severo crónico
- Personas con gran discapacidad física
- Personas con discapacidad intelectual severa
- Personas menores de 65 años con enfermedades crónicas discapacitantes
- Personas con problemas de adicción a drogas ilegales y alcohol y/o patología dual (salud mental y adicciones)

Dentro de cada uno de estos grandes colectivos existen un conjunto de circunstancias específicas que condicionan los servicios sanitarios y sociales requeridos.

Por otro lado, continúan existiendo un conjunto de perfiles, relativamente similares a los anteriores, que no incluiríamos en el espacio sociosanitario:

- Enfermos crónicos pluripatológicos no dependientes: la autonomía personal marca la diferencia con el espacio sociosanitario. Un paciente crónico con pluripatología puede precisar un amplio nivel de servicios sanitarios especializados o de atención primaria e incluso ser un candidato a las formas de gestión de la patología o a la gestión de casos. Sin embargo, la ausencia de dependencia hace

que no precise servicios sociales continuados de ayuda personal o doméstica. Aunque estos pacientes pudiesen requerir de forma puntual algún servicio social determinado, ello no los convierte en parte del espacio sociosanitario. En cambio, cuando la ayuda personal que necesitan por causa de la dependencia física o psíquica actúa colaborando con un plan de cuidados interdisciplinar, estamos plenamente en el campo sociosanitario.

- De igual manera, existe un conjunto de ciudadanos con necesidades de soportes personales típicos de los servicios sociales, cuya enfermedad crónica no juega un papel determinante. Éste es, por ejemplo, el caso de la mayoría de casos de discapacidad física en personas jóvenes. Aunque existan necesidades sanitarias e importantes servicios sociales, la no existencia de enfermedades crónicas activas y evolutivas hace innecesaria la sinergia entre los dos sistemas que se pueden limitar a coordinaciones puntuales. En cambio, en buena parte de los casos de discapacidad física en jóvenes derivada de una enfermedad progresiva limitante, esta necesidad de integración sociosanitaria suele hacerse evidente.

La complejidad del campo sociosanitario nos lleva a limitar el documento actual al abordaje de los problemas de construcción del espacio sociosanitario en un gran colectivo, el de las **personas mayores con pluripatología y dependencia**. Las razones de limitar la exposición a este colectivo son simples:

- Este documento no incluye descripciones específicas sobre las necesidades o los servicios de un colectivo determinado. Se centra en las dificultades y posibles abordajes de la integración de servicios sociosanitarios. Si bien los problemas genéricos del espacio sociosanitario son equiparables en casi todas las situaciones, a la hora de describirlos, las situaciones, los servicios necesarios y los enfoques, tienen tantas especificidades entre colectivos que harían este documento demasiado complejo y prolijo.
- Por otra parte, aunque los problemas específicos sean muy diferentes, los aspectos básicos son bastante similares: la descripción de los problemas de la integración sociosanitaria para las personas mayores es fácilmente aplicable al resto de colectivos.

Pensamos, por tanto, que lo expuesto en el documento sobre el espacio sociosanitario es en general aplicable al conjunto de situaciones, aunque en el documento nos referiremos en todo momento al colectivo de personas mayores con pluripatología, fragilidad y dependencia.

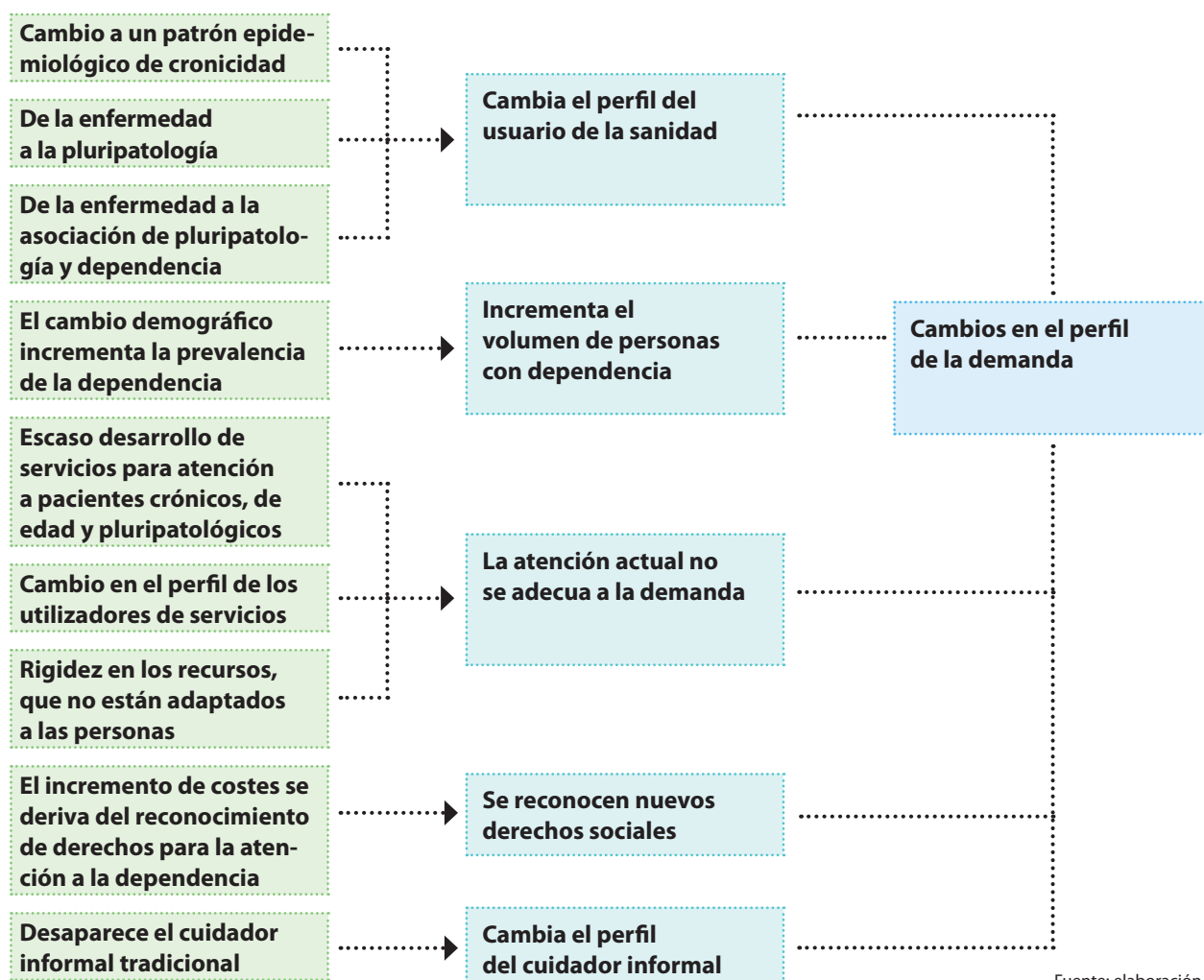
- 1 Portella E, Carrillo E. (2005) La Atención Sociosanitaria. En: Navarro C, Cabañas C, Tormo MJ. La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe ESPAS 2005. SG Editores.
- 2 Rubio Aranda, E., Lázaro Alquézar, A., Martínez Terrer, T., Magallón Botaya, R. (2009). Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. Revista Española de Geriatría y Gerontología; 44(5);244-250.

04 La base del problema: cambios en el perfil de la demanda

Cuando hablamos del reto de la atención sociosanitaria a veces no nos damos cuenta de que este no se plantea sólo sobre la atención social o sociosanitaria, sino también y de forma muy clara sobre la atención sanitaria general que viven una clara presión ocasionada por los cambios en los perfiles de la demanda que se debe atender.

El esquema de modelo causal de la figura ilustra resumidamente el conjunto de factores interrelacionados que presionan sobre ambos sistemas:

- El cambio de perfil del usuario de la sanidad
- El incremento del volumen de personas con dependencia
- La inadecuada manera de atender en la actualidad
- El reconocimiento de nuevos derechos sociales
- El cambio en el perfil del cuidador informal



Fuente: elaboración propia

4.1 El cambio a un patrón epidemiológico de cronicidad

Uno de los factores clave del problema es puramente sanitario: el patrón de las enfermedades ha cambiado radicalmente en este siglo.

Actualmente, según Bengoa¹ el 70% del gasto sanitario está relacionado con las enfermedades crónicas. La prevalencia de diabetes en España ha pasado en 10 años del 4% al 6% y en personas mayores de 75 años del 7 al 17%.

Muy probablemente, no ha habido una reflexión profunda y, aún menos, una actuación sobre el impacto que este cambio debería haber tenido en el sistema sanitario. El cambio de enfoque, aparece referenciado en Bengoa:



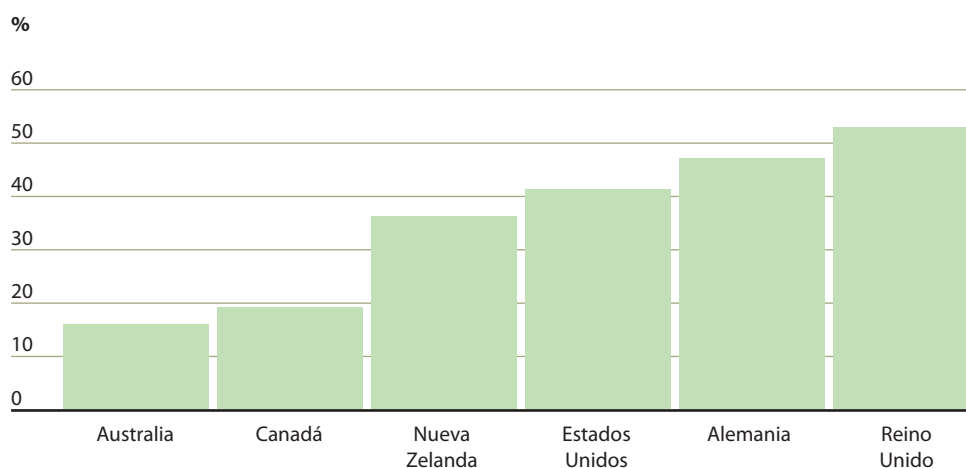
HOY: Curar	MAÑANA: Curar y cuidar
<ul style="list-style-type: none">• El paciente aparece• El paciente es tratado• El paciente es dado de alta• El paciente desaparece de la pantalla del radar	<ul style="list-style-type: none">• El paciente aparece• El paciente es tratado por equipo multidisciplinario• El paciente es dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento• El paciente es activo y recibe apoyo continuo del sistema• El paciente es sociosanitario• El paciente continúa en la pantalla• El paciente continúa en la pantalla del radar con monitorización remota e historia clínica electrónica

Fuente: Modelos en transición. Bengoa (Observatorio Kroniker)

Como siempre, el problema no es en sí el cambio epidemiológico, sino la rigidez de nuestro sistema para adaptarse al cambio y la limitada eficacia del enfoque tradicional para conseguir buenos resultados en la enfermedad crónica.

Como se observa en la siguiente figura, que aporta un análisis por países, los distintos estados tienen niveles de adaptación al cambio muy diferentes cuando se mide, por ejemplo, la disponibilidad en los equipos de atención primaria de enfermeras de gestión de casos, uno de los servicios clave para enfocar la patología crónica.

Equipos que disponen de enfermería de gestión de casos (2005). Porcentaje de equipos que dispone de un/una enfermero/a de gestión de casos



Fuente: The Commonwealth Fund 2005 Internations Health Policy Survey of Sicker Adults in Six Countries.

Desconocemos la situación precisa en España con respecto a este indicador, pero sabemos que la existencia de gestores/as de casos, tanto en el mundo de la atención primaria como en el de la hospitalaria, es prácticamente testimonial y limitado a experiencias piloto o centros especialmente innovadores. Así, si medimos sólo en función de este criterio, y es un criterio importante de adaptación de modelo, nuestro nivel de adaptación al nuevo perfil epidemiológico es prácticamente nulo.

No se trata simplemente de un problema de modas, porque la consecuencia de esta inadaptación del sistema es la obtención de unos bajos resultados en el control de estas enfermedades.

Por ejemplo, el estudio de Woolf citado por Bengoa¹, constata que un 45% de los hipertensos no recibe el tratamiento adecuado. Un sistema sanitario no proactivo y no orientado a la prevención y el seguimiento de los pacientes fracasará masivamente en la consecución de unos resultados que son perfectamente alcanzables desde el punto de vista de la tecnología sanitaria.

4.2 De la enfermedad a la pluripatología

El segundo componente del cambio de patrón epidemiológico es el paso de la enfermedad a la pluripatología.

Esta transición constituye un segundo reto para el sistema sanitario: más de un 25% de las personas mayores de 45 años sufren de más de una patología crónica que requiere ser tratada.

La parcelación y especialización del cada vez más cuantioso conocimiento médico hace difícil que un paciente obtenga un tratamiento y seguimiento equilibrado del conjunto

La base del problema: cambios en el perfil de la demanda

de sus enfermedades y no la suma de tratamientos de varias especialidades desconectadas entre sí.

Aquí los datos son también clarificadores. El estudio de Schoen (citado en Bengoa¹) muestra que más del 30% de los médicos de atención primaria se considera incompetente para el manejo de los pacientes con pluripatología. El paciente crónico pluripatológico precisa, como veremos más adelante, enfoques específicos orientados a la mejora de su conocimiento y motivación para el cumplimiento de los tratamientos. El modelo de atención de la enfermedad aguda fracasa notablemente en este terreno.

4.3 De la enfermedad a la asociación de pluripatología y dependencia

La tercera consecuencia clave de este cambio de paradigma es la frecuencia de asociación entre enfermedad, mayoritariamente pluripatológica, y dependencia. La dependencia puede cursar sin asociarse con la enfermedad crónica, aunque no ocurre así en la mayoría de los casos.

En gran parte de las personas dependientes, la asociación con la enfermedad crónica (pluripatología) no es sólo un problema de causalidad; el curso de la enfermedad agrava la dependencia y la dependencia dificulta la capacidad para seguir el tratamiento de la enfermedad.

Según muestra un estudio sobre las personas mayores dependientes, se produce además una clara asociación entre el nivel de dependencia y la prevalencia de la pluripatología crónica. Enfermedad y dependencia no están sólo asociadas en su presencia en las personas sino también en intensidad².

La asociación de enfermedad crónica activa y dependencia constituye precisamente la base de la necesidad sociosanitaria. El problema se da cuando la enfermedad contribuye significativamente a empeorar la dependencia y una falta de atención correcta a la dependencia impide alcanzar mejores resultados en salud. Como se ha expuesto anteriormente, podemos visualizar un ejemplo en cómo un servicio de ayuda a domicilio poco o mal entrenado en la administración de medicación puede dejar de contribuir al control de una enfermedad, que a su vez puede empeorar la situación de dependencia. O en como las tareas de apoyo a la realización de las actividades básicas de la vida diaria suministradas por el personal social pueden contribuir a un programa de rehabilitación en el domicilio.

Este tipo de situaciones es más que evidente y conocida en la práctica por unos equipos sociales y sanitarios que, sin embargo, encuentran multitud de dificultades para integrar sus intervenciones en un plan de cuidados común.

4.4 El cambio demográfico incrementa la prevalencia de la dependencia

Más que "envejecimiento demográfico" preferimos el término *democratización de la supervivencia*, utilizado por J. Pérez³. Según esta definición del cambio, en lugar de

La base del problema: cambios en el perfil de la demanda

mantener su capacidad reproductiva en base a una elevada natalidad compensada por una alta mortalidad, las sociedades modernas han “democratizado” la supervivencia y por tanto no precisan para su mantenimiento de tasas de natalidad tan elevadas. Visto así, en el fondo es una gran mejora de la eficiencia demográfica.

Su consecuencia es la prolongación masiva de la expectativa de vida que, en 2007 en España, se situaba ya en 83,48 años para las mujeres y 76,96 años para los hombres.

Tampoco vamos a insistir en el casi-axioma de que el cambio de la pirámide demográfica conlleva un incremento de la prevalencia de la dependencia. Una pirámide demográfica más envejecida implica evidentemente una mayor prevalencia de la dependencia. Pero ello no ocurre necesariamente así si ajustamos por grupo de edad. La prevalencia global calculada sobre el total de población sin ajustar por edad, aumenta con el envejecimiento, pero la prevalencia en personas de la misma edad está disminuyendo en muchos países. Los análisis sobre el fenómeno de la *compresión de la morbilidad* han demostrado que el mejor control de los factores de riesgo³ y los hábitos más saludables de la población inciden en disminuir las prevalencias de la dependencia.⁴

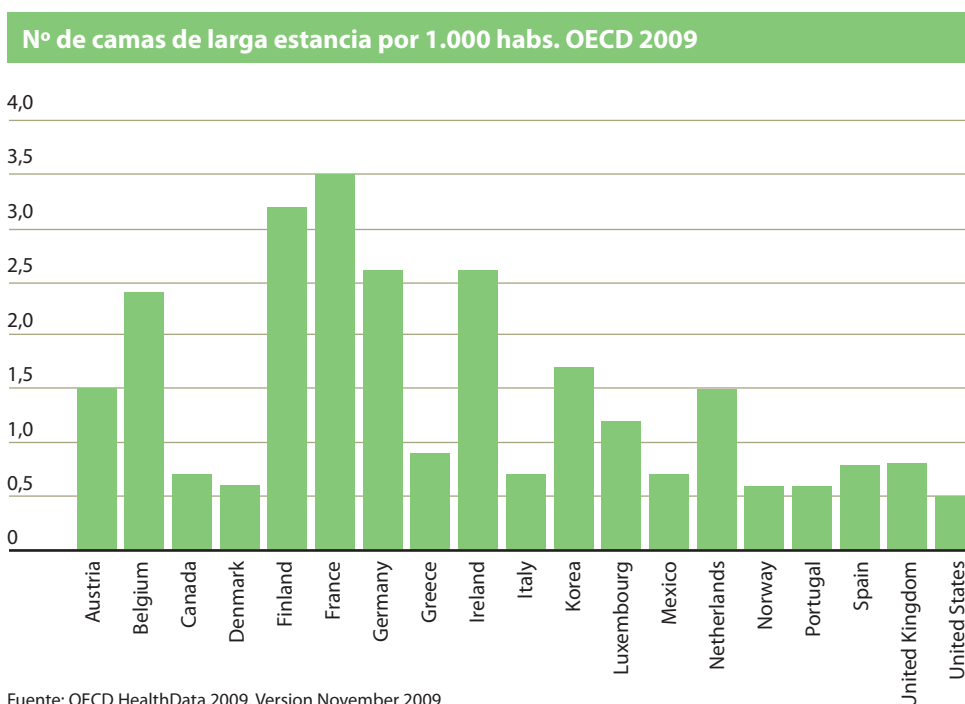
Una vez más, el fracaso de nuestro sistema sanitario en mantener una actitud proactiva de prevención y control de los factores de riesgo incrementa la carga de cuidados en el sistema social y de complejidad de la atención en el sistema sanitario. La asociación de edad y dependencia no es, por tanto, ineluctable: un cambio como el derivado del nuevo patrón demográfico en las sociedades desarrolladas no debe conllevar una amenaza, siempre que se afronten adecuadamente sus consecuencias.

Las consecuencias del envejecimiento no están determinadas (*demography is not destiny*⁵). El problema no es un asunto actuarial (predecir cual será la tasa de dependencia de nuestros mayores en el futuro) sino de políticas de salud: hoy decidimos cuanta dependencia evitaremos que se produzca mañana.

El cambio de perfil demográfico no es más que un cambio, la persistencia en responder a las nuevas necesidades con la misma rigidez e ineficiencia constituye una amenaza en toda regla a la supervivencia del sistema y a la confianza de los usuarios.

4.5 El escaso desarrollo de los servicios para atención a pacientes crónicos, de edad y pluripatológicos

Cuando comparamos indicadores de recursos estructurales con los países más desarrollados surge siempre un dato sorprendente: mientras la tasa de plazas residenciales y camas hospitalarias de agudos es equiparable, la comparación se desequilibra radicalmente en lo que se refiere a las camas de hospitalización de crónicos que en nuestro país son, o al menos eran hasta hace pocos años, testimoniales. La situación ha ido mejorando, con diferencias notables en función de la comunidad autónoma, pero aún es bastante evidente.



Tradicionalmente, esta ha sido una marca diferencial de nuestro sistema. Un conjunto de dispositivos asistenciales, como los denominados *nursing homes* u hospitales de rehabilitación, no ha tenido prácticamente desarrollo en el sistema asistencial español.

A partir de la década de los 80, algunas comunidades autónomas empezaron a definir el concepto, desarrollando recursos del tipo sociosanitario. Cataluña fue pionera en gran medida gracias a su habilidad para conjuntar un programa de desarrollo sociosanitario (el Programa Vida als Anys), reconvirtiendo en centros sociosanitarios un conjunto de hospitales que no cumplían los requisitos necesarios para acreditarse como hospitales de agudos. Otras comunidades iniciaron políticas y experiencias sociosanitarias, con mayor o menor fortuna. 30 años más tarde, el cuadro de distribución de camas hospitalarias y plazas residenciales aporta un diagnóstico de situación: las diferencias entre comunidades autónomas son importantes en todos los indicadores de recursos, pero se acentúan radicalmente en la dotación de recursos intermedios de camas de hospitales de media y larga estancia que se sitúan entre los hospitales de agudos y las plazas residenciales sociales.

Paradójicamente, la única red asistencial sociosanitaria integrada que teníamos (la red de centros de salud mental), con su transferencia a las comunidades autónomas, o bien ha sido escindida en servicios sanitarios y sociales o bien ha sido asumida por el sistema de salud, con la consecuente "sanitarización" de la atención. Es evidente que el sistema de atención psiquiátrica heredado de las diputaciones provinciales merecía una transformación radical, pero ¿era necesario distribuir entre la red sanitaria y la social unos servicios que se prestaban integrados?

El resultado actual es más que evidente, pocas comunidades autónomas pueden presentar hoy día un cuadro amplio de recursos intermedios y compartidos entre los servicios sanitarios y sociales. El salto, por ejemplo, entre el hospital y la residencia asistida sigue siendo demasiado grande como para adecuarse a las necesidades de gran número de personas.

4.6 En España, el verdadero incremento de costes se deriva del reconocimiento de derechos para la atención a la dependencia

Parece mentira los ríos de tinta que hemos hecho correr atribuyendo el incremento del gasto público al envejecimiento.

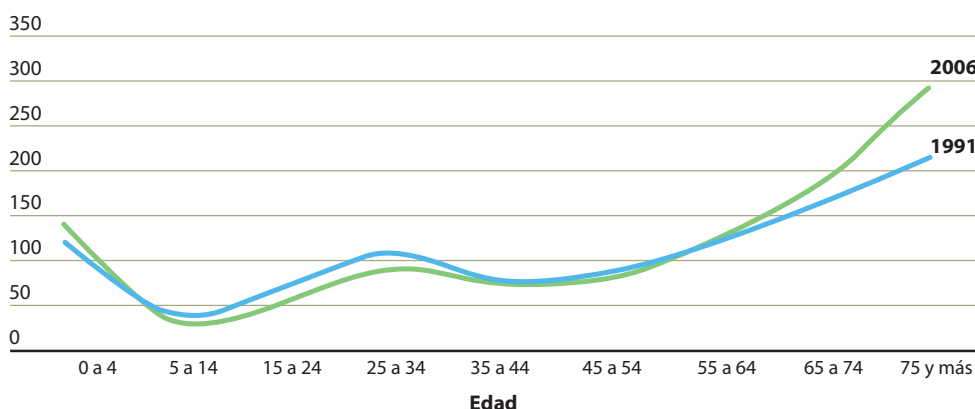
Es conocido que se producen incrementos substanciales de costes como consecuencia de: la mejora de la cobertura (un colectivo determinado pasa a tener capacidad de usar un determinado recurso); de la accesibilidad (los servicios son más próximos están más disponibles para su uso); de los estándares de servicio (para una misma situación de necesidad los profesionales prescriben más servicios) y del coste de los mismos (derivado del incremento de coste de los recursos humanos o de la tecnología).

En realidad, el factor principal del incremento del coste de los servicios no es el aumento de la necesidad, sino el de la prestación real media, en el que también intervienen factores como la mayor tecnología, su fácil oferta y la variabilidad en su utilización (es decir todo aquello que influye en el gasto, descontando el factor demográfico y la inflación).

Por ejemplo, hace quince o veinte años en España ya teníamos una pirámide poblacional claramente envejecida. Desde entonces, lo que ha ocurrido es que esta población mayor ha incrementado su utilización de, entre otros, los servicios sanitarios muy por encima de las poblaciones jóvenes.

Evolución de la tasa de morbilidad hospitalaria (por mil). 1991-2006

Tasa (1.000 hab.)



Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de morbilidad hospitalaria 2006. INE, consulta en junio de 2008.

INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006. INE, consulta en junio de 2008.

El problema no es, por tanto, el aumento de las personas mayores sino el incremento de su tasa de utilización de servicios.

La actualización posterior de estos datos muestra que la frecuentación hospitalaria de las personas mayores continúa aumentando más que la de los jóvenes, aunque ya no a un ritmo tan significativo como el de la década anterior.

Tasa de frecuentación hospitalaria. 2004 y 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2008. Instituto Nacional de Estadística.⁶

Del mismo modo, las consecuencias del envejecimiento sobre el uso de cada tipo de servicio no siguen una tendencia paralela al aumento de la población mayor. Entre otros, un estudio del DREES en Francia muestra cómo el incremento de la población mayor se acompaña con una reducción de las estancias totales (no de los ingresos) de las personas mayores con lo que el impacto del envejecimiento no implica mayor necesidad de camas de hospitales de agudos⁷.

En el caso de los servicios sociales, el efecto del incremento del uso y del coste por aumento de la oferta más que de la demanda es evidente. La prestación de los servicios sociales más importantes está pasando en España de tener un carácter *graciable* a considerarse un derecho subjetivo.

El exponente más claro de esta transformación es la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), aunque las últimas regulaciones autonómicas de los servicios sociales inciden también en este cambio. Nuevos estándares de prestación de servicios, como determinadas formas de atención geriátrica y sociosanitaria y el reconocimiento de nuevos derechos a los servicios sociales, explican mucho más el aumento de los costes del sistema social que el cambio demográfico, de impacto mucho más lento.

La base del problema: cambios en el perfil de la demanda

Según la memoria económica de la LAPAD se estima que el coste total anual de su aplicación superará el 1% del PIB en el año 2015, una vez alcanzado su total desarrollo.

Sin embargo, como se menciona en el informe del grupo de expertos constituido a instancias del Congreso de los Diputados para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la LAPAD, las estimaciones de costes del sistema han quedado muy por debajo de la realidad:

“la atención a la dependencia, según estimaciones de costes realizadas en el ámbito académico, estaría reclamando ya en el presente año más del doble de dicha estimación en el caso de encontrarse toda la población dependiente con derecho a prestación (estimada en unos 900 mil beneficiarios) plenamente cubierta según las provisiones de la Ley y en función de un gasto por beneficiario y año estimado superior a los 10.000 euros. Para el año 2015, en el que la Ley prevé que dicho desarrollo potencial del SAAD esté plenamente operativo, los recursos oficialmente consignados en las previsiones disponibles son manifiestamente inferiores a lo que dichas estimaciones académicas contemplan.

Conviene entender que el mayor coste del SAAD estriba, de momento, en el escalamiento material de las estructuras actuales hasta el nivel de capacidad (infraestructuras) y catálogo de servicios contemplado por la propia LAPAD, estimado en un 1,5% del Producto Interior Bruto (PIB) para 2015, frente al 0,6% del PIB en la actualidad.”⁸

Resulta extremadamente difícil precisar cantidades concretas del coste y del gasto que la aplicación de la LAPAD conlleva por varios motivos. En primer lugar porque la información completa de lo que cuesta el sistema no la tiene nadie. El sistema no se ha basado en el cálculo real de los costes que ocasiona, ha estimado y establecido cantidades concretas de aportación de cuantías para prestaciones, de los niveles mínimos y acordados, pero no ha tenido en cuenta, por ejemplo, los costes de producción reales, los costes que ocasiona la gestión y los costes de inversión inherentes a la creación de servicios.

En segundo lugar no podemos precisar el gasto que ocasiona porque no es posible precisar la aportación de todos los que contribuyen a su mantenimiento, por no ser conocida. Sabemos de la aportación del Estado, pero es muy difícil averiguar el gasto que asumen las Comunidades Autónomas, repartido en diversos conceptos de sus respectivos presupuestos (personal, gestión, prestaciones directas, financiación de prestaciones a través de otros prestadores como los municipios, etc.). Asimismo, desconocemos las cantidades aportadas por la vía del *copago* de los servicios o por la vía de la financiación directa de otras administraciones, como la local.

Las cifras hablan por sí solas de este baile. Podemos comparar las estimaciones de la memoria económica que acompañó a la Ley (A) con las estimaciones del coste de su aplicación para 2009, realizadas ese mismo año, es decir, una vez iniciada de verdad la andadura del sistema (B) y con los recursos económicos que parecen haber sido destinados en 2009 a la misma (C).

(A) Evolución de la financiación pública de la LAPAD

Año	Aportación de la A.G.E. (€)	Financiación pública total estimada (€)
2007	400.000.000	800.000.000
2008	678.685.396	1.357.370.793
2009	979.364.617	1.958.729.234
2010	1.160.330.812	2.320.661.624
2011	1.545.425.613	3.090.851.227
2012	1.673.884.768	3.347.769.536
2013	1.876.030.564	3.752.061.129
2014	2.111.571.644	4.223.143.288
2015	2.212.904.397	4.425.808.795

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria económica de la LAPAD

(B) En estimaciones hechas por Julia Montserrat⁹ en base al establecimiento de los costes unitarios por servicio, la estimación final del coste generado en 2009 alcanza más de 6.000 millones de euros, causado por el incremento en el número de personas reconocidas y los costes no contemplados a priori de procesos de apoyo a la implantación de la ley (valoración, sistemas de información) y de dotación de infraestructuras:

Costes medios de la atención a la dependencia (euros mes)									
	Servicios			Prestaciones económicas			Total prestaciones		
	Grado 3	Grado 2	Media	Grado 3	Grado 2	Media	Grado 3	Grado 2	Media
Coste servicios (€/mes)	1.615	910	1.262	501	323	427	1.015	643	844

Estimación presupostaria año 2009. Estimación coste (euros/año)			
	Beneficiarios	Coste	(%) / total
Prestaciones servicios	285.185	4.534.783.722	74
Prestaciones económicas	286.723	1.469.168.652	24
Total beneficiarios y costes atención	571.908	6.003.952.374	
Coste gestión sistema		120.079.047	2
Total coste		6.124.031.421	100

Fuente: Montserrat Codorniz, Julia. Informe sobre el modelo de financiación del SAAD. 2009⁹

(C) El gasto real causado a las administraciones públicas por el sistema en el 2009 es realmente difícil de conocer. En cualquier caso, el Estado ha contabilizado su contribución directa al sistema en 2.031.184.578,80 €, según se detalla en los diversos Reales Decretos y Resoluciones¹⁰ dictados. De éstos, 1.657.859.006,80 € corresponden al nivel mínimo y al nivel acordado y por tanto las CCAA habrán aportado también en el año 2009 como mínimo 1.657 M€.

La base del problema: cambios en el perfil de la demanda

A ello hay que añadir las aportaciones vía *copago* de los usuarios —que no son las mismas en las diversas CCAA—, que supondremos no alcanzan el 20% del coste total del sistema¹¹. Con todas las precauciones expresadas más la consideración que las aportaciones de las administraciones realmente se corresponden con el coste del sistema —algo que, como ya hemos mencionado, no es así— estamos hablando de que en el año 2009 la aplicación de la LAPAD ha supuesto un desembolso de por lo menos 4.426.852.302,72 €.

Sin embargo, si todas las personas reconocidas —dictámenes emitidos— recibieran servicios, considerando el coste medio por perfil referido anteriormente, estaríamos hablando de un coste anual de aplicación de la ley de 7.747.377.744 €; lo que significa el 0,7% del PIB (INE, 4º trimestre 2009).

Estimaciones de coste anual en base a datos 1 enero 2010				
			Costes promedio anual (€)	Coste anual total (€)
Dictámenes	Grado III Nivel II	214.800	12.180 (1.015 €/mes)	2.616.264.000
	Grado III Nivel I	235.422		2.867.439.960
	Grado II Nivel II	138.424	7.716 (643 €/mes)	1.068.079.584
	Grado II Nivel I	154.950		1.195.594.200
			Total	7.747.377.744

Fuente: Elaboración propia en base a los costes medios de atención a los distintos grados establecidos por Julia Montserrat y a los datos publicados por el Imsero: Informe de situación del SAAD a 1 enero 2010¹²

Con este gasto hay que contar a partir del 1 de enero del 2010, al que habrá que añadir los nuevos beneficiarios que entren en el sistema a lo largo del año.

Volvemos, pues, a incidir en que el aumento del coste no viene dado por el envejecimiento de la población sino por el mayor reconocimiento de sus derechos, tanto sanitarios como sociales. Ello implica que es determinante la eficiencia con la que se logre implantar estos nuevos sistemas de protección y con que se desarrollen los sistemas ya existentes, siendo mucho más fácil dirigir nuevos servicios hacia formas más eficientes, que hacerlo con servicios consolidados. La eficiencia no pasa simplemente por aumentar los recursos, se trata de ofrecer servicios diferentes, gestionados de un modo distinto.

4.7 Si desaparece el cuidador informal tradicional, ¿quién recoge el testigo?

El incremento de las personas mayores y en consecuencia del número de personas con necesidad de cuidados se produce en paralelo al debilitamiento de figuras y estructuras familiares que tradicionalmente han propiciado el ejercicio del cuidado informal en el hogar.

La base del problema: cambios en el perfil de la demanda

Actualmente, el perfil de quién mayoritariamente asume el cuidado informal de las personas con dependencia, se corresponde todavía al de una mujer con unas características determinadas¹³:

Cuidadora informal	
• Mujer	• No recibe ninguna ayuda
• Mayor de 50 años	• Cuida por razones morales, con abnegación
• Casada con hijos	• Cuidar le afecta física, económica y emocionalmente y también condiciona su vida relacional
• Estudios primarios	• Piensa que su labor no está reconocida socialmente
• Sin ocupación laboral remunerada (no puede trabajar porque se dedica al cuidado)	• Piensa que hacen falta más ayudas
• Hija cuidadora de su madre	
• Dedicación permanente al cuidado	
• Aprendió a cuidar por intuición y observando a las profesionales del cuidado	

Sin embargo, la disponibilidad de las mujeres para el ejercicio del cuidado informal está cambiando. Según Eurostat, la tasa de empleo femenina en la UE-25 ha pasado del 51,1% en 1994 al 59,4% en 2008, evidenciando el aumento del acceso de la mujer al mercado laboral.

Del mismo modo, las estructuras familiares viven cambios importantes que tienen como consecuencia, por ejemplo, el incremento de las familias monoparentales, que en el 2008 ya representaban el 5% del total de hogares en España (explotación de la Encuesta de Población Activa, INE).

A pesar de todo, no hay que ser tremendista. Que cambie el modelo tradicional de familia no implica que los cuidados informales no sigan prestándose en el hogar. El propio envejecimiento suministra unos cuidadores de personas mayores y niños con un rol social nada desdeñable, los ancianos¹⁴.

Pero es evidente que la sociedad ya no puede descansar casi exclusivamente en el sector de cuidadores familiares de forma masiva como había ocurrido en España hasta hace poco. La aplicación de la LAPAD no parece haber producido un cambio radical en esta tendencia, al contrario. La prestación económica por cuidados familiares en el hogar, en enero del 2010, representa casi la mitad (49,97%) de todas las prestaciones concedidas.¹²

4.8 ¿Un cambio radical en el perfil de los utilizadores de servicios?

Vivimos en un nuevo entorno social, protagonista de una auténtica revolución tanto en la vida personal como en la colectiva, que tiene su epicentro en la omnipresencia y utilidad de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs); estamos incorporando nuevos estilos, características y valores a nuestra vida de ciudadanos.

Las TICs rompen todas las barreras de espacio y tiempo, haciendo de la globalidad, la accesibilidad, la inmediatez y la transparencia los elementos comunes al intercambio de información, a la adquisición o la producción de bienes y servicios, a las transacciones y a los desplazamientos. El conocimiento se transmite a gran velocidad y tiene una vida efímera. Todo corre, todo sucede rápidamente.

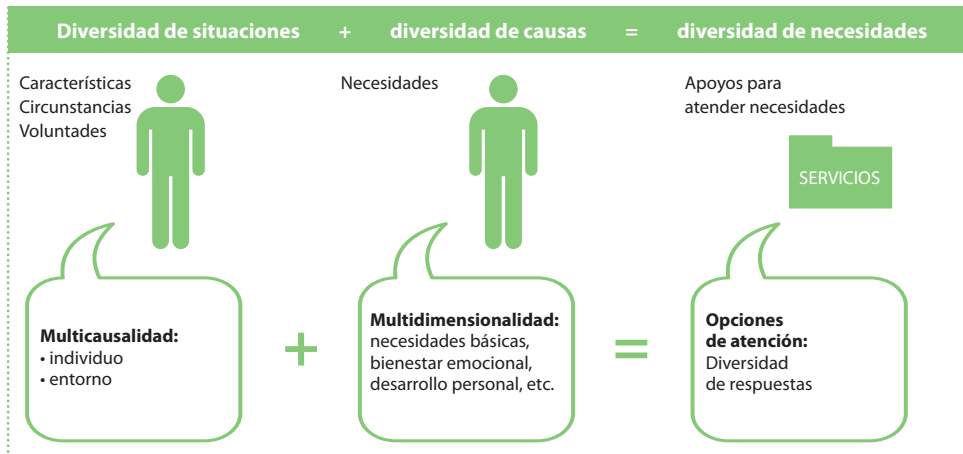
Este nuevo entorno nos convierte en ciudadanos informados, ciudadanos exigentes, con libertad y capacidad de elección, que viven nuevas situaciones y tienen nuevas necesidades.

Nos hemos convertido en *clientes* con poder de elección: el poder es de los que compran, no el de los que producen, ni el de los que venden. Compradores de bienes, de servicios y también compradores de derechos reconocidos: el derecho a recibir servicios sanitarios o sociales, en situación de necesidad. Ciudadanos que esperan y aspiran a la máxima calidad de vida, a los servicios necesarios que les permitan alcanzarla. Ciudadanos que exigen la máxima calidad de atención en unos servicios, hasta día de hoy, poco medidos y evaluados por esa variable.

Y todo ello en un entorno general de contención del gasto y de necesidad de eficiencia que cierra el círculo que envuelve a la prestación de servicios sociales y sanitarios.



Los cambios sociales, domésticos y legales hacen que hoy hablemos de un perfil de *usuario* de servicios, caracterizado por la diversidad y la capacidad de elección.



Fuente: elaboración propia

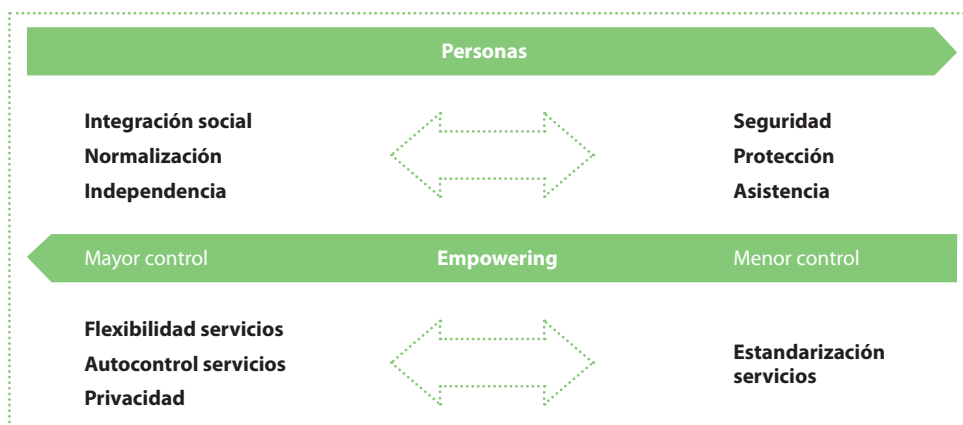
Frente a esta diversidad, sólo hay una respuesta posible: la personalización de los servicios.

4.9 ¿Pensar en las personas o pensar en los recursos?

En este contexto global, donde las personas pasan de ser sujetos pasivos a ser sujetos activos de su propio bienestar, la prestación de servicios basa el desarrollo en una comprensión profunda de su actividad; se reenfoca de la pura asistencia a la promoción, de la fragmentación a la globalidad y de la estandarización a la personalización.

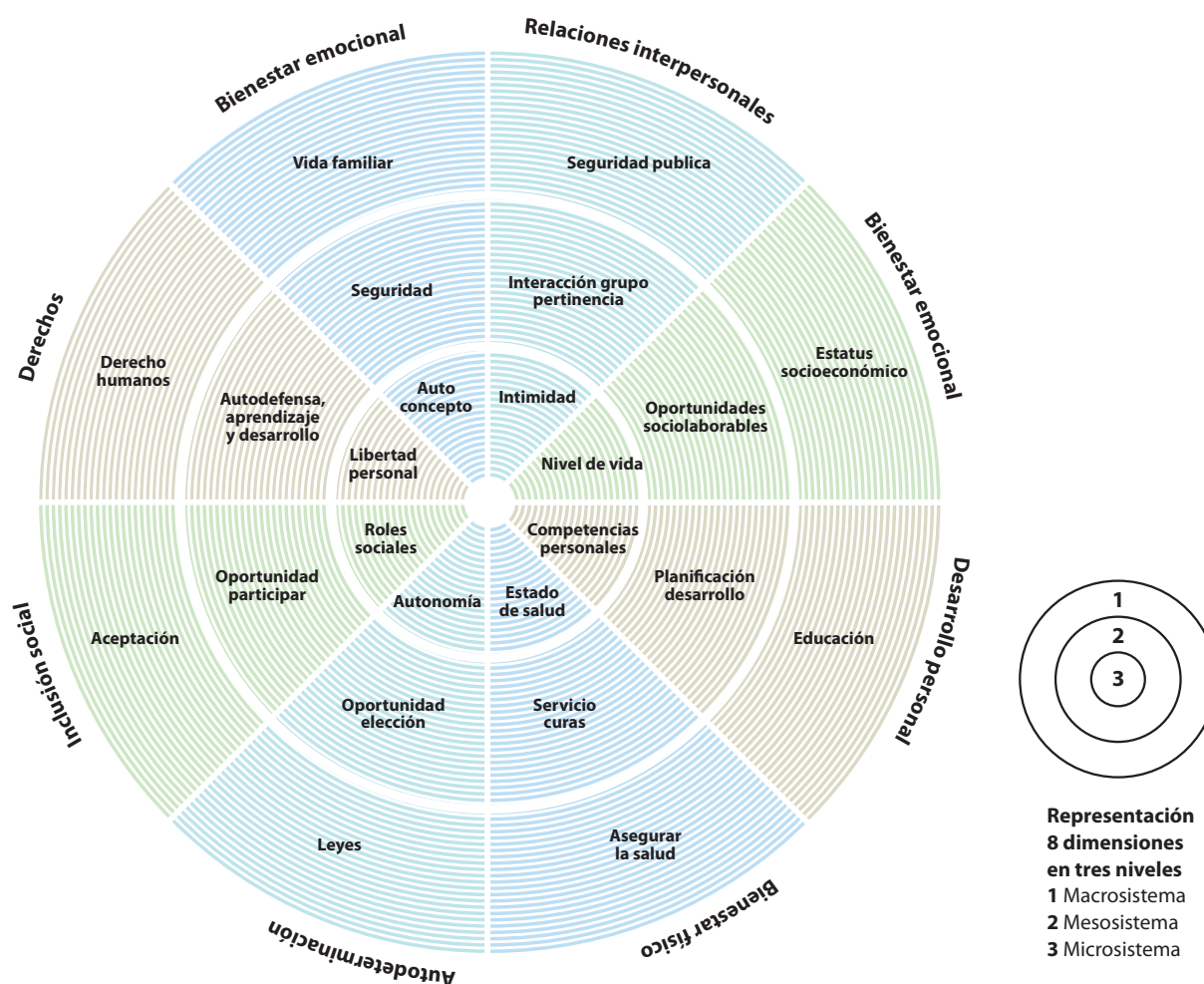
Esta concepción se sustenta en dos grandes puntales: el **empowering** y la **calidad de vida**. Ambos conceptos nos transportan a un medio de la prestación de servicios, del que la personalización es el eje de actuación.

Por *Empowering*, entendemos que las personas son sujetos activos en la toma de decisiones que afectan a su vida personal y comunitaria:



Fuente: elaboración propia

Cuando hablamos de calidad de vida, partimos de la comprensión holística de unos individuos, cuyo bienestar depende de multitud de aspectos. Toda intervención para la atención a las necesidades que genera la dependencia debe partir de esta comprensión y, por tanto, atender simultáneamente todas aquellas facetas de la vida del individuo en las que se da alguna necesidad.



Fuente: Adaptado de Shalock R. L & Verdugo¹⁵

El reto de nuestros servicios públicos es, sin duda, dejar de pensar en recursos para ofrecer servicios, hacer realidad la continuidad asistencial, ofrecer respuestas integrales, respetar la voluntad de las personas, articulando respuestas personalizadas y formuladas desde la segmentación de perfiles y la oferta de servicios. En la lógica de la personalización, los servicios componen las carteras. Desde los recursos se prestan los servicios.

Nuevos servicios que deben responder a las necesidades de los nuevos ciudadanos del siglo XXI. Este es el gran reto para la prestación y la organización de los servicios sociosanitarios.



- 1 Bengoa R, Nuño Solinís R. (2008). Curar y cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier-Masson.
- 2 Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de la Recherche, des Études d'Évaluation et des Statistiques. DREES. Études et Résultats. N° 515. Août 2006.
- 3 Pérez J. Democratización de la supervivencia y nuevos modelos de vida. [acceso 18 de marzo 2010]. Conferencia disponible en: http://www.ieg.csic.es/jperez/pags/Temas/MuseoC_Video.htm
- 4 Freedman VA, Schoeni RF, Martin LG y Corman J (2007). Chronic conditions and the decline in Late-Life Disability. Demography; 44 (3):459-477. Trends Working Paper. Series 06-5. [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/tr06-5.pdf>
- 5 Friedland RB, Summer L. Demography is no Destiny Revisited. (2005) Center for an Aging Society. Georgetown University [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.agingsociety.org/agingsociety/publications/demography/demographydestiny.pdf>
- 6 INEbase. Demografía y población. Análisis y estudios demográficos. Tablas de mortalidad (2007). [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- 7 Mouquet MC, Oberline P (2008) Impact du vieillissement sur les structures des soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030. Dossiers solidarité et santé, n° 4. République Française [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/article_200804.pdf.
- 8 Cervera, M; Herce J.A.; López, G.; Rodríguez, G.; Sosvilla, S. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación de desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. IMSERSO [acceso 18 de marzo]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf>
- 9 Montserrat, J. (2009): Informe sobre el modelo de financiación del SAAD (Documento provisional elaborado para la Fundación Democracia y Gobierno local. Inédito).

La base del problema: cambios en el perfil de la demanda**10** Reales Decretos consultados:

- Real Decreto 74/2009, de 30 de enero, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia para el ejercicio 2009 y corrección de errores publicada en el BOE de 25 de marzo de 2009.
- Real Decreto 99/2009, de 6 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del sistema para la autonomía y atención a la dependencia garantizado por la Administración General del Estado.
- Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2009.
- Resolución de 21 de mayo de 2009, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2009 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se crean un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos extraordinarios para atender a su financiación
- Resoluciones de la Secretaría General de Política Social, por las que se publican los Convenios de colaboración entre el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y las CCAA, por los que se transfieren créditos previstos en el Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo. (Diferentes BOE de octubre).

11 Montserrat, J. (2009). Evolución y perspectivas de financiación del sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia. Revista Documentación Administrativa INAP.

12 Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia (enero 2010). IMSERSO. [acceso 18 de febrero 2010]. Disponible en: <http://www.imsersodependencia.csic.es/documentos/estadisticas/indicadores/saad/2010-1/estadisticas-saad-ene-2010.pdf>

13 Rogero-García J. (2009). Distribución del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública; 83;393-405.

14 Pérez J. (1996). La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica. SG.

15 Shalock R L y Verdugo, M. A (2002). "Handbook on quality of life for human service practitioners". Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

05 Algunas experiencias de éxito: los modelos de gestión del espacio sociosanitario

Evidentemente, los problemas aquí planteados no son nuevos ni exclusivos de nuestro país. En otros sistemas sanitarios y sociales se ha realizado una serie muy amplia de aproximaciones a la cuestión.

La relación de experiencias y su diversidad haría interminable el intento de una relación con pretensiones de exhaustiva. Por este motivo, en nuestro trabajo nos limitamos a citar las siete que nos han parecido más interesantes, identificando aquellos factores clave que pueden sernos más útiles en el abordaje de la cuestión que nos ocupa.

Abordaremos primero el marco de los modelos conceptuales de los cuidados a los pacientes con enfermedad crónica. Comentaremos después una experiencia referente en la gestión de los cuidados a pacientes crónicos desarrollada por la aseguradora Kaiser Permanente en California, para acabar con los modelos de integración de cuidados sanitarios y sociales PRISMA y SIPA de Canadá.

5.1 Los modelos de cuidados de las enfermedades crónicas

Algunas de las primeras aportaciones conceptuales sintetizan los esfuerzos realizados para abordar el impacto de la enfermedad crónica en el ámbito sanitario.

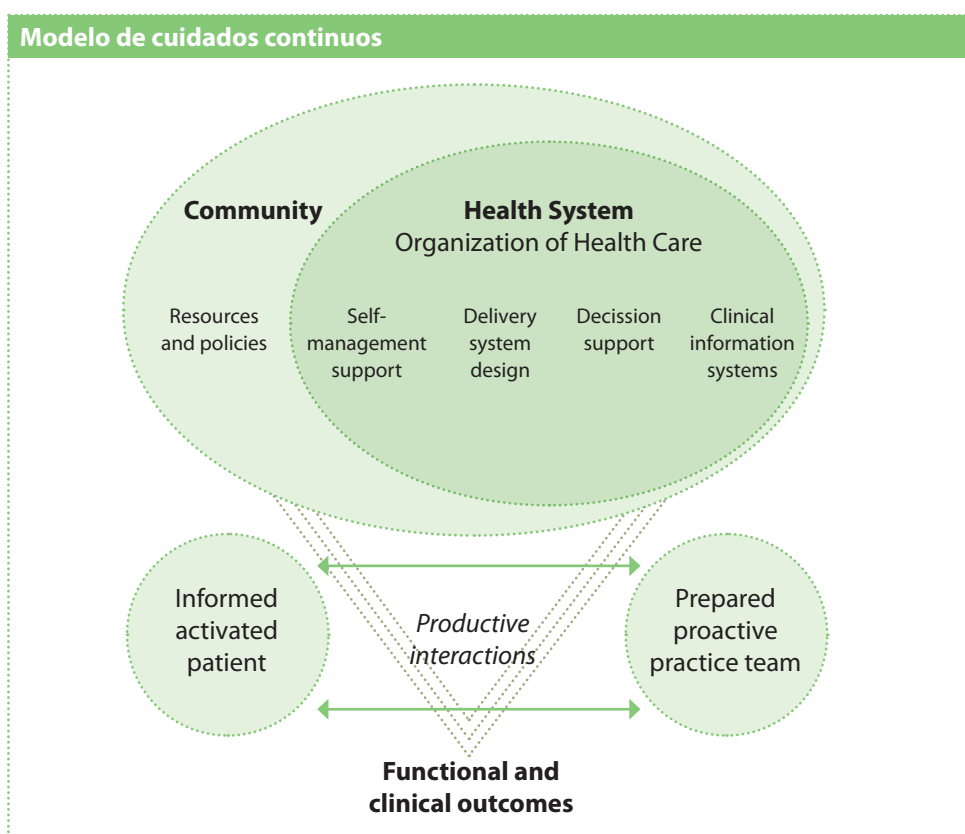
Esta elaboración conceptual ha dado origen a varios modelos. Su interés es que en muchos casos ofrecen pistas importantes sobre los componentes implicados en la práctica del complejo abordaje de las condiciones crónicas y la atención sociosanitaria. Trataremos brevemente algunos de ellos a continuación:

- El Modelo de Cuidados Continuados (*The Chronic Care Model*)
- El Modelo de Cuidados Continuados Expandido
- El Modelo de Cuidados Innovadores para las Condiciones Crónicas
- El Modelo de Cuidados en Continuidad

5.1.1 El Modelo de Cuidados Continuos (*The Chronic Care Model*)

Modelo desarrollado por Wagner en 1999¹, bajo la premisa de que la mayoría de las iniciativas de gestión de enfermedades crónicas deben efectuarse fuera del ámbito asistencial tradicional y desde una perspectiva que contemple la necesidad de profesionales de la salud proactivos y con pacientes preparados, informados y activos.

El objetivo, y la virtud, de este modelo es adaptar los recursos sanitarios a las necesidades de los pacientes, potenciar la prevención, favorecer la autogestión del paciente, generar iniciativas en base a evidencias científicas y producir datos sobre la población que faciliten un cuidado eficiente y efectivo.



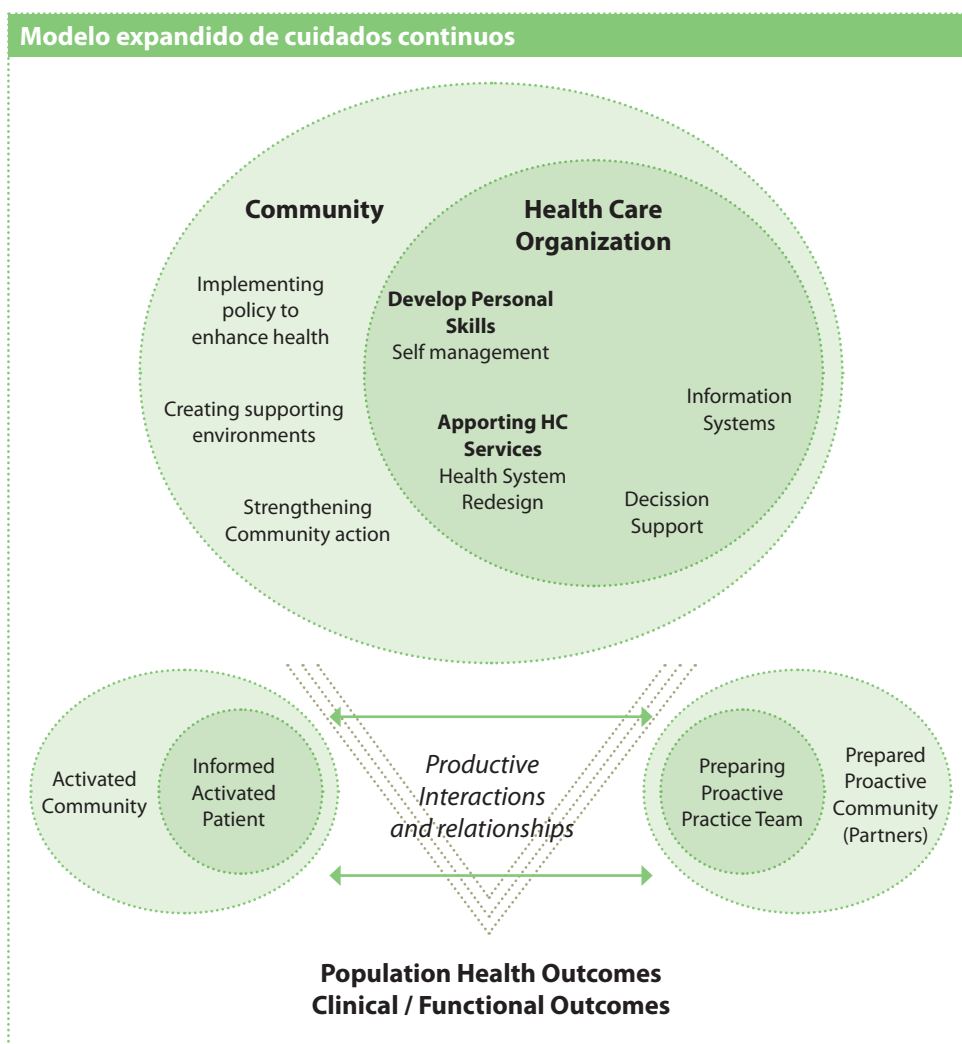
Fuente: The Chronic Care Model (Wagner et al. 1999)

5.1.2 El Modelo Expandido de Cuidados Continuado (The Expanded Chronic Care Model)

Desarrollado en Canadá a partir del *modelo de cuidados continuos*, introduce ciertas modificaciones con el objetivo de orientarse más a la prevención y promoción de hábitos de vida saludables. Con este objetivo, se introducen nuevas iniciativas en el eje de recursos comunitarios.

Potencia el eje de recursos comunitarios con el fin de extrapolar las iniciativas a la comunidad y no limitarlas únicamente al ámbito sanitario

El concepto de *empowerment* del paciente es aplicado a la población en general con fines preventivos.

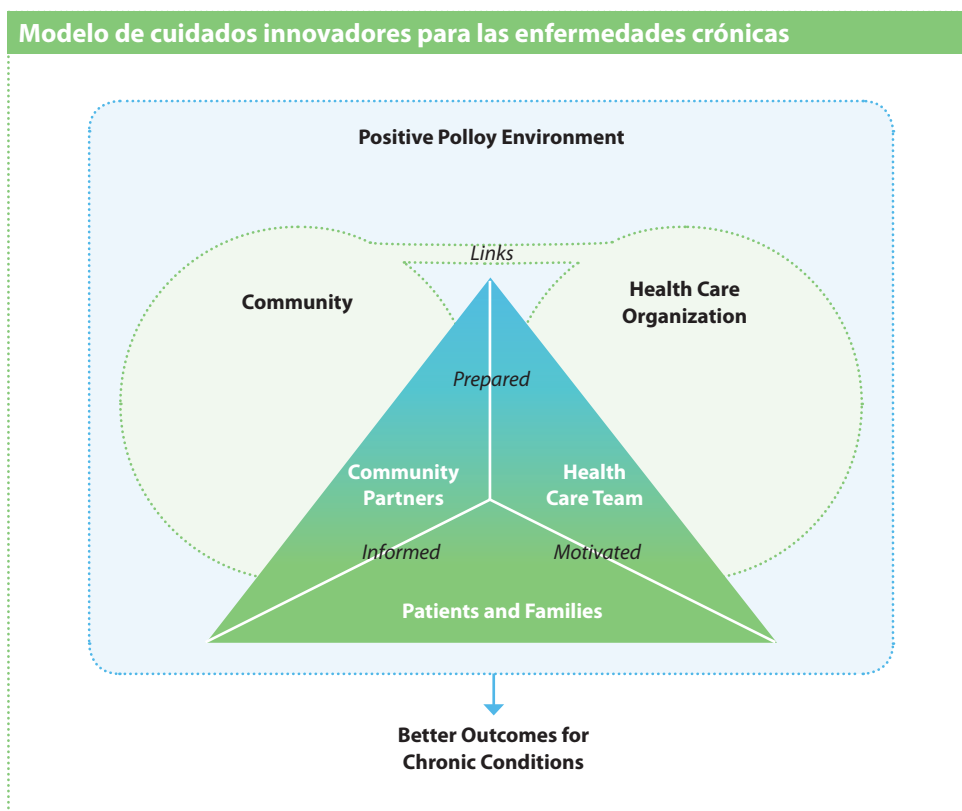


Fuente: Adapted by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts, Darlene Ravensdale (2002)

5.1.3 El Modelo de Cuidados Innovadores para las enfermedades crónicas

Enfocado a mejorar el cuidado de estas enfermedades a tres niveles: familiar y personal (nivel micro), comunidad y organizativo (nivel meso), y políticas sanitarias (nivel macro). Entiende la integración de estos tres niveles como parte fundamental del modelo por considerarlos interrelacionados.

Como se observa en la figura, el nivel micro es el núcleo alrededor del cual se articula el modelo. Desarrollar iniciativas que faciliten la gestión común a nivel de pacientes, sus familias y los profesionales sanitarios no es suficiente si no se acompaña de medidas a nivel de comunidad y de organización sanitaria y de iniciativas *macro*, de política sanitaria.



Fuente: Innovative care for chronic conditions: building blocks for action (WHO, 2002)

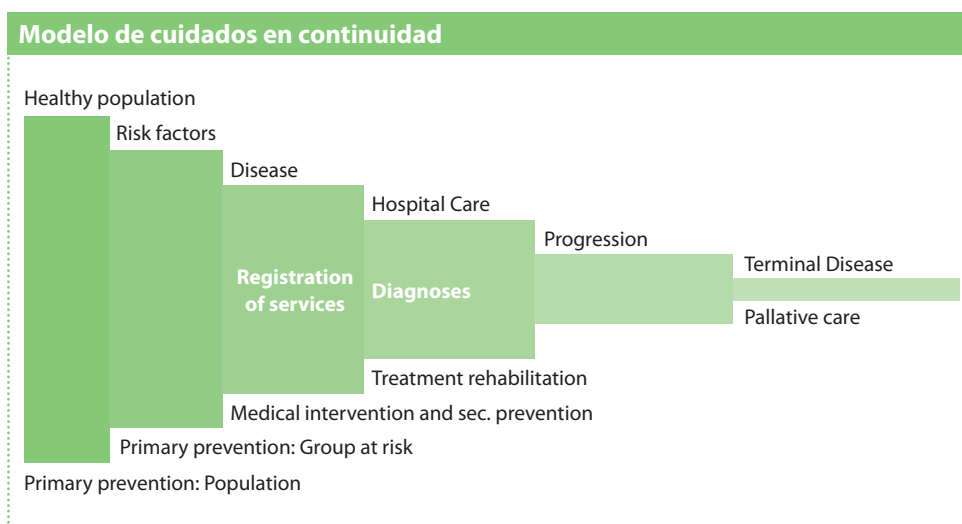
5.1.4 El Modelo de Cuidados en Continuidad

Concentra sus esfuerzos en la prevención y elabora una cadena, identificando las iniciativas más adecuadas para cada uno de los eslabones de la misma.

Parte de la base de que cada eslabón posee unas necesidades de recursos diferentes, siendo esencial identificarlas y diseñar medidas adecuadas para cada grupo en materia de prevención, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación.

Estos modelos suponen la génesis conceptual de un amplio conjunto de experiencias y ayudan a su extrapolación y comprensión.

Introducimos este breve resumen de modelos teóricos porque pensamos que organizar la respuesta a los problemas derivados de fenómenos tan complejos y de un impacto tan significativo, como la gestión de los pacientes crónicos o de la atención a la dependencia, requiere un esfuerzo importante de conceptualización de los problemas y de ordenación de las soluciones en un marco coherente que permita incidir sobre la realidad para dirigirla hacia la visión deseada.



5.2 Los modelos operativos de atención a pacientes con enfermedad crónica y personas con dependencia

A partir de estos modelos teóricos, se han desarrollado multitud de modelos de gestión del paciente con enfermedad crónica o de personas con dependencia. La revisión de la literatura nos ha mostrado algunos de ellos.

Estos modelos presentan una amplia variedad en todos sus componentes, incluido el nivel de abordaje a la integración de servicios sanitarios y sociales.

Semejante diversidad ha dado lugar a modelos de gestión de pacientes con enfermedad crónica en algunos casos, con escasa integración del componente social, pero también, y sobre todo, a modelos integrados donde la prestación de servicios sociales y sanitarios se realiza bajo el paraguas de un modelo integrado.

En cualquiera de los dos casos, los enfoques son igual de interesantes para el caso de los servicios integrados y, como se verá más adelante, los factores clave de éxito son los mismos.

Por este motivo, presentamos a continuación tres de los modelos observados. Su selección se debe tanto a criterios de disponibilidad de la información, como al hecho de que se trata de los tres ejemplos más y mejor evaluados.

5.2.1 El Modelo de atención a pacientes con enfermedad crónica de Kaiser Permanente

Nos detenemos ahora a explicar detalladamente el modelo de cuidados de la aseguradora Kaiser Permanente (KP), una de las organizaciones con más experiencia y paradigma de cómo dar prioridad a los servicios por delante de los recursos.

Algunas experiencias de éxito: los modelos de gestión del espacio sociosanitario

KP es, además, la proveedora de salud sin ánimo de lucro de mayor tamaño de los Estados Unidos:

- Población de referencia de 8,7 millones de personas
- 160.000 profesionales: de los cuales 14.000 son médicos y 41.000, enfermeras
- 32 centros médicos, incluyendo hospitales
- 421 edificios de consultas

Tras su apertura en 1945, se hizo famosa sobre todo por desarrollar un sistema asistencial diseñado alrededor de la asistencia específica a los pacientes con enfermedad crónica, y articulado mediante su programa de gestión de crónicos (*Chronic Conditions Management*), que destaca por:

- La integración de su oferta asistencial
- El uso de tecnologías de la información
- La utilización eficiente de los recursos

El modelo de gestión de crónicos de KP se diseña con una misión: *“Alcanzar mejores resultados clínicos, mejor acceso y mejor nivel de servicio para los pacientes crónicos, mediante un enfoque basado en las características de la población, con una asistencia individualizada, integrada, eficiente y basada en la evidencia científica, y que se integrará de manera progresiva al conjunto de las necesidades asistenciales”*.
(www.kaiserpermanente.org)

Caracterización y segmentación de la población

El modelo se basa en la caracterización de los distintos perfiles de pacientes y en diseñar una oferta de servicios adecuada a cada perfil.

Definición de los objetivos a lograr con cada segmento de la población

De esta forma, para cada grupo de pacientes se puede definir una serie de servicios asistenciales con un objetivo específico, como por ejemplo: el *empowerment* del paciente, la prevención secundaria o la canalización de la demanda hacia la utilización de los recursos más adecuados para cada condición, que no se trata, en muchos de los casos, de los recursos de mayor coste.

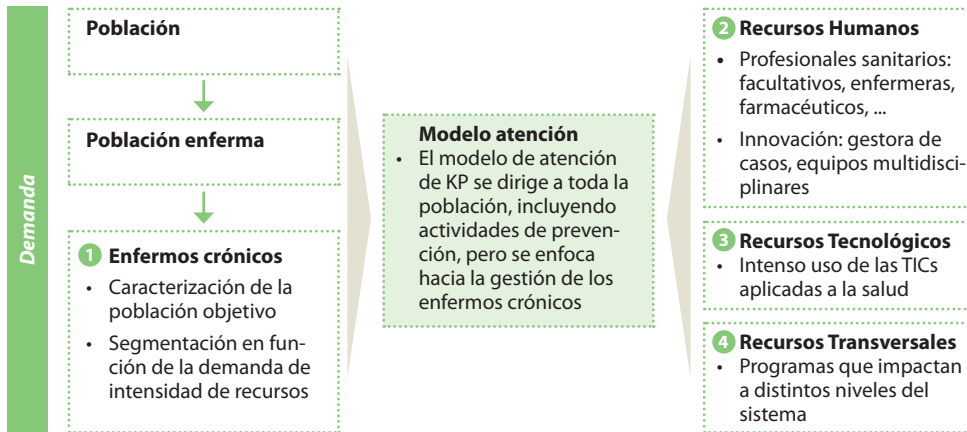
Modelación de los recursos de la oferta a las distintas líneas de actuación

Para ello crearon nuevas formas de organización y de gestión, creando nuevos perfiles asistenciales dentro de sus recursos humanos, como la enfermera gestora de casos o las unidades multidisciplinarias, y con una integración de la oferta para facilitar la provisión de servicios.

Enfocado a resultados

Su modelo está orientado a obtener como resultados: una población más saludable, una reducción de la variabilidad en la asistencia, una mayor eficacia en el uso de recursos, etc.

Como ejes clave alrededor de los cuales se desarrolla el modelo se destacan 4: pacientes, recursos humanos, tecnológicos y transversales



Fuente: elaboración propia

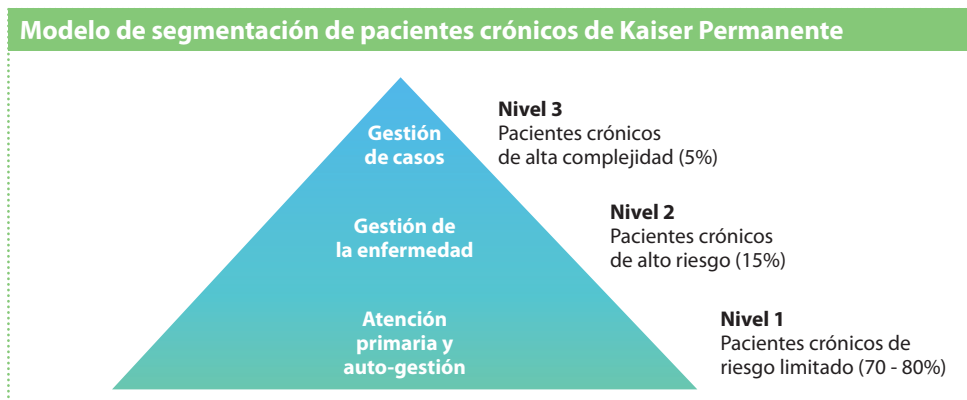
Eje 1: Población

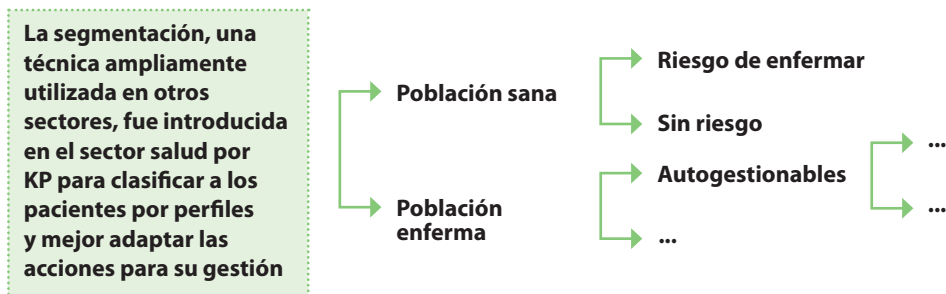
Caracterizar a la población de referencia o población objetivo es clave para diseñar una distribución de recursos de forma eficiente.

Conocer cuáles son las necesidades de cuidados asistenciales de los clientes requiere un análisis del perfil epidemiológico así como la determinación de distintos elementos que afectan a la salud: la presencia de factores de riesgo dentro de su población específica, comportamiento de su población, etc.

Conocer a fondo a la población-objetivo permitirá definir criterios y priorizar las líneas de actuación, consiguiendo una mayor efectividad en la asignación y uso de recursos

KP segmenta los pacientes en tres niveles según el riesgo para el paciente y la gravedad de su estado. Cada nivel de riesgo tiene una oferta asistencial adaptada a sus necesidades:





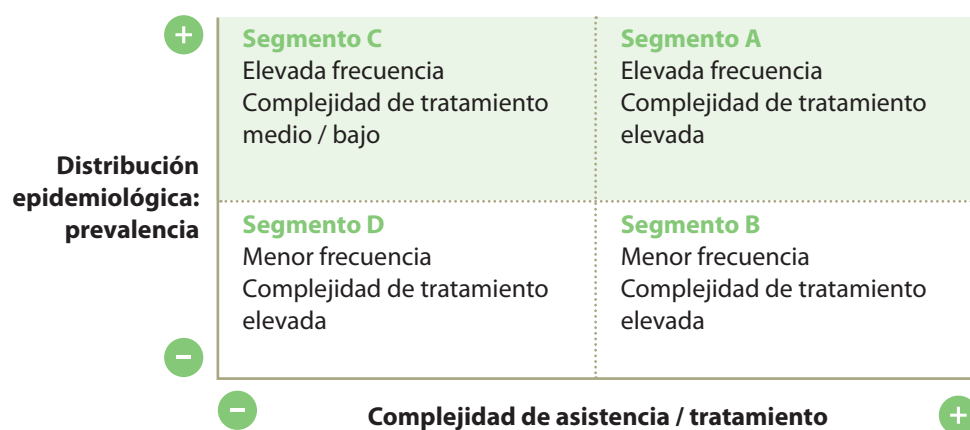
KP lleva a cabo un análisis de su población que le permite determinar cuáles son las prioridades en cuanto al tratamiento de enfermedades crónicas siendo este el resultado:

- Asma en adultos
- Enfermedad arterial coronaria
- Aterosclerosis
- Diabetes
- Insuficiencia cardiaca
- Dolor crónico
- Enfermedad crónica en estadio complejo

Conocer las necesidades de la población-objetivo es clave para definir una cartera de servicios que se adapte a las mismas.

Dos personas con una misma enfermedad pueden encontrarse en estadios distintos, o pueden poseer circunstancias específicas, como enfermedades concomitantes, que requieran de niveles de cuidados específicos.

La matriz que se muestra a continuación explica de forma gráfica el posicionamiento de KP en relación a sus programas o actuaciones: actúa prioritariamente sobre las patologías de mayor importancia por número de casos y en función de la complejidad de su tratamiento y asistencia.



Kaiser define un modelo global sobre el cual poder realizar programas para las distintas patologías crónicas:

- A partir de las enfermedades de mayor prevalencia, KP define los programas específicos.
- A partir del riesgo de sus pacientes Kaiser diseña medidas concretas para lograr los objetivos específicos para cada segmento de pacientes.

Los programas están integrados entre si y los pacientes de complejidad elevada quedan incluidos horizontalmente en varios programas:

- Los pacientes, en función de la complejidad de sus casos tendrán un seguimiento distinto: los de mayor complejidad (varias enfermedades crónicas) contarán con un profesional sanitario responsable del seguimiento de su caso y de la coordinación de los distintos recursos asistenciales que necesite.

Eje 2: Recursos humanos

KP innova considerablemente en el panorama de la asistencia sanitaria dotando a sus pacientes de completos equipos interdisciplinares, con figuras novedosas, como el gestor de casos.

Una de las estrategias implantadas por Kaiser Permanente para organizar y fomentar la aplicación de su modelo de gestión de pacientes crónicos es "Facilitar la aplicación de buenas prácticas" (*make it easier to do the right thing*) y se basa en dos ejes complementarios:

- Identificar las buenas prácticas a aplicar
- Facilitar su aplicación

Para facilitar la aplicación tanto por parte de los pacientes como de los profesionales, Kaiser Permanente ha desarrollado una serie de herramientas a disposición del personal asistencial. Estos recursos incluyen, por ejemplo:

- Guías de práctica clínica sobre: asma, enfermedad arterial coronaria, dolor crónico, depresión, diabetes, insuficiencia cardiaca, autocuidados, procesos de decisión compartidos.
- Implementación de modelos de cuidados efectivos e innovadores.
- Tecnología para apoyar los cuidados basados en el estudio de la población.

El personal sanitario puede acceder a herramientas para la gestión del conocimiento, como las guías de práctica clínica anteriormente mencionadas a través del registro clínico electrónico Healthconnect.

Eje 3: TIC

Los sistemas de comunicación e información incluidos en el modelo Kaiser son una de las claves del éxito, puesto que permiten la interconexión de todos los elementos del modelo.

Algunas experiencias de éxito: los modelos de gestión del espacio sociosanitario

Aparte de los medios tradicionales de comunicación con el paciente, como el teléfono, Kaiser Permanente dispone de los sistemas de información y comunicación informáticos, *healthconnect* y *Panel support tool*.

Healthconnect aporta beneficios a pacientes, profesionales sanitarios y a la propia organización.

Pacientes:	Profesionales sanitarios:	Kaiser permanente:
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación con el personal sanitario • Acceso a información general • Acceso a información personalizada • Consulta médica en línea • Acceso a su historia clínica • Receta electrónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenidos formativos en línea • Comunicación con los pacientes • Receta electrónica • Acceso a historia clínica de los pacientes • Herramientas de ayuda a los procesos de decisión 	<p>Gestión integral de la salud de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica electrónica • Gestión de citas y agendas • Facturación • Base de datos con información sobre 8 millones de personas para: <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación oferta: Identificar y segmentar la población • Información para actividades de investigación clínica y epidemiológica



De la misma manera que el modelo de cuidados se adapta a los diferentes niveles de riesgo de los pacientes crónicos, el sistema de información y comunicación de Kaiser Permanente tendrá niveles de uso diferente según las necesidades de cada paciente. Los pacientes pueden hacer uso de Healthconnect para múltiples actividades:

Obtener información general :

- Enciclopedia de enfermedades y medicinas
- Libro práctico sobre hábitos saludables
- Directorio de profesionales y servicios

Obtener información personalizada:

- Envío correos electrónicos a su médico
- Acceso a resultados de laboratorio
- Realizar una petición de receta
- Petición, cambio o cancelación de citas
- Elección de médico
- Acceso a su historia clínica

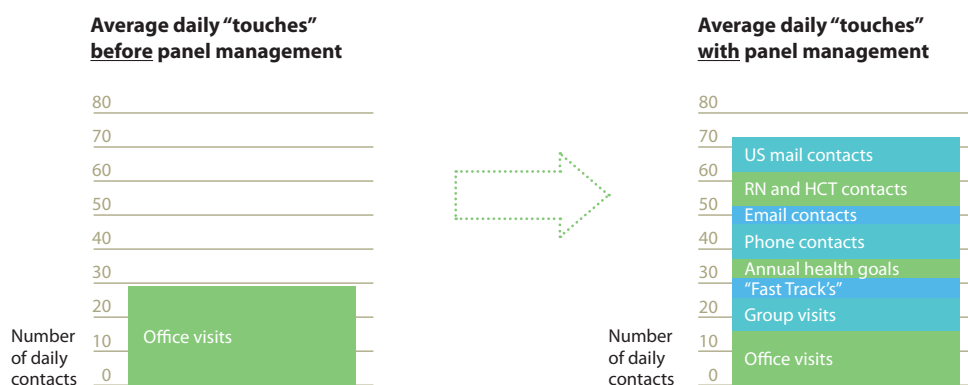
Realizar algunos procesos asistenciales “online”

- Observación de parámetros de manera autónoma y envío de resultados a su médico
- Consulta electrónica

Algunas experiencias de éxito: los modelos de gestión del espacio sociosanitario

Panel Support tool es un SI que permite aumentar el acceso y seguimiento de pacientes crónicos en Atención Primaria:

- El *Panel Support tool* es un programa que se apoya en la base de datos “*Healthconnect*”, orientado a la Atención Primaria, para detectar las diferencias de cada paciente entre la asistencia preconizada y el nivel de asistencia real.
- Gracias a ello la organización o el médico detecta las diferencias y puede tomar medidas para evitarlas o incluso reducirlas.
- *Kaiser Permanente* ha facilitado la posibilidad de contactar con el médico, tarea a menudo difícil debido a los horarios laborales y hasta ahora restringida al teléfono o al correo electrónico.
- Los resultados obtenidos a través de este programa son, por ejemplo, un incremento de los *screenings* de cáncer colorrectal (de 30,5% al 40,7% de pacientes con riesgo) o el incremento del uso de aspirina en pacientes de riesgo (de 53,5% a 75,1%).



El teléfono fijo o móvil de los pacientes es otra herramienta de información y comunicación utilizada por *Kaiser Permanente* en la gestión de pacientes crónicos. A través de esta herramienta, es posible:

- Acordar o modificar citas
- Realizar el seguimiento del estado del paciente
- Realizar acciones de *coaching* del paciente
- Realizar algunas consultas médicas o de enfermería por teléfono
- Realizar pedidos de reabastecimiento de recetas

Eje 4: Recursos transversales

En todos los niveles de riesgo, los pacientes pueden, si lo desean, asistir a programas educativos diseñados especialmente para su(s) patología(s). Existen diferentes formatos para estos programas educativos:

Presenciales:

- Clases de hábitos saludables y gestión de la enfermedad (en grupo o individuales)
- Grupos de apoyo sobre un problema de salud en concreto

Online:

- Enciclopedia disponible online
- "Coach" en línea
- Guía práctica con información sobre prevención de enfermedades, tratamiento a domicilio, consejos para una comunicación eficaz con el equipo sanitario y estilo de vida saludable.
- Programas personalizados con evaluación y consejos prácticos para una vida sana a través de Internet (control de peso, estrés y deshabituación al tabaco)

A domicilio:

- Kit de auto-ayuda: compuesto de un libro y un DVD sobre la gestión de una enfermedad (diabetes, por ejemplo)

Por teléfono:

- Consultas telefónicas a "lifestyle coaches" para obtener consejos sobre cómo llevar un estilo de vida saludable

Algunos programas:

- Programa de deshabituación al tabaco
- Programas de actividad física
- Programas de mejora de hábitos alimenticios etc.

Diversos estudios revelan que los programas de *Kaiser Permanente* han obtenido éxitos muy importantes en el control de las enfermedades crónicas:

Reducción mortalidad

Según un estudio hecho público en 2007, *Kaiser Permanente* ha conseguido reducir la mortalidad en enfermedad cardiovascular en un 30%. Asimismo, ha logrado disminuir los ingresos hospitalarios a causa de este problema y el número de visitas al médico de cabecera, sustituyéndolo por contactos telefónicos o uso de la telemedicina o planes de autocuidado.

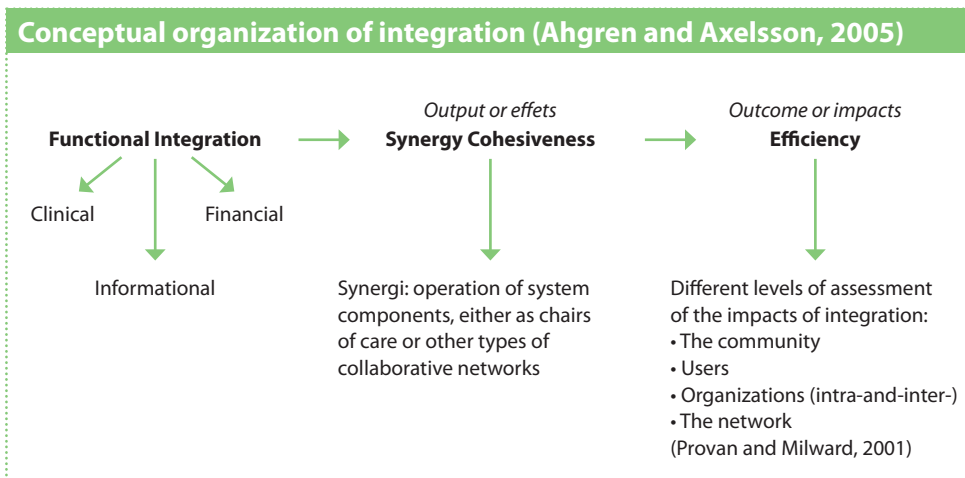
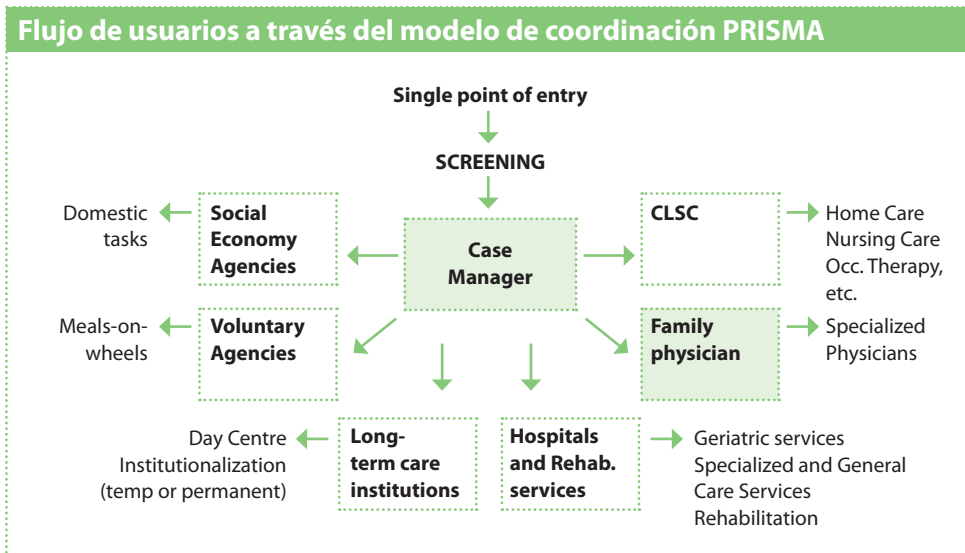
Reducción Tasa de Frecuentación hospitalaria

Por otra parte un estudio nacional sobre las altas hospitalarias indica que la tasa nacional de ingreso hospitalario por asma (adultos y niños) era del 12,5 por 10.000 mientras la tasa para los pacientes de *Kaiser Permanente* era del 5,4 por 10.000.

5.2.2 Un modelo de coordinación sociosanitaria: el modelo PRISMA

El programa PRISMA (*Programme de Recherche sur l'Integration des Services pour le Maintien de l'Autonomie*) del Québec (Canadá) está formado por distintos equipos de investigación en geriatría y envejecimiento y también por gestores de servicios sociales y de salud.

Para su desarrollo se han elaborado mecanismos e instrumentos que permiten la integración de los diferentes servicios, implantando así un modelo de acción única, gracias a la participación y coordinación de todos los que intervienen en ella: organizaciones públicas, privadas y voluntariado.



El modelo consta de seis componentes clave:

- 1 Coordinación entre los responsables políticos y gerentes en los niveles regionales y locales
- 2 Punto de acceso único
- 3 Gestor de casos
- 4 Plan individual de atención
- 5 Instrumento de valoración individual
- 6 Historia clínica informatizada

1 La coordinación entre instituciones:

A nivel estratégico (gubernamental): creación de un Consejo de Administración Común (*Joint Governing Board*) para todas las organizaciones que prestan servicios sociales y de salud (públicas, privadas y de voluntariado) donde se definan las políticas públicas y la correcta asignación de los recursos.

A nivel táctico (*management*): un servicio dirigido por la Comisión, que monitoriza el servicio de coordinación y facilita la adaptación de los servicios.

A nivel operativo (clínico): un equipo multidisciplinar dirigido por un gestor del caso evalúa las necesidades del usuario y decide qué servicios necesita.

La coordinación de servicios es una acción que debería realizarse fundamentalmente a nivel local. Su éxito, sin embargo, no depende sólo de la voluntad de los actores locales, sino de decisiones estructurales tomadas en el ámbito superior, regional y nacional.

2 Punto de acceso único:

Puerta de acceso única a los servicios de atención social y sanitaria. Los usuarios, los cuidadores familiares y los profesionales pueden acceder por teléfono o por referencia escrita.

Este servicio realiza una valoración (cuestionario PRISMA 7) de las necesidades del usuario para comprobar que reúne las condiciones de admisión y, en ese caso, se deriva a un gestor de casos.

Estos criterios de selección establecen que el paciente es mayor de 65 años y tiene una discapacidad que requiere de más de tres servicios diferentes.

3 Gestor de casos:

Tiene como objetivo favorecer la integración de los servicios a través de la coordinación de las acciones de los profesionales de las distintas áreas.

Su acción se compone de dos aspectos fundamentales:

- Coordinación clínica: centrada en los profesionales

- Coordinación institucional: centrada en los diferentes servicios, sus reglas y sus procedimientos

Es la cara humana del dispositivo, la persona que trata directamente con el paciente y que se encarga de que reciba el servicio necesario, en el momento y en el lugar adecuado.

Sus principales funciones en el programa son:

- Evaluación de las necesidades del usuario
- Planificación de los servicios requeridos
- Organización de la admisión de usuarios a estos servicios
- Organización y coordinación de los servicios
- Dirección del equipo multidisciplinario de profesionales involucrados en el caso
- Seguimiento y reevaluación del usuario.

Podemos encontrar tres modelos de gestor de casos, según las funciones que desempeña y el tipo de usuarios a los que atiende:

1. Modelo Único:

El papel del gestor de casos se limita a tareas de organización y coordinación de servicios y excluye funciones clínicas relativas al campo de la intervención directa.

Las competencias necesarias en este caso son del ámbito metodológico: habilidades de negociación, creación de redes, etc.

En este modelo el gestor de casos atiende a usuarios que han entrado en el Programa de Coordinación de Servicios.

2. Modelo Híbrido:

En este modelo, el gestor de casos realiza predominantemente funciones de organización y coordinación de servicios pero también puede realizar actuaciones puntuales en el ámbito clínico al que pertenezca. Su implicación, por este motivo, nunca debe perjudicar a su rol principal de coordinador de servicios.

Por ejemplo, un gestor de casos, formado en Trabajo Social, podrá efectuar alguna intervención psicosocial con el usuario. Sin embargo, si esta intervención requiere demasiado tiempo deberá derivar a la persona otro trabajador social.

En este modelo, el gestor de casos atiende a usuarios que han entrado en el Programa de Coordinación de Servicios y con ciertas características homogéneas, en función del perfil del profesional.

3. Modelo Mixto:

En este modelo el gestor de casos es principalmente un profesional de la atención

al que se le añade una función de coordinación de servicios para algunos de sus usuarios. Estos pacientes se caracterizan por la complejidad e intensidad de los servicios que necesitan.

Este modelo prioriza la atención clínica por encima de la coordinación de servicios; le da valor al hecho de que un usuario no tenga que cambiar de profesional en función de la evolución de su pérdida de autonomía: es decir, que un usuario que inicialmente no necesita la figura del coordinador de casos, si en algún momento empeora su pérdida de autonomía, el profesional que lo estaba atendiendo añade a su función clínica la función de coordinador de servicios. El gestor de casos atiende tanto a personas que reúnen las condiciones de admisión en el Programa de coordinación de servicios como a otros usuarios que no reúnen estos requisitos.

4 Plan individual de atención (PIA):

Está formado por la evaluación general de las necesidades del usuario y el conjunto de servicios prescritos junto a los objetivos perseguidos. El PIA está dirigido por el gestor de casos y desarrollado por el equipo multidisciplinar de profesionales. Debe ser validado por el usuario y por el cuidador informal.

5 Instrumento de valoración individual:

El instrumento implementado por PRISMA es el SMAF (acrónimo francés para Sistema de Valoración Funcional de la Autonomía), una escala de 29 ítems desarrollados por la clasificación de discapacidades de la OMS. Mide la habilidad funcional en 5 áreas: actividades de la vida diaria (7 ítems), movilidad (6 ítems), comunicación (3 ítems), funciones mentales (5 ítems) y actividades instrumentales de la vida diaria (8 ítems). El SMAF debe ser administrado por un profesional de la salud.

Para cada tema, la discapacidad se califica en una escala de cinco puntos: 0 (independiente), -0,5 (con dificultad), -1 (las necesidades de supervisión), -2 (necesidades de ayuda), -3 (dependientes).

También se evalúa la disponibilidad de recursos de apoyo y la estabilidad de estos recursos.

Se ha desarrollado la correspondencia entre la puntuación obtenida en el SMAF con el tiempo de cuidados requerido y el coste de estos cuidados, tanto a domicilio como en instituciones.

A partir de la clasificación obtenida en el SMAF se han definido 14 perfiles de necesidad homogéneos. Estos perfiles se utilizan para definir los criterios de elegibilidad en los diferentes servicios y para calcular el presupuesto necesario para atender a cada perfil de usuario.

6 Historia clínica informatizada:

Es necesario desarrollar un sistema de información continuado, que permita a los profesionales compartir información relativa a los usuarios atendidos.

Hay que definir qué información puede ser compartida y los procedimientos para ello. La implementación de una historia clínica informatizada facilita las comunicaciones y asegura la continuidad de los servicios permitiendo a todos los profesionales tener acceso rápidamente a una información completa y actualizada, y seguir la evolución del usuario.

La historia clínica informatizada es también un instrumento de coordinación entre la información clínica y la de gestión.

Los resultados muestran que la utilización la historia clínica informatizada por parte de los profesionales, aumenta en el caso de personas mayores con poca autonomía, demostrando así su eficacia en la atención a este tipo de personas.

Los profesionales de la primera línea de atención, subrayan los beneficios en la coordinación, la calidad de las relaciones profesionales, las decisiones clínicas y los cuidados globales.

Los profesionales de segunda línea consideran, en cambio, que la información disponible no responde a sus necesidades y que la prefieren recibir de los propios usuarios, los expedientes hospitalarios y el gestor de casos.

Las mejoras que sugieren los profesionales:

- Mejoras tecnológicas: los problemas con los ordenadores y los fallos del sistema limitan su uso
- Formación: así como el apoyo a los profesionales es satisfactoria pero podría ser intensificada
- Fiabilidad: como condición indispensable para la generalización de su uso

A día de hoy no existen datos de evaluación de costes de un modelo completamente desarrollado, dado que los datos disponibles hacen referencia a modelos implantados únicamente entre un 69-85%.

Varios factores influyen en los costes de implantación y de funcionamiento:

- la naturaleza urbana o rural del territorio
- el nivel de población
- el tipo de servicios sociales y sanitarios existentes
- la organización de los servicios previa a la implantación del PRISMA
- la gama de servicios ofrecida y los recursos disponibles
- las elecciones en cuanto a los mecanismos de coordinación y al modelo del gestor de casos
- el perfil de las personas que realizan las gestiones de caso

A nivel global se obtiene un coste anual que va de 47 a 56 dólares (datos del 2002) por persona.

La eficacia de este modelo ha sido comprobada durante un proyecto piloto que ha demostrado una incidencia remitente del rechazo funcional, una reducción de la carga sobre los cuidadores y una menor proporción de usuarios con deseos de ser internados en instituciones.

Los principales resultados del modelo referentes a:

a) La utilización de los servicios:

- La implantación del PRISMA se traduce en un uso distinto de algunos de los servicios, una mejor utilización de los servicios de urgencia y una disminución de las visitas a algunos especialistas.
- Efecto positivo en la utilización de los servicios de urgencias: una proporción más elevada de personas utiliza los servicios de urgencias como puerta de entrada al sistema y con una tendencia mayor de crecimiento en el grupo de comparación, que aumenta del 32% al 54%, mientras que en el grupo experimental el aumento fue más discreto, del 46% al 49%.
 - Tendencia a la estabilización de las hospitalizaciones: la proporción de personas con al menos una hospitalización al año aumenta de forma no significativa en el grupo experimental (de 31,3% a 33,3%), mientras que aumenta de forma significativa en el grupo de comparación (de 28,4% a 36,1%). El número medio de hospitalizaciones anual se ha mantenido constante en los dos grupos. La duración media de hospitalización ha pasado de 10 a 8,7 días en el grupo de comparación y de 10 a 12 en el experimental. Las rehospitalizaciones y las visitas a urgencias después de una hospitalización no muestran diferencias entre los dos grupos.
 - Utilización de servicios públicos: hay una diferencia de un 6% más de usuarios en el grupo de comparación desde el inicio del estudio que se mantiene constante a lo largo de los cuatro años. Las dos zonas presentan aumentos pero no son significativos.
 - Utilización de servicios de ayuda a domicilio y servicios de voluntarios: la comparación de las dos zonas no presenta diferencias significativas
 - Frecuencia de visitas a médicos: En conjunto, no se aprecian diferencias entre los dos grupos, aunque sí se aprecian en función del tipo de profesional de la salud:
 - Médicos especialistas: una disminución del 60 al 50% en cuatro años en el grupo experimental, manteniéndose constante en el grupo de comparación.
 - Enfermería: una evolución distinta en los dos grupos a partir del segundo año, mientras que el grupo experimental desciende la frecuencia de visitas, el grupo de comparación la aumenta
 - Otros profesionales (fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.): el grupo experimental se mantiene básicamente constante a excepción de un ligero descenso y el grupo de comparación aumenta sensiblemente.

Algunos gestores de casos explican estas evoluciones distintas por la labor que ellos realizan. Sin embargo, si esto fuera así debería haber aumentado el número de visitas en la categoría de otros profesionales y no ha sido así. Sus argumentos están basados en la atención telefónica regular que mantienen con sus pacientes, aunque desgraciadamente la falta de información nos impide corroborar esta hipótesis.

b) Los costes sanitarios:

Del estudio realizado podríamos concluir que la integración de servicios no representa una diferencia en los costes. Pero, si se considera que la implantación de un nuevo modelo genera unos costes añadidos, parece que éstos han sido rápidamente compensados por una reducción derivada de un sistema de servicios mejorado.

c) Las personas:

- Ningún efecto en la mortalidad, la institucionalización y la autonomía
- Reducción significativa de la discapacidad
- Deterioro funcional de 6,3% menos en los dos primeros años
- Pérdida de autonomía de un 14% menos, el cuarto año
- Efecto positivo y significativo en la satisfacción (+5%)
- Efecto positivo y significativo en la autonomía
- Aumento de la carga de cuidados en el cuidador pero sin efecto en el deseo de institucionalizar

d) La eficiencia:

Una reducción de los costes puede parecer a priori un resultado interesante, pero es necesario ponerlo en relación con los impactos del modelo en las personas para juzgar su eficiencia.

La implantación del modelo PRISMA resulta más eficiente en:

- La evolución del deterioro
- La evolución de la discapacidad
- La evolución de la autonomía
- La satisfacción de los usuarios

Resulta igual de eficiente en:

- La evolución de la mortalidad
- La institucionalización
- La autonomía

Resulta menos eficiente:

- En la carga de trabajo de los cuidadores

5.2.3 Un modelo de coordinación sociosanitaria: el modelo SIPA

El modelo SIPA (*Services Intégrés pour Personnes Agées*) fue diseñado por un grupo de investigación de la Universidad de Montréal (Canadá) y se aplicó en la Junta regional

de salud y servicios sociales de Montréal-Centre en 1998 con el objetivo de evaluar su utilización y los costes asociados de salud y servicios sociales.

El SIPA se basa en los siguientes principios:

- Integración por medio de la gestión de casos
- Sistema basado en los servicios primarios comunitarios
- Responsabilidad clínica sobre el usuario en toda la gama de servicios provistos
- Equipo multidisciplinar
- Sistema de prepago
- Gestión pública
- Universalidad
- Ventanilla única
- Sistema de valoración continua de la calidad

Sus objetivos son:

- Reorientar la demanda de servicios institucionales (hospitales, urgencias y residencias) hacia los servicios de proximidad (enfermería, auxiliares familiares, readaptación y trabajadores sociales).
- Proporcionar una atención global a las necesidades de los pacientes.
- Reducción del gasto hospitalario y residencial.

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

- 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.

En el modelo SIPA participaron un total de 1230 usuarios en un grupo experimental y un grupo control que recibió los servicios habituales disponibles en Québec.

El modelo se basa en:

1. La coordinación entre centros

La acción del gestor de casos requiere la negociación de protocolos y servicios de la intervención entre las instituciones. La relación entre los hospitales, centros de acogida y rehabilitación de Montreal, el CLSC (*Centre Local de Services Communautaires*) y el programa SIPA se presentaron en varias maneras:

- Los proyectos locales de SIPA se formaron desde el principio por consorcios de instituciones incluyendo al menos un CLSC, un hospital de corta estancia y una residencia pública.
- Un comité de seguimiento integrado por todos los socios institucionales.
- Los acuerdos particulares entre centros.
- La descripción de las tareas de los gestores de casos incluyó una intervención explícita en instituciones distintas de los CLSC.

2. Equipo multidisciplinar

El equipo multidisciplinar, cuyo responsable es el gestor de casos, está compuesto por diversos profesionales del sector:

- Enfermeros/as
- Trabajadores sociales
- Terapeutas ocupacionales (ergoterapeutas)
- Fisioterapeutas
- Nutricionistas
- Auxiliares familiares
- Organizadores comunitarios

Los médicos de familia, elegidos por los usuarios, también participan en el equipo, aunque lo hacen de forma intermitente.

3. La gestión de casos

El gestor de casos constituye el puesto clave en la coordinación de los SIPA. Lo desempeñan tanto enfermeros/as como trabajadores sociales o ergoterapeutas, y sus funciones son de tipo administrativo:

- Responsabilidad sobre el equipo multidisciplinar
- Evaluación de las necesidades
- Elaboración de un plan de intervención
- Asignación de recursos
- Seguimiento de la situación
- Actualización de sistemas de información
- Asegurar colaboración de todos los agentes participantes

4. Ventanilla única

Existe una puerta de entrada única a todos los servicios.

5. Responsabilidad clínica

Se mantiene la responsabilidad clínica sobre el paciente, en toda la gama de servicios recibidos.

El estudio comparó la capacidad del SIPA con relación a los sistemas de salud y servicios sociales en Québec:

- 1 Para sustituir a los servicios sociales y los servicios de salud por los servicios de proximidad.
- 2 Para aumentar la utilización y los gastos de servicios de apoyo y cuidado de la salud en el hogar en el grupo SIPA.
- 3 Para reducir la utilización y los costes de los servicios de urgencia hospitalarios a corto plazo de pacientes internos y en espera de alojamiento en residencia.

1 Para sustituir a los servicios sociales y los servicios de salud por los servicios de proximidad

Todos los participantes en SIPA o grupo de control usaron al menos un servicio de proximidad durante el período experimental que duró 22 meses, mientras que el 80% utilizó un servicio institucional. El coste medio de los servicios locales de SIPA (12 695\$) resultó 3.420 dólares más elevado que el promedio de grupo de control (9275\$). Esta cantidad se vio compensada por el coste medio en los servicios institucionales en el grupo control (22896\$) en comparación con los costes promedio de los participantes en SIPA (18583\$), con 4312\$ de diferencia. Los costes totales de los servicios fueron similares en los dos grupos, situándose alrededor de los 32000\$.

2 Para aumentar la utilización y el gasto de los servicios de proximidad

Las tasas de acceso al servicio fueron generalmente más altas, y superaron el 80% en todos los casos, excepto en el acceso a los servicios sociales para el grupo control, donde alcanzaron solamente el 68%. El grupo SIPA tuvo una mayor tasa de acceso a los servicios sociales y los servicios de salud en casa que el grupo de control. Sin embargo, el acceso a los médicos especialistas y los medicamentos fue similar en ambos grupos. La incidencia de la utilización media de los servicios sociales y de la salud para todos los usuarios fue baja, desde menos de 1 hora para los servicios de salud hasta sólo 2 horas para los servicios sociales.

Los costes del grupo SIPA fueron superiores a los del grupo control, aunque es estadísticamente significativo para el caso de los servicios de salud en el domicilio y las visitas de los médicos de familia.

Los costes de los servicios de salud a domicilio fueron inferiores a los costes de los servicios sociales, debido en gran parte a que los usuarios presentaban muchas limitaciones funcionales.

3 Para reducir la utilización de los costes de servicios institucionales

La mitad de los participantes fueron hospitalizados durante los 22 meses de experiencia de SIPA; más del 60% visitó urgencias al menos una vez y el 14% fueron alojados en instituciones. El SIPA ha reducido a la mitad las expectativas de alojamiento en los hospitales (5% frente al 10%).

En comparación con los servicios institucionales, el coste medio se sitúa entre los 7200\$ - 8400\$. Estos gastos son similares a los del coste total de los servicios sociales y salud en el hogar (5600\$ para el grupo control y 7700\$ para el grupo de SIPA). En suma, la evo-

lución de los costes de los servicios sociales y de salud de las personas frágiles son muy diferentes de las de las personas mayores no frágiles y a los adultos de edad media.

La capacidad de SIPA para ahorrar 4000\$, o casi el 20% de los costes de los servicios de institucionalización, es el resultado de una reducción significativa en los costes de alojamiento y un ahorro de costes acumulado de los servicios de urgencias, hospitalización y de vivienda permanente.

5.3 Identificando los factores de éxito

Estos modelos, junto con otros que hemos observado y que afrontan con excelentes resultados el cambio de perfil del usuario sociosanitario, presentan entre sí muchas diferencias, pero destacan algunos elementos comunes que constituyen sus claves de éxito. Entre ellas hemos identificado la valoración de las experiencias innovadoras y se destacan las siguientes:

1. Una segmentación cuidadosa de la población:

Hay abordajes comunes, pero no hay recetas universales para cada tipo de problema. En gran medida, el éxito de estas experiencias está en haber sabido segmentar e identificar bien las necesidades de diferentes grupos y subgrupos para ofrecerles unos cuidados estandarizados, pero adaptados a su propio perfil de necesidad.

2. La figura del gestor de casos:

Si gran parte del problema reposa en el uso descoordinado de un número importante de servicios y en las dificultades de seguimiento de los servicios efectivos, gran parte de la solución está en la creación de una figura que se erija en coordinador del plan de atención e interlocutor único privilegiado del sistema ante el usuario. Con respecto al abordaje clásico de los servicios personales, la figura del gestor de casos es sin duda el punto de vista más innovador y a quien hay que atribuir buena parte del éxito de estas experiencias. Este modelo ha abierto un amplio campo de desarrollo profesional en el ámbito de la enfermería o el trabajo social.

3. La protocolización basada en la evidencia:

Si la gestión de casos permite personalizar, su complemento ideal es la estandarización de los procesos asistenciales entre profesionales y recursos. Basarlos en la evidencia permite seleccionar las formas más eficaces de abordaje de los problemas. Este es, por ejemplo, el caso del uso de sistemas de educación grupales y de *paciente experto*, en lugar de las costosas visitas individuales en los programas de gestión de pacientes crónicos.

4. Lo multidisciplinar:

El abordaje compartido ha generado la necesidad de compartir nuevos espacios de trabajo entre profesionales de varios sectores. Los usuarios con pluripatología y dependencia utilizan un conjunto amplio de recursos y profesionales. La clave del éxito está en integrar de forma sinérgica la intervención de todas y cada una de las piezas

del sistema. La capacidad de trabajo eficaz en equipo se ha revelado como una de las claves del éxito de estas iniciativas.

5. El uso intensivo de tecnologías de la información compartidas entre profesionales. Las TIC se han convertido en mucho más que una herramienta de soporte. En estos casos han aportado tanto un uso compartido de la información —que favorece el abordaje protocolizado e interdisciplinar—, como la comunicación del seguimiento entre los profesionales y los usuarios en su domicilio. El crecimiento cuantitativo y cualitativo y el abaratamiento de las tecnologías están abriendo excelentes posibilidades de optimización de los servicios sociosanitarios.

6. La imbricación de las políticas entre los niveles *macro, meso y micro* de la gestión. Las innovaciones son prometedoras en resultados, pero en ningún caso fáciles de abordar; existen barreras de todo tipo, desde administrativas hasta culturales y profesionales. Ante su presencia, la existencia de unas políticas sólidas lideradas claramente a los diferentes niveles, constituye un excepcional incentivo y un *banderín de enganche* para los profesionales.

1 Wagner et al. (1999).The Chronic care model.

2 Innovative care for chronic conditions:building blocs for action (WHO, 2002). [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>

3 Hébert R, Dubois M-F, Raïche M, Dubuc N, & the PRISMA-Estrie Group. The effectiveness of the PRISMA Integrated Service Delivery Network: Preliminary report on methods and baseline data. International Journal of Integrated Care 2008; [acceso el 18 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.ijic.org>

4 Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): Utilisation et coûts des services sociaux et de santé (2004). Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/beland_final.pdf

06 Las grandes barreras a la construcción del espacio sociosanitario en España

En base a la experiencia de otros países y al conocimiento de la situación en la mayoría de las Comunidades Autónomas, podemos constatar que:

La construcción del espacio sociosanitario para la atención a las necesidades de los usuarios de los servicios sociales y sanitarios, es aún una asignatura pendiente en España.

Por supuesto, esta aseveración puede ser matizada y, sobre todo, hay que recalcar la diversidad de grados existentes en función de la comunidad autónoma. Mientras en algunas ha habido una voluntad de construir este espacio con mayor o menor desarrollo en la práctica y diversas acepciones, en otras los servicios sociales y los sanitarios siguen observándose desde la distancia.

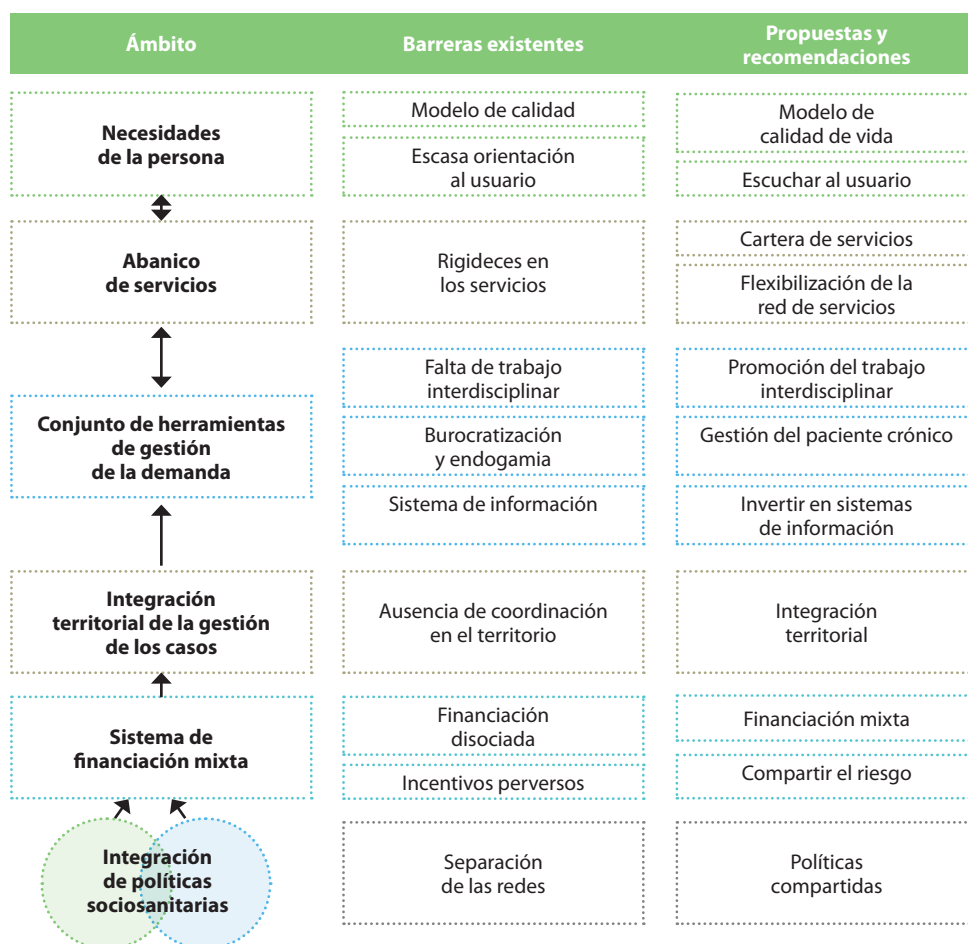
Hemos identificado las grandes barreras que se dan en la actualidad para la coordinación/integración sociosanitaria en España, que mencionamos a modo de síntesis y que desarrollamos ampliamente a continuación. Éstas son:

- En primer lugar y en el ámbito de la definición de las necesidades del usuario constatamos dos grandes déficit:
 - La ausencia de un modelo de definición de la calidad de vida que se persigue para los usuarios del sistema.
 - Un importante nivel de tecnocracia y paternalismo en la definición de servicios, que impide a menudo escuchar la voz del propio usuario.
- Con respecto al abanico de servicios necesarios, constatamos una gran rigidez tanto en su definición cómo en la compartimentación entre las diferentes autoridades que los financian y los colectivos a los que se orientan.
- En la utilización de herramientas para gestionar la atención a los usuarios y la orientación de la demanda, encontramos como grandes barreras:
 - El escaso desarrollo de los modelos de trabajo interdisciplinar.
 - La burocratización de los procesos asistenciales.
 - La debilidad de los sistemas de información y del uso de las telecomunicaciones.
- Se observa una gran dificultad para encajar políticas de integración local de los servicios en territorios pequeños.
- La ausencia de mecanismos de financiación compartida, acaba por crear incentivos perversos (por ejemplo, el incentivar que a un determinado paciente se le atienda en el hospital en lugar de a domicilio por una mayor disponibilidad de recursos).

- Y, evidentemente, la falta de organismos conjuntos entre autoridades sanitarias y sociales para la elaboración, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de políticas sociosanitarias.

Todo ello, tiene como consecuencia una cultura profesional orientada a la resolución parcial de los problemas, donde los incentivos no tienden en absoluto a favorecer aquellas soluciones comunes a los problemas de los usuarios por parte de los profesionales sociales y sanitarios.

En la figura que ofrecemos a continuación, hemos sintetizado estas observaciones, en función de las cuales establecemos las recomendaciones para la creación del espacio sociosanitario en España, desarrolladas ampliamente en el siguiente capítulo.



Fuente: elaboración propia

6.1 Ausencia de un modelo de prestación de servicios de calidad alrededor de las necesidades de las personas

6.1.1 Ausencia de un modelo de servicios de calidad

La calidad en la prestación de los servicios de atención a personas con necesidades sociales y sanitarias tiene múltiples dimensiones que abarcan aspectos relacionados con la organización, la producción y los resultados obtenidos con la intervención realizada. En cada uno de ellos intervienen diversos elementos: agentes, estructuras, procesos y procedimientos, etc.

Sin embargo, la percepción de calidad para las personas que reciben atención tiene que ver esencialmente con dos aspectos: recibir aquello que se necesita y recibirlo bien. Es decir, recibir la adecuada atención a las diversas dimensiones que conforman la realidad de la vida de las personas, aportándoles la máxima calidad posible.

La calidad de vida es un concepto global y holístico, centro de las políticas y actuaciones profesionales dirigidas a las personas y en especial a quienes, por causa de enfermedad o dependencia, requieren del apoyo de terceros.

La International Society for the Scientific Study of Intellectual Disability (IASSID) ha elaborado una propuesta del concepto, la medida y la aplicación de qué entender por Calidad de Vida¹. Los términos básicos que incluyen son: igualdad, inclusión, capacitación y oportunidades de crecimiento positivo.

El modelo de Calidad de vida consta de ocho dimensiones, cada una sirve para distinguir las necesidades específicas en su entorno:

- 1 Bienestar emocional:** estado en que se dispone de todo lo necesario para vivir con dignidad. Es un estado de satisfacción personal definido por conceptos tales como felicidad, salud, ...
- 2 Relaciones interpersonales:** vivir en comunidad, participando de las situaciones en grupo, compartiendo experiencias, valores y emociones.
- 3 Bienestar material:** satisfacción personal que viene garantizada por los recursos y las propiedades que pueden proporcionar condiciones de comodidad, confort y seguridad.
- 4 Desarrollo personal:** agrupa un conjunto de aspiraciones de mejora y de actividades funcionales que impregnan a la persona de dinamismo.
- 5 Bienestar físico:** se refiere a indicadores tales como el estado de salud, la alimentación, la seguridad, etc.
- 6 Autodeterminación:** permite hacer elecciones y marcar objetivos y metas personales. Definida en el concepto de autonomía personal.
- 7 Inclusión social:** aceptación del rol que ejerce cada uno en el ejercicio de la ciudadanía y la participación en las actividades propias del grupo social al que pertenece.

8 Derechos: son indiscutibles e irrenunciables; hay que poder ejercerlos plenamente sin más limitaciones que las exigidas por los derechos de los demás, teniendo en cuenta los principios de salud y seguridad.

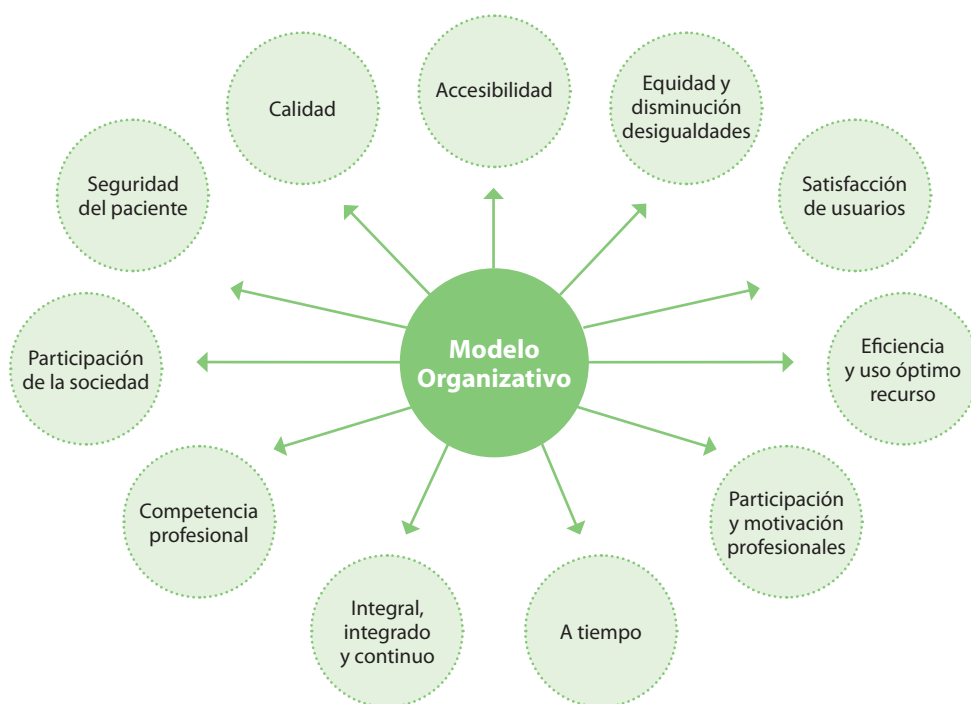
Este planteamiento, cuyo esquema hemos recogido en el capítulo 4, apartado 4.9, tiene su traducción en una serie de principios rectores generales, que exigen:

- La existencia de una cartera de servicios capaz de ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples necesidades de aquéllos a los que se dirige.
- Respuestas individualizadas a las situaciones y circunstancias personales y del entorno de cada persona, respetuosas con sus voluntades y su elección.
- Respuestas dinámicas y continuas, capaces de adaptarse a las necesidades de cada momento, garantes de la continuidad que debe ofrecer la atención.
- Respuestas integrales, que consideren una visión global de la necesidad visible en las diversas dimensiones de la vida de las personas.
- Que se dé la información adecuada para que cada uno pueda elegir en todo momento la respuesta que mejor se adapte a su voluntad y circunstancia.

Oferta adecuada, respuesta individualizada, dinámica, continua e integral, además de la suficiente información para facilitar la elección: he aquí los componentes de la calidad percibida.

La traducción práctica de estas exigencias en el tema que nos ocupa se concreta en principios específicos, tales como:

- La existencia de dispositivos y medios de información accesibles: profesionales que informan proactivamente.
- Una puerta de entrada única, que facilite el acceso y que sea capaz de responder con los servicios oportunos (provengan del sistema que provengan) a las necesidades de cada persona.
- La realización de un plan individual de atención, realmente individual y adaptado a las circunstancias y situaciones personales y del entorno de cada uno.
- Por tanto, la disposición de una cartera de servicios real (apoyos a la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, para el mantenimiento de las capacidades, para la atención a la salud, etc.), y no estructuras de servicios (centros, programas, etc.) estáticas y cerradas.
- La existencia de un referente profesional que acompañe y garantice la continuidad y adaptación de los servicios que se reciben a las necesidades de cada uno, en cada momento.
- Y finalmente, una prestación de servicios de atención que responda a unos parámetros de calidad exigible en sí misma (espacios, actividad profesional, etc.) y en los resultados que consigue (mantenimiento de las capacidades de cada uno, satisfacción de los usuarios, etc.), con un modelo organizativo que dé respuesta a las diversas dimensiones de la calidad, tal como se ilustra en la siguiente figura:



Fuente: elaboración propia

Estas características, hoy por hoy, no se dan en los actuales modelos de atención. Si nos referimos al SAAD (Sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas con dependencia), y desde una óptica de los servicios sociales, la atención no se presta de modo organizado, reconocido y completo. Y aunque no se pueda hablar de un único modelo de atención a la dependencia en España, ya que cada Comunidad presenta singularidades en la aplicación, podemos afirmar, basándonos en la revisión del sistema, que:

- Salvo en alguna Comunidad Autónoma, la puerta única de entrada compartida entre servicios sociales y servicios de salud no existe.
- Todas las carteras de servicios actuales se basan en la descripción de los recursos desde los que se prestan los servicios (centros residenciales, centros de día, etc.), empezando por la propia ley. Solamente en un caso hemos encontrado referencia concreta a servicios desmenuzados tales como el apoyo a las actividades de la vida diaria, por ejemplo, que tanto pueden darse en centros como en el propio domicilio.
- La estrategia de intervención en cada caso (Plan individual) no responde a una estrategia definida e integrada con la asistencia sanitaria. Es más, a menudo los propios equipos que elaboran el PIA —servicios sociales— no tienen conocimiento de los recursos disponibles no ya en el sistema de salud, sino tampoco en el propio sistema de servicios sociales.
- La actual distribución de las prestaciones concedidas y su revisión indica una importante falta de profundidad en la formulación de los planes individuales de atención, en parte porque las actuales carteras de servicios no los facilitan.

- Se observa una importante falta de adaptación de la oferta a las circunstancias y voluntades de las personas. De nuevo, las carteras de servicios están poco desarrolladas como para permitir la elaboración de un verdadero plan individual con participación expresa de la persona afectada. Lo mismo ocurre con los servicios o recursos más demandados; como por ejemplo la ayuda a domicilio, que se ven limitados debido a las estructuras de oferta existentes.
- La cooperación entre la prestación de servicios sanitarios y sociales, no se da con la fluidez necesaria. Ambos sistemas se necesitan, pero su relación se limita en muchos casos a la recogida del paciente cuando recibe el alta hospitalaria o a la falta de oferta por parte del servicio social.
- Es un hecho la ausencia del papel activo del gestor del caso. Aunque se hacen intentos, la dimensión de la necesidad de esta figura profesional no se corresponde con su existencia. El papel activo de velar por la situación personal de quien entra en el sistema, cuando existe, se limita a los casos más extremos de necesidad, sin ser, hoy por hoy, una figura arraigada en el mismo.
- Finalmente, no parece que se estén dando incentivos y propuestas que faciliten la existencia de respuestas coordinadas y de calidad. Más allá de intentos concretos en determinados territorios y en alguna comunidad, la coordinación y la evaluación de la calidad en la atención, conociendo los resultados que produce en las personas y en su satisfacción, es todavía una asignatura pendiente en el mundo de los servicios sociales y algo no suficientemente desarrollado en el mundo de la sanidad.

6.1.2 Falta de orientación al usuario

La primera consecuencia de este modelo es que un usuario informado, que conoce los soportes que precisa y tiene capacidad para elegirlos, superará con creces los limitados enfoques paternalistas y tecnócratas con los que actualmente diseñamos una gama muy limitada de servicios.

¿Las actuales carteras de servicios sociales responden a esta lógica que se da en quienes deben hacer uso de ellos? Decididamente no. Las carteras de servicios sociales vigentes desarrollan una determinada gama de recursos, pero no de servicios. Los servicios deben poder combinarse de forma personalizada en función de situaciones, circunstancias y voluntades personales, para dar lugar a la composición de planes individuales de atención específicos para cada individuo. Se ofrece atención residencial, atención diurna o atención a domicilio para prestar servicios, tales como el apoyo a las actividades básicas de la vida diaria, al bienestar emocional, a las relaciones sociales, etc.

Tomando de nuevo el ejemplo del SAAD, en la actual distribución de prestaciones y servicios, tiene un peso destacado la prestación económica al cuidador, muy por encima de la prestación de "servicios" si consideramos que algunas personas reciben más de uno a la vez:

Servicios y prestaciones del SAAD		
	Servicios y prestaciones	Total
Servicios	Prestación vinculada al servicio	38.158
	Centro de día	28.479
	Residencia	98.941
	Ayuda a domicilio	59.576
	Teleasistencia	51.480
	Servicios de prevención	2.930
	Total servicios	279.564
Prestaciones	Cuidados familiares	280.013
	Asistente personal	685
	Total prestaciones	280.698

Fuente: IMSERSO. Enero 2010

Existen múltiples factores externos que pueden condicionar la elección como la disponibilidad real de servicio, la celeridad en recibirlo, la oportunidad de recibir ingresos económicos complementarios por una actividad que la familia ya realizaba, etc. Sin embargo, no deja de ser un dato relevante que la elección mayoritaria de los usuarios sea la prestación económica, cuando la Ley la considera una prestación complementaria y con carácter marginal. Ello ilustra hasta qué punto son divergentes hoy en día las preferencias del usuario y las decisiones técnicas.

6.2 Rigidez de la red de servicios

6.2.1 Limitaciones en la cartera de servicios

Como ya se ha expuesto, tanto en sanidad como en servicios sociales, las definiciones de carteras de servicios responden a una óptica de definición de recursos (residencias, hospitales, centros de día). En cambio, en pocos casos se llega a detallar cuál es la composición de servicios que tienen o pueden prestar estos recursos los cuales suelen contener unos paquetes de servicios bastante estandarizados y con escaso margen de adaptación a las necesidades individuales del usuario.

Quizás sea un elemento muy técnico, pero definir las carteras de servicios de forma más detallada permite una mayor adaptabilidad de los paquetes de servicios a las necesidades individuales del usuario y tiene una traducción en, por ejemplo, la financiación. Dotar de fondos a los centros por una tarifa estándar del recurso (la residencia) no es lo mismo que financiarlos por unas tipologías de usuarios que precisan un determinado *mix* de servicios, ya que lo que se paga es una tarifa que incluye en su cálculo a los mismos servicios. Pensamos seriamente que este cambio de enfoque puede marcar muchas diferencias en la exigencia de calidad a los proveedores o en los criterios de financiación, entre otros.

6.2.2 Rigidez de las redes de provisión de recursos

El segundo aspecto, consecuencia del anterior, es la rigidez en la estructura de la red de recursos.

Si las autoridades no se ponen de acuerdo en una política común al más alto nivel, los proveedores de servicio podrían al menos integrar sus políticas asistenciales por la base, acuciados por la presión del usuario.

Sin embargo, se hace bastante difícil cuando la red de proveedores es exclusiva de cada uno de los sectores y cada uno de los proveedores que trabajan para estas redes responde a una lógica muy diferente determinada por su financiador. Si los sistemas de atención sanitaria primaria y especializada tienden ya a trabajar de espaldas, cuál no será la distancia entre un sistema sanitario y uno social, o entre proveedores contratados por la comunidad autónoma y otros por el municipio.

En entornos mucho menos regulados, como el mundo anglosajón, es frecuente la presencia de proveedores que suministran al mismo tiempo servicios sanitarios y sociales integrados para una clientela de pacientes crónicos con pluripatología y dependencia. Pensar en el papel del cuidador social, por señalar un caso entre muchos, en la mejora del seguimiento del tratamiento de un paciente crónico, nos permite vislumbrar la importancia de una unión entre la contratación y financiación de los proveedores para los usuarios con necesidades sociosanitarias.

Incluso en algunos entornos de provisión relativamente poco regulados, como es el caso de Cataluña, se observa claramente la evolución natural de las organizaciones sanitarias a proveer servicios sociales y viceversa.

En cambio, en la mayoría del país, la rigidez de las estructuras dificulta considerablemente esta integración de la oferta por la base. Los servicios sanitarios se prestan mayoritariamente desde centros de gestión pública, aunque surge la duda de si el servicio de hospitalización a domicilio de un hospital público podría incluir en su cartera de servicios un servicio de ayuda a domicilio y viceversa. Sabemos que esta simple pregunta puede poner los pelos de punta a unos cuantos ortodoxos de los dos sectores, pero... ¿por qué no?

6.3 Desarrollo muy limitado de las herramientas de gestión de la demanda

6.3.1 Dificultades para el trabajo interdisciplinar

Si hay una herramienta imprescindible que se refleja, ya casi como un tópico, en todos los manuales de atención sociosanitaria a personas frágiles con pluripatología, dependencia o situaciones terminales, ésta es la necesidad del trabajo interdisciplinar.

Y esa herramienta se utiliza:

- En la valoración multidimensional de la persona.
- En el establecimiento del plan de cuidados (plan individual de atención..) inicial.
- En la revisión periódica y actualización de este plan.

El trabajo interdisciplinar implica:

- Sistemas de información compartidos (que veremos más adelante).
- Un plan elaborado conjuntamente por todos los profesionales que comparten los cuidados.
- Metodologías y hábitos de trabajo en equipo.

Todas las evaluaciones de las experiencias con éxito destacan la importancia del trabajo interdisciplinar de los profesionales implicados en los cuidados.

Si queremos hablar de atención sociosanitaria sin duda hay que plantearse cuáles son los incentivos que tienen nuestros profesionales para trabajar seriamente en un equipo interdisciplinar, tanto los que trabajan juntos en el mismo centro como los que lo hacen en centros distantes.

6.3.2 Gestión tradicional del paciente crónico

Si alguien repasa la bibliografía de los modelos de atención a pacientes crónicos, se dará cuenta de que estamos “vendiendo” como innovación temas que se empezaron a plantear ya en los años 70. Cuarenta años han pasado desde que el conocimiento sanitario empezó a identificar que el tradicional modelo de agudos no es eficaz en el control de los problemas de los pacientes crónicos. Y hoy, aún es una novedad.

La evidencia señala que una gestión diferente de los pacientes crónicos mejora significativamente los resultados en salud, mejora más que notablemente la satisfacción de los usuarios y supone grandes ahorros para el sistema sanitario, corrigiendo la utilización inadecuada de recursos.

Elementos clave de este modelo, como ya hemos señalado, son la segmentación de pacientes, la gestión de casos, el *empowerment* del usuario y la educación sanitaria, y los sistemas de información.

El porqué una evidencia científica “buena, bonita y barata” puede tardar décadas en empezar a calar en nuestro sistema sanitario es toda una lección acerca de las dificultades que presenta la gestión del cambio en la sanidad.

Pero la realidad es que los nuevos modelos de gestión del paciente crónico en España son aún experiencias locales con carácter casi experimental y no un abordaje generalizado. Perfiles profesionales como los de gestor de casos, bien conocidos en otros sistemas sanitarios, son aún una rareza entre nosotros, por no citar la incorporación

necesaria de elementos de gestión del cambio y de formas de relación entre profesionales, poco tradicionales.

¿Por qué es importante esto en la coordinación sociosanitaria? Porque en la revisión de estas experiencias se verifica que este tipo de modelos son los que casi inevitablemente permiten conectar e integrar la problemática de la atención social a la dependencia en el modelo de cuidados. El escaso avance en este sentido en el sistema sanitario español es otra barrera más para construir el espacio sociosanitario.

Incorporar estas formas de trabajo requiere, como toda gestión del cambio cultural, planificación, dinamización, seguimiento continuado y gestión de las crisis. Incluye elementos tales como:

- Los nuevos modelos de gestión de pacientes crónicos
- Figuras como la del gestor de casos
- Unidades funcionales de valoración geriátrica y sociosanitaria en hospitales y otros centros complejos
- Trabajo en equipo interdisciplinar
- Plan individual de atención
- *Empowerment* del usuario o paciente
- Guías y planes de cuidados integrados
- Sistemas de evaluación y alertas
- Cuadros de Mando Integrados

Este conjunto de instrumentos tiene una utilidad crucial mucho más allá de su valor de uso: constituye la herramienta para la construcción de un sector profesionalizado y con metodologías específicas de trabajo. Hay que destacar especialmente el valor de la valoración interdisciplinar del paciente que la geriatría ha extendido en gran medida como especialidad gracias al desarrollo de una serie de valoraciones integrales que incluyen valoraciones funcionales muy especializadas. Este mundo se completa con instrumentos de clasificación de residentes o pacientes en grupos iso-coste, que se generan a partir de este tipo de valoraciones y que facilitan el conocimiento y la investigación de estos campos de gran interés para la gestión, que las autoridades sanitarias y sociales deberían favorecer

Y también es oportuno destacar la figura del *case-manager*, que resulta clave en todos los proyectos de éxito. Aunque cualquier profesional social o sanitario reconoce entre sus tareas algunas de las que son funciones clave del *case-manager*, esta es una forma de ejercicio altamente especializada y con herramientas muy específicas. La formación de una masa crítica de profesionales que necesitaremos si desarrollamos esquemas que han demostrado una alta eficiencia, precisa de una planificación y una ejecución cuidadosa hoy todavía existente.

6.3.3 Sistemas de información de nueva generación

Un sistema de información (SI) en cualquier tipo de organización es un sistema de soporte a la consecución de sus objetivos y metas. Partiendo de dicha premisa, el SI deberá dar soporte, por ende, a todos los procesos del mapa de procesos de la organización. Si seguimos aplicando estos criterios a la constitución del espacio sociosanitario nos damos cuenta que no existiendo todavía el espacio común tampoco existen los SI que deben soportarlo.

Existe, además un desarrollo asimétrico de los SI del ámbito sanitario y social. Ninguno está plenamente desarrollado, pero los avances en el campo sanitario son más apreciables que los producidos en el ámbito social, aun teniendo por el momento importantes carencias.

En el sector sanitario se cuenta con información de la actividad, de los recursos, del producto final y su complejidad, y hasta del grado de satisfacción, calidad de la prestación y necesidades de los usuarios. Se dispone o se está en situación muy avanzada, de una historia clínica integrada que recoge los episodios de atención del paciente, tanto en el ámbito de atención especializada como primaria, así como también de otras herramientas informáticas que acompañan la gestión de los episodios asistenciales.

Sin embargo, en el ámbito de lo social no se dispone de una situación similar y es notoria la diferencia con el sector sanitario. Por fortuna, la LAPAD, en su artículo 37 señala la necesidad de contar con un sistema de información para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Pero a pesar de la declaración de intenciones de la Ley, se corre el riesgo de complicarlo aún más si seguimos desarrollando unos SI no integrados, perpetuando los silos en los que viven instalados ambos sistemas.

Una situación habitual en la que se encuentra nuestra población diana se refleja en este ejemplo: un paciente de más de 70 años que sufre de una insuficiencia cardiaca y otras patologías crónicas es dado de alta del hospital con un buen número de fármacos. El paciente no identifica bien la medicación a tomar y, bajo una ayuda no formal (su esposa también dependiente y con enfermedades crónicas), el paciente realiza mal el tratamiento, avanza en su deterioro y requiere de un nuevo reingreso hospitalario. El coste al sistema de esta situación, muy habitual, es alto. Un SI integrado para el espacio sociosanitario hubiera detectado desde el alta hospitalaria inicial del paciente, una situación de riesgo y hubiera generado de manera automática un aviso al "sistema social", requiriendo una ayuda puntual (cuidados formales) que habría asegurado el tratamiento correcto, sin descompensaciones y sin costes sobreañadidos al sistema.

Lejos de la utopía, esta situación es hoy una realidad. Ya hemos aludido a la experiencia con Healthconnect del modelo *Kaiser Permanente* y, aunque es un sistema que actúa preferentemente desde el lado asistencial (modelo de cuidados de la enfermedad crónica), contiene elementos básicos para poder implementar el apoyo social necesario.

Un ejemplo más apropiado de la necesaria integración de SI lo proporciona el “Health and Social Care Integration Programme” del Reino Unido, que pretende mejorar los resultados de los usuarios de ambos sistemas a través de la prestación de más y mejores servicios compartidos por el NHS y el Servicio Social. Este objetivo se consigue compartiendo información relevante entre el NHS Care Records Service y el Electronic Social Care Records Systems, obviamente bajo el consentimiento del usuario. La información compartida bajo la forma de estándares técnicos permite generar y planificar los procesos integrados de cuidados que el NHS y los Servicios Sociales prestarán al usuario.²

Otro aspecto destacable de los SI integrados es la posibilidad de interactuar con el usuario a través de las herramientas Web 2.0. De esta forma el usuario puede establecer comunicación con sus cuidadores y a través de ella gestionar citas, consultas online, recibir información para el autocuidado y otras aplicaciones prácticas, como el hecho de compartir experiencias y refuerzos de otros usuarios con necesidades similares.

Lo descrito de este SI compartido hace referencia a lo que podría aplicarse en parte de los procesos clave del espacio sociosanitario. A nadie se le escapa la potencialidad del sistema al añadir registros e indicadores apropiados, que permitirían compartir información de procesos estratégicos como la evaluación de resultados, costes del sistema, satisfacción de usuarios y profesionales y un largo etcétera.

6.3.4 Burocratización y endogamia: escasa orientación al usuario

El déficit de orientación al usuario responde a razones diferentes en cada uno de los sistemas.

En el sector social, la burocratización del proceso de solicitud de las prestaciones es un mal extendido. El gran nivel de normativización existente tiene mucho que ver con la necesidad de delimitar la entrada de la demanda a un sistema tradicionalmente “graciable” y por tanto, con una clara incapacidad para atender a todas las necesidades existentes. Si hay que seleccionar entre usuarios para asignar una prestación, lo “mejor” es que la responsabilidad de tomar la decisión provenga de un decreto y no de un profesional.

Con la entrada en vigor de la LAPAD, esta tendencia se modifica sustancialmente: es un derecho universal, al que todo el mundo tiene opción. Sin embargo, sea por tradición o incapacidad, se ha demostrado que la endogamia y la burocratización son algo profundamente arraigado.

Solamente dos ejemplos: aun disponiendo de equipos de valoración de la minusvalía, se han creado equipos y procesos completamente diferentes para valorar la dependencia, cuando la lógica de la eficiencia hace pensar que podrían darse perfectamente valoraciones conjuntas de dos situaciones —dependencia y discapacidad— que muy a menudo se dan a la vez. Una misma persona debe pasar por dos procesos, con sus respectivos tiempos y circunstancias, y por equipos distintos para obtener dos certificados

independientes, que en realidad forman parte de una única situación. Por otra parte, no es coherente la emisión de un plan individual de atención para atender la dependencia realizado por equipos exclusivamente dedicados a la valoración; lo lógico es que también participen en su elaboración aquellos profesionales que están en permanente contacto con las personas (equipos de primaria de salud y equipos de primaria de servicios sociales). Las condiciones actuales no contribuyen a la elaboración de planes realistas, que resuelvan de verdad las necesidades de quienes los requieren.

En el sector sanitario, en cambio, son las lógicas de competencias profesionales las que habitualmente nos distancian de las necesidades del usuario. La parcelación del individuo entre especialidades es una de las mayores dificultades para enfocar al paciente crónico y dependiente en un contexto global. Sin que sea ningún ejemplo de agilidad en sus procesos, el sector sanitario no padece el extremo de burocratización del social, pero sí una dispersión de servicios que a veces es complejo reorientar.

La aplicación de la LAPAD ha traído consigo algunos ejemplos claros de alejamiento de las herramientas (valoración de la dependencia, PIA) de los equipos de profesionales que atienden cotidianamente al usuario. Aunque hay ejemplos en todos los sentidos, muchas comunidades han entendido esta valoración exclusivamente como un proceso de peritaje médico-legal. Sin negar esta faceta, no hemos visto ningún ejemplo donde el peritaje resuelva los problemas de la atención a los ciudadanos y, en cambio, sí lo hemos visto en la integración de los servicios sanitarios y sociales mediante el trabajo interdisciplinar.

6.4 Ausencia de un modelo de integración de los cuidados en el territorio

Esta tendencia a la separación de servicios hace que la falta de integración se transmita hasta el nivel más periférico del sistema. Mientras las experiencias que se han realizado de integración en la base ofrecen resultados claramente satisfactorios en la mayoría de los casos, los servicios sanitarios y sociales continúan siendo dos organizaciones paralelas e incluso desconocidas entre sí. Al nivel de atención primaria, donde probablemente puede ser más fructífera la colaboración, los servicios dependen de dos administraciones diferentes y trabajan en redes paralelas.

La diferenciación de servicios determina que el mismo usuario, en función de si el punto de acceso al sistema son los servicios sanitarios o los sociales, obtenga un tipo de respuesta diferente.

De la experiencia y revisión de modelos realizada, se puede deducir que la coordinación sociosanitaria se consigue a nivel local en áreas territoriales definidas, donde se puede lograr un grado elevado de interacción profesional a todos los niveles entre los servicios sociales y sanitarios. La base de la continuidad de los cuidados sociosanitarios se construye a nivel local con equipos multidisciplinares que valoran a ciudadanos, elaboran un plan de atención integral y trabajan sinérgicamente en su día a día.

Los niveles superiores facilitan e incentivan esta tarea, pero el trabajo real se realiza en la base. Son condición necesaria pero no suficiente para que se integre el espacio

sociosanitario. Es por eso que la integración en los territorios pequeños es clave para la coordinación de los campos social y sanitario.

Por este motivo recomendamos especialmente construir unas bases de regulación y sobre todo de gestión cotidiana que permitan desarrollar un esquema de coordinación, desde la relación a nivel de las direcciones de los servicios sanitarios y sociales de ámbito comarcal, hasta las numerosas interacciones entre los profesionales de los dos sectores. El trabajo coordinado de los equipos de atención primaria de salud y servicios sociales y la integración de los proveedores de servicios son dos elementos clave para hacerlo efectivo.

Los ámbitos territoriales permiten desarrollar un esquema de coordinación que va desde la relación a nivel de las direcciones de los servicios sanitarios y sociales de ámbito comarcal hasta las numerosas interacciones entre los profesionales de los dos sectores.

En este contexto, se pueden crear equipos de valoración de las necesidades que conocen el entorno y pueden prescribir los servicios realmente existentes más adecuados al tipo de necesidad. Ello no necesariamente excluye la función de equipos especializados en la valoración de la dependencia, pero sí es vital para decidir la adscripción de cuidados entre recursos alternativos.

6.5 Dificultad para orientar los flujos de financiación

Cualquier análisis de los resultados de las políticas sociosanitarias demuestra que los escenarios de mayor eficiencia implican necesariamente la producción de un flujo de financiación desde los servicios sanitarios hacia los sociales y desde la hospitalización hacia la atención ambulatoria (primaria y también especializada).

Este elemento es vital para el desarrollo del espacio sociosanitario. Sin embargo, en entornos en que ninguna institución en concreto tiene la responsabilidad directa del coste global de la atención sanitaria y social, resulta ilusorio pensar que se van a presentar dichos flujos. Además, el poder fáctico de presión para obtener mejoras en la financiación va precisamente en el sentido inverso al deseado, teniendo su vértice en los grandes hospitales y sus puntos más vulnerables en la atención domiciliaria social.

Las primeras experiencias de implantación de sistemas de financiación capítativa en nuestro país demuestran dos cosas:

- La financiación capítativa es un buen incentivo para abordar decididamente enfoques preventivos.
- Estos modelos pueden conseguir resultados tan inverosímiles como la reducción de la presión de visitas de urgencias en los hospitales, mediante la adecuada redistribución de incentivos.

Probablemente es un aspecto poco maduro aún, pero pensar en horizontes de financiación capitativa que incluyan también la dependencia y/o la atención sociosanitaria, puede poner los incentivos en su sitio para favorecer el desarrollo de la coordinación.

Por el momento, el cambio sólo es posible si la mayoría de la financiación proviene del sistema sanitario.

El siguiente ejemplo ilustra los parámetros de los que estamos hablando: en Cataluña, se generó en los años 80 una red de servicios sociosanitarios que, sin entrar a discutir sus peculiaridades, es con diferencia la más amplia y variada en cartera de servicios de España. El presupuesto actual de esta red (financiada con aportaciones de las dos consejerías) es de sólo un 0.18% (menos del 2 por mil) del presupuesto de la Conselleria de Sanitat, mientras que representaba más del 1% del de la Conselleria de Acció Social i Ciutadania. "Arreglar" algunos sectores tiene un coste ínfimo para sanidad comparado con lo que supone para los servicios de bienestar social. Del mismo modo, la estimación de necesidades de gestoras de casos en programas de gestión de pacientes crónicos para un territorio de más de 150.000 habitantes arroja un volumen de personal similar a la plantilla de enfermeras de una sola unidad de hospitalización; los ejemplos disponibles demuestran que, además, su trabajo permite reducir la hospitalización en el equivalente a más de una unidad hospitalaria.

A pesar de las barreras que se presentan, los números que observamos no parecen impedimentos inabordables a la financiación de al menos un conjunto de programas sociosanitarios que redunden directamente en la eficiencia del conjunto del sistema, la satisfacción de los usuarios y los resultados.

6.6 Separación de las redes sanitaria y social

Con muy escasas excepciones (Extremadura y Castilla La Mancha), las administraciones sanitaria y social constituyen dos departamentos (consejerías) independientes en casi toda España.

De entrada esta separación de tipo administrativo puede implicar o no políticas divergentes. Al más alto nivel, algunas consejerías (Cataluña, Galicia,..) han construido "puentes" interdepartamentales que han colaborado notablemente a salvar las diferencias.

A pesar de algunos intentos de mejora, el problema más difícil de salvar es el que genera la existencia de dos redes de servicios paralelas y con recursos diferentes con una agenda de prioridades diversa.

Esta situación de partida ya crea un problema importante: la existencia de redes diferenciadas de atención con una clientela extremadamente solapada. La existencia de dos puntos diferentes de entrada (como la residencia social o el hospital de "crónicos") para la misma situación ya presenta de por sí, una grave distorsión en el sistema.

Y a partir de aquí, toda la red sufre esta falta del *continuum* asistencial que podemos caracterizar en situaciones típicamente cotidianas:

- Las políticas de atención domiciliaria a pacientes crónicos son notoriamente más eficientes, pero ¿qué autoridad sanitaria va a aceptar que una parte del presupuesto de los hospitales se derive a mejorar los servicios de atención primaria y sociales necesarios para mantener a muchos usuarios en el domicilio?
- ¿Qué incentivo tienen los médicos y enfermeras de atención primaria para dar una atención geriátrica de calidad en las residencias sociales de su territorio? Y viceversa, ¿qué incentivo tienen los médicos contratados por los servicios sociales para la atención de residentes para compartir las políticas de calidad y eficiencia farmacéutica de los equipos de atención primaria?
- La estrecha colaboración entre servicios sociales y sanitarios en la base, motivada por el profesionalismo y las necesidades del usuario, es más que corriente. Pero ¿cuál es la obligación o el incentivo para establecer dinámicas de planes individualizados de atención de forma conjunta?

Entendemos que en sí la separación o integración en una misma consejería de los servicios sanitarios y sociales no tiene por que ser ni bueno ni malo. En muchos de los países con modelos más integrados, los servicios sociales y sanitarios se rigen desde ministerios diferentes.

Lo que sí que constituye un problema grave es la ausencia de políticas y órganos de gestión comunes, así como el hecho de que a las redes respectivas no se les transmita la obligación y se incentive la necesidad de un trabajo interdisciplinar, que es sin duda el ingrediente imprescindible de la atención sociosanitaria.

1 International Society for the Scientific Study of Intellectual Disability. [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: www.iasid.org/pdf/hearing-imp.pdf

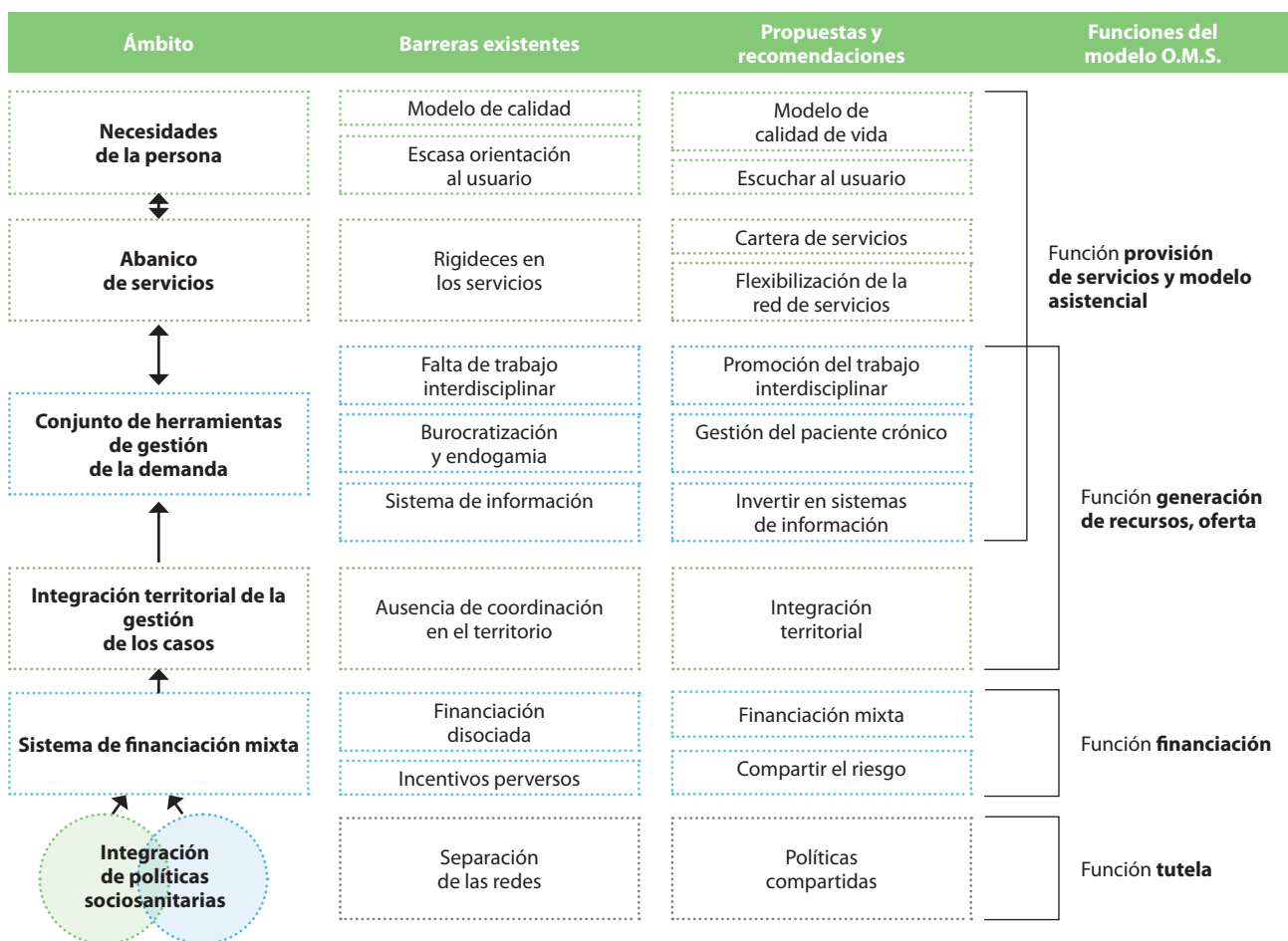
2 Health and Social Care Integration Programme. [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/hscip>

07 Cuatro claves para la construcción del espacio sociosanitario en España

Frente a esta realidad y a la luz de las experiencias internacionales de mayor éxito, la construcción del espacio sociosanitario en España pasa por identificar aquellos factores que pueden actuar como verdaderas palancas del cambio.

De todas las recomendaciones que han sido apuntadas, estructuradas según el modelo de la Organización Mundial de la Salud de organización de los sistemas sanitarios y sociales, inferimos los siguientes cuatro componentes clave sobre los que se debe actuar:

- La función tutela
- La función financiación
- La función generación de recursos / oferta
- La función provisión de servicios / modelo asistencial



Fuente: elaboración propia

Cada una incluye un amplio número de iniciativas que facilitarán la construcción de un nuevo espacio común de atención conjunto entre la red sanitaria y la social. Nos referiremos a las más determinantes.

La más destacable y que sin duda puede tener un mayor efecto como palanca del cambio es la Función Financiación.

Existe una base empírica para destacar el **potencial de la Función Financiación como palanca del cambio**: los sistemas en los que la prestación de servicios está menos regulada (compra aislada de servicios diferentes por la autoridad y variedad de agencias proveedoras de servicios) parecen tener una clara ventaja para organizar la integración de servicios sociales y sanitarios. Lo que en éstos cambia es fundamentalmente la función financiación: compra de servicios a un conjunto de proveedores amplios, públicos y/o privados en condiciones de *mercado*. Los sistemas más tradicionales, con recursos financiados a presupuesto, sufren más dificultades para transformar sus servicios en organizaciones integradas.

Si imaginamos una *caja común* que financie la atención sociosanitaria, constituida con financiación desde los servicios regionales de salud y destinada a efectuar la *compra* de servicios a diferentes proveedores del campo social o sanitario, la existencia de esta financiación desencadenará, casi obligatoriamente, un desarrollo rápido del resto de componentes:

- La existencia de una bolsa de financiación conjunta requeriría, casi por principio, de la elaboración de políticas y objetivos comunes. Y esta elaboración no se podría limitar a las declaraciones de intención porque necesitaría ser suficientemente sólida para poder concretarse en un sistema de financiación.
- Una financiación conjunta implicaría un claro incentivo para que los diferentes proveedores desarrollasen servicios sociosanitarios integrados.
- La existencia de esta financiación, desde el punto de vista del regulador, supone también un incentivo potente para que se regulen los diferentes aspectos del modelo asistencial y se desarrollen un conjunto de instrumentos de ordenación del sector.

En resumen, se trata de la función clave para conseguir la construcción del espacio sociosanitario y la que más capacidad puede tener, sin duda alguna, para movilizar las voluntades de los diferentes agentes implicados a todos los niveles.

Destacamos a continuación, de todas las iniciativas posibles, las que en nuestra opinión constituyen las cuatro grandes claves sobre las que sustentar el espacio sociosanitario en España:

1 Integrar en la cúpula el espacio sociosanitario; construir órganos conjuntos para la definición de políticas sociosanitarias en la cúpula de las responsabilidades sociales y sanitarias.

Definir políticas sociosanitarias ha sido un buen instrumento de cambio cultural y ha conseguido determinados acercamientos entre servicios e incluso la integración de consejerías. Es evidente que constituye una excelente base de trabajo. En cambio, los resultados operativos tienden a ser bastante reluctantes. Los sistemas social y sanitario tienen unas inercias altamente resistentes a la integración. La elaboración de directrices políticas conjuntas es condición necesaria pero no imprescindible.

Construir órganos conjuntos para elaborar y gestionar las políticas sociosanitarias

Justificación:

La existencia de una voluntad política de construcción del espacio sociosanitario sólo puede consolidarse mediante la creación de espacios políticos de entendimiento mutuo y elaboración y despliegue de políticas conjuntas entre las autoridades sanitarias y sociales

Desarrollo:

Implica un proceso de entendimiento mutuo y creación de sinergias entre las autoridades sanitarias y sociales para:

- La formulación conjunta de políticas sociosanitarias.
- La definición de una cartera de servicios y los recursos que los proveerán.
- La puesta en marcha del conjunto de herramientas de gestión y de desarrollo técnico que sustentarán el espacio sociosanitario.
- La financiación del espacio sociosanitario.

El mejor principio del que partir es una política coherente que reconozca la falta de integración del espacio sociosanitario en España, que formule políticas y movilice recursos consecuentemente.

No se trata tanto de la forma administrativa en la que se traduzca, que puede ser variada y distinta. Se trata de asegurar la verdadera existencia de políticas integradas e implantadas que, entre otras características:

- Reconozcan la existencia de este espacio sociosanitario de manera consecuente con la existencia de voluntades políticas comunes a su construcción.

- Ostenten competencias claras sobre los instrumentos del tipo de definición de la cartera de servicios, acreditación de servicios integrados, etc., básicos para la implantación real del modelo definido.
- Movilicen flujos de financiación hacia la integración sociosanitaria. Algo que implica no sólo tener adscrita la financiación de centros o servicios específicos, sino también flujos financieros adicionales para incentivar la coordinación sanitaria en las redes ya existentes.
- Lideren el desarrollo profesional, los sistemas de información, las herramientas de coordinación como la interdisciplinariedad, los planes individuales de atención, el estímulo de la formación, la investigación, etc.

Se trata más de buscar un liderazgo eficaz sobre los dos sectores implicados que de hablar de recursos o competencias sobre un territorio de gestión específico, asegurando unos claros recursos de financiación de las políticas sociosanitarias definidas.

2 Desarrollar un novedoso sistema de financiación integrado, orientado a la compra de servicios con mecanismos de riesgo compartido con los proveedores, que facilite la financiación conjunta del coste que genera el espacio sociosanitario.

La atención sociosanitaria debe disponer de un esquema de financiación para conseguir que los recursos sanitarios y sociales que atienden a población con ambas necesidades posean los estándares de dotación de cada sector. Lo que no implica crear nuevas redes, sino financiar el sobreesfuerzo que deben realizar los centros y recursos existentes para adaptarse a las necesidades del usuario.

Un análisis de simulación, realizado a partir de los estudios de Medicare en Estados Unidos sobre pacientes en hospitales de agudos que han sido derivados a centros sociosanitarios (nursing homes en la terminología anglosajona), comparado con los casos reales de todos los pacientes hospitalizados en el año 2007 por el Servicio Nacional de Salud en España¹ nos revela el potencial que tendría un correcto desarrollo del espacio sociosanitario en los recursos hospitalarios de nuestro sistema de salud.

La proyección de los resultados de los estudios de Medicare, demuestra que, existen diferencias notables en la estancia media entre los hospitales norteamericanos y la observada en la base de datos de los hospitales españoles, en los pacientes clasificados a partir de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, en 29 GRDs.

Aplicar en España las estancias medias en hospitales de agudos de pacientes susceptibles de ser derivados a centros sociosanitarios en Estados Unidos supondría un impacto equivalente a reducir un 5,98% el volumen utilizado de camas de hospitales de agudos.

*Según el Catálogo Nacional de Hospitales, las camas de pacientes agudos (excluidas las de hospitales psiquiátricos y de media o larga estancia) que dependen funcionalmente del Sistema Nacional de Salud (excluyendo por tanto las gestionadas por otras entidades públicas y las privadas) son 88.255. Es decir, **actualmente en los hospitales de***

agudos dependientes del SNS, tenemos al menos el equivalente a 5.316 camas dedicadas a la atención de pacientes que podrían beneficiarse de una atención alternativa sociosanitaria (al tratarse de una simulación, hemos realizado todas las estimaciones con la máxima cautela). Para exponerlo de manera más gráfica, ello equivale a la capacidad de cuatro grandes hospitales de 1.200 camas.

Presentamos este ejemplo a título ilustrativo para permitir verificar hasta qué punto las ineficiencias en la coordinación sociosanitaria pueden estar consumiendo recursos inadecuadamente. La extensión de este tipo de análisis al conjunto del sistema sanitario y social revelaría la existencia de amplias bolsas de ineficiencia que lastran el conjunto de la atención sanitaria y social.

1

Según datos disponibles de CMBD en el Web del Ministerio:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Financiar conjuntamente el espacio sociosanitario

Justificación:

Los clientes sociosanitarios precisan de una oferta integrada de servicios. La financiación independiente de los servicios sociales y sanitarios difícilmente conseguirá que estos trabajen sinérgicamente en el mismo usuario.

Desarrollo:

Implica:

- Una agencia de financiación conjunta que pueda contratar servicios flexibles a proveedores de servicios sanitarios, sociales o mixtos, es la mejor forma de visibilizar la política sociosanitaria.

- La financiación debería ir dirigida a buscar fórmulas a medio o largo plazo de compartir el riesgo con los proveedores, tales como las fórmulas de financiación capitativa.
- Un especial esfuerzo del sector sanitario, tanto por su significativamente mayor margen económico como por el hecho de que la transferencia de pacientes a los servicios sociosanitarios, permite importantes ahorros en los puntos de mayor coste de la red sanitaria (hospitales).

Hablamos de una financiación que debe ser mixta, pero hay que ser conscientes de que la única forma razonable de que exista es que mayoritariamente provenga del sector sanitario. Por dos razones básicas:

- Porque los servicios sociales en España no pueden financiar este desarrollo si tenemos en cuenta que tienen ya un difícil reto en asumir la financiación que va a implicar su reconocimiento como derecho de ciudadanía (LAPAD).
- Porque el sector sanitario no sólo puede financiar este campo sino que además, si lo hace, obtendrá beneficios de eficiencia por la mejora que va a representar una mayor adecuación en la utilización de sus servicios.

Esta propuesta no levantará entusiasmo en un sector sanitario agobiado por la restricción presupuestaria y la demanda, pero debemos ser conscientes de que es una de las pocas posibilidades de reordenar un ámbito que hoy por hoy arrastra una elevada ineficiencia.

El proceso puede llevarse a cabo desde la creación de una *caja común*, que permita la financiación *clásica* de servicios en base a presupuesto o la generación *de nuevos incentivos adicionales* para estimular el cambio en determinados servicios, siendo compatible, con determinados ajustes, con los esquemas de servicios más clásicos de nuestras administraciones.

Pero el máximo potencial está en permitir el avance hacia formas de financiación de riesgo compartido entre el financiador y el proveedor, que propicien determinadas tendencias:

- La financiación basada en la casuística (*case-mix*), como forma de incentivar la productividad de los servicios y la cobertura de los casos más complejos.
- La financiación basada en la cápita, como forma de incentivar la integración y eficiencia entre servicios y la prevención.

Esta perspectiva otorga toda su riqueza potencial a la creación de un sistema de financiación diferente del actual.

3 Flexibilizar el abanico de servicios sanitarios y sociales.

La existencia de condiciones de cierta *desregulación* de los proveedores parece ser el caldo de cultivo adecuado para que en la base surjan iniciativas integradas de recursos que combinen adecuadamente los servicios sanitarios y los sociales.

Flexibilizar el abanico de recursos y servicios

Justificación:

Estas fórmulas de financiación conjunta no son viables si el sistema continúa basándose en dos redes de recursos rígidamente separadas sin capacidad de desarrollar servicios mixtos y recibir la financiación correspondiente. El actual funcionamiento no permite la incorporación de profesionales sanitarios o sociales a las estructuras de producción de los servicios de cada sector, ni por tanto la construcción de un verdadero espacio común más cercano al usuario (equipos de valoración y gestión de la derivación en hospitales, gestores de casos etc.).

Desarrollo:

Implica:

- Abrir la financiación sanitaria a una mayor competencia entre proveedores públicos y/o privados.
- Permitir el desarrollo de servicios sociosanitarios desde proveedores de ambos sectores.
- Elaborar a medio plazo fórmulas de financiación que permitan compartir el riesgo entre el financiador y el proveedor del servicio, del tipo de los modelos de financiación capitativa.

En un contexto muy determinado por la masiva presencia del sector público, no estamos proponiendo necesariamente cambios de fórmulas jurídicas, pero sí normativa que permita cambiar con una cierta flexibilidad el perfil de los recursos ofertados: incorporación de *case-managers*, incorporación de profesionales sanitarios o sociales a centros de cada sector, equipos de valoración y gestión de la derivación en hospitales, etc.

La capacidad de financiación, a la que nos hemos referido en el apartado anterior, puede facilitar que desde el nivel de elaboración de las políticas sociosanitarias se incentive este tipo de transformaciones en los centros y servicios hacia una oferta sociosanitaria mucho más integrada.

Esta necesidad de flexibilización puede tener enfoques muy diferentes en función del contexto de cada comunidad autónoma. La flexibilización abre un abanico que va desde la existencia de incentivos para que los equipos o profesionales asuman un determinado enfoque, hasta la compra individualizada de cada servicio.

4 Invertir decididamente en los sistemas de información.

Invertir decididamente en los sistemas de información

Justificación:

Los sistemas de información en las organizaciones de servicios personales no son, a día de hoy, solamente un recurso de soporte al proceso asistencial, sino que más bien se han convertido en una herramienta clave, aportando competitividad y valor añadido a las organizaciones.

Trabajar sinérgicamente entre servicios sociales y sanitarios no implica necesariamente sentarse cada día en la misma mesa desde el primer momento, pero sí compartir un sistema de información común: la historia clínica integrada social y sanitaria es un sistema de información diseñado específicamente para la comunicación interprofesionales, con capacidad de monitorizar el seguimiento del plan individual de atención y de evaluar y dar soporte mediante sistemas de ayuda a la decisión en el cumplimiento de los protocolos asistenciales.

Desarrollo:

Implica:

- Mantener una política proactiva y decidida de inversión en sistemas de información.
- Sacar el máximo partido a todos los nuevos campos que se abren en las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones.
- Mantener una actualización constante de los sistemas y la incorporación.
- Innovar y ser creativos en las soluciones.
- Invertir de acuerdo con el valor de la tecnología.

En España se ha realizado en los últimos años un importante esfuerzo inversor en tecnologías de la comunicación e información para el sector sanitario, creciendo un 34% entre 2004 y 2007. A pesar del incremento, sólo se ha invertido un 1% del gasto sanitario total en estas tecnologías, mientras que sectores como la Banca invirtieron un 7%. Y ni siquiera es posible concretar qué representa esta inversión en el sector social, aunque seguro que claramente ha resultado inferior. Por desgracia, la actual crisis económica no parece favorecer nuestra aproximación a los porcentajes de otros países de nuestro entorno.

El esfuerzo inversor, sin embargo, no es suficiente, necesitamos un esfuerzo emprendido en la dirección correcta. Los sistemas de información y las telecomunicaciones son herramientas clave para que equipos interdisciplinares puedan compartir información pero además se están transformando en instrumentos que proporcionan un soporte excepcional para la gestión de pacientes, la monitorización de los mismos y la mejora de la calidad del servicio.

Poder compartir la información en un sistema de información diseñado específicamente para la comunicación interprofesional deviene una herramienta de trabajo clave

tanto en la atención sociosanitaria como en la gestión de pacientes con enfermedad crónica y en fase terminal. La información compartida, con capacidad para transmitir a un centro control, (gestión de casos) y el uso de sistemas inteligentes proporcionará una capacidad valiosísima de ampliar la cobertura y hacer sostenibles los costes de esta nueva modalidad de prestación de asistencia y cuidados.

Además, las telecomunicaciones han generado grandes cambios en la monitorización del paciente, mediante sistemas que incluyen la integración con dispositivos de autocontrol, también en el propio domicilio, dispositivos que reportan a los centros sanitarios o sociales la monitorización del usuario e incorporan señales de alarma y dispositivos de análisis inteligente.

En el campo de los servicios sociales, en especial en las políticas de atención a la dependencia, el retraso en la disponibilidad de sistemas de información que garanticen el cotejo es evidente respecto a otros ámbitos, como el sanitario y las políticas de empleo. Se carece, en el marco de la OCDE y la UE, así como dentro de nuestro Estado, de sistemas comunes e integrados que permitan un análisis riguroso y detallado y propicien la realización de evaluaciones sistemáticas, tales como: análisis de equidad, cobertura de necesidades, modelos de simulación, que permitan captar los efectos que la estructura de servicios y prestaciones y el mecanismo de *copago* provoca en la elección de los beneficiarios, análisis coste-eficiencia, etc.

08 Superar una asignatura pendiente: cuatro pasos para la creación de un espacio sociosanitario en España

A modo de conclusión:

La construcción real y operativa del espacio sociosanitario en España es hoy por hoy una asignatura pendiente.

En un sistema de gestión descentralizada como el nuestro, la construcción del espacio sociosanitario puede adquirir una gran variabilidad. En este contexto han sido muchas las políticas puestas en marcha pero los resultados, muy desiguales, parecen resistirse todavía a la consolidación de un espacio sociosanitario sólido y cercano a las necesidades del usuario.

Sabemos que la creación de un sistema de financiación común entre sanidad y servicios sociales destinado a la compra de servicios sociosanitarios puede ser el *gran motor del cambio* que estamos buscando.

Y que junto a ello hay otros elementos nucleares para consolidar el espacio sociosanitario. Hemos señalado algunos como fundamentales, la definición de políticas comunes, la flexibilización de la red de servicios o la definición de un sistema de información compartido. Pero hay bastantes más que tienen que jugar su papel en una política integrada.

En cualquier caso, crear el espacio sociosanitario tiene toda la complejidad de cualquier gestión del cambio que afecta a importantes elementos estructurales y de culturas profesionales muy consolidadas.

Llegados a este punto del informe y habiendo detectado las barreras y los elementos que facilitan la construcción del espacio sociosanitario, e incluso establecido las claves del cambio, proponemos una agenda para la construcción del espacio sociosanitario.

- **Primer paso:** integrar las políticas destinadas al espacio sociosanitario en un único departamento que integre las acciones estratégicas, los procesos clave y el soporte necesario para la constitución de dicho espacio.
- **Segundo paso:** transferir a este departamento la autoridad, autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones e implantación de la prestación sociosanitaria.
- **Tercer paso:** Establecer el modelo de espacio sociosanitario a implantar, lo que supone a su vez:
 - Determinar el territorio en el que se desarrollará.

- Establecer la población diana, la segmentación en función de los perfiles de necesidad y la puerta de entrada.
 - Definir la cartera de servicios sociosanitarios que necesita la población a atender.
 - Establecer los recursos estructurales necesarios y las modalidades de participación para cada uno de los sectores, sanitario y social.
 - Definir los protocolos, procedimientos, guías, equipos multidisciplinares, nuevos perfiles profesionales (gestión de casos) y flujos de trabajo necesarios.
 - Desarrollar e integrar los sistemas de información que respondan a las necesidades de usuarios, profesionales, proveedores y administración.
 - Establecer el sistema de financiación con flujos mixtos y el sistema de compra de servicios a los proveedores del territorio.
 - Abrir el sistema a la participación activa del usuario.
 - Definir el sistema de evaluación y corrección.
- **Cuarto paso:** Promover un plan de comunicación y participación de todos los agentes de interés que rompa las barreras culturales actuales y facilite la implantación del modelo definido.

La agenda propuesta se adecua, de nuevo, al modelo propuesto por la OMS para la organización de los sistemas sanitarios y sociales, que establece la necesidad de atender las cuatro funciones clave: tutela, financiación, generación de recursos y provisión de servicios.

Hemos querido compartir, con este documento, nuestra reflexión fruto de ya casi treinta años de experiencia en este campo. Esperamos que este informe aporte a los *policy-makers* orientaciones que faciliten la toma de decisiones oportunas para alcanzar los resultados esperados.

