

LO SOCIOSANITARIO: DE LOS CASOS REALES AL MODELO



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2018 Fundación Economía y Salud

Diseño y Edición: Grupo Senda

ISBN: 978-84-09-02981-5

Depósito Legal: M-31238-2018

LO SOCIO SANITARIO: DE LOS CASOS REALES AL MODELO



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**

Índice

Presentación	5
Autores	7
Introducción y procedimiento	11
Capítulo 1: Desarrollo histórico y antecedentes	15
Legislación Española y otros documentos	15
Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	15
Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia	17
El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España	17
El Informe del Consejo Asesor de Sanidad	20
La posición de la Administración del Estado	22
El espacio sociosanitario. Posicionamiento del CERMI	24
Lo sociosanitario en las Comunidades Autónomas	24
Legislación europea	28
Capítulo 2: Los casos reales	31
Análisis de los casos	31
Situación de partida	33
Capítulo 3: Razones para implantar un modelo sociosanitario	35
1. Costes de la atención médica per cápita	35
2. Envejecimiento de la población	36
3. Aumento de enfermedades crónicas	36
4. Cambio de modelo de unidad familiar	37
5. Demandas crecientes de las personas	38
6. Gasto ineficiente	38
7. Iniciativas legislativas	39
8. Inmersión en la transformación digital	40
9. Economía de datos	40
Capítulo 4. El Modelo	41
Definición	41
Recursos idóneos	43
Barreras que se identifican en la actualidad	46

Estrategias para el desarrollo de un modelo socio sanitario	47
1. Estrategia de las personas	48
2. Estrategia de los profesionales	48
3. Estrategia de las tecnologías de la información	49
4. Estrategia de los recursos	49
5. Estrategia de coordinación y de integración	50
6. Estrategia en el marco legislativo	50
 ANEXOS	 51
Anexo 1: La conferencia de Arturo Álvarez	53
Anexo 2: Los casos tipo planteados	55
Caso 1. Paliativos	55
Caso 2. Enfermedad rara en menor de edad	55
Caso 3. Drogadicción / Alcoholismo	56
Caso 4. Atención temprana	56
Caso 5. Fractura de cadera en persona en el umbral del sobre-envejecimiento	57
Caso 6. Mendicidad	57
Caso 7. Discapacidad intelectual	58
Caso 8. Gran dependencia	59
Caso 9. Ictus	59
 Anexo 3: Legislación y Bibliografía	 61
Estados Unidos	65
España	66
Comunidades Autónomas	68

Presentación

El uso de la palabra “socio sanitario” es cada vez más frecuente. En foros científicos, normas legislativas, instituciones, medios de comunicación o conversaciones más o menos formales se usa la palabra con interpretaciones diferentes. En muchas ocasiones no sabemos con la necesaria precisión qué quiere decir nuestro interlocutor cuando la usa, sobretodo como calificativo.

Una de las razones de esta confusión puede tener su origen en la tendencia cada vez más creciente, y a mi juicio acertada, de profundizar en la visión y atención integral del paciente/persona, lo que exige tener presentes todas sus circunstancias personales. Pero esta nueva visión no implica necesariamente que, finalmente, la persona tenga un perfil socio sanitario, o no en todo momento.

Para clarificar la interpretación del término socio sanitario y dotarla de la mayor autoridad, la Fundación Economía y Salud reunió el 21 de noviembre de 2017 a 40 expertos de reconocido prestigio en los ámbitos social y sanitario. A todos ellos, y especialmente a los Coordinadores Generales (José Ignacio Nieto y Jaime del Barrio), a los Responsables de los Grupos de trabajo (César Antón, Josep De Martí, Juan José García, Baltasar Lobato, Carlos Mur y Carlos Peña), y a Arturo Álvarez, que impartió la conferencia inaugural sobre la visión de la New Health Foundation sobre esta cuestión, quiero expresarles mi agradecimiento por el riguroso trabajo de análisis y consenso que han realizado y que ha hecho posible la publicación de este documento.

Analizaron casos concretos para centrarse en lo importante: las personas y sus circunstancias. Se trataba de definir el perfil, las necesidades simultáneas y sinérgicas de servicios sociales y sanitarios, cuál es la respuesta del sistema y cuál debería ser el modelo al que deberíamos llegar, señalando las estrategias para ello y las barreras que lo impiden.

Como la mayoría de los trabajos que lleva a cabo la Fundación Economía y Salud, buscamos rigor y consenso a través de un número significativo de expertos dispuestos a llegar a un acuerdo a partir de su dilatada experiencia.

En los grupos de trabajo en los que los expertos participaron estuvieron planeando, junto con otras muchas, preguntas como estas:

- ¿Cuál es el perfil de la persona que necesita servicios sociales y sanitarios de suficiente intensidad como para calificarse de “sociosanitario”?
- ¿Cómo deben coordinarse estos servicios?
- Qué define un centro o una unidad como sociosanitario, ¿el perfil de la persona a la que atiende? ¿los recursos humanos y materiales que se ponen a su disposición?
- ¿Cómo se regularía un centro sociosanitario?
- ¿Es una residencia de mayores un centro social o un centro sociosanitario, porque además, se prestan servicios sanitarios?
- Un hospital que durante el proceso de enfermedad atiende al paciente en sus actividades básicas de la vida diaria, ¿es un centro sociosanitario?

Las conclusiones de los expertos se recogen en el presente documento con la esperanza de que puedan contribuir a concretar con la autoridad y el rigor necesario la interpretación exacta del término, así como definir un modelo y la ruta a seguir para su implantación.

En todo caso, es imprescindible que al comunicarnos nos entendamos, al menos en lo que queremos decir, aunque finalmente no nos pongamos de acuerdo sobre el fondo. Y no solo eso, usar un lenguaje sin precisión y sin rigor, conduce a malas interpretaciones y a un “*totum revolutum*” que perjudica claramente la calidad y eficiencia del sistema. Dos palabras que en salud van necesariamente unidas.

Alberto Giménez Artés

Presidente de la Fundación Economía y Salud

Autores

Coordinadores Generales:

- **José Ignacio Nieto.** Subdirector General de Atención Social Primaria de la Comunidad de Madrid y Ex Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja.
- **Jaime del Barrio.** Senior Advisor en Healthcare & Life Sciences de Ernst & Young y Ex Consejero de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.

Responsables de Grupo:

- **César Antón.** Director Sociosanitario del Grupo Cofares.
- **Josep de Martí.** Director de Inforesidencias.com.
- **Juan José García.** Socio Director de BEGAR Corporate Strategy.
- **Baltasar Lobato.** Partner Advisory en Healthcare & Life Sciences de Ernst & Young y Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.
- **Carlos Mur.** Director Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada y Secretario General de la Fundación Economía y Salud.
- **Carlos Peña.** Director de Enfermería Área IX Vega Alta del Segura del Servicio Murciano de Salud y Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.

Expertos:

- **Arturo Álvarez.** Director de Investigación y del Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) de la New Health Foundation.

- **Carlos Alberto Arenas.** Director Gerente del Área IX Vega Alta del Segura en el Servicio Murciano de Salud y Vicepresidente de la Fundación Economía y Salud.
- **Pere Bonet i Dalmau.** Presidente del Cluster de Salud Mental de Catalunya y Presidente del Consell Asesor de Salut Mental i Adiccions de la Generalitat de Catalunya.
- **Natividad Comes.** Gerente y fundadora de la empresa +QCuidar dedicada a la atención sociosanitaria a domicilio.
- **Cristina Contel.** Presidenta de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE).
- **José Antonio de la Rica.** Coordinador Sociosanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- **María Luz de los Mártires.** Gerente Asistencial de Atención Hospitalaria del SERMAS.
- **Blanca Fernández-Lasquetty.** Vocal por Castilla-La Mancha de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE).
- **Carmen Ferrer.** Jefa del Servicio de Atención al Paciente del Hospital Cruz Roja de Madrid.
- **Jesús Galván.** Ex Viceconsejero de Sanidad y Política Social de Castilla-La Mancha.
- **José Miguel García.** Gerente del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.
- **Sonia García.** Directora Médica del Hospital Gregorio Marañón.
- **Josep Gasol.** Presidente de la Sección Colegial de Médicos de Residencia del Colegio de Médicos de Barcelona.
- **Inmaculada Gómez.** Directora Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC) dependiente del IMSERSO.
- **José Manuel Marín.** Médico especialista en Geriatría responsable del Programa de Memoria y Demencias del Ayuntamiento de Málaga.
- **Fernando Martín.** Geriatra y Director de Asistencia de varios centros de VIAMED SALUD.

- **José Manuel Martínez.** Gerente del Centro de Humanización de la Salud.
- **Nicolás Martínez.** Jefe de Servicio de Geriátría en el Complejo Hospitalario de Navarra.
- **Angélica Miguélez.** Subdirectora General de Atención a la cronicidad, coordinación sociosanitaria, salud mental y enfermedades poco frecuentes del Servei de Salut de Illes Balears.
- **Manuela Muro.** Presidenta de la Asociación de Atención a Personas con Parálisis Cerebral de La Rioja (Aspace Rioja).
- **Roberto Nuño.** Director de Health en Deusto Business School.
- **Francisca Palmero.** Directora de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.
- **Josep Pascual.** Ex Director Técnico Asistencial de Geriatros-SARquavitae y experto sociosanitario.
- **Sacramento Pinazo.** Vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- **Inmaculada Sánchez.** Coordinación Sociosanitaria. Delegación Territorial de Salud de San Sebastián.
- **Julio Sánchez.** Autor del Libro Verde sobre Dependencia y ponente en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Protección de las Personas en situación de Dependencia.
- **Marta Sánchez-Celaya.** Gerente Asistencial de Atención Primaria del SERMAS.
- **Sebastià J. Santa Eugènia.** Director del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Pla Director Sociosanitari y miembro del Programa Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària de la Generalitat de Catalunya.
- **Ester Sarquella.** Directora de Desarrollo de negocio en Salud Digital para el Sur de Europa de Tunstall Healthcare.
- **José Antonio Serra.** Jefe del Servicio de Geriátría del Hospital Gregorio Marañón.

- **Miguel Simón.** Adjunto a la Dirección Gerencia del SEPAD de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura.
- **Manel Valls.** Director General de la Fundació Sociosanitària de Manresa.

Introducción y procedimiento

Es fácil comprobar que al hablar de sociosanitario, no siempre nos referimos a lo mismo, dependiendo del punto de vista o la posición del sujeto que lo utiliza. Incluso se puede poner en duda si el término es un sustantivo con definición propia, o un adjetivo calificativo que, por su propia definición, servirá para establecer una cualidad de distintos sustantivos.

Para saber realmente lo que piensan los actores de los sistemas social y sanitario español de este término, y más aún, con la intención de que se pudiese llegar a un concepto y definiciones generalmente admitidas, se celebró el 21 de noviembre de 2017, una jornada de ámbito nacional para el análisis y debate reuniendo a un grupo de cualificados expertos sobre la materia.

Bajo el sugerente título **“Lo Sociosanitario: De los casos reales al modelo”** este grupo, de unos 40 expertos, con diversos pero importantes conocimientos y experiencias, en el mundo de lo social y de lo sanitario, han debatido sobre su significado dentro de los campos profesionales que les son propios en su actuación cotidiana.

De esa forma se habló sobre ese modelo “sociosanitario” que existe, pero que no en todos los casos, ni por todas las personas, parece que se identifique de una forma unánime y sin discusión. Pero, sobre todo, se habló de lo que todavía puede ser más interesante: de cómo deberá ser en el futuro.

Procedimiento

Se designaron dos Coordinadores Generales y seis Responsables de Grupos de trabajo, por el Presidente de la Fundación Economía y Salud, los que a su vez procedieron a determinar los expertos que participaron en el análisis y debate de los casos en la Jornada que se organizaba con esta finalidad.

Previamente y durante la fase preparatoria, se pidió a cada uno de los expertos que plantease casos que según su criterio pudieran considerarse como “socio-sanitarios”, determinando las distintas fases o momentos que en el mismo se daban, con la calificación social o sanitaria que a cada una le correspondía y los recursos existentes para atender a la persona en cada uno de esos momentos.

Analizados por los Coordinadores Generales y por los Responsables de Grupo la totalidad de los casos planteados, se agruparon según su casuística y características, y con todos ellos se elaboraron unos casos tipo, que se recogen en un anexo a este documento, que iban a ser analizados por los expertos en los tres grupos de trabajo que iban a constituirse en la Jornada. De esta forma, se conseguía un amplio abanico de opciones con los casos planteados y, a la vez, permitía ordenar el análisis y el debate para obtener conclusiones.

A cada uno de los grupos de trabajo se les asignaron tres casos, y cada uno de los casos se planteó en base a cinco “Momentos”. Para hacer posible el análisis de una forma homogénea, se estableció la siguiente metodología para los tres grupos.

En la primera fase, tras una lectura o exposición del caso, los expertos se debían pronunciar por:

- a) Determinación de los perfiles susceptibles de una respuesta de atención socio-sanitaria.
- b) Análisis de los recursos existentes para dar respuesta a esos perfiles.

En la segunda fase, en base a técnicas de consenso mediante la metodología del Grupo Nominal, se plantearon para el debate tres preguntas:

- a) ¿Cuáles serían los recursos idóneos?
- b) ¿Cuáles son las barreras que dificultan su implantación?
- c) ¿Cuáles serían las estrategias para superar esas barreras?

Una primera cuestión quedó inmediatamente de manifiesto. Hay unanimidad en que nos encontramos ante una realidad que es sentida e interesa a todos los agentes del sector de la salud en sentido amplio, y para el que todos buscan soluciones. Ahora bien, no se encuentra esa misma unanimidad ni en la definición, ni en las posturas que ante estas cuestiones se mantienen.

Tal y como nos habíamos propuesto vamos a aprovechar ese conocimiento directo y personal que los expertos tienen por su quehacer profesional, para que, en base a su análisis de los casos, se pueda llegar a definir un modelo de consenso.

El objetivo, por tanto, es doble. Por un lado, mantener un lenguaje y unos conceptos y posiciones comunes y, por otro, establecer los medios con que se cuenta y los que se consideran necesarios, fijando las condiciones que deben reunir, para lograr esa atención integral y coordinada que se ha de dispensar a las personas que tienen a la vez necesidades sociales y sanitarias.

El presente documento incluye aquellos aspectos que gozaron del mayor consenso entre los expertos, descartando aquellos que no gozaron de ese mínimo consenso o suscitaban mayores discrepancias.

Lo sociosanitario, es una realidad que es sentida e interesa a todos los agentes del sector de la salud en sentido amplio y para la que todos buscan soluciones.

Capítulo 1: Desarrollo histórico y antecedentes

Legislación Española y otros documentos

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Para establecer el marco adecuado de este análisis, resulta imprescindible partir de la definición que normas vigentes, de ámbito nacional, contienen.

El punto de partida y la norma básica es la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 14 establece que la atención sociosanitaria *“comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*; así mismo, se establece que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

*Atención sociosanitaria es el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación **simultánea y sinérgica** de los servicios sanitarios y sociales.*

De esta norma se dependen una serie de elementos que según esta Ley caracterizan la “atención sociosanitaria”:

- El objeto es un “conjunto de cuidados”.

- Los destinatarios son “enfermos, generalmente crónicos”.
- Deben reunir tales características que “la actuación **simultánea y sinérgica** de los servicios sanitarios y sociales” sea beneficiosa.
- Continuidad del servicio garantizado por los servicios sanitarios y sociales.
- El objetivo que se persigue es que, a través de esos cuidados, “se consiga aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.
- Coordinación entre las administraciones públicas implicadas.

Esta Ley hace referencia a los enfermos como “**generalmente crónicos**”, pero no puede ni debe deducirse que esta definición legal determina una relación directa y exclusiva de lo sociosanitario con los crónicos, sino con los enfermos en general, aunque en muchas ocasiones de una u otra forma sean o vayan a ser crónicos.

Otra cuestión que no debe perderse de vista es que debe haber una actuación de los servicios sanitarios y de los sociales, y que esa actuación debe ser **simultánea y sinérgica**. Simultánea significa que debe realizarse a la vez, en el mismo momento por los servicios sanitarios y sociales. Así lo avala el diccionario de la Real Academia Española, que define simultanear como “realizar en el mismo espacio de tiempo dos operaciones o propósitos”

Pero a la vez, esa actuación debe ser sinérgica, lo que supone, de acuerdo al origen latino de la palabra, una actuación coordinada, y volviendo a acudir al diccionario de la Real Academia Española, sinérgica hace referencia a sinergia y esta se define como “acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales”.

Por último, la actuación simultánea y sinérgica sugiere una intensidad mínima suficiente de ambos servicios.

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

La segunda norma con rango legal que nos encontramos para esta definición es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que establece en su artículo 11 como función de las Comunidades Autónomas *“establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”*.

En este caso, de una forma indirecta y para las personas dependientes que son el objeto de esta Ley, establece la coordinación sociosanitaria a través de:

- Establecimiento de los procedimientos de coordinación.
- Creación de los órganos de coordinación.
- Garantía de una efectiva atención.

Así, junto a los enfermos que señalaba la Ley de Cohesión, que generalmente van a ser crónicos, la Ley de Dependencia incluye a los dependientes. Los primeros proceden del campo sanitario y los segundos del campo social, pero como decía la primera de nuestras leyes citadas, la de Cohesión, será imprescindible la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales. En otro caso no estaríamos hablando de “sociosanitario”.

El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España

Otro hito importante y a tener en cuenta se produce con la publicación, por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el 19 de diciembre de 2011, del Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Se entiende como un primer intento sistematizado por acercarse a esta cuestión compleja, pero cuyo tratamiento se hace imprescindible en los momentos actuales, en el que los sistemas de salud y de servicios sociales deben estar íntimamente coordinados, en la medida en que lo importante son las necesidades concretas de las personas a quienes se dirigen.

Al Libro Blanco siguieron la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, de 2012, y el Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Sociosanitaria, de 2013.

Tal como se recoge en estos documentos, la coordinación sociosanitaria es un “factor estratégico para **la sostenibilidad del sistema sanitario y para la mejora de los servicios sociales**: maximiza la eficiencia y permite ahorros, ya que posibilita una racionalización y una mayor adecuación del consumo de recursos”.

*La coordinación sociosanitaria es un factor estratégico para **la sostenibilidad del sistema sanitario y para la mejora de los servicios sociales**.*

Los anteriores documentos nacen en plena crisis económica, y así hay que entender lo que se dice en el Libro Blanco, del que hay que destacar varios aspectos:

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

En este Libro Blanco, el análisis se centra en la coordinación sociosanitaria y en los modelos existentes en otros países, llegando a la siguiente conclusión: Todas las experiencias se enmarcan en la necesidad de responder adecuadamente a las necesidades complejas de los **pacientes**. En este sentido, el paciente se convierte en el eje de las actuaciones conjuntas y coordinadas de los servicios.

Todas la Comunidades Autónomas definen y encuadran dentro de este ámbito proyectos organizativos y asistenciales, con soluciones y planteamientos diferentes pero siempre teniendo como objetivo la atención de personas en las que confluyen necesidades de atención sanitaria y social con diversa intensidad y extensión en cada uno de los dos sistemas.

El Libro Blanco se centra en el envejecimiento de la población, la cronicidad, la dependencia, la crisis económica y la necesidad de definir un espacio socio-sanitario como una zona compartida, un área de convergencia entre los dos sistemas, constituido por las necesidades simultáneas y continuadas de prestaciones sociales y sanitarias destinadas a personas con enfermedad crónica y distintos perfiles de necesidad. La existencia de esta parcela concurrente y complementaria determina la necesidad de entendimiento y cooperación que defiende el sistema de coordinación socio-sanitaria. En dicho espacio, ninguno de los sistemas posee la capacidad de prestar una atención integral y de calidad si no es con el concurso del otro, ya que trasciende la gama de cometidos que son innatos a cada uno de ellos por separado.

En términos generales, se conocen los centros socio-sanitarios como aquellos en los que se ofrecen cuidados personales destinados a la atención a la dependencia y cuidados sanitarios destinados a atender la enfermedad. Pero el concepto no es unívoco en España. En unas Comunidades, los centros socio-sanitarios se configuran como recursos del sistema social o están tipificados exclusivamente como sanitarios, aunque de menor intensidad. En otras, estos centros ofrecen prestaciones diferenciadas en módulos de atención sanitaria y de atención social. Con independencia de a qué sistema corresponda en cada caso su gestión, el concepto hace referencia a aquellos centros en los que se atienden necesidades de carácter socio-sanitario, es decir con componente social y sanitaria en distintas proporciones.

También se establece un perfil del paciente socio-sanitario:

- 1. ANCIANO FRÁGIL** con pluripatología o enfermedad crónica, que desarrolla una incapacidad funcional temporal o definitiva.
- 2. PERSONAS ADULTAS:**
 - a.** que tras un episodio clínico agudo, presentan disminución de las capacidades funcionales y precisan tratamiento de rehabilitación.
 - b.** con enfermedad crónica avanzada o, con descompensación de la misma, que precisan convalecencia con el fin de alcanzar la estabilización clínica.
- 3. Personas con enfermedades en situación clínica de ENFERMEDAD TERMINAL**, que precisan cuidados paliativos.

4. Personas con TRASTORNOS COGNITIVOS SOBREVENIDOS O DEGENERATIVOS, que precisan atención para la recuperación total o parcial de su déficit cognitivo o para retrasar el deterioro irreversible.

El Libro Blanco establece hasta 63 medidas para favorecer la coordinación sociosanitaria, en el marco de la situación social y económica del año 2011 que es cuando se elabora.

El Informe del Consejo Asesor de Sanidad

Como un documento importante de lo que puede considerarse el pensamiento y la postura oficial de la Administración del Estado en España, se encuentra el Informe emitido por el Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, emitido el 7 de marzo de 2013, bajo el título de “Coordinación y Atención Sociosanitaria”.

El informe está dividido en dos partes, que coinciden con el doble objetivo que se persigue con el mismo. En la primera de ellas, bajo el título “Necesidad de coordinar los servicios de salud y los servicios sociales para atender enfermedades que requieran cuidados de larga duración”, en los puntos que va desgranando es claro que se habla de “coordinación sanitaria” para los casos de cuidados de enfermedades de larga duración. Parece centrado en personas mayores, se habla de envejecimiento demográfico y de enfermedades crónicas.

También indica que se están produciendo largas estancias en los hospitales de agudos, debido a que las estructuras familiares son cada vez más reducidas. Este fenómeno se está produciendo en toda Europa, y a su vez genera un considerable aumento en el gasto público.

En esta primera parte, parece que el enfoque es fundamentalmente desde la perspectiva sanitaria, aunque se hable de los servicios sociales y lo sociosanitario. Así se establece que la coordinación sociosanitaria es un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario y también para la mejora de los servicios sociales.

Otro hito fundamental del análisis es la edad, las personas mayores, junto al anterior de la enfermedad. Habla del envejecimiento activo y saludable y concluye con otra realidad como es que aún no se ha alcanzado un adecuado nivel de responsabilidad social ante el envejecimiento, la cronicidad, la

pluripatología, la falta de autonomía personal y la atención a las personas con discapacidad y su inclusión social.

En el propio informe se señala esta primera parte como de “CONSIDERACIONES GENERALES”, y así se llega a la segunda que bajo el título de “Propuestas para impulsar la coordinación y la atención socio sanitaria” va a proponer unos “OBJETIVOS PRIORITARIOS”. De entre estos objetivos se van a destacar los siguientes aspectos, que parecen de especial interés para nuestro posterior análisis, obviando otros que quedan fuera del mismo y que parecen dirigidos con carácter exclusivo al sistema sanitario:

- Impulsar una atención integral, abarcando a los sectores público y privado, para las personas con necesidad de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales.
- Los hospitales generales de agudos deben especializarse en la intervención y tratamiento de enfermedades agudas y de reagudización y urgencias.
- Promover mayor capacidad resolutoria a nivel sanitario en los centros residenciales, a través de unidades socio sanitarias con la debida acreditación.
- Programas de prevención y promoción de la salud, envejecimiento activo, educación en hábitos saludables y formación y acreditación de cuidadores profesionales.
- Programas que favorezcan la atención socio sanitaria en hospitales, centros de día, residencias, centros de salud, oficinas de farmacia y centros de rehabilitación.
- Adecuada gestión de la prestación farmacéutica y de la atención domiciliaria.
- La gestión de casos como instrumento básico a través de equipos multidisciplinarios, la atención continuada y una historia clínica informatizada que abarque lo social y lo sanitario.
- Garantizar la calidad y la seguridad, junto con un nuevo marco jurídico.

Lo cierto es que, considerando este informe serio, profundo y de un gran valor, si bien es cierto que no nos da la solución a nuestro problema, y que plantea

actuaciones más a largo plazo que a medio, por las importantes novedades que plantea sobre el marco actual, sí que nos va a dar pie para algunas de las propuestas y soluciones que hemos de plantear a lo largo de este documento.

La posición de la Administración del Estado

*Es deseable un **Pacto por la Sanidad y los Servicios Sociales** que sienta las bases de un modelo sostenible y de calidad, para que las personas tengan garantizada la mejor atención en los momentos más vulnerables, ante la enfermedad o la dependencia.*

Tras la aprobación del informe encargado al Consejo Asesor de Sanidad, y que se ha tratado en el apartado anterior, se han fijado determinados pronunciamientos que brevemente vamos a señalar, y que nos van a servir también para enmarcar los resultados de este trabajo a la vista de la posición de la Administración del Es-

tado y de las políticas fijadas con carácter nacional.

Entre las diversas manifestaciones que se han producido en los últimos tiempos, queremos destacar:

- Un Pacto por la Sanidad y los Servicios Sociales que sentará las bases de un modelo sostenible y de calidad, **“para que las personas tengan garantizada la mejor atención en los momentos más vulnerables, ante la enfermedad o la dependencia”**.
- Se trata de lograr, en un futuro próximo, un Espacio Común Sociosanitario donde sean la sanidad y los servicios sociales quienes giren alrededor del paciente, y no al revés.
- A día de hoy, no se ha alcanzado un nivel de coordinación suficiente ni adecuado para garantizar una atención integral, ni la necesaria continuidad asistencial. Esa coordinación es un propósito irrenunciable para situar a las personas en el centro del sistema, como eje de cualquier actuación sanitaria y social.
- Necesidad de alcanzar un gran Pacto de Estado por la Sanidad y los Servicios Sociales.

- El objetivo debe ser garantizar el acceso a una atención integral, de calidad y en condiciones de igualdad a todos los ciudadanos, en cualquier parte del territorio nacional, siempre en el marco de un modelo flexible y sostenible.
- Para hacer realidad un modelo de atención sociosanitaria integral, coordinado y eficiente para todos los españoles, deberán cumplirse los siguientes requisitos:
 1. Definir las características de la persona con necesidades sociosanitarias.
 2. Las prestaciones y servicios comunes que integren la correspondiente Cartera.
 3. Los requisitos básicos y comunes que deberán cumplir los dispositivos de atención.
 4. Definir los instrumentos de coordinación.
 5. Definir las formas de gestionar los casos.
 6. Los sistemas de información compartida para el registro y seguimiento.
- La aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación tiene y tendrá una incidencia decisiva.
- La optimización de los recursos destinados a la atención de las personas conseguirá una asistencia “más eficaz” al ofrecer una respuesta “integral”, más allá de aspectos meramente clínicos, en la que sanidad y servicios sociales estén coordinados en un Espacio Sociosanitario Común.
- Una puerta de entrada única a los servicios sociales y de salud mejorará la calidad de la atención, reducirá de forma significativa las recaídas y los ingresos y ayudará a la continuidad de los cuidados maximizando la eficiencia.

*La **Salud** es un **estado de completo bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2014).*

El espacio sociosanitario. Posicionamiento del CERMI

Para comprender mejor la situación actual, y antes de entrar en algunas referencias de lo que han hecho las Comunidades Autónomas a lo largo del tiempo, parece oportuno destacar algunas cuestiones que en el documento titulado “El espacio sociosanitario. Posicionamiento del CERMI”, aprobado por el Comité Ejecutivo del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) el 6 de Noviembre de 2014, se señalan.

Es un documento relativamente reciente, posiblemente de los últimos que se han publicado sobre lo “sociosanitario”, ya que después de éste poco más que las declaraciones a que antes se ha hecho referencia se pueden encontrar.

Parte de la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada y firmada por 61 Estados, en Nueva York, el 22 de julio de 1946. Define la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

Aunque este documento está elaborado desde la perspectiva del CERMI, y por tanto específicamente referido a la discapacidad, los planteamientos, el análisis y las conclusiones que obtiene son perfectamente extrapolables en relación con el espacio sociosanitario.

De este documento se extrae que, a pesar de los avances conseguidos en la coordinación de la atención de los sistemas de salud y servicios sociales, la realidad actual nos ofrece importantes déficits y asignaturas pendientes para conseguir un espacio sociosanitario integrado.

Lo sociosanitario en las Comunidades Autónomas

En este apartado se contemplan algunas referencias de modelos entre los que las Comunidades Autónomas se mueven, siempre tratando de mejorar la atención que prestan a sus ciudadanos y resolviendo problemas estructurales con los que se encuentran en el devenir de los tiempos.

En casi todas ellas, el peso del sistema sanitario es muy importante o se trata de adaptar la red de centros sociales, apuntando hacia los centros socios-

nitarios. En algunos casos, se dibujan modelos de coordinación de centros, que no siempre dan el resultado deseado.

III Plan de Castilla y León

Castilla y León, ya va por el III Plan Socio-sanitario 2017-2021, le han precedido, por tanto, el I Plan y el II Plan.

Se encuentra una amplia información de este Plan en el portal de salud de la Junta de Castilla y León.

Queremos destacar el GASS, que es el nombre del sistema de información que se ha diseñado en Castilla y León para dar soporte a la gestión de la actividad socio-sanitaria. Es una herramienta de uso restringido, para aquellos profesionales que están vinculados a la coordinación socio-sanitaria y está diseñada según la metodología de gestión por procesos. Tiene como objetivo principal, dar soporte al trabajo conjunto de los profesionales de salud y de los servicios sociales.

Para la Coordinación socio-sanitaria se han establecido en este Plan:

Equipos de Coordinación de Base (ECB). Son las estructuras de coordinación socio-sanitaria básicas o de primer nivel que prestan atención directa a los ciudadanos. Realizan la gestión de los casos socio-sanitarios y detectan necesidades de mejora, tanto de los procesos como de los servicios y recursos. Actualmente hay 191 ECB configurados en Castilla y León.

Comisiones de Coordinación Socio-sanitaria (CCSS). Son las estructuras de coordinación socio-sanitaria en el ámbito del área de salud. Las conforman profesionales técnicos y de gestión, que asesoran y realizan propuestas de mejora a niveles superiores, a la vez que apoyan y supervisan a los ECB.

Estrategia de Coordinación y Atención Socio-sanitaria de la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid está elaborando una Estrategia de Coordinación y Atención Socio-sanitaria que mantiene en exposición pública y que todavía no ha aprobado, y que se extendía inicialmente hasta 2021.

Analiza y parte del contexto actual, determinado por el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, el aumento de la dependencia y la polimedicación, de forma que se hace necesario adaptar la organización de los

sistemas sanitarios y social para el abordaje de la atención a las personas que presentan necesidades sociales y sanitarias de forma simultánea, mediante estrategias dirigidas a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia; la reorientación del tradicional modelo de atención sanitaria centrado en la curación de los procesos agudos, hacia un modelo para el abordaje de la cronicidad; y la necesaria coordinación entre ambos sistemas sanitario y social, para ofrecer servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas que presentan necesidades de índole sanitaria y social.

Se consideran elementos clave de la atención sociosanitaria: la prevención, la integralidad, la coordinación interna y externa con otros niveles asistenciales, la continuidad asistencial, la interdisciplinariedad, la dimensión ética de la atención, la confidencialidad, la calidad y la atención a las necesidades y preferencias de las personas.

Trata con bastante amplitud la Red de Salud Mental y la Estrategia de Atención a Pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid de 2013, contemplando el desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria y para el establecimiento de rutas y procesos asistenciales integrados.

El Objetivo General de la estrategia es ofrecer una atención integral a las personas que presentan necesidades de asistencia sanitaria y social de forma simultánea, potenciando e impulsando la coordinación y colaboración entre los servicios sanitarios y sociales de la Comunidad de Madrid.

Como mecanismo fundamental se basa en el establecimiento de rutas y procesos integrados de atención sociosanitaria

La estrategia se plantea solo para los centros de titularidad pública, ya sea de gestión directa o indirecta.

Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2013-2016

Los Planes sociosanitarios de Euskadi se remontan a octubre de 2001.

En 2013, se aprueban las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2013-2016, que recogen los objetivos estratégicos y líneas de acción centrados en la ciudadanía y suponen una respuesta a las necesidades sociosanitarias individuales y colectivas.

Es en la Ley 12/2008, de 5 de Diciembre, de Servicios Sociales, donde se establece que “la atención socio sanitaria comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención”.

La Estrategia parte de la definición y delimitación del espacio socio sanitario, y así llega al modelo de atención socio sanitaria.

No plantea la creación de un tercer sistema, sino la confluencia y coordinación en la actuación de los dos sistemas social y sanitario.

Considera básicos un sistema de información y comunicación socio sanitario y una Historia socio sanitaria.

Los servicios socio sanitarios de Cataluña

Los servicios socio sanitarios de Cataluña se pusieron en marcha en el año 1986. Se trata de un conjunto de recursos de la red pública para atender a personas mayores con enfermedades crónicas y/o dependencia y para atender a las personas con enfermedades en situación terminal. Los más conocidos de estos recursos son los centros socio sanitarios, con las unidades de convalecencia, de cuidados paliativos y de larga estancia. Es también muy conocido el Programa de Atención Domiciliaria - Equipos de Apoyo (PADES), consistente en equipos de atención domiciliaria interdisciplinarios distribuidos por toda la geografía catalana.

Durante estos años, se ha desarrollado una red de recursos socio sanitarios que ha permitido prestar la atención, cuando ha sido preciso este tipo de asistencia. Esta red de servicios ha sido pionera y reconocida como la más avanzada del Estado español. Como muestra de su magnitud, durante el año 2015 los 149 centros socio sanitarios de Cataluña, con más de 4.630 plazas de financiación pública, atendieron a más de 50.000 personas, y los 78 equipos PADES, a unas 14.000 personas.

Hay dos tipos de servicios:

- Diurnos y de acogida permanente, que permiten asistir al centro durante unas horas y recibir atención personalizada con terapias y tratamientos especializados.

- Las unidades de larga estancia y de residencia asistida, que permiten el ingreso de pacientes en fase de internamiento según la necesidad y el diagnóstico.

El Programa Interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales aprobado en 2013 tiene como objetivo la integración de carácter instrumental de la red pública sanitaria y la de servicios públicos del ICASS para dar una atención integral a las personas en residencias asistidas. Esto se conseguirá con la interacción de residencias asistidas para personas mayores y de personas con discapacidad, y la atención primaria y comunitaria de atención a la salud, los centros sociosanitarios y los hospitales de agudos.

El modelo de La Rioja

En La Rioja, en el año 2004 se dictó un Decreto que regulaba lo que denominó centros sociosanitarios de convalecencia.

El propio Decreto encuadraba a los centros que regulaba como sanitarios, a la vez que hacía una distribución de los mismos a las tres áreas geográficas de la Rioja: Alta, Baja y Media.

El modelo evolucionó hacia uno de mayor coordinación de los servicios sociales y sanitarios que se replicó en las tres áreas geográficas, con sede en Haro, Logroño y Calahorra. Consistía en reunir en un entorno próximo, cuando no compartían edificio, un centro de convalecencia, una residencia de dependientes y un centro sanitario de atención especializada, ya fuese hospital o centro de especialidades con medios diagnósticos.

La estructura asistencial se completa con la atención de hospitalización a domicilio y cuidados paliativos a domicilio.

Legislación europea

A la hora de buscar comparaciones en el ámbito europeo, resulta necesario anotar que el término sociosanitario no tiene traducción literal en inglés. Se recurre al concepto long term care, que literalmente debería traducirse como cuidados (o atención) de larga duración (o a largo plazo).

Nos resulta más próximo el término francófono *soins médico-sociaux*, que literalmente debería traducirse como cuidados médico-sociales. Este término, se utiliza ampliamente en la Europa francófona (Suiza, Francia, Bélgica), fructificó y ahora se utiliza en España.

Encontramos países que han optado por establecer un seguro obligatorio y específico dentro del Sistema de la Seguridad Social como son los casos de Alemania (1995), de Luxemburgo (1998) o de Bélgica (región de Flandes, 2001) y Francia (2002, prestación específica para personas mayores).

No se plantean como riesgo social asegurado públicamente sino como un derecho social financiado en base a impuestos y con servicios gestionados desde el ámbito local, en Dinamarca, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido y Suecia.

Los modelos de Grecia, Italia y Portugal, otorgan ayudas y servicios sociales, caso a caso y en función de los niveles de renta.

Si nos referimos a lo que podríamos denominar coordinación socio sanitaria, hay algunos casos dignos de mención. Así, en el Reino Unido, se ha establecido un organismo nacional independiente, el *National Care Standards Commission*. En Italia, a través de una Ley Marco se trata de evitar desigualdades ante la descentralización. En Francia se ha aprobado un Plan Nacional con objetivos de calidad, que prevé una estrategia del establecimiento, que determine para cada centro esos objetivos.

Entre otros temas que merecen mención dentro del ámbito que analizamos, encontramos por ejemplo que en Bélgica y Alemania, para obtener el reembolso de gastos por la Seguridad Social, se exige el cumplimiento de normas sobre cualificaciones del personal e instalaciones.

También que en algunos países se ha regulado la calidad de la asistencia a domicilio, como en Bélgica, Dinamarca y Francia. Suecia destaca por sus programas para formar y contratar personal especializado.

Capítulo 2:

Los casos reales

Análisis de los casos

Para llegar a los casos reales que se habían de analizar se solicitó a cada uno de los expertos seleccionados el planteamiento de uno o varios casos, de acuerdo con su experiencia. Esto supuso reunir un número muy importante de casos, muchas veces próximos e incluso repetidos, que era necesario agrupar y tipificar para hacer posible el análisis.

Finalmente se agruparon en nueve casos tipo y que, resumidos para señalar las características y condiciones básicas de cada uno de ellos, son los que se incluyen como anexo de este documento.

El análisis y debate se llevó a cabo en cada uno de los Grupos de trabajo y sobre cada uno de los casos tipo asignados. El debate y contraste de posiciones y opiniones fue variado en función de la posición y conocimiento de cada uno de los expertos, entrando en detalles y matices muy concretos.

A través de la técnica del Grupo Nominal, se llegó a diversas conclusiones sobre los objetivos específicos que eran imprescindibles para avanzar en el adecuado abordaje de los casos sociosanitarios, y sobre los recursos que en la actualidad se estaban utilizando para abordar diversas circunstancias:

- La necesidad de crear un espacio sociosanitario que atienda adecuadamente las complejas necesidades de las personas.
- La atención del sistema público de servicios sociales prima en sus intervenciones los aspectos de prevención, promoción e inserción, y se destaca que las prestaciones deben posibilitar la permanencia de las personas en su entorno habitual de vida y de convivencia. Por su parte, el sistema sanitario de nuestro país tiene por objeto hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud.

- La vinculación entre salud y entorno social se hace aún más evidente en el caso de aquellas personas que se encuentran afectadas por problemas de discapacidad o dependencia, que forman parte, en gran medida, de los objetivos de la estrategia de atención a personas con enfermedad crónica.
- En general, destaca la buena dotación de centros sanitarios con hospitalización de agudos y buena atención en urgencias, lo cual contrasta con la creciente necesidad de camas de media-larga estancia. Asimismo, se requeriría un mayor número de plazas en residencias geriátricas mejor integradas con el sector sanitario.
- El paciente, que debería ser pero no es el centro del sistema, es el mayor acicate para una imprescindible reestructuración de recursos acorde con los cambios socio-demográficos y de la morbi-mortalidad en nuestro país.
- La valoración del caso socio-sanitario requerirá de una coordinación en algún nivel asistencial, y se propone la Atención Primaria como el más idóneo. Para ello, deberá conseguirse definir el perfil de la persona con necesidades de atención sociosanitaria, y un sistema de valoración integral.
- Entre otras líneas fundamentales, la reorientación del sistema hacia la atención a la cronicidad requiere de la formación continuada de los profesionales de ambos sectores, sanitario y social.
- Una formación específica para la mejora de las competencias y las habilidades sociales; para el trabajo en equipo y el liderazgo orientado a la coordinación; el enfoque paliativo en el alivio del sufrimiento en los diferentes niveles asistenciales y para las distintas categorías profesionales. Formar en las habilidades necesarias para empoderar al paciente en su propio autocuidado y el uso de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- Desarrollo de Unidades Docentes Multiprofesionales y fomentar trabajos de investigación en el área asistencial en colaboración con organismos externos acreditados.

Situación de partida

Para analizar los recursos existentes se obtuvo un gran consenso sobre su insuficiencia y la necesidad de su desarrollo. En capítulos posteriores, se habla de los recursos necesarios y las estrategias para alcanzarlos, lo que exige partir de la situación actual. En este apartado incluimos algunas de las consideraciones que se llevaron a cabo sobre los recursos existentes:

- Los aspectos estrictamente sanitarios y sociales se encuentran en general bien gestionados y organizados.
- Existencia de servicios especializados que permiten la hospitalización del paciente y la monitorización por profesionales especializados, favoreciendo el regreso del paciente a su domicilio, aumentando así la esperanza y calidad de vida.
- Estructura de coordinación estable solo en algunas Comunidades Autónomas, favoreciendo la atención al paciente y permitiendo un mejor seguimiento de su caso.
- Sistemas de atención temprana: Conjunto de medidas (psicológicas, educativas y de apoyo) que permiten la integración de los pacientes en su entorno, planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar.
- Apoyo psicopedagógico: Equipos de asesoramiento psicopedagógico dentro del sistema educativo para facilitar la integración de los menores y favorecer su desarrollo y educación solo en algunas Comunidades.
- En algunas comunidades autónomas existe un servicio conocido como “chaquetas verdes”, que ofrecen información sobre el hospital, sobre trámites y prestaciones sanitarias y sociales y acogen y acompañan a los pacientes. No se trata de profesionales sanitarios.
- Paliativos en Atención Primaria (Multidisciplinar): La administración de cuidados paliativos en Atención Primaria facilita que estos servicios lleguen a un mayor número de pacientes. En otras ocasiones estos cuidados se prestan a través de la atención hospitalaria.
- Psico-oncología, a través de profesionales especializados en tratar a pacientes con patologías oncológicas y a sus familiares.

- En algunas Comunidades Autónomas existen las enfermeras de enlace, como personal cualificado que atiende al paciente en su domicilio y que lleva a cabo un seguimiento, formando parte de un plan individualizado. En otras existen servicios de hospitalización a domicilio.
- Existencia de programas específicos de desintoxicación de alcohol y drogas.
- Los protocolos de violencia de género que establecen una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos.
- En los casos de drogadicción y alcoholismo, posibilidad de una hospitalización especializada en un servicio de salud mental y coordinación con asociaciones y recursos no sanitarios que complementan el apoyo social al paciente, incluidas las comunidades terapéuticas. También son objeto de los servicios de salud mental algunas situaciones de mendicidad.
- Los recursos de emergencias sanitarias y de urgencias, son vitales en muchos casos, funcionan muy bien y son muy efectivos.
- Los servicios de urgencia social, y los centros específicos de atención social.
- Los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia, hacen posible y favorecen en numerosas ocasiones la atención de las personas en su domicilio.
- Los hospitales de media estancia y las residencias de mayores son fundamentales cuando la persona no puede estar en su domicilio.
- Algunas entidades del tercer sector, que disponen de servicios especializados en este ámbito.

Capítulo 3: Razones para implantar un modelo sociosanitario

Existen una serie de razones y tendencias que existen y se reconocen en la sociedad actual y que son admitidas con carácter generalizado, y que sin ninguna duda nos llevan inexorablemente a concluir en la necesidad de dar una solución a las situaciones sociosanitarias y a establecer un modelo con ese objetivo.

1. Costes de la atención médica per cápita

A nivel mundial, todos los sistemas de salud llevan años viéndose afectados por el aumento imparable de los costes debido, por un lado, a los avances en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades y, por otro, al aumento del número de pacientes a atender.

*Ante una nueva realidad, no es posible seguir haciendo lo mismo de siempre, simplemente **no es sostenible.***

Además, la entrada de nuevas tecnologías y soluciones no está sirviendo para eliminar aquellas ya obsoletas, que no aportan valor y que incluso es dudosa su utilización. Las nuevas tecnologías han de verse y utilizarse como aliadas en conseguir la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Sin embargo, los gastos en salud por habitante se están disparando en todas partes, debido a los aspectos mencionados anteriormente, pero también por el mantenimiento de organizaciones con amplios márgenes de mejora en cuanto a su eficiencia. Ante una nueva realidad, no es posible seguir haciendo

lo mismo de siempre, simplemente no es sostenible. Hemos de pasar de una atención reactiva y pensada en procesos agudos a una atención integrada proactiva e integral, los sistemas de salud deben controlar los costes al eliminar la redundancia y centrarse en la salud del paciente, contando con él como protagonista, y en la prevención de enfermedades.

2. Envejecimiento de la población

A medida que los *baby boomers* van ingresando en la jubilación, el grupo de pacientes comienza a envejecer. El envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo, impulsado por una mayor esperanza de vida y España está a la cabeza de ello, según todas las fuentes consultadas.

El envejecimiento de la población impone una carga, no sólo económico-financiera, sino también de organización de recursos, a los sistemas de salud debido a la mayor demanda de servicios mantenida en el tiempo. Incluso, dando por descontado que conseguiremos pronto una mayor eficiencia aportada por las nuevas tecnologías de flujo de trabajo, la demanda en este caso sigue aumentando demasiado rápido, exponencialmente en algunos casos, como para intentar ser controlada a través de las prácticas de atención médica estándar.

3. Aumento de enfermedades crónicas

El estilo de vida y las alternativas terapéuticas han hecho que enfermedades, que hasta hace muy poco eran procesos agudos y mortales, que tenían como consecuencia principal el acortamiento de la vida y la necesidad de recursos adaptados a ellos, pasen a ser crónicos contribuyendo al alargamiento en la expectativa de la vida, con lo que ello comporta a nivel individual y colectivo, incluso persiguiendo también la calidad de vida en ellos.

Las enfermedades crónicas,
son las principales causas de muerte, después de años de padecimiento y atención, y de discapacidad.

No obstante, en nuestros sistemas sanitarios, la obesidad, la hipertensión y la demencia se están convirtiendo en problemas de salud pública generalizados y persistentes, y lamentablemente estos

problemas conllevan una mayor demanda de medicamentos y tratamiento a largo plazo.

Las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte, después de años de padecimiento y atención, y discapacidad. Lo que representa en este momento el mayor porcentaje de los gastos de atención médica y con tendencia al alza.

Tal vez lo más desafortunado sea que las condiciones crónicas más prevalentes, como pueden ser: enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, diabetes tipo 2, obesidad y artritis, son las más costosas, a pesar de ser problemas de salud prevenibles en muchos casos, pero este es otro tema, que habrá que abordar en algún momento. Peor aún, todas las perspectivas apuntan a que las afecciones crónicas serán más prevalentes y más costosas de atender a medida que pase el tiempo.

4. Cambio de modelo de unidad familiar

En todos los países modernos asistimos a cambios trascendentes en las unidades familiares. Unos demográficos, caracterizados por la baja natalidad y la longevidad, dándose el caso incluso de poder coincidir en el mismo núcleo familiar hasta cinco generaciones, siendo cada vez menos excepcional que hasta tres de ellas estén aquejadas por algún grado de dependencia. Otros laborales, estando en el mercado laboral todos los miembros de la unidad familiar y desapareciendo, por tanto, la figura del cuidador informal (tradicionalmente, la mujer), al que tanto hay que agradecer por su papel en el cuidado de familiares enfermos. Otros cambios son de entorno, viviendo en espacios que no siempre cumplen unas condiciones mínimas. Y, por último, económicos debido a que el modelo económico familiar, tan eficiente en muchas ocasiones, y salvador en épocas de crisis, empieza a no serlo tanto al haber un gran diferencial entre los ingresos, principalmente obtenidos de las pequeñas pensiones de sus miembros y las necesidades crecientes de atención sanitaria y social, no cubiertas por los sistemas públicos.

5. Demandas crecientes de las personas

*Las personas en general, y no sólo los pacientes, sus familias y los profesionales directamente involucrados, tienen un papel importante en el **impulso hacia la atención sociosanitaria** que precisamos.*

Las personas en general, y no sólo los pacientes sino también sus familias y los profesionales directamente involucrados, tienen un papel importante en el impulso hacia la atención sociosanitaria que precisamos.

El sector de la salud en este momento en sociedades avanzadas como la nuestra tiene un peso significativo en el PIB de los países, y la persona de hoy está acostumbrada a tener información disponible a su alcance en tiempo real, por lo que su interacción es decisiva. Vivimos en un mundo conectado de teléfonos inteligentes y tabletas y cada vez más los pacientes hablan de su experiencia de salud ideal. Quieren algo más que una interacción tradicional paciente-profesional sanitario o persona-profesional social, y esperan y demandan una atención conveniente, rápida, eficiente y con fácil acceso a sus datos de atención médica y social desde cualquier dispositivo.

Precisamente ante esta demanda, muchos decisores y proveedores de servicios y productos de atención médica y social están desarrollando sus ofertas, centrándose en el compromiso directo, con transparencia de costes y la conveniente flexibilidad de adaptación a los cambios.

6. Gasto ineficiente

A nivel mundial seguimos constatando que muchos costes asociados a la atención médica son superfluos e innecesarios, por no decir que en ocasiones, incluso, pueden ser causantes de iatrogenia.

Gastos producidos para tratar situaciones prevenibles, como las relacionadas con la obesidad y el sobrepeso; visitas innecesarias a recursos sanitarios cuando de problemas sociales se trata, duplicidad de pruebas complementarias y tiempo perdido debido a la ineficiencia, son sólo algunos ejemplos.

Para abordar todo lo anterior, los modelos tradicionales de pago y servicio se están transformando, pero deben hacerlo más rápido y más profundamente.

En todo el mundo, los modelos de prestación de servicios de atención socio sanitaria se están cambiando de un modelo tradicional de tarifa por servicio a un modelo de atención basada en el valor.

*Los modelos tradicionales de pago y servicio se están transformando, pero deben hacerlo **más rápido y más profundamente.***

El enfoque se está moviendo a un modelo que contempla el reembolso vinculado a los resultados de la atención socio sanitaria. Además, las pruebas innecesarias, la atención redundante y los recursos mal asignados en base a guías de best practices se tratan como una pérdida, lo que obliga a la honestidad y la eficiencia de las organizaciones que trabajan en la atención socio sanitaria y que solo la atención integrada e integral puede brindar.

7. Iniciativas legislativas

Existen factores legislativos que pueden acelerar la consolidación de la respuesta a dar a lo socio sanitario. En nuestro país hay excesiva normativa de ámbito estatal y autonómico, comparada con países similares al nuestro, pero a diferencia de estos en muchos casos carece del correspondiente desarrollo reglamentario posterior que la permita dar los frutos esperados cuando fue promulgada.

Al intentar impulsar la atención socio sanitaria nos aflora una sola pregunta: ¿cómo pueden las organizaciones sociales y sanitarias asumir estos desafíos para ofrecer servicios de salud y sociales integrados a sus pacientes? En muchos casos, esto requiere decisión política, cambio cultural y, sobretudo, remodelar por completo los modelos de atención y los procesos y procedimientos fundamentales, y para la mayoría, eso significa construir una infraestructura de TIC que permita a todos en un único sistema de salud y social acceder y compartir la información que necesitan para optimizar la atención que prestan.

Al simplificar el intercambio de información y aprovechar los datos del paciente, los sistemas de salud y sociales pueden comenzar a dar los pasos necesarios para brindar una atención socio sanitaria más eficiente, que mejore los resultados a través de un mejor diagnóstico, tratamiento, seguimiento e incluso prevención, optimizando los costes y terminando de una vez por todas con el proceso de cuidado fragmentado existente actualmente.

8. Inmersión en la transformación digital

Vivimos en un mundo digital conectado y su potencial, accesibilidad y desarrollo impregna todo, incluyendo todo lo relativo a la atención sociosanitaria. No es una opción, es la oportunidad que llevamos años esperando, porque las necesidades las conocemos y las soluciones también, pero la confluencia de unas y otras solo es posible en este momento si nos servimos de la transformación digital.

*Vivimos en **un mundo digital conectado** y su potencial, accesibilidad y desarrollo impregna todo, incluyendo todo lo relativo a la atención sociosanitaria.*

Y cuando nos referimos a esa transformación no estamos hablando sólo de tecnologías y procesos sino, principalmente, de un cambio cultural, que paradójicamente ha llegado a muchos aspectos de nuestra vida y, sin embargo, parece que se resiste su introducción en todo lo que es de aplicación a lo socio-

sanitario. En concreto nos referimos a la historia electrónica única sociosanitaria, guía de recursos, integración de dispositivos o la conectividad en remoto entre pacientes y profesionales sanitarios y sociales.

9. Economía de datos

Lo sociosanitario, en una economía de datos como la que estamos, es un caladero en el que muchos están deseosos de pescar.

La Comisión Europea ha adoptado una comunicación titulada “Construir una economía de datos europea”, junto con un documento de trabajo, en los que se proponen soluciones políticas y jurídicas para posibilitar la economía de datos de la UE, dentro de la Estrategia del Mercado Único Digital.

Hemos de estar atentos a la GDPR (*General Data Protection Regulation*) de la Unión Europea, que ha entrado en vigor el 25 de mayo de 2018 y verla como una oportunidad que nos obliga a todos a trabajar con transparencia pero también con seguridad.

Capítulo 4: El Modelo

Definición

Para buscar una definición correcta es preciso partir ineludiblemente de la persona con sus necesidades de atención concretas, su situación clínica y sus condiciones sociales.

Las circunstancias de las personas, que definirían su perfil sociosanitario, a juicio de los expertos serían las siguientes:

- Personas con necesidad simultánea de atención en las áreas social y sanitaria.
- Personas en las 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.
- Personas para quienes las intervenciones desde ambos sectores son sinérgicas en su efecto.

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

*La situación en que la **intervención integrada de ambos tipos de servicios, sociales y sanitarios**, es sinérgica, es lo que constituye el espacio sociosanitario.*

En la mayoría de los casos los servicios sociales y sanitarios pueden prestarse de forma totalmente independiente. Ahora bien, existe otro conjunto de personas que necesitan ambos servicios, pero integrados en un continuum. Esta situación en que la intervención integrada de ambos tipos de servicios, sociales y sanitarios, es sinérgica es lo que constituye el espacio sociosanitario.

Por tanto, lo que define este espacio son las personas y sus necesidades y será necesario definir una serie de situaciones o perfiles de las personas, donde la necesidad sociosanitaria es de más intensidad o más frecuente. Es a lo que recientemente estamos viendo que algunos profesionales se refieren como la “visión sociosanitaria de la persona”.

Pero no debemos confundirnos, ya que hay personas con enfermedades que pueden ser crónicas y además pluripatológicas que, precisando un amplio nivel de servicios sanitarios especializados, no quedan incluidas en el espacio sociosanitario por carecer de necesidades sociales continuadas.

De la misma manera, personas con necesidades de soporte de los servicios sociales con intensidad, aunque tengan una enfermedad que sea crónica pero que no juega un papel determinante en su situación global de necesidad de atención, tampoco formarán parte de ese espacio sociosanitario.

*Hay **personas** que precisando un amplio nivel de servicios sanitarios especializados, **no quedan incluidas en el espacio sociosanitario por carecer de necesidades sociales continuadas***

De una manera muy simple, pero con una fuerte carga de profundidad, se podría decir que la atención sociosanitaria es la que se ha de prestar a las personas que por su situación personal, pertenecen o deben estar incluidas aunque sólo sea temporalmente, en el espacio sociosanitario.

Como ya hemos visto, a través de nuestra definición legal, si la atención sanitaria se presta por los servicios sanitarios y la asistencia social se presta a través de los servicios sociales, la atención sociosanitaria es la que se presta simultáneamente por los servicios sociales y por los servicios sanitarios, de una forma integrada y sinérgica, y exclusivamente en aquellas personas que tienen un perfil sociosanitario.

Para lograr esa atención sociosanitaria no se considera necesario crear un tercer sistema, ni una tercera red de servicios específicamente sociosanitarios. La solución se ha de encontrar en una necesaria coordinación e integración de los servicios sociales y de los servicios sanitarios, aprovechando la posibilidad de combinar adecuadamente los recursos sociales y los sanitarios, garantizando la calidad de la atención prestada y mejorando la calidad de vida.

A lo largo de este documento, en los siguientes apartados se va a desarrollar

esta idea, estableciendo las fórmulas y los requerimientos que dichos recursos y su integración deben cumplir.

Recursos idóneos

Los recursos idóneos que se tratan en este apartado y las barreras y estrategias que se tratarán en el siguiente están íntimamente relacionados, encontrándose la diferencia en el punto de vista desde el que se analizan unos y otras.

De esta forma en este apartado se señalan los recursos que sería deseable, incluso necesario, tener para poder desarrollar nuestro modelo sociosanitario.

Cuando se habla de recursos nos estamos refiriendo a los medios personales, materiales y técnicos, debidamente organizados y estructurados, con los que se va a prestar una determinada atención o asistencia, siempre de acuerdo con la cualificación que dichos recursos tengan acreditada.

Los recursos disponibles pueden formar parte o estar organizados en centros, servicios o unidades, por utilizar una terminología ya consolidada, tanto en el sistema sanitario como en el sistema social.

Esto lleva a plantear que, con carácter general, sociosanitario no es un calificativo para un determinado centro, para lo que están reservados exclusivamente los términos social o sanitario, sino que pasa a ser calificativo de la condición añadida de ese centro, que por disponer del recurso o recursos adecuados para la atención que va a prestar, merece además la cualificación de sociosanitario.

Sociosanitario no es un calificativo para un determinado centro, **sino** que pasa a ser **calificativo de la condición añadida de ese centro**, que por disponer del recurso o recursos adecuados para la atención que va a prestar, merece además la cualificación de sociosanitario.

Las combinaciones de recursos sociales y sanitarios, a nivel teórico se puede decir que no tienen límite, sólo depende del cumplimiento de los requisitos exigibles para cada una de ellas independientemente considerada, así como de las necesidades de las personas que se pretende atender.

El porcentaje y tipo de usuarios con necesidades sociosanitarias en un centro debidamente cualificado para esta finalidad, dependerá exclusivamente de los medios acreditados de que disponga. Este mismo razonamiento nos puede llevar a la conclusión de que en un centro el 100 % de sus usuarios pueden tener un perfil sociosanitario, si como se ha señalado dispone de los medios adecuados.

Para que esto sea posible, como se viene reiterando, es necesario que se cumplan cuatro condiciones que resultan imprescindibles:

A) En primer lugar, que el recurso del que hablamos, ya se trate de un recurso sanitario en un centro social o, por el contrario, de un recurso social en un centro sanitario, esté acreditado o autorizado como tal, independientemente del centro del que forma parte o en el que se integra.

Esto quiere decir que deberá contar con todos los medios y reunir los mismos requisitos que si se tratase de una unidad o centro independiente. Nos estamos refiriendo al personal, tanto en número de personas como a su cualificación profesional. A los medios técnicos para tratamientos y, en su caso, diagnósticos. Y a los edificios, sus instalaciones y las características que deben reunir.

B) En segundo lugar, que esas características que se exijan al centro, y que deban reunir tanto sus recursos sociales como los sanitarios, dependerá del perfil de las personas a que vayan a ser destinados.

C) En tercer lugar, debe haber una perfecta integración entre el centro y el recurso.

D) Y, en cuarto lugar, el planteamiento tiene validez tanto para centros de titularidad privada como pública, y con independencia de que la gestión sea pública o privada.

Por otra parte, merece un tratamiento especial, pero no por ello menos importante, el domicilio particular de una persona que necesita atención sociosanitaria. La integración y coordinación de la atención social y sanitaria utilizando como marco el domicilio del paciente, a pesar de que ya ha adquirido una cierta entidad, sigue siendo todo un reto.

Es un entorno en el que parece más sencillo alcanzar mayores cotas de calidad de vida, pero que plantea unas condiciones y necesidades diferentes a los centros institucionales, pues exige una adaptación de los recursos

convencionales y, además, exige la participación de personas del entorno familiar.

Lo cierto es que los recursos tanto sociales como sanitarios existen, y que como en los demás casos lo que falta es la integración y la coordinación de dichos recursos, regulando las especialidades de esta atención, pero sin ninguna duda que el domicilio particular se puede convertir en un tipo de centro sociosanitario, siempre que se cumplan todas las condiciones y requisitos exigibles en función de la atención que en cada caso precise la persona.

Los expertos coinciden en que hacen falta:
Protocolos normalizados, procedimientos de inclusión, mayor uso de las TIC, formación específica de los profesionales y mayor atención en el domicilio del paciente.

Los expertos asimismo señalaron una serie de condiciones o requisitos que se deben cumplir o reunir, ya sea individualmente considerados o en su conjunto:

- Protocolos concretos y normalizados de atención, según los perfiles socio-sanitarios.
- Gestores de casos, que aseguren la coordinación de recursos en función de las necesidades de cada persona, según su perfil y situación.
- Protocolos y procedimientos de inclusión en cada tipo de centro.
- Historia electrónica única (sanitaria y social) de uso generalizado y para todos los profesionales.
- Mayor utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, que faciliten la información y la elaboración y seguimiento de planes de cuidados individualizados.
- Comisiones multiprofesionales o multidisciplinares, que aseguren la coordinación y colaboración de los profesionales.
- Formación específica de los profesionales y su integración en equipos.
- Formación de los cuidadores familiares.
- Programas de ayuda y atención en el domicilio.

- Establecer una serie de procedimientos y circuitos específicos que hagan más fácil el tránsito de los pacientes en ciertas situaciones hacia los servicios sociales, y a los usuarios de estos últimos hacia ciertos servicios sanitarios.
- Considerar la Atención Primaria y sus equipos como un elemento de referencia desde el sistema sanitario para los pacientes que tengan un perfil sociosanitario. La enfermería desde este nivel asistencial, junto con trabajadores sociales dentro del sistema social, son quienes pueden lograr una mejor coordinación y garantizar el tránsito más adecuado por el espacio sociosanitario de las personas que lo necesiten.

Barreras que se identifican en la actualidad

- España ha sido capaz de ofrecer, en términos generales, servicios sanitarios buenos o muy buenos, y lo mismo pasa en el caso de los servicios sociales. Pero unos y otros se han organizado con absoluta independencia, las autoridades responsables son diferentes, la comunicación entre ellos es escasa o nula, y suelen depender de Administraciones diferentes.
- Ausencia de definición de un modelo de calidad de vida, ni de la calidad de vida deseada, sobre el que pivotar la asistencia sociosanitaria.
- Faltan organismos conjuntos entre las autoridades sanitarias y sociales para la elaboración, puesta en marcha y evaluación de políticas sociosanitarias.
- No hay instituciones ni entidades con mandato expreso y entidad suficiente para llevar a cabo la coordinación entre los dos sistemas, ni fórmulas de integración de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales.
- Gran rigidez en la definición de servicios necesarios y compartimentación entre las diferentes administraciones y autoridades y los colectivos a los que se orientan.
- Ausencia de un sistema de integración de los servicios en el ámbito local.
- No se ha llevado a cabo una identificación de las personas que deben ser objeto de esta atención, es decir no se han fijado los perfiles sociosanitarios objeto de atención ni los recursos que en cada caso se deben ofrecer.

- Los profesionales de ambos sistemas son diferentes, con perfiles adecuados en cada caso a la atención que prestan. No existen mecanismos para que puedan actuar conjuntamente y no existen equipos multidisciplinares que trabajen mediante planes de atención individualizados. La existencia y funcionamiento de estos equipos requiere un marco organizativo y de políticas que incentiven los esfuerzos de integración entre los profesionales de ambos tipos de servicios.
- La falta de una historia de salud electrónica realmente compartida y generalizada en el Sistema Nacional de Salud, donde todavía hay muchas lagunas que rellenar y mucho camino que recorrer, se agrava porque en modo alguno contempla ni comparte lo que podíamos denominar historia social, siendo conscientes que esta última es prácticamente inexistente. Todo ello hace que se esté lejos de una historia sociosanitaria.
- Debilidad en el desarrollo de las herramientas de gestión y de los modelos de trabajo interdisciplinares, de los sistemas de información y del uso de las tecnologías de la información.
- Ausencia de esquemas de financiación compartida que incentiven el trabajo conjunto sociosanitario. Cualquier análisis demuestra que la eficiencia se consigue generando flujos de financiación de los servicios sanitarios hacia los sociales, y de la hospitalización a la atención ambulatoria.

Estrategias para el desarrollo de un modelo sociosanitario

Para definir y poder desarrollar en la práctica el modelo del que estamos hablando y establecer unas condiciones que lo conviertan en una realidad, se van a enumerar una serie de estrategias que, una vez consensuadas y desarrolladas, nos pueden ayudar a conseguirlo.

La decisión política de apoyar, desarrollar e implantar el modelo sociosanitario no es una estrategia en sí misma, sino

*La **decisión política de apoyar, desarrollar e implantar un modelo sociosanitario** no es una estrategia en sí misma, sino una condición sine qua non, que debe preceder a cualquier otra actuación.*

una condición sine qua non, que debe preceder a cualquier actuación y que resulta imprescindible para poner en marchas todas y cada una de las estrategias que a continuación señalamos.

Otro aspecto que siempre está presente es el financiero. Si bien, aunque es muy importante y debiendo exigir siempre que sea suficiente, si ello es posible, no consideramos de ninguna manera que en el momento actual sea un problema financiero el que haya originado que no tengamos un modelo socio-sanitario en España.

1. Estrategia de las personas

- La atención socio-sanitaria debe centrarse realmente en la persona y en sus necesidades.

*La **estrategia de las personas:** Es preciso definir los perfiles socio-sanitarios en base a criterios clínicos, funcionales y sociales.*

- Es preciso definir los perfiles socio-sanitarios objeto de protección y por otra establecer un sistema de valoración integral para evaluar las necesidades de cuidados sanitarios y sociales de cada una.
- Los perfiles y la valoración deben establecerse en base a criterios clínicos, funcionales y sociales.
- Se debe contar con procedimientos y protocolos para que cada persona sea atendida en el centro y con los recursos adecuados.

2. Estrategia de los profesionales

*La **estrategia de los profesionales:** Es necesario determinar ámbito, competencias y formación específica.*

- Determinación del ámbito profesional y de la competencia de cada uno de los actores que han de intervenir en la atención.
- Planes de formación específica de determinados profesionales, incluyendo la integración socio-sanitaria y la especialización posgrado.
- Contar con los cuidadores familiares, dándoles formación y apoyo.

3. Estrategia de las tecnologías de la información

- Disponer de un sistema de información socio sanitaria compartido y accesible que facilite la toma de decisiones.
- Desarrollar e implantar una historia electrónica que en base a la historia de salud electrónica se complete, contemplando también los aspectos sociales de cada persona.
- Esta historia debe ser compartida en todos los niveles de atención y utilizada por todos los profesionales.

*La **estrategia de las TIC**: La información socio sanitaria debe ser compartida y accesible, en base a una historia de salud electrónica que contemple los aspectos sociales de la persona.*

4. Estrategia de los recursos

- Hay que generar una arquitectura inteligente que permita que en centros sanitarios se disponga de recursos sociales, y que en centros sociales se disponga de recursos sanitarios, que permitan que esos centros puedan disponer de esa marca cualificada de “socio sanitario”.
- El centro principal, ya sea sanitario o social, deberá reunir todos los requisitos exigidos para que esté acreditado o autorizado como tal, pero el recurso o recursos de otro ámbito, integrados en el mismo, también deberán disponer de las autorizaciones o acreditaciones que, si fuese independiente, se le exigirían.
- Se deben contemplar las condiciones necesarias cuando la atención se preste en el domicilio.
- Establecer los mecanismos para que se definan mapas de recursos socio sanitarios y su actualización, dentro de los distintos ámbitos territoriales.

*La **estrategia de los recursos**: El recurso o recursos integrados en un centro de otro ámbito (social o sanitario), también deberán disponer de las autorizaciones o acreditaciones que, si fuese independiente, se le exigirían.*

5. Estrategia de coordinación y de integración

La estrategia de coordinación e integración:
Es necesaria la coordinación entre profesionales, recursos y niveles asistenciales.

- Se deben establecer mecanismos de coordinación, regulando equipos multi-profesionales, multidisciplinarios o multi-departamentales, según los casos y las necesidades, que valoren tanto las necesidades como la atención que precisan las personas.
- Integración entre los recursos y los niveles asistenciales.
- Coordinación entre recursos sanitarios y sociales para facilitar el acceso y la transición entre unos y otros a determinadas personas usuarias de ambos, cuando no proceda la integración de los recursos.
- Planes de intervención compartidos y seguimiento de la persona atendida.
- Investigación y experimentación, que permitan avanzar en el modelo una vez definido.
- Se deben establecer modelos que permitan medir resultados y comparar.

6. Estrategia en el marco legislativo

La estrategia en el marco legislativo: *La legislación vigente debe ser actualizada y completada, para asegurar la implantación y desarrollo de un modelo sociosanitario.*

- La legislación vigente debe ser actualizada y completada. Establecer una legislación básica, dejando a salvo las competencias de las Comunidades Autónomas para desarrollarla y mejorarla en determinados aspectos.
- Definido un modelo sociosanitario deben llevarse a cabo las modificaciones del ordenamiento jurídico, tanto del orden legal como reglamentario, que aseguren y faciliten su implantación y desarrollo.

ANEXOS

Anexo 1: La Conferencia de Arturo Álvarez

El Dr. Arturo Álvarez, como Director del Observatorio de Servicios Integrados en Salud (OMIS) de la New Health Foundation, desarrolló una ponencia al principio de la Jornada y con carácter previo a la constitución de los grupos de trabajo y de las deliberaciones y conclusiones de los expertos convocados, bajo el título: ¿Lo socio sanitario? De los casos... ¿al modelo?

Dejamos constancia de la intervención del Dr. Alvarez, con estas referencias de su ponencia.

¿Por qué los signos de interrogación del término “socio sanitario” en el título de este capítulo? “Socio sanitario” es un concepto que tiene ya varias décadas de uso entre nosotros y que se pone de moda cíclicamente, con relativa regularidad. Sin embargo, la aspiración a superar la fragmentación de los servicios prestados a las personas que requieren cuidados sociales y sanitarios ha venido expresada por muchos términos, usados muchas veces como sinónimos: “coordinación socio sanitaria”, “atención integrada”, “atención integral”, “cuidados integrados”, “espacio socio sanitario”, “planificación integral”, “integración socio sanitaria”, “complementariedad intersectorial”, “atención centrada en el paciente”, “atención sin barreras”, “atención compartida”, “atención transmural”, “continuidad asistencial”, etc.

La sucesión y predilección de ciertos términos a lo largo del tiempo refleja una evolución conceptual más allá de la meramente terminológica, con un primer momento donde primó el debate centrado en la conveniencia o no de crear espacios alternativos: se hablaba del “espacio socio sanitario” como un tercer espacio, junto al sanitario y al social. Fue primando el uso de “socio sanitario” como el “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social”, hablándose así de “coordinación socio sanitaria”, “planificación socio sanitaria”, “atención socio sanitaria”, reflejando la mirada desde aquellos sistemas que se pretendían coordinar, más que desde las necesidades de las personas usuarias.

Es por ello que prefiramos –al menos desde New Health Foundation y en la estela de la International Foundation of Integrated Care (IFIC) y otras organizaciones internacionales- el concepto de atención integrada (en inglés, *integrated care*) como “el principio organizador de la provisión de servicios con el objeto de mejorar la atención a la persona mediante la integración o coordinación de los servicios prestados”. Utilizado como término “paraguas”, la atención integrada refleja, creemos que mejor que otras alternativas, el objeto final de la atención desde la perspectiva de la persona.

Aprovechemos que ya tenemos suficientes experiencias implantadas, que tenemos marcos válidos para conceptualizar lo que está pasando y que estamos acumulando evidencia creciente sobre lo que está funcionando y los impactos que están obteniendo. Podemos seguir discutiendo sobre términos, o encontrando excusas para no abordar la tarea que urge, pero lo cierto es que coordinarse es posible, aunque no sea tarea fácil. Lo que las experiencias ya implantadas en España nos enseñan es que, en todo caso, el viraje hacia la atención integrada sólo es posible con propuestas de calado que busquen transformar todo el sistema, más allá de apaños cortoplacistas y encajes parciales. Por todo ello, desde el OMIS hacemos una llamada a los decisores, gestores y profesionales sociales y sanitarios a aprovechar la oportunidad y evolucionar decididamente hacia nuevos modelos de atención más integrados, sostenibles, efectivos y de más calidad.

Anexo 2: Los casos tipo planteados

Caso 1.- Paliativos

Hombre de 85 años con multimorbilidad, pluripatologías (insuficiencia cardíaca y respiratoria), con dos o más ingresos en el hospital al año, polimeditado. Baja actividad física y social. Vive en su domicilio con el apoyo de un cuidador.

Los hijos viven lejos, en otra ciudad.

Tras un episodio de tos con esputo sanguinolento ingresa en el hospital y es diagnosticado de cáncer de pulmón, con metástasis hepáticas y óseas.

Producida el alta hospitalaria, el paciente queda en seguimiento por una unidad de cuidados paliativos. El cuidador solicita y obtiene servicios de ayuda a domicilio ante el incremento de la situación de dependencia del paciente, que le resulta imposible atender personalmente.

La situación basal de salud se va deteriorando poco a poco y va precisando servicios de carácter paliativo intensivo/medio, hasta encontrarse en situación terminal, sin apoyo familiar.

Caso 2.- Enfermedad rara en menor de edad

Niño de tres años con enfermedad neurodegenerativa poco prevalente, lo que se conoce como “enfermedad rara”. El principal apoyo para cuidados es la familia. La madre es la cuidadora principal a tiempo completo.

La enfermedad neurodegenerativa conlleva infecciones respiratorias frecuentes. En el ámbito funcional, la situación es de una dependencia prácticamente absoluta, de Grado III, y una discapacidad normalmente superior al 80 %.

Necesidad de apoyo de ayudas técnicas para la movilización y actividades de la vida diaria.

Atención temprana infantil con diagnóstico tardío, por tratarse de una enfermedad de baja prevalencia y complejidad pediátrica. Declaración de discapacidad y dependencia.

Se precisa un plan de atención, en el que ha de participar la familia y todos los servicios implicados, dada la complejidad de la situación que presenta: trastornos respiratorios, soporte nutricional, plan de medicación, preservación y estimulación de las capacidades cognitivas, soporte en el desarrollo socioafectivo, cognitivo, sensorial (ABVD), psicomotor, conductual y del lenguaje.

Caso 3.- Drogadicción / Alcoholismo

Hombre de 50 años con actividad laboral y con tres hijos. Bebedor social. A nivel familiar su dependencia crónica del alcohol le está pasando factura. Tiene episodios de comportamiento agresivo verbal, con procesos de conducta violenta, sin llegar a la agresión física. La mujer decide irse de casa con los hijos. En el trabajo se le percibe la posibilidad de un despido.

Comienza a tener ideas autodestructivas. Sospechas de intento de autolisis a través de ingesta de psicofármacos. Ingresado en el hospital, durante su estancia sufre síndrome de abstinencia. Le diagnostican síndrome de Korsakoff.

Se somete a proceso de desintoxicación y vuelve a casa. Trata de resolver los problemas familiares y reanudar la relación con su mujer.

Caso 4.- Atención temprana

Niño de seis años al que al poco de nacer se le diagnosticó una enfermedad neurodegenerativa que conlleva alteraciones motoras, infecciones respiratorias frecuentes, disfagia y crisis epilépticas ocasionales. Precisa de una dieta especial.

Sus padres son de una situación económica media-baja, trabajadores por cuenta ajena. Dentro del matrimonio se producen situaciones de estrés emocional y cansancio físico.

Fue diagnosticado en el propio hospital al nacer y tras los trámites correspondientes el Centro Base de Servicios Sociales le asignó una plaza en un centro público de atención temprana.

Posteriormente le será reconocida la dependencia.

Surgen problemas en la escolarización del menor, para combinar adecuadamente los tratamientos. Nuevos problemas surgen al finalizar la atención temprana.

Caso 5.- Fractura de cadera en persona en el umbral del sobre-envejecimiento

Hombre de 80 años con importantes restricciones en actividades instrumentales de la vida diaria (IAVD). Crónico en seguimiento por Atención Primaria. Co-cuidador de su cónyuge, con edad parecida y ambos en situación de fragilidad. Con residencia en su domicilio habitual.

Con motivo de una caída en la calle sufre una fractura de cadera, que requiere hospitalización, intervención quirúrgica y rehabilitación. Problemas de atención familiar durante su estancia hospitalaria, por la situación de su mujer.

Vuelve a casa con un grado II de dependencia.

Caso 6.- Mendicidad

Hombre de 60 años que desde hace años vive en la calle, donde ejerce de mendigo, aunque utiliza el comedor social y el albergue municipal. Su exclusión social y marginalidad se acompaña de un consumo abusivo del tabaco y una situación de alcoholismo que le ha ocasionado una vasculopatía periférica y serios problemas cardiovasculares y respiratorios.

Todos los años ingresa varias veces en el hospital, siempre por urgencias y generalmente lo lleva la policía municipal o unidades de emergencia social.

Se le ha ofrecido el ingreso en una residencia de mayores, pero lo ha rechazado. Sin embargo, a veces, se ha opuesto a marcharse del hospital y otras

veces se ha marchado antes del alta, no pareciendo existir patrones de conducta. Por otro lado, los centros residenciales disponibles no se consideran preparados para atender una persona de ese perfil.

Una noche sufre una caída grave como consecuencia de una intoxicación etílica. Ingresa con politraumatismo y un estado general de agitación.

Caso 7.- Discapacidad intelectual

Niña de 12 años que padece una parálisis cerebral y elevada dependencia. Necesita ayuda para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sólo puede mover con dificultad la extremidad superior izquierda para mover la silla eléctrica adaptada, comer alimentos sólidos que pueda coger con la mano y manejar un ordenador. Conectada con el medio, se comunica bien con su familia y con las personas que le despiertan empatía.

Requiere cambios posturales cada 2-3 horas. Es la pequeña de tres hermanos. La familia ha de costear el 40 % del tratamiento, resultándole imposible costear la fisioterapia y otras actividades de estimulación debido a su precio. La familia no se ha ido de vacaciones desde que nació la niña y la madre ha renunciado a su trabajo para cuidar de su hija.

Dispone de valoración de dependencia de Grado III.

La discapacidad intelectual de la menor tiene un claro componente social/dependencia que se manifiesta en la necesidad de apoyos para las actividades de la vida diaria, pero también sanitario, ya que en poco tiempo ha sufrido una neumonía, una intervención quirúrgica por luxación de ambas caderas, un ingreso urgente por una bronco-aspiración y ha encadenado problemas dentales.

Asiste a un centro de día donde se traslada desde el domicilio diariamente, de 8:00 a 18:00 horas, y donde recibe terapias multidisciplinarias. El centro de día dispone también de médico y enfermería algunas horas al día para atender ligeras complicaciones o cuidados.

Caso 8.- Gran dependencia

Mujer viuda de edad avanzada, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Con soporte domiciliario a través de atención primaria, familia y

cuidador formal nocturno. Polimedicada, necesita ayuda para realizar las tareas del hogar y la alimentación (preparar la comida). Hasta el momento con una situación de fragilidad, viviendo en su domicilio.

Padece enfermedad respiratoria aguda, que se agudiza con diversas complicaciones llegando a la desorientación. Se diagnostica neumonía que requiere hospitalización. Cursa con agitación, fiebre, problemas en la diuresis y posturación. A pesar de los cuidados, desarrolla úlceras por presión Grado I y II. Pérdida de tono muscular y no deambulación. Precisa sonda vesical.

La paciente es dada de alta del centro de agudos e ingresa en un centro de media estancia con rehabilitación. Se objetiva mejoría, pero insuficiente para ser trasladada a su domicilio.

Caso 9.- Ictus

Mujer de 75 años se encuentra en una residencia de personas mayores con una plaza pública. No tiene familia cercana. Destaca entre sus antecedentes, Ictus cerebeloso, operada de histerectomía por útero miomatoso y prótesis total de rodilla por artrosis.

Es ingresada en un hospital tras pérdida de conciencia y caída al suelo, al estar paseando por el jardín de la residencia. Tras pruebas de imagen se diagnostica de Ictus isquémico extenso en territorio lóbulo frontal derecho. El ingreso se complica con un episodio de broncoaspiración y úlcera de presión.

Se produce el alta en el hospital de agudos, trasladándose a un hospital especializado en daño cerebral para trabajar en la rehabilitación de los déficits funcionales que presenta, consistentes en hemiplejía y hemiparesia izquierda, desorientación temporo-espacial y dificultades de escritura y a la hora de vestirse.

Es dada de alta del hospital de rehabilitación y aunque la continua ambulatoria, al año no ha logrado su rehabilitación total y persisten importantes problemas de movilidad y desorientación. Es posible que esté en fase inicial de demencia multiinfarto.

Anexo 3: Legislación y Bibliografía

Hemos empleado la siguiente fuente para equiparar el término sociosanitario a otros idiomas, ya que este concepto sólo lo hemos encontrado como tal, le secteur médicosocial, en Francia. (Centro de Documentación y Estudios de Ararteko, *Atención sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*, Ararteko, 2007).

http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_1357_3.pdf

En nuestro entorno inmediato, este ámbito mixto se conoce como: “atención sociosanitaria”, “espacio sociosanitario” o, simplemente, “coordinación socio-sanitaria”.

En la literatura internacional, las denominaciones son también variadas, pero impera el término “*integrated care*”, que pretende englobar modelos, experiencias e iniciativas diversas que responden a diferentes apelaciones: “*shared care*” y “*joint care*” (Reino Unido), “*vernetzung*” (en Alemania), “*transmurale zorg*” (en Holanda), “*soins médicosocial*” (en Francia), “*managed care*” (en Estados Unidos), por mencionar sólo algunas.

Definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada firmada por 61 Estados en Nueva York el 22 de julio de 1946. (Organización Mundial de la Salud, *Documentos Básicos 48ª Edición*, 2014).

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>

Documento marco de la oficina Europea de la WHO: *Integrated care models: an overview*. Incluye definición y descripción de 3 modelos de atención

sanitaria integrada. (Regional Office for Europe of the World Health Organization, *Integrated care models: an overview*, 2016).

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

Materiales de la Fundación internacional para la atención integrada (IFIC)

<https://integratedcarefoundation.org/integrated-care/publication>

Informe sobre experiencias de atención integrada en España. (Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS), *Experiencias de Atención Integrada en España* (2014), Fundación NewHealth, 2015).

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/OMIS-Experiencias-Integrada-Espana-05-2015.pdf>

Artículo sobre seis factores que están impulsando la adopción de la atención integrada en todo el mundo. (Stout, Pam, *Six factors driving global adoption of integrated care*, Becker's Hospital Review, 2017).

<https://www.beckershospitalreview.com/quality/six-factors-driving-global-adoption-of-integrated-care.html>

Artículo de investigación sobre experiencias y resultados en atención integrada en Alemania, Países Bajos e Inglaterra. (Busse, Reinhard and Stahl, Juliane, *Integrated Care Experiences And Outcomes In Germany, The Netherlands, And England*, Health Affairs, 2014).

<https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2014.0419>

Artículo de investigación sobre barreras y facilitadores para la atención integrada a partir de experiencias piloto de atención integrada en Reino Unido. (Ling, Tom; Bereton, Laura; Conklin, Annalijn; Newbould, Jennifer and Roland, Martin, *Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots*, International Journal of Integrated Care, 2012).

<https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.982/>

Artículo sobre experiencias de integración atencional en el SNS de España, a partir de resúmenes de comunicaciones del III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico celebrado en San Sebastián los días 19 y 20 de mayo del 2011. (Rodríguez, Nuño; Sauto, Regina y Toro, Nuria, *Integrated care initiatives in the Spanish Health System*, International Journal of Integrated Care, 2012).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571225/>

Artículo sobre la implementación de la atención integrada, a partir del resumen de las experiencias en tres países europeos: Alemania, Dinamarca y Holanda. (Nolte, Ellen; Frølich; Hildebrandt, Helmut; Pimperl, Alexander; Schulpen, Guy J. and Vrijhoef, Hubertus JM, *Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries*, International Journal of Care Coordination, 2016).

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2053434516655626>

Documento sobre la integración de los sistemas atencionales en Portugal, analizando las reformas recientes. (Santana, Silvina; Szczygiel, Nina and Redondo, Patricia, *Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms*, International Journal of Integrated Care, 2014).

<https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.989/print/>

Guía de la Comisión Europea de herramientas y metodologías para el análisis de la atención integrada en Europa.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

Editorial sobre lecciones clave de la atención integrada en Europa. (Glasby, Jon, *Key lessons from integrated care in Europe*, 2012).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287321/pdf/ijic2011-2012149.pdf>

Capítulo sobre modelos de atención integrada aplicados a cronicidad de una

guía para alcanzar una sanidad sostenible. (Abbvie, *Acting Together: A Roadmap For Sustainable Healthcare*, 2016).

<https://www.sustainable-healthcare.com/chronic-disease/care-delivery/integrated-care-models/>

Estudio sobre la experiencia de los pacientes en una prueba piloto de atención integrada en Londres. (Mastellos, Nikolaos; Gunn, Laura; Harris, Mathew; Ma-jeed, Azeem; Car, Josip and Pappas, Janis, *Assessing patients' experience of integrated care: a survey of patient views in the North West London Integrated Care Pilot*, International Journal of Integrated Care, 2014).

<http://europepmc.org/articles/PMC4059210>

El sector sociosanitario en Francia (*Le secteur médicosocial*):

<http://www.cofemer.fr/UserFiles/ProjVie2Leg07.pdf>

<https://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>

Proyectos de la Comisión Europea enmarcados en el mercado único digital acerca de la atención integrada.

<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/integrated-care-health-and-social-care-become-one>

Estudio sobre el modelo de atención social y sanitaria en nueve países: Australia, Francia, Alemania, Irlanda, Japón, Holanda, Korea, Suecia y EEUU). (Robertson, Ruth; Gregory, Sarah and Jabbal, Joni, *The social care and health systems of nine countries*, The King's Fund, 2014).

<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf>

Artículo sobre lo que es necesario para que la atención integrada funcione, con ejemplos y diferentes modelos de atención integrada. (Grant, Jenny, *What does it take to make integrated care work?*, McKinsey&Company, 2010).

<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/what-does-it-take-to-make-integrated-care-work>

Estados Unidos

En los Estados Unidos, el modelo de atención integrada no es igual que en Europa. Algunos dicen que el término que usan es *Managed Care*, pero en realidad este término hace referencia a una forma de organizar los servicios sanitarios para que sean más coste efectivo con un claro objetivo económico y sin el cariz social.

Por otro lado, el término *Integrated Care* (el mismo que se usa en Europa), existe en algunos contextos de los Estados Unidos, pero se aplica fundamentalmente a salud mental y adicciones.

Atención integrada aplicada a salud mental y adicciones en los Estados Unidos.

<https://www.integration.samhsa.gov/about-us/what-is-integrated-care>

Definición de atención integrada en salud mental en los Estados Unidos.

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/integrated-care/index.shtml>

Caso de estudio de la implementación de un modelo de atención integrada en Minnesota. (Howard, Jhamirah M. and Baron, Jennifer, *Advancing integrated care: Lessons from Minnesota*, U.S. Department of Health & Human Services, 2016).

<https://aspe.hhs.gov/basic-report/advancing-integrated-care-lessons-minnesota>

Estudio sobre requisitos de comunicación en modelos de atención integrada en los Estados Unidos. (McGinn-Shapiro, Molly; Mitchell, Susan; Walsh, Edith G.; Ignaczak, Magdalena and Bercaw, Lawren, *Information exchange in integrated care models: Final report*, U.S. Department of Health & Human Services, 2015).

<https://aspe.hhs.gov/basic-report/information-exchange-integrated-care-models-final-report>

Informe sobre estrategias de integración y coordinación de la atención para población con trastornos del comportamiento y enfermedad mental, a partir del caso de estudio de cuatro Estados. (Andrews, Kristin; Brown, Jonathan D.; Ferragamo, Tara; Kleinman, Rebecca; Newsham, Rebecca and Wishon, Allison, *Strategies for integrating and coordinating care for behavioral health populations: Case studies of four States*, U.S. Department of Health & Human Services, 2014).

<https://aspe.hhs.gov/execsum/strategies-integrating-and-coordinating-care-behavioral-health-populations-case-studies-four-states>

España

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-19572>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Informe sobre claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. (Carrillo, Esteban; Cervera, Montserrat; Gil, Vicente y Rueda, Yolanda, *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*, Antares Consulting, 2010).

<https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/302f724b-b3aee932dab3310f0ec83eeb69157758.pdf>

Artículo sobre la construcción del espacio sociosanitario en España (Carrillo, Esteban, *La construcción del espacio sociosanitario en España, una asignatura pendiente*, SEDISA, 2010).

<https://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article39>

El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (Publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el 15 de diciembre de 2011).

http://www.msc.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

Informe de “Coordinación y Atención Sociosanitaria” del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (Dossier Especial de SANI-FAX, 2013).

http://www.agoraceg.org/system/files/consejo_asesor_sanidad_2013_informe_atencionsociosanitaria.pdf

Presentación sobre “La Atención Sociosanitaria” del Dr. Fernando Vicente, publicada por el Imserso en 2013.

http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/008_fvicente_ssppmm.pdf

Documento “Espacio sociosanitario inclusivo”, publicado por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) en 2014.

<https://www.cermi.es/es/colecciones/espacio-sociosanitario-inclusivo>

“Decálogo para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria”, publicado por el Consejo General de Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud en 2014.

<http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=1950>

“Propuesta de una estrategia de Atención y Coordinación sociosanitaria”, publicada por Consejo General de Trabajo Social y Asociación Española de Trabajo Social y Salud en 2015.

http://cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/murcia/files/informes/2015_02%20Documento%20sociosanit%20FINAL%20%20FINAL%202015.pdf

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2017.

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Resumen.pdf>

Documento “Modelo sociosanitario: Coordinado y de atención integrada a un perfil de población sociosanitaria”, publicado por la Alianza Científico-Profesional Estado de Bienestar (ACEB) en 2017 como aportación para la Estrategia Sociosanitaria.

<http://www.alianzaestadobienestar.com/images/Documentos/ACEBModeloSociosanitario.pdf>

Comunidades Autónomas

Castilla y León

Plan Estratégico de Servicios Sociales. 2017-2021.

<https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla-100Detalle/1246991411473/1284216489702/1284757142178/Comunicacion>

País Vasco

Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016.

<http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/documentacion/2014/lineas-estrategicas-de-atencion-sociosanitaria-de-euskadi/>

Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria Euskadi 2017-2020.

http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/stp/lineas-estrategicas-sociosanitarias-2017-2020.pdf

Cataluña

Atención Sociosanitaria. Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

<http://catsalut.gencat.cat/es/serveis-sanitaris/atencio-sociosanitaria/>

Comunidad de Madrid

Ruta Sociosanitaria. Borrador de la Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid 2017-2021.

https://participa.madrid.org/sites/default/files/borrador_ruta_sociosanitaria_03-06-2017.definitivo.docx



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**



@feconomiaysalud

www.fundacioneconomiaysalud.org