

La atención sociosanitaria en los municipios: la coordinación de los sistemas de salud y servicios sociales

Mi presentación quiere aportar elementos a la reflexión del abordaje de la atención sociosanitaria en el ámbito domiciliario desde la perspectiva del mundo local; me corresponde la visión desde los servicios sociales locales.

Centraré mi intervención en cuatro puntos:

1. La importancia que la atención sociosanitaria ha cobrado en los últimos tiempos: las causas de esta relevancia que ha situado este tipo de atención en los primeros lugares de la agenda pública.
2. En segundo lugar, me gustaría hacer una breve reflexión sobre el mismo concepto de atención sociosanitaria: ¿qué entendemos? ¿Qué características podría tener?
3. A continuación, hablaré sobre la estructura de los sistemas que participan en la atención sociosanitaria y su influencia en la intervención integral. En este punto me centraré en el modelo de Catalunya y las experiencias que se han desarrollado.
4. Finalmente, me centraré en analizar, describir la realidad que existe a nivel municipal y mi visión de la situación, así como unas reflexiones de futuro.

La atención sociosanitaria en general, y en el domicilio en particular, es objeto de debate desde hace muchos años debido a diferentes motivos, que me gustaría sintetizar:

- A. La evolución demográfica de nuestro entorno ha comportado un fuerte incremento de las personas mayores en nuestras sociedades; la esperanza de vida no ha dejado de subir en los últimos 20 años (pese a la ligera bajada del último año) pero, la esperanza de vida en buena salud es bastante inferior; así pues, se deduce que, de media, las personas viven en torno a 10 años con



problemas de salud; período que llega prácticamente a los 20 años si nos referimos a las mujeres.

- B. Los cambios en las costumbres y usos de cuidado, antes a cargo de las mujeres de la familia (cuidado informal), han comportado la necesidad de disponer de servicios, públicos o privados, para garantizar la atención de las necesidades de estas personas mayores y/o en situación de dependencia. No podemos olvidar que, en diferentes encuestas, las personas mayores han manifestado su preferencia por continuar viviendo en casa, con atención y cuidados, si necesitaran ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (las últimas encuestas hablan de más del 80%¹ de los mayores que se decantan por esta opción).
- C. Y, evidentemente, no podemos olvidar el aspecto económico: la necesidad de optimizar los recursos.

Así pues, podemos concluir que la realidad nos obliga a plantearnos cómo podemos atender a las personas de la mejor manera posible; es decir, dando respuesta a todas sus necesidades (en relación con la salud, con la atención a sus actividades básicas, a sus relaciones...), respetando al máximo sus preferencias y decisiones; en resumen, promoviendo al máximo su autonomía en cada momento.

Pero, centrémonos ahora en otro tema: ¿qué queremos decir cuando hablamos de atención sociosanitaria? A falta de una definición única, podemos consensuar que nos referimos a atención sociosanitaria para referirnos a aquella atención que combina aspectos de salud, sociales de personas que se encuentran en situación de dependencia por motivos de edad, salud, discapacidad...

En todo caso, debemos resaltar que la atención sociosanitaria busca centrarse en las necesidades de las personas y estructurar la respuesta a ellas de manera integral.

¹ Encuesta Mayores Imserso 2010 y CIS (2006) Estudio núm. 2.647 - Condiciones de vida de las personas mayores



Desde una perspectiva conceptual se pueden identificar diferentes modelos de intervención, se han definido hasta siete modelos distintos que van desde la nula (modelo paralelo) a la máxima (modelo integrado) interrelación de los profesionales que intervienen en la atención².

Modelo	Características
Paralelo	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales trabajan en un marco común. - Cada persona desarrolla su trabajo en su ámbito de trabajo formalmente definido.
Consultivo	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales se proporcionan consejo experto, tanto formal como informalmente
Colaborativo	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales, que habitualmente actúan independientemente, comparte información referente a una persona en concreto que está (o ha sido) tratada por cada uno de ellos. - Se trata de colaboraciones <i>ad-hoc</i> y generalmente se dan informalmente o caso por caso
Coordinado	<ul style="list-style-type: none"> - Se da una estructura administrativa formalizada; implica comunicación y expedientes compartidos entre los profesionales que intervienen con el fin de proveer el tratamiento o terapia específica para atender una situación concreta. - Existe un responsable (el coordinador o manager del caso) que tiene la función de asegurar que la información fluye correctamente entre los profesionales y la persona.

² Boon, Verhoef, O'Hara and Findlay (2004). *From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. BMC Health Services Research 4*, pp 1 - 5.



Modelo	Características
Multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Se caracteriza por la existencia de equipos, dirigidos por un líder que planifica la atención. - Uno o dos profesionales generalmente dirigen los servicios de varios profesionales secundarios que pueden, o no, encontrarse personalmente. - Cada profesional continúa tomando sus propias decisiones y dando sus indicaciones que podrán ser integrada por el líder del equipo. - Es una consecuencia altamente articulada y formalizada de la intervención coordinada.
Interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Surge de la intervención multidisciplinar cuando los profesionales que forman el equipo empiezan a tomar decisiones grupales (generalmente basándose en un modelo consensuado) sobre la intervención y lo hacen mediante reuniones presenciales regulares.
Integrado	<ul style="list-style-type: none"> - Consiste en una combinación interdisciplinar no jerárquica de metodologías de intervención convencionales con alternativas que provee un contínuum constante de toma de decisiones y de atención centrada en la persona. - Se basa en un conjunto específico de valores centrales que incluye los objetivos del tratamiento a la persona en su totalidad, respetando las características de cada persona y promoviendo tanto la salud y el bienestar como la prevención. - Utiliza un enfoque de equipo interdisciplinario que se guía por el consenso basado en el respeto mutuo y una visión compartida de la atención que permite que cada profesional y la persona contribuyan con su conocimiento específico y sus habilidades en el contexto de un plan de intervención compartido y con sinergias.



Estos modelos me servirán para identificar nuestra situación.

Hemos consensuado una definición, sabemos qué se espera y cómo lo podríamos hacer; así pues, ¿cómo lo hacemos en realidad?

Porque si se trata «solo», y lo de solo va entrecomillado expresamente, de la atención integral de las necesidades de las personas: ¿porqué llevamos tantos años pensando y debatiendo cómo hacerlo? ¿Qué nos pasa? ¿Por qué no hemos dado aún con la clave? ¿Por qué seguimos probando?

Sin duda, la realidad competencial de nuestro país nos ha marcado de manera muy significativa; me centraré en la experiencia en Catalunya pero, pienso que no es muy distinta de otras partes de España.

La atención sociosanitaria requiere de la participación, como mínimo, de dos sistemas de atención: el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales. No entraré en la atención a niños y adolescentes que requeriría también el concurso del sistema educativo. Estos dos sistemas, como mínimo en Catalunya, tienen un marco competencial, organizativo y de cartera de servicios muy distinto.

Así pues, el *sistema sanitario* es competencia de la Generalitat de Catalunya que gestiona, mediante, diferentes modelos, toda la atención sanitaria de Catalunya; la atención primaria de salud tienen una base local pero, en todo caso, depende de la Generalitat (y sus diferentes órganos, Institut Català de la Salut, CatSalut...) que se organiza de acuerdo con sus propios criterios territoriales (municipios, regiones sanitarias) y las líneas de intervención vienen fijadas por el Pla de Salut (Plan de Salud), en la actualidad está vigente el Plan 2011 - 2015³, y por los diferentes planes directores, entre los que encontramos el Plan Director Sociosanitario que, como aclara en su introducción, no incluye los recursos propios del Sistema de Servicios Sociales, y el nuevo Plan de Prevención y Atención a la Cronicidad.

Por su parte, el sistema de servicios sociales tiene una múltiple dependencia: los servicios sociales básicos dependen de los ayuntamientos o de los consejos

³ www.gencat.cat/salut Departament / Pla de Salut 2011 - 2015 / Documents (versiones en catalán, castellano e inglés)



comarcales (administración local) mientras que los servicios sociales especializados dependen directamente de la Generalitat de Catalunya que, a su vez, provee las prestaciones mediante diferentes modelos.

Estamos pues ante dos sistemas con estructuras, organizaciones, servicios y prestaciones, e incluso lógicas, muy distintas que, además, presentan proveedores y modelos de prestación diferentes.

En los últimos años, especialmente desde el momento que se empezó a elaborar la Ley de Dependencia (y ya han pasado prácticamente 10 años) se han desarrollado diferentes proyectos para mejorar la intervención sociosanitaria en el ámbito territorial de los municipios, siempre desde la perspectiva de la mejora de la coordinación de los sistemas sanitario y social.

Cuando revisamos las experiencias, en Catalunya siempre se apunta a un proyecto innovador que se impulsó en 1986, el programa «Vida las anys», que proporcionaba a las personas con necesidades sanitarias y de atención social los recursos adecuados coordinadamente desde los dos sistemas, en este caso representados por los correspondientes departamentos de la Generalitat. Esta es la definición oficial del Programa, aunque desde mi particular experiencia, diría que se trataba de un programa que ordenaba la compra y prestación de servicios especializados para la atención de estas personas desde los dos sistemas pero, en cambio, incidió poco en la atención de las personas que se mantenían en su domicilio.

Tengo la sensación que muchas veces, al hablar de la coordinación sociosanitaria preocupa más "quién presta" y "quién paga" que la propia atención a las personas y la forma de organizar los servicios, pero es sólo una percepción.

Con posterioridad, se planteó la necesidad de implementar mejoras en la coordinación a nivel local y se han realizado diferentes pruebas piloto, proyectos experimentales... han tenido diferentes nombres pero, en definitiva, se trataba de ir probando, en diferentes municipios o consejos comarcales en cada ocasión,



diferentes metodologías para la mejora de la coordinación sociosanitaria de proximidad.

Lo curioso de estos proyectos es que raramente superaron la barrera de lo local y, incluso, hoy es difícil de encontrar una evaluación formal de dichos proyectos que recoja los puntos positivos y las mejoras a introducir en un futuro modelo. Recientemente, el pasado mes de septiembre, el Gobierno de la Generalitat aprobó el *Plan Interdepartamental de interacción de los servicios sociales y sanitarios* que persigue establecer mecanismos de coordinación; este plan, del que solo he podido encontrar el acuerdo de gobierno (es decir, el documento formal de aprobación pero no el texto del Plan, más allá de un anexo con indicaciones muy generalistas), es el fruto, supongo, de los últimos proyectos pilotos desarrollados durante 2012 y 2013. Este Plan Interdepartamental se vincula con el Plan de Prevención y Atención a la Cronicidad. Estos planes son un ejemplo más de una metodología de trabajo poco integrada, en contra de su propio objetivo, puesto que se limita la participación a unos pocos actores pero, buena parte de ellos quedan fuera del proceso de diseño, evaluación y contratación.

En este entorno, los municipios, en tanto que solamente son competentes en materia de servicios sociales, se enfrentan al reto de atender las necesidades de las personas que, por elección propia o por circunstancias ajenas a su voluntad, se mantienen en su domicilio y necesitan atención para cubrir sus necesidades relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria y con su estado de salud.

Los *servicios sociales municipales disponen de diferentes prestaciones* para atender una parte de estas necesidades:

- A. Atención social individual y/o familiar (intervención del profesional en diagnóstico y prescripción de prestaciones),
- B. Atención en el domicilio: apoyo en el propio domicilio para desarrollar las actividades básicas de la vida cotidiana.
- C. Teleasistencia: servicio preventivo y de atención en situaciones de emergencia



D. Servicios complementarios: comidas a domicilio, arreglo y adaptación de viviendas...

Además, el sistema de servicios sociales dispone de algunos servicios de proximidad que permiten la atención compartida entre el domicilio y el servicio especializado: centros de día (estos servicios son competencia de la Generalitat pero, en bastantes casos, son los municipios quienes los prestan y el nuevo marco legal sobre la administración local que se avecina genera mucha incertidumbre sobre este tipo de servicios).

Por su parte, los *servicios sanitarios disponen de una serie de prestaciones* para garantizar la atención en el domicilio de personas con necesidades sanitarias:

A. Programa de atención domiciliaria - equipo de apoyo (PADES): son servicios de valoración y apoyo en el domicilio formados por médico/a, enfermeras/os y trabajador/a social.

El sistema de salud dispone, también, de atención diurna para cubrir las necesidades de manera compartida y compatible con la estancia en el domicilio:

A. Hospital de día sociosanitario

B. Unidad de evaluación integral ambulatoria (EAIA) en geriatría, curas paliativas y trastornos cognitivos.

Así pues, vemos que a nivel local, ambos sistemas disponen de prestaciones similares: SAD vs PADES, EBAS/EAP - EAIA, centros de día / hospitales de día...

Hasta aquí hemos visto lo que existe a nivel local y ahora, ¿cuál es el principal problema para ofrecer a las personas la ansiada atención integral?

Hasta este momento, queda por ver cómo afecta el nuevo Plan que he comentado anteriormente, podemos decir que las lógicas de funcionamiento tan distintas de los dos sistemas han llevado a un funcionamiento que se caracteriza por lo siguiente:



1. El diagnóstico se realiza en paralelo, desde cada uno de los sistemas se establece el diagnóstico en el marco de su especialidad y de sus competencias.
2. La prescripción de los servicios se produce, también, en paralelo aunque puedan darse situaciones del modelo consultivo, pero, según mi experiencia, esta actividad consultiva raramente se da entre sistemas y habitualmente se da internamente.
3. La prestación de los servicios (tratamientos): en este punto es donde podemos encontrar coordinación; ahora bien, el grado de coordinación, el momento en que se produzca, las características de la coordinación dependerán en buena medida de las relaciones que se hayan establecido entre los profesionales, de la red a nivel local que se haya forjado. No ha existido, como mínimo hasta ahora, un protocolo marco de coordinación; como sí ha existido, en cambio, para la atención de las situaciones de violencia machista, los maltratos infantiles⁴...

Y esto sin entrar en otro tema clave, el contínuum asistencial que debería presidir toda intervención: el paso de un servicio a otro según las necesidades de la persona con pocas, o ninguna, traba burocrática.

Desde mi perspectiva, pienso que ha habido un cierto temor a la coordinación en el ámbito sociosanitario para la atención de las personas mayores, en situación de dependencia o enfermedades graves y/o terminales. Por una parte, desde los servicios sociales hay un cierto temor a ser «asimilados» o «absorbidos» por el potentísimo sistema sanitario y, por su parte, el sistema sanitario tiene un gran desconocimiento del sistema de servicios sociales, al que ve como un sistema pequeño y poco desarrollado.

Además, se da una situación en cuanto a la autonomía de los sistemas a la hora de tomar decisiones que también ha afectado al establecimiento de circuitos y protocolos formales de colaboración. Con esto quiero referirme al hecho que, mientras la toma de decisiones en relación a los servicios sociales se ubica en la

⁴ De hecho, en los municipios (en un número significativo de ellos) existen Protocolos de atención en situaciones de violencia contra las mujeres para coordinar las intervenciones de los diferentes sistemas. También muchos municipios tienen protocolos para la atención de situaciones de maltrato infantil, con la misma finalidad.



administración local (ayuntamiento o consejo comarcal); la toma de decisiones en relación al sistema sanitario es más complejo puesto que no siempre son los responsables a nivel local los que pueden tomar todas las decisiones: existe el proveedor (que puede ser el ICS o no), la Región Sanitaria, el CatSalut (a nivel central)... Es decir, se implican más niveles jerárquicos y esto puede complicar los procesos (complicar en el sentido de ralentizar e, incluso, burocratizarlos).

Parece evidente que hay experiencias suficientes en relación a una intervención coordinada en diferentes ámbitos. Por contra, los intentos de crear estructuras integradas no han sido muy exitosas (como mínimo no son especialmente conocidas) en nuestro país, a diferencia de lo que sucede en otros países (atención domiciliaria integral en los países nórdicos, por ejemplo); las lógicas distintas, el desconocimiento, el temor antes citado no han ayudado a generalizar estructuras integradas.

Así pues, desde mi perspectiva, ¿Cómo deberíamos afrontar la coordinación? Una propuesta pasaría por el diseño de protocolos consensuados e integrales de intervención que permitan una intervención integral y optimizada para la atención de las personas con necesidades sociosanitarias. Estos protocolos deben contemplar todas las disciplinas, de los diferentes sistemas, y sus roles; así como las prestaciones que se vinculan a esa intervención y los requisitos de acceso, que deben ser conocidos y reconocidos por todos los profesionales participantes y, idealmente, también por la ciudadanía. Se trataría de superar, mediante instrumentos consensuados, la división administrativa que el reparto competencial impone con el fin de conseguir la atención centrada en la persona.

Evidentemente, para avanzar en esta línea se requieren, como mínimo, tres condiciones:

- Participación activa de todos los actores implicados en el proceso de atención centrada en la persona.
- Mayor autonomía de los actores a nivel local para desarrollar experiencias.



- Una mayor cultura de evaluación de los proyectos: es imprescindible documentar y divulgar las experiencias y su evaluación con el fin de recabar aportaciones y construir el nuevo marco avanzando y no empezando de nuevo cada vez.

Finalmente, no querría acabar sin mencionar que, pese a que ahora estamos en esta fase de definir la coordinación, estamos agotando el tiempo de este modelo. La sociedad nos va a demandar, cada vez más, que demos un paso adelante y que ofrezcamos una atención integrada a las personas.

Y, no sólo eso, deberemos afrontar la necesidad que esta "atención integrada" vaya más allá de los servicios sociales y sanitarios y se pueda dar respuesta a las necesidades integrales de las personas: en salud, en el ámbito social y relacional, culturales, educativas, de ocio... Eso implicará la participación de muchos más actores que son fundamentales para ofrecer a las personas esa atención integral en tanto que personas completas, no parcializadas: como mayores, como dependientes o cualquier otra segmentación que se nos pueda ocurrir.

Este será el verdadero reto en los próximos años: superar la coordinación para alcanzar la atención integrada.

