



EDITORIAL

Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios



Experiences, models and key factors for the coordination and integration of social and health services

Sandra Pinzón-Pulido^{a,*}, Federico Alonso-Trujillo^b, Cristina Torró-García-Morato^c,
María Fernanda Raposo-Triano^c y Juan Carlos Morilla-Herrera^d

^a Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada, España

^b Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), Sevilla, España

^c Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía, Sevilla, España

^d Servicio Andaluz de Salud (SAS), Sevilla, España

El desarrollo de la coordinación de servicios sociales y sanitarios se fundamenta en un modelo universal, orientado a facilitar la realización del proyecto vital de cada persona, contando con su entorno más próximo¹. Este modelo determina que el sujeto y protagonista de la acción es la persona y su entorno de convivencia, y que esta persona puede ser susceptible o no de necesitar apoyos para la realización de su proyecto de vida. Cuando la persona se ve afectada por una adversidad debe contar con la capacidad operativa de otros apoyos y recursos que se encuentran en su entorno, no solo de los servicios que se prestan desde el sector público².

Necesidades de atención social y sanitaria coordinada se pueden encontrar en personas con enfermedades crónicas complejas, personas en situación terminal que requieren cuidados paliativos, personas con trastorno mental grave, personas con problemas de adicciones, personas con gran discapacidad física y/o intelectual, personas mayores frágiles, personas en situación de dependencia transitoria (al alta hospitalaria) o permanente, que además tengan necesidades

de atención social por ausencia o fragilidad de la red social y/o familiar.

La coordinación de servicios sociales y sanitarios debe contribuir especialmente a: la prevención y atención de condiciones de salud que pueden deteriorar la situación social; la prevención y atención de las condiciones sociales que pueden deteriorar la salud; la prevención y atención de las situaciones de dependencia y fragilidad, así como la potenciación de las capacidades personales y sociales para alcanzar el bienestar y afrontar la vida cotidiana, con independencia de la edad o la discapacidad^{2,3}.

Los servicios públicos deben mantener un papel esencialmente de apoyo, decisivo en determinadas situaciones, pero no siempre determinante. Es necesario explorar la red de apoyo, sabiendo que, en ocasiones, esta es casi inexistente o deficitaria, incluso, a veces, forma parte de la misma situación de adversidad. Son precisamente estos casos, los de mayor vulnerabilidad, los que determinan la prioridad de la intervención de los servicios públicos.

Claves

La construcción y articulación de la red de apoyos para dar respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sandra.pinzon.easp@juntadeandalucia.es (S. Pinzón-Pulido).

personas se describe como una diana estableciendo los distintos actores en anillos concéntricos⁴. En primer lugar, la persona y su núcleo de convivencia son las que gestionan su proyecto vital; a continuación, la ayuda relacional, en sus distintas modalidades, que canaliza los soportes para su gestión cotidiana; en tercer lugar, los servicios sanitarios y sociales que proporcionan la respuesta institucional y aportan las soluciones y apoyos cuando la realización del proyecto lo exija; finalmente, otros servicios públicos que se implican cuando la gestión de la situación lo hace necesario. La iniciativa privada cuenta como un agente más en la respuesta cooperativa a las necesidades individuales. Este modelo de funcionamiento en red necesita un marco normativo que fije los mecanismos de coordinación y espacios concretos para obtener la mejor sinergia de todos los actores presentes en el territorio.

En cuanto a los equipos profesionales, la clave está en que sean interdisciplinarios y de base comunitaria, es decir, que estén constituidos por profesionales de atención primaria de salud y de los servicios sociales comunitarios o de atención básica. Las distintas culturas profesionales, la falta de profesionales de referencia o de gestión de casos (social o sanitario), la ausencia de instrumentos de valoración y objetivos comunes entre profesionales de los dos sectores, son algunas de las principales barreras para la coordinación. Estas barreras deben ser abordadas a través de la formación cruzada, la definición de competencias profesionales, el establecimiento claro de roles y tareas en la práctica profesional, la elaboración de instrumentos comunes y la orientación de la atención hacia el enfoque centrado en la persona. Disponer de sistemas de información comunes (historia clínica y social compartida) no solo es imprescindible para el trabajo conjunto de los equipos interdisciplinarios, sino que además favorece la continuidad de la atención y el uso eficiente de los recursos².

Son también retos a abordar en la provisión de los servicios la definición de los perfiles de necesidad social y sanitaria de mayor complejidad y la definición de paquetes de servicios integrados que den respuesta a dichas necesidades. Así mismo, es necesario impulsar el desarrollo de competencias para la atención a las personas cuidadoras², disponer de un mapa de recursos sociales y sanitarios que incluya los programas de ayuda mutua y voluntariado⁵ actualizado permanentemente para facilitar el diseño de los planes de atención⁶, y apostar por la innovación en el desarrollo de servicios a través de las TIC que favorezcan la permanencia de las personas en su propio hogar⁷.

La financiación es otro de los elementos clave en la coordinación de servicios sociales y sanitarios. La falta de presupuestos conjuntos y las diferencias respecto a la financiación de la atención sanitaria y los servicios sociales son barreras a la integración de los servicios. Los presupuestos compartidos y su gestión desde un único agente (municipal o regional) son incentivos para el trabajo conjunto, mientras que los presupuestos asignados de forma separada para cada uno de los sectores (social y sanitario) junto con los mecanismos de mercado competitivo dividen en lugar de crear sinergias. Por tanto, es necesario integrar los presupuestos y establecer mecanismos de financiación que incentiven la coordinación y fijar flujos financieros desde lo sanitario a lo social, desde el hospital a la atención primaria y desde los recursos residenciales a los de proximidad².

En cuanto a la función reguladora y de tutela, la recomendación que surge de la experiencia nacional e internacional propone integrar en la cúpula los dos sistemas, el social y el sanitario, para construir órganos conjuntos que definan políticas coordinadas en los distintos niveles de responsabilidad y reconocer la atención social como un derecho subjetivo².

A pesar de reconocer la importancia de la coordinación de servicios entre los dos sectores, en España hay poca experiencia en cuanto a implementación de modelos globales en los que se haya evaluado la logística, la eficiencia y la efectividad, salvo alguna experiencia piloto a nivel local o sobre colectivos específicos⁸.

Experiencias y modelos internacionales

En cuanto a los modelos internacionales de coordinación, cabe destacar un primer grupo liderado por los países nórdicos que han optado por la integración de los servicios sociales y sanitarios en el ámbito municipal. Estos sistemas se fundamentan en el autocuidado complementado con el apoyo en aquellas áreas específicas necesarias para cada caso individual y centrado en el domicilio^{9,10}. En Dinamarca, por ejemplo, la atención residencial ha sido prácticamente sustituida por la atención sanitaria y social las 24 horas en el domicilio. Las necesidades de vivienda de las personas se resuelven con viviendas de protección oficial, de forma que las personas viven en su propia casa, con su pensión y otros derechos sociales conservados¹¹. En Finlandia los servicios de ayuda a domicilio incluyen el apoyo a las tareas cotidianas y al mantenimiento de las relaciones sociales, junto con la atención médica y enfermera necesarias en cada caso¹². Modelos similares en Canadá son el *Système de Services pour Personnes Agées en Perte d'Autonomie*¹³ y el *Programme de Recherche sur l'intégration des Services de Maintien de l'Autonomie*¹⁴. El punto clave en estos sistemas es la disponibilidad de atención de alto nivel y bien ajustada a las necesidades de cada persona, para proporcionar un buen nivel de calidad de vida y el derecho a la libre determinación y la vida autónoma, con independencia de la capacidad funcional del individuo.

En el segundo grupo estaría el modelo de los países mediterráneos como Italia, en el que dos sistemas claramente diferenciados han logrado establecer de forma más o menos estable estrechos lazos organizativos. La provisión de servicios tiene una configuración de red de proveedores que involucra a diferentes servicios locales, fijando objetivos, procesos, instrumentos y métodos de evaluación claros y comunes. Las regiones representan el nivel institucional dedicado a definir los objetivos estratégicos para la red local integrada^{15,16}. En Francia los Centros Locales de Información y Coordinación orientan el trabajo conjunto de información, evaluación, seguimiento, ejecución de equipos médico-sociales. También disponen de los APA (subsidiados de autonomía), que funcionan como un sistema de bonos, y que pueden ser empleados en el pago a personas cuidadoras no profesionales o a la cofinanciación de servicios residenciales. Estos dos sistemas Centros Locales de Información y Coordinación y APA se coordinan en un único sistema local¹⁷. En una situación intermedia entre el modelo de integración total y el de coordinación, el Reino Unido aborda la atención integral mejorando la

gestión entre niveles dentro del NHS y favorece la coordinación horizontal con la atención social. Este sistema propone a los *Clinical Commissioning Groups* como los más indicados para promover la integración debido a su conocimiento de las necesidades de la persona, y su capacidad de diseñar nuevos servicios en torno a estas necesidades¹⁸.

En tercer lugar, se puede hablar de los sistemas de aseguramiento regulados mediante incentivos y fuertemente especializados, como el de Alemania. En este modelo existe una separación profunda entre el cuidado sanitario y los cuidados de larga duración así como entre la atención ambulatoria y la hospitalaria. El sistema introduce una competencia directa entre los proveedores de cuidados a largo plazo para atraer clientes. Transfiere la responsabilidad de asegurar la prestación al proveedor. La evaluación de necesidades es realizada por especialistas de medicina, quienes comprueban los derechos de acceso al seguro de cuidados de larga duración por parte de la persona usuaria. La persona puede elegir entre subsidios en metálico o bonos para servicios en especie. Es un sistema muy heterogéneo que requiere sistemas eficaces de seguimiento y evaluación para asegurar la calidad de las prestaciones^{19,20}.

Con independencia del modelo por el que se apueste, la clave está en situar a la persona y su entorno de convivencia en el contexto comunitario como centro del sistema, identificar sus necesidades de apoyo, y articular una respuesta coordinada con equipos interdisciplinarios y a través de una red de proveedores para los que se establezcan normas de funcionamiento y financiación centradas en garantizar los derechos de las personas.

En España, tras un período largo de tiempo en que los intentos de coordinación sociosanitaria han sido infructuosos, se han iniciado planes y programas en distintas Comunidades Autónomas, entre las que destaca la experiencia del País Vasco y Cataluña. Según los datos recogidos en la evaluación de experiencias de integración realizado por el Observatorio de Modelos Integrados en Salud, la mayoría de las iniciativas de coordinación o de integración sociosanitaria relacionadas con la provisión de servicios han sido desarrolladas en su mayoría por el sector privado sin ánimo de lucro. Las experiencias de coordinación dirigidas al cambio organizativo, gestión y administración de recursos y servicios, sistemas de información y nuevas tecnologías o de prácticas profesionales y liderazgo, han sido fundamentalmente impulsadas desde la Administración pública²¹. Así mismo, las iniciativas se concentran en grupos de población específicos como las personas en situación de dependencia o las personas mayores. Así, el esfuerzo en los próximos años debe centrarse en el desarrollo y la evaluación permanente de estas iniciativas piloto en un contexto más global de la gestión integrada de servicios, tanto públicos como privados.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Diana K, and New Dynamics of Ageing (NDA) Preparatory Network. A life course approach to healthy aging, frailty, and capability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62: 717–21.
2. Pinzón-Pulido S (Coord) y Grupo de Trabajo CISPS. Coordinación de servicios sociales y sanitarios. Claves para su desarrollo en Andalucía. Informe de resultados. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; 2013.
3. Benítez Bermejo EJ, Poveda Puente R, Bollaín Pastor C, Porcar Seder RM, Sánchez Lacuesta J, Prat Pastor JM, et al. El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia. El caso español y otros modelos de referencia. Valencia: Cuida – IBV; 2009.
4. Espinosa-Almendro JM, Muriel-Fernández R (Coord). Al-lado Itinerario de atención compartida Demencias/Alzheimer. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
5. Sinclair D, Watson J. Making our communities ready for ageing. A call to action. London: Ed. ILC–UK; 2014.
6. Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Serie: Informes Portal Mayores n.º 106 Madrid: CSIC/Imsero; 2010.
7. Ronchi E. Re-thinking elderly care: realising the potential of new welfare technologies and user-driver innovations. OCDE Paris. DSTI/ICCP/IE(2012)9. [consultado 9 Feb 2015] Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rc=t&src=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oecd.org%2Fofficialdocuments%2Fpublicdisplaydocumentpdf%2F%3Fcite%3DDSTI%2FICCP%2FIE%25282012%25299%26docLanguage%3DEn&ei=4L_VVOreLMfcateKgdAE&usq=AFQjCNH3S2yqBf8PmVGrQ5eTi-rnD3ufg&bvm=bv.85464276,d.d2s
8. Herrera E. Evolucionando hacia un modelo sociosanitario para la salud. En: Arenas CA, Herrera E, editores. Evolucionando hacia un modelo sociosanitario en salud. Iniciativas para avanzar en el recorrido. Madrid: Fundación Economía y Salud; 2013.
9. López i Casasnovas G, Cirera i Crivillé L, Soley i Bori M. Análisis comparativo de los servicios de atención a la dependencia en España y Suecia. Documentos de Trabajo N.º 7. Barcelona: CRES–Fundación Caser; 2012.
10. Leichsenring K. Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea (PRO-CARE). Madrid: IMSERSO; 2005.
11. Colmorten E, Clausen T, Bengtsson S. Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. (PROCARE). Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research; 2003.
12. Salonen P, Haverinen R. Providing integrated health and social care for older persons in Finland (PROCARE). Helsinki: University of Tampere. Tampere School of Public Health. National Research and Development Centre for Welfare and Health; 2003.
13. Rodríguez R, Zunzunegui MV, Bergmanab H, Bélanda F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA. *Aten Primaria.* 1998;21:405–12.
14. Hébert R, Raïche M, Dubois MF, N'Deye RG, Dubuc N, Tousignant M, the PRISMA Group. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Québec (Canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol: Social Sci.* 2010;65B:107–18.
15. Verticchio P. Formazione e responsabilità. Il futuro dell'Operatore Socio Sanitario in Italia. *Formazione & Lavoro.* 2012;2:39–44.
16. Nesti G, Campostrini S, Garbin S, Piva P, Di Santo P, Tunzi F. Providing integrated health and social care for older persons in Italy (PROCARE). Roma. Emme&erre S.P.A. Padova. Studio Come SRL. 2003.

17. Sancho M. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia. Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias N.º 10. Madrid: IMSERSO; 2004.
18. National Collaboration for Integrated Care and Support. Integrated Care and Support: Our shared commitment, London; 2013.
19. Roth G, Reichert M. Providing integrated health and social care for older persons in Germany. (PROCARE). Dortmund: Institute of Gerontology. University of Dortmund; 2003.
20. Batard PE, de Lagasnerie G, Favrat A, Fréhaut P, Geay C, Lalanne G, et al. Comparaison France-Allemagne des systèmes de protection sociale. Ed. Dirección General del Tesoro del Gobierno de Francia. Paris: 2012. [consultado 9 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.economie.gouv.fr/comparaison-france-allemande-des-systemes-protection-sociale>
21. Herrera E. Experiencias de atención integrada en España 2014. Fundación New Health – Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS). Sevilla. 2015.