

Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España



Edita:

Antares Consulting, S.A.
Av. Josep Tarradellas, 8-10 - 4ª planta
08029 Barcelona
© Antares Consulting, S.A.
Se permite la reproducción parcial
citando como fuente Antares Consulting.

Autores:

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

Índice

1	Presentación	4
2	Cuestión de conceptos	6
3	La base del problema: cambios en el perfil de la demanda	8
4	Algunas experiencias de éxito: los modelos de gestión del espacio sociosanitario	16
5	Las grandes barreras a la construcción del espacio sociosanitario en España	18
6	Cuatro claves para la construcción del espacio sociosanitario en España	20
7	Superar una asignatura pendiente: cuatro pasos para la creación del espacio sociosanitario en España	29

01 Presentación

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

Uno de los ámbitos recurrentes sobre el que hemos intervenido, tanto en nuestra actividad empresarial como en la actividad particular de nuestros socios profesionales, ha sido y es el espacio sociosanitario, sector que hemos observado y estudiado ampliamente y sobre el que hemos reflexionado y elaborado modelos de políticas y gestión de servicios en distintos entornos nacionales e internacionales.

En este contexto, el trabajo que presentamos a continuación es el fruto de juicios de valor expertos, realizados por nuestras Unidades de Políticas Sanitarias y Hospitales y Servicios sociales y sociosanitarios, a modo de reflexión organizada, realizada a partir de la experiencia y el conocimiento acumulados a lo largo de los años y alimentados de manera constante por nuestra implicación y preocupación por la innovación y el conocimiento sectorial.

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

Haber abordado este trabajo precisamente ahora tiene su razón. Vivimos un momento en el que las dificultades para hacer sostenibles nuestro actual sistema sanitario y nuestro joven sistema de servicios sociales son un hecho. Bien es cierto que el cambio en la pirámide demográfica y sus consecuencias tienen un peso esencial en esta situación. Sin embargo, lo que realmente nos interesa es analizar su impacto sobre los servicios sanitarios (el cambio de paradigma epidemiológico a la "cronicidad") y sobre los servicios sociales (el impacto simultáneo del incremento del número de personas con dependencia y la disminución del cuidador informal tradicional junto con el reconocimiento de derechos subjetivos).

Pero si bien los cambios demográficos son ineluctables, no sus consecuencias. Así, las políticas de prevención pueden retrasar la aparición de la dependencia, generando el fenómeno denominado *compresión de la morbilidad*, según el cual la esperanza de

Presentación

vida aumenta, aumentando aún más la esperanza de vida libre de incapacidad. Y los modelos de gestión de pacientes crónicos y sociosanitarios, muestran que pueden conseguirse mejores resultados clínicos y mayor satisfacción de las personas atendidas con nuevos esquemas de atención.

En España, padecemos de forma muy concreta los efectos de mantener inamovibles la duplicidad de dos sistemas, el sanitario y el social y la rigidez de sus estructuras, que tiene como consecuencia un importante pozo de ineficiencias, duplicidades e inequidad entre los ciudadanos. En el resto del mundo occidental, en cambio, la integración de servicios de *long term care* es un tema presente desde hace años. La Ley para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas con dependencia, la LAPAD, gran avance en la consolidación del estado del bienestar en España del que nos congratulamos sinceramente, ha dejado escapar una oportunidad de oro para empujar la construcción del espacio sociosanitario, limitándose a un par de menciones sin contenido y apenas intenciones en su articulado. Si seguimos por este camino, el crecimiento significativo de los servicios sociales que esta Ley impulsa, servirá para consolidar y ampliar duplicidades, ineficiencias y descoordinación entre los sistemas que atienden a la vez a la gran mayoría de las personas con dependencia: el sistema sanitario y el sistema social.

En un momento de dificultad como el que vivimos, debemos actuar y la respuesta no puede ser otra que la de extremar la eficiencia en la gestión. La duplicidad de servicios y el uso inadecuado de los recursos disponibles es ahora más inaceptable que nunca.

Pero los nuevos sistemas no surgen por generación espontánea, implican abordajes innovadores y valientes, ensayados desde la voluntad de cambio de las políticas existentes, con claras implicaciones en el trabajo diario y la cultura profesional—incluyendo la creación de nuevas profesiones— y cambios radicales en las herramientas utilizadas (sistemas de información) y en la forma de entender el servicio al ciudadano.

Y aunque abordar la construcción del espacio sociosanitario es una tarea relativamente compleja, que comprende un importante número de áreas de trabajo, estamos convencidos de que plantearnos su financiación, una vez aclarado qué es lo que abarca, puede ser el factor determinante que ejerza de motor del cambio. Así, una política más eficiente de servicios requiere, por ejemplo, que los flujos financieros actuales se desplacen en unos sentidos muy claros: desde el hospital hacia los servicios ambulatorios y comunitarios; desde los servicios sanitarios hacia los sociosanitarios y sociales. Muy a menudo, los importes de estos flujos son ínfimos comparados con el gasto sanitario total y en especial con el gasto hospitalario. La creación de sistemas de “caja común” para definir políticas de financiación y realizar la “compra” de servicios sociosanitarios puede ser un instrumento excepcional de dinamización de unas políticas que se muestran difíciles de implantar en un entorno de considerables inercias estructurales y culturales.

Presentamos a continuación un resumen ejecutivo del trabajo realizado, que podrá ser consultado en su totalidad a través de nuestro Web: www.antares-consulting.com

02 Cuestión de conceptos

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

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

Lo que define realmente el espacio sociosanitario son los clientes:

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

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

El concepto clave es, pues, la sinergia.

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

Es evidente la diferencia entre *la enfermedad que genera necesidad de servicios sanitarios* y *la dependencia como generadora de necesidad de servicios sociales*. Sin embargo, también es evidente que ambos conceptos están relacionados. La enfermedad es, con mucha frecuencia, la causa de la discapacidad y la dependencia. Al menos en la mayoría de situaciones de dependencia entre personas mayores, la dependencia sobreviene como consecuencia de enfermedades activas, generalmente crónicas y cuyo curso continúa una vez se ha producido la situación de dependencia.



¹ Portella E, Carrillo E. La Atención Sociosanitaria. En: Navarro C, Cabasés C, Tormo MJ. La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe SESEPAS 1995. Barcelona: SG Editores, 1995.

Cuestión de conceptos

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

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

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

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

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

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

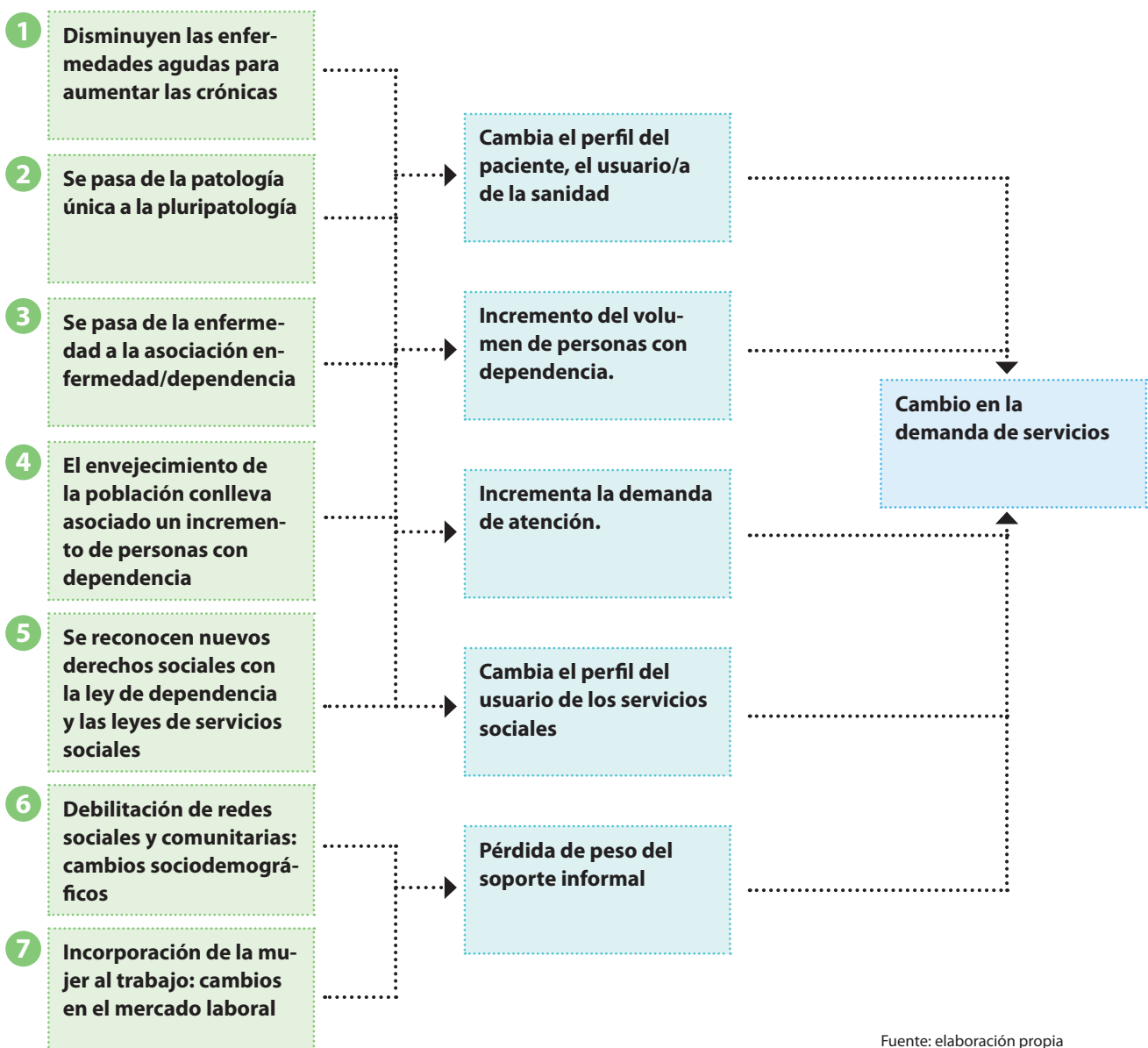
- Personas con enfermedad crónica pluripatológica no dependientes: la autonomía personal marca la diferencia con el espacio sociosanitario. Un paciente crónico con pluripatología puede precisar un amplio nivel de servicios sanitarios especializados o de atención primaria e incluso ser un candidato a las formas de gestión de la patología o a la gestión de casos. Sin embargo, la ausencia de dependencia hace que no precise servicios sociales continuados de ayuda personal o doméstica.
- De igual manera, existe un conjunto de ciudadanos con necesidades de deportes personales típicos de los servicios sociales, cuya enfermedad crónica no juega un papel determinante.

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

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

Cuando hablamos del reto de la atención sociosanitaria a veces no nos damos cuenta de que éste no se plantea sólo sobre la atención social o sociosanitaria, sino también y de forma muy clara sobre la atención sanitaria general.

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



Fuente: elaboración propia

La base del problema

Una descripción más detallada de los factores mencionados nos lleva a establecer las nueve razones de peso para la evolución de nuestros actuales sistemas de atención:

1. El cambio a un perfil epidemiológico de cronicidad:

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

Actualmente, según Bengoa², el 70% del gasto sanitario está relacionado con las enfermedades crónicas. La prevalencia de la diabetes en España ha pasado en 10 años del 4% al 6% y, en personas mayores de 75 años, del 7 al 17%.

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



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

Fuente: Modelos en transición. Bengoa (Observatorio Kroniker)

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

²
Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson, 2008.

2. De la enfermedad a la pluripatología:

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

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

3. De la enfermedad a la asociación de pluripatología y dependencia:

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

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

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

4. El cambio demográfico incrementa la prevalencia de la dependencia:

La implicación del mal llamado *envejecimiento demográfico* es la prolongación masiva de la esperanza de vida. En 2007 en España, se situó ya en 84,1 años para las mujeres y en 77,7 años para los hombres³.

No es necesario insistir tampoco en el casi axioma que afirma que el cambio de la pirámide demográfica conlleva un incremento de la prevalencia de la dependencia. Una pirámide demográfica más envejecida implica, naturalmente, mayor prevalencia de la dependencia. Sin embargo, esto no ocurre necesariamente así si se ajusta por grupo de edad. Los análisis sobre el fenómeno de la *compresión de la morbilidad* han demostrado que un mejor control de los factores de riesgo⁴ y unos hábitos más saludables de la población disminuyen la prevalencia de la dependencia⁵.

La asociación de edad y dependencia no es, por tanto, ineluctable: un cambio como el derivado del nuevo patrón demográfico en las sociedades desarrolladas no debe conllevar una amenaza, siempre que se afronten adecuadamente sus consecuencias.

Las consecuencias del envejecimiento no están determinadas (*demography is not destiny*⁶). El problema no es un asunto actuarial (predecir cual será la tasa de dependen-

3

INE, tablas de mortalidad. 2007.

4

Pérez J. Democratización de la supervivencia y nuevos modelos de vida. [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: http://www.ieg.csic.es/jperez/pags/Temas/MuseoC_Video.html

5

Freedman VA, Schoeni RF, Martin LG y Corman J (2007). Chronic conditions and the decline in Late-Life Disability. *Demography* [acceso 18 de marzo 2010]; 44 (3):459-477. // Trends Working Paper. Series 06-5. Disponible en: <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/tr06-5.pdf>

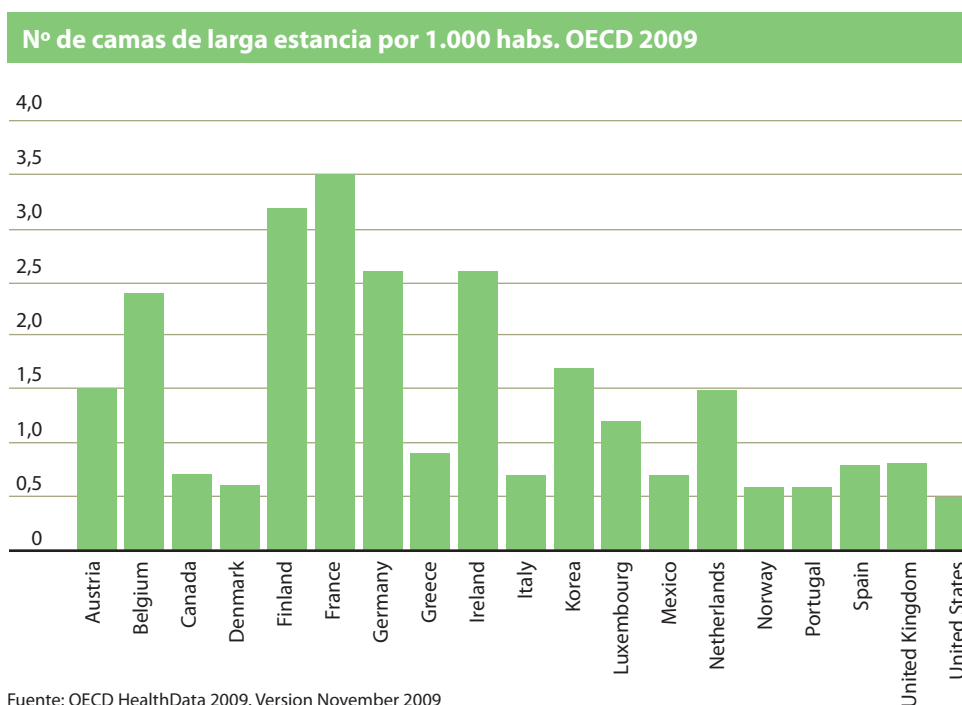
6

Friedland RB, Sumner L. *Demography is no Destiny Revisited*. (2005) Center for an Aging Society. Georgetown University [acceso 18 de marzo 2010]. Disponible en: www.agingociety.org/agingociety/publications/demography/demographydestiny.pdf

cia de nuestros mayores en el futuro) sino de políticas de salud: hoy decidimos cuánta dependencia evitaremos que se produzca mañana.

5. El escaso desarrollo de los servicios de atención a pacientes con enfermedad crónica, de edad avanzada y con pluripatología:

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



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

A partir de la década de los 80, algunas comunidades autónomas empezaron a definir el concepto, desarrollando recursos del tipo sociosanitario. Cataluña fue pionera en gran medida gracias a su habilidad para conjuntar un programa de desarrollo sociosanitario (el Programa Vida als Anys), reconvirtiendo en centros sociosanitarios un conjunto de hospitales que no cumplían los requisitos necesarios para acreditarse como hospitales de agudos. Otras comunidades iniciaron políticas y experiencias sociosanitarias,

La base del problema

con mayor o menor fortuna. 30 años más tarde, el cuadro de distribución de camas hospitalarias y plazas residenciales aporta un diagnóstico de situación: las diferencias entre comunidades autónomas son importantes en todos los indicadores de recursos, pero se acentúan radicalmente en la dotación de recursos intermedios de camas de hospitales de media y larga estancia que se sitúan entre los hospitales de agudos y las plazas residenciales sociales.

6. En España el verdadero incremento de costes se deriva del reconocimiento de derechos para la atención a la dependencia:

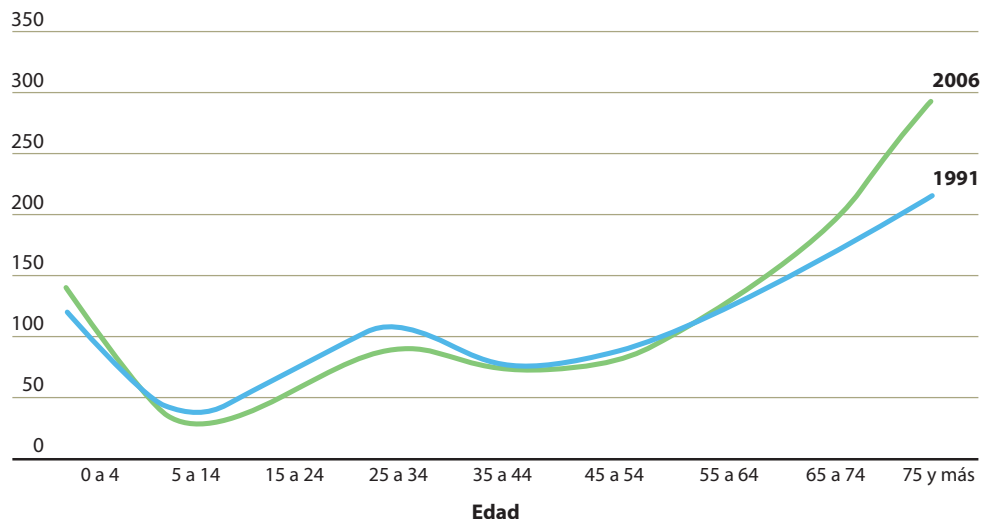
Parece mentira los ríos de tinta que hemos hecho correr, atribuyendo el incremento del gasto público al envejecimiento.

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

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

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

Tasa (1.000 hab.)



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

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

La base del problema

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

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

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

Volvemos, pues, a incidir en que el aumento del coste no viene dado por el envejecimiento de la población sino por el mayor reconocimiento de sus derechos, tanto sanitarios como sociales. Es mucho más fácil dirigir nuevos servicios hacia formas más eficientes, que hacerlo con servicios consolidados. En muchos casos, no se trata simplemente de aumentar los recursos, se trata de ofrecer servicios diferentes.

7. Si desaparece el cuidador informal, ¿quién recoge el testigo?

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

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

Cuidadora informal ⁷	
• Mujer	y observando a las profesionales del cuidado
• Mayor de 50 años	• No recibe ninguna ayuda
• Casada con hijos	• Cuida por razones morales, con abnegación
• Estudios primarios	• Cuidar le afecta física, económica y emocionalmente y también condiciona su vida relacional
• Sin ocupación laboral remunerada (no puede trabajar porque se dedica al cuidado)	• Piensa que su labor no está reconocida socialmente
• Hija cuidadora de su madre	• Piensa que hacen falta más ayudas
• Dedicación permanente al cuidado	
• Aprendió a cuidar por intuición	

7
 Rogero-García J. (2009). Distribución del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública; 83:393-405.

La base del problema

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

A pesar de todo, no hay que ser tremendista. Que cambie el modelo tradicional de familia no implica que los cuidados informales no sigan prestándose en el hogar. El propio envejecimiento suministra unos cuidadores de personas mayores y niños con un rol social nada desdeñable, los ancianos⁸.

8. ¿Un cambio radical en el perfil del usuario de servicios?

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

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

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

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

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

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

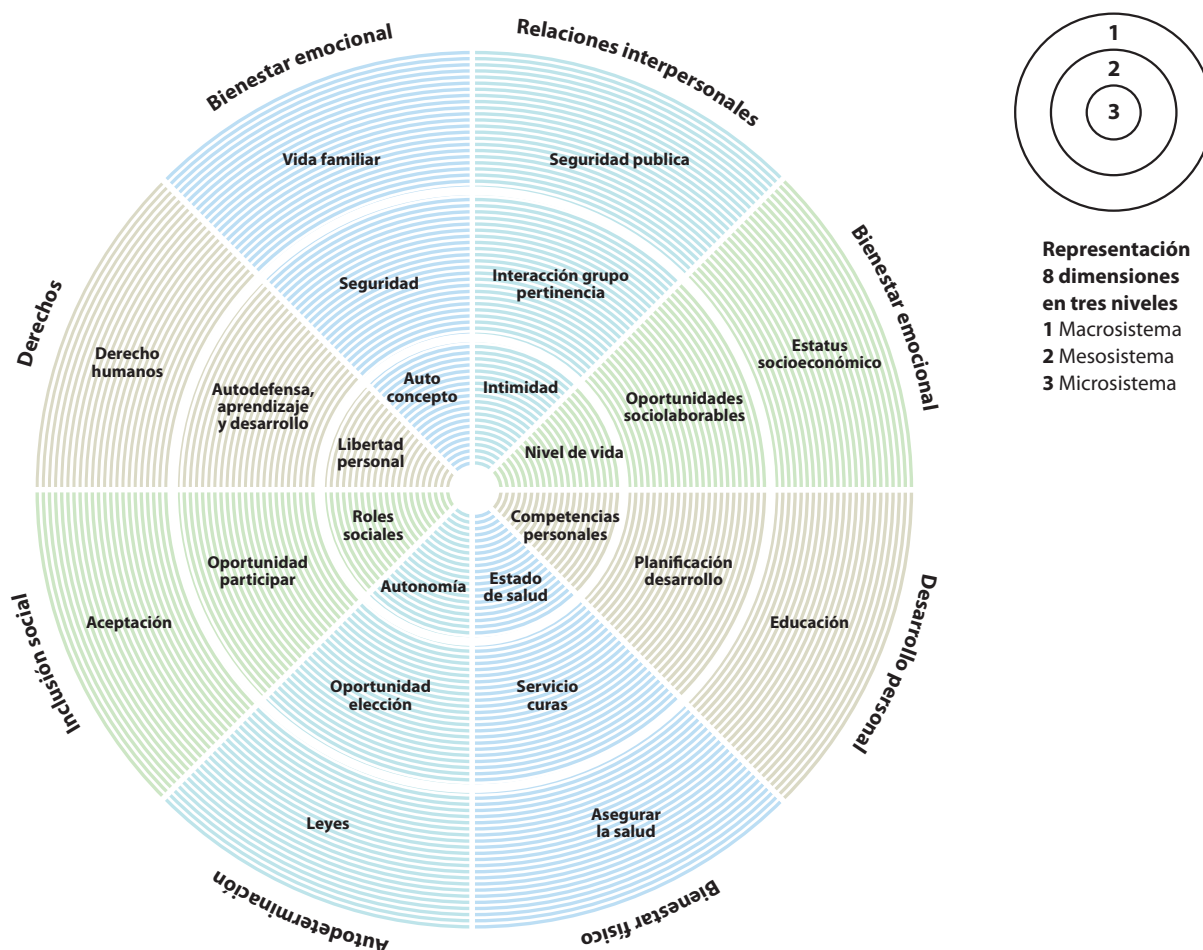
9. ¿Pensar en las personas o pensar en los recursos?

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

⁸ Pérez J. La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica. SG. 1996.

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

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



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

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

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

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

La multitud de experiencias y su diversidad haría interminable el intento de una relación exhaustiva de todas ellas.

Por este motivo, en nuestro trabajo nos limitamos a citar las siete que nos han parecido más interesantes, identificando aquellos factores clave que pueden sernos más útiles en el abordaje de la cuestión que nos ocupa.

- **Modelos de cuidados de enfermedades crónicas:**
 - *Chronic care model*
 - *Expanded chronic care model*
 - Modelo de cuidados innovadores para las enfermedades crónicas
 - Modelo de cuidados en continuidad
- **Modelos operativos de atención a pacientes crónicos y personas con dependencia:**
 - Modelo Kaiser permanente
- **Modelos de coordinación sociosanitaria:**
 - Modelo PRISMA
 - Modelo SIPA

De todos ellos, hemos identificado los **factores de éxito** que se repiten como elementos comunes.

Éstos son:

1. Una segmentación cuidadosa de la población:

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

2. La figura del gestor de casos:

Si gran parte del problema reposa en el uso descoordinado de un número importante de servicios y en las dificultades de seguimiento de los servicios efectivos, gran parte de la solución está en la creación de una figura que se erija en coordinador del plan de atención e interlocutor único privilegiado del sistema ante el usuario. Con respecto al abordaje clásico de los servicios personales, la figura del gestor de casos es sin duda el

punto de vista más innovador y a quien hay que atribuir buena parte del éxito de estas experiencias. Este modelo ha abierto un amplio campo de desarrollo profesional en el ámbito de la enfermería o el trabajo social.

3. La protocolización basada en la evidencia:

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

4. Lo multidisciplinar:

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

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

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

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

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

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

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

A modo de síntesis de la realidad observada, identificamos los grandes déficit que se observan hoy en España, en los siguientes 6 puntos:

- 1.** En el ámbito de la definición de las necesidades del usuario no existe una entrada que defina la calidad de vida deseada. Esta ausencia condiciona la prestación de los servicios y conlleva un nivel de tecnocracia y paternalismo en su definición, que a menudo impide escuchar la voz del propio usuario.
- 2.** Con respecto al abanico de servicios necesarios, constatamos una gran rigidez tanto en su definición cómo en la compartimentación entre las diferentes autoridades que los financian y los colectivos a los que se orientan.
- 3.** En el uso de herramientas para la gestión de la atención y la orientación de la demanda, destacamos tres grandes barreras: el escaso desarrollo de los modelos interdisciplinares de trabajo, la burocratización de los procesos asistenciales y la debilidad de los sistemas de información y del uso de las telecomunicaciones.
- 4.** Un factor adicional es la dificultad para encajar las políticas de integración local de los servicios. En la mayoría de los casos, los servicios sanitarios y sociales continúan siendo dos organizaciones paralelas e incluso desconocidas entre sí. A nivel de atención primaria, donde probablemente sería más fructífera la colaboración, estos servicios dependen de dos administraciones diferentes y trabajan en redes paralelas.
- 5.** Es un hecho que la ausencia de mecanismos de financiación compartida acaba por crear incentivos perversos (por ejemplo, el incentivar que a un determinado paciente se le atienda en el hospital en lugar de a domicilio por una mayor disponibilidad de recursos). Cualquier análisis de escenarios de políticas sociosanitarias demuestra que

conseguir una mayor eficiencia implica la generación de un flujo de financiación desde los servicios sanitarios hacia los sociales y desde la hospitalización hacia la atención ambulatoria (primaria y también especializada).

6. Faltan organismos conjuntos entre autoridades sanitarias y sociales para la elaboración, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de políticas sociosanitarias.

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

06 Cuatro claves para la construcción del espacio sociosanitario en España

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

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

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

Ámbito	Barreras existentes	Propuestas y recomendaciones	Funciones del modelo O.M.S.
<p>Necesidades de la persona</p> <p>↕</p> <p>Abanico de servicios</p>	<p>Modelo de calidad</p> <p>Escasa orientación al usuario</p>	<p>Modelo de calidad de vida</p> <p>Escuchar al usuario</p>	Función provisión de servicios y modelo asistencial
<p>↕</p> <p>Conjunto de herramientas de gestión de la demanda</p>	<p>Rigideces en los servicios</p> <p>Falta de trabajo interdisciplinar</p> <p>Burocratización y endogamia</p> <p>Sistema de información</p>	<p>Cartera de servicios</p> <p>Flexibilización de la red de servicios</p> <p>Promoción del trabajo interdisciplinar</p> <p>Gestión del paciente crónico</p> <p>Invertir en sistemas de información</p>	
<p>↑</p> <p>Integración territorial de la gestión de los casos</p>	<p>Ausencia de coordinación en el territorio</p>	<p>Integración territorial</p>	Función financiación
<p>↑</p> <p>Sistema de financiación mixta</p>	<p>Financiación disociada</p> <p>Incentivos perversos</p>	<p>Financiación mixta</p> <p>Compartir el riesgo</p>	
<p>↑</p> <p>Integración de políticas sociosanitarias</p>	<p>Separación de las redes</p>	<p>Políticas compartidas</p>	

Fuente: elaboración propia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Construir órganos conjuntos para elaborar y gestionar las políticas sociosanitarias

Justificación:

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

Desarrollo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1

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

Financiar conjuntamente el espacio sociosanitario

Justificación:

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

Desarrollo:

Implica:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Flexibilizar el abanico de servicios sanitarios y sociales.

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

Flexibilizar el abanico de recursos y servicios

Justificación:

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

Desarrollo:

Implica:

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

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

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

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

4 Invertir decididamente en los sistemas de información.

Invertir decididamente en los sistemas de información

Justificación:

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

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

Desarrollo:

Implica:

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

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

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

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

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

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

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

07 Superar una asignatura pendiente: cuatro pasos para la creación del espacio sociosanitario en España

A modo de conclusión:

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

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

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

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

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

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

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

Superar una asignatura pendiente

- Establecer la población diana, la segmentación en función de los perfiles de necesidad y la puerta de entrada.
- Definir la cartera de servicios sociosanitarios que necesita la población a atender.
- Establecer los recursos estructurales necesarios y las modalidades de participación para cada uno de los sectores, sanitario y social.
- Definir los protocolos, procedimientos, guías, equipos multidisciplinares, nuevos perfiles profesionales (gestión de casos) y flujos de trabajo necesarios.
- Desarrollar e integrar los sistemas de información que respondan a las necesidades de usuarios, profesionales, proveedores y administración.
- Establecer el sistema de financiación con flujos mixtos y el sistema de compra de servicios a los proveedores del territorio.
- Abrir el sistema a la participación activa del usuario.
- Definir el sistema de evaluación y corrección.

Cuarto paso: Promover un plan de comunicación y participación de todos los agentes de interés que rompa las barreras culturales actuales y facilite la implantación del modelo definido.

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

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

