

Atención integrada social y sanitaria en Catalunya.

CARMELA FORTUNY CAMARENA. Directora General del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.

INTRODUCCIÓN.

1. ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD.

2. PASOS HACIA UN ABORDAJE SOCIOSANITARIO.

3. PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INTERACCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.

3.1. Interacción entre residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad y la atención primaria y comunitaria de atención a la salud, los centros sociosanitarios y los hospitales de agudos.

3.2. Interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos.

3.3. Interacción entre los ámbitos sanitario y social de la red de salud mental.

3.4. Adecuación de la larga estancia sociosanitaria y de salud mental.

3.5. Modelo de gobernanza y gestión del Plan.

3.6. Otros impactos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

El actual contexto económico compromete el sistema de bienestar social tal como lo conocemos hoy. Para garantizar su perdurabilidad es prioritario asegurar la eficiencia del sistema de servicios sociales y también es necesario emprender un proceso de cambio que permita dar respuesta a necesidades emergentes a nivel social y sanitario.

En este marco es clave crear sinergias con otros departamentos, como el de Salud, para contribuir a la subsistencia del sistema social y sanitario.

Para alinear los esfuerzos de ambos departamentos, es necesario conocer primero las necesidades específicas que hay que satisfacer y después articular una propuesta de abordaje que articule los dos departamentos.

La voluntad de colaboración entre los dos departamentos busca reforzar el tratamiento de enfermedades, especialmente las crónicas, así como poder anticipar los problemas sociales que pueden ocasionar ciertas enfermedades. Desde la perspectiva del Departamento de Bienestar Social y Familia, entremezclar las capacidades y los recursos de los dos sistemas permite dar respuesta a las necesidades de las personas que están en situación de dependencia.

1. ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD.

La Organización Mundial de la Salud, en el informe sobre la salud en el mundo (2010), plantea que *“todos los países pueden hacer alguna cosa, muchos de los cuales mucho, para mejorar la eficiencia de sus sistemas sanitarios, y liberar así todos los recursos que se podrían utilizar para dar cobertura a más gente, a más servicios”*. En Catalunya, se plantea dar respuesta a este mensaje mediante la elaboración del Plan de salud¹¹ de Catalunya 2011-2015.

En el informe correspondiente al 2013, la OMS enfatiza que es necesario potenciar la eficiencia para que se puedan atender mejor las necesidades de las personas mayores. Además, reitera que hay que velar para que los recursos se empleen con equidad y eficiencia.

Este Plan ha de contribuir a guiar la transformación del sistema sanitario para que dé respuesta a estas necesidades. Hay que tener presente que el actual sistema sanitario se encuentra frente a una serie de retos entre los que podemos identificar las tendencias estructurales de carácter social (que se concretan en una población cada vez más envejecida y la necesidad de abordar la cronicidad derivada de este envejecimiento) y, también, el nuevo marco económico, que genera un aumento de la presión sobre los recursos públicos, los cuales ponen en riesgo el actual sistema tal como lo conocemos.

¹¹ De acuerdo con la Ley de ordenación sanitaria de Catalunya, el Plan de salud “es el instrumento indicativo y el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de Salud, en el ámbito de la Generalitat de Catalunya”.

El Plan de salud de Catalunya también ha de buscar dar respuesta a las necesidades formuladas, en el eje específico para Salud, del Plan de Gobierno 2013-2016 encaminadas a la transformación del modelo de atención y de la organización del sistema sanitario público.

Atendidos todos estos retos, el Plan de salud plantea la necesidad de establecer una línea de colaboración interdepartamental entre el departamento de Bienestar Social y Familia para determinadas cuestiones, el cual se articula mediante el Plan interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales¹².

FIGURA 1. MARCO DE REFERENCIA



Fuente: Elaboración propia.

2. PASOS HACIA UN ABORDAJE SOCIOANITARIO.

Para hacer esta convergencia hacia un modelo sociosanitario hay que tomar conciencia de la situación de partida. El actual sistema social y sanitario está revestido de una rigidez y estanqueidad que dificulta un proceso asistencial fluido, que garantice un continuum coherente para las personas usuarias del sistema.

Para prestar una buena atención a las personas con necesidades sanitarias y sociales es necesario superar esta parcelación funcional, ya que dificulta la visión integral de las necesidades de la persona e impide un abordaje global de su situación.

Considerado este marco, es necesario que ambas redes den un paso adelante y trabajen de

¹² ACORD GOV/120/2013, de 3 de septiembre, por el cual se crea el Plan interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales.

manera coordinada para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias. Un punto clave es formular políticas conjuntas, impulsando desde una voluntad unificadora acciones estratégicas que permitan articular y operativizar este planteamiento.

Es necesario, pues, generar un marco de trabajo interdisciplinario y transversal que proporcione una respuesta integral, por lo que es esencial una verdadera coordinación y complementariedad interdepartamental.

Así pues, para hacer una propuesta sólida, es preciso definir un modelo que tenga en cuenta aspectos territoriales, poblacionales, las carteras de servicios, la participación activa de los usuarios y un sistema de evaluación y mejora.

Un ejemplo de este esfuerzo es el desarrollo de alternativas asistenciales que permiten un abordaje colaborativo de las situaciones derivadas de la cronicidad.

El Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social y Familia han creado el *Programa para la prevención y la atención a la cronicidad (PPAC)* que ha de facilitar el trabajo coordinado de las vertientes de salud y social en el abordaje de esta cuestión.

Este nuevo modelo ha de permitir abordar de manera integral las enfermedades crónicas promoviendo un modelo de atención compartido y cooperativo entre las organizaciones sanitarias y sociales, y así redundar en una mejora de la continuidad asistencial y en la atención en general.

Para dar solidez a este planteamiento, es necesario que este modelo tenga en cuenta la variable territorial, es decir, que el despliegue de éste ha de contemplar las especificidades de las relaciones entre las personas usuarias y los servicios sociales y sanitarios que hay en el territorio.

El Plan interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales tiene una función articuladora de todo este proceso.

El 74% de la población adulta manifiesta tener una enfermedad crónica. Más concretamente, el 52% de las personas entre 15 y 24 años tienen una enfermedad crónica y el % aumenta hasta el 96% en mayores de 65 años.

Fuente: Programa para la prevención y atención a la cronicidad (PPAC).

3. PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INTERACCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.

Tal como se señalaba en el punto anterior, el Plan de Gobierno 2013-2016 se hace eco de la necesidad de que el sistema social y sanitario se adapte a las necesidades emergentes de las personas. Desde éste se promueve una atención integral, e incentiva el encaje de los servicios sanitarios y sociales, con el objetivo de garantizar un continuum asistencial y una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Este nuevo marco supone una oportunidad para hacer un cambio de paradigma, apostando por un modelo de atención integral en el que llegue a ser clave el entrelazado de los servicios sociales básicos y los sanitarios.

Este planteamiento nos lleva a priorizar la interacción de las diferentes redes, que haga posible un conocimiento compartido de las personas usuarias, con sistemas de información comunes que ayuden a avanzar hacia la historia clínica y social compartida; que también permitan una óptima utilización de los recursos disponibles con la finalidad de garantizar un continuum asistencial.

De esta manera, partiendo de la lógica de la coordinación se avanza hacia una verdadera integración de los elementos que favorecen el continuum asistencial, dentro de las redes y los dispositivos implicados en éstas.

Este planteamiento implica construir una visión interdisciplinaria y transversal, imprescindible en el momento de intervenir en las personas que presentan una problemática de salud al mismo tiempo que necesidades sociales.

Todos estos elementos hacen necesaria la creación de un modelo de interacción de los servicios sociales y sanitarios, a través de la elaboración de un plan de trabajo interdepartamental que genere una visión conjunta y que se oriente a responder las necesidades de las personas, al mismo tiempo que respeta el marco competencial de los dos departamentos.

El Plan Interdepartamental de Interacción de los Servicios Sanitarios y Sociales plantea establecer una serie de objetivos estratégicos para los siguientes ámbitos:

- Interacción entre residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad y la atención primaria y comunitaria de atención a la salud, los centros sociosanitarios y los hospitales de agudos.

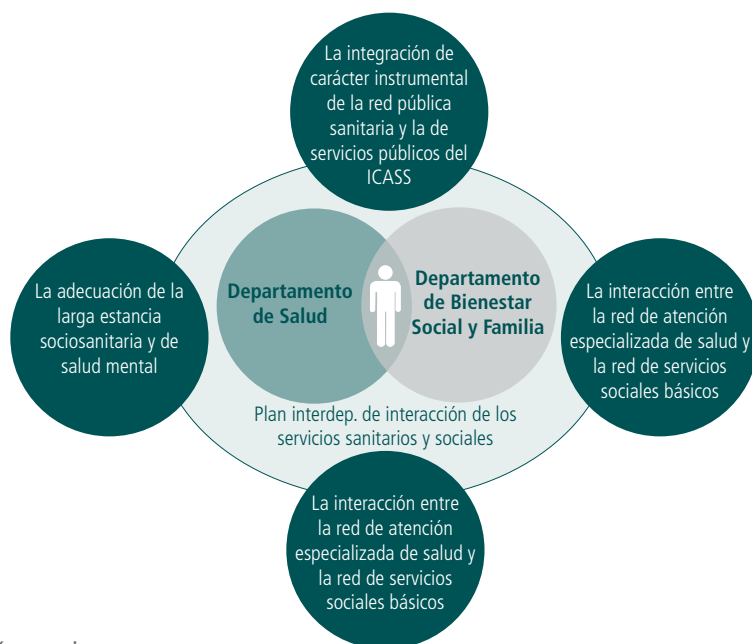
Integración de las redes:

- Residenciales asistidas de personas mayores y personas con discapacidad.
- Sanitaria de utilización pública.
- De servicios sociales básicos.
- De salud mental.
- De larga estancia socio-sanitaria.

- Interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos.
- Interacción entre los ámbitos sanitario y social de la red de salud mental.
- Adecuación de la larga estancia sociosanitaria y de salud mental.
- Modelo de gobernanza y gestión del Plan.

Este Plan interdepartamental articula una serie de esfuerzos que buscan optimizar los recursos actuales. Dado el contexto, hay que reordenar los actuales recursos económicos y humanos, sin la necesidad de requerir recursos económicos adicionales.

FIGURA 2. ÁMBITOS DEL PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INTERACCIÓN.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se analizan cada uno de los ámbitos identificados en el Plan.

3.1. INTERACCIÓN ENTRE RESIDENCIAS ASISTIDAS DE PERSONAS MAYORES Y DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD, LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS Y LOS HOSPITALES DE AGUDOS.

La finalidad es integrar la red pública sanitaria asistencial en el marco de convivencia de las residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad de la red de servicios públicos del ICASS.

“Con este Plan se supera el concepto de coordinación y llegamos al de la integración, es decir, a trabajar juntos”

Esta integración de carácter instrumental de ambas redes también responde a la necesidad de optimizar recursos y capacidades conjuntas, y establecer protocolos asistenciales comunes.

3.2. INTERACCIÓN ENTRE LA RED DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS.

El objetivo estratégico de este ámbito busca establecer mecanismos de coordinación que permitan hacer efectivas las necesidades de atención especializada, el continuum asistencial y la prestación de servicios sociales, generando vías de interacción donde las personas y sus necesidades sean el centro de los servicios.

Este modelo de colaboración busca paliar la falta de coordinación interna entre la red social y la sanitaria, ya que:

- Se trata de competencias que corresponden a diferentes administraciones (la Generalitat y los entes locales).
- Los ámbitos de actuación de las dos redes no coinciden.
- Los servicios sociales no disponen de un sistema de información unificado que permita compartir un conjunto mínimo de datos de las personas usuarias.

Fruto de esta situación, se hace necesario llevar a cabo un abordaje que:

- Posibilite una atención holística, proactiva y de proximidad.
- Facilite el mantenimiento de las redes familiares y sociales.
- Simplifique la relación con los servicios sociales y sanitarios.

Con estos planteamientos se ha realizado una prueba piloto, en 7 territorios¹³ diferentes, donde se ha:

- Identificado la población destinataria, entre la cual se encuentran las personas que están en su domicilio.
- Iniciado actuaciones supralocales que faciliten el trabajo conjunto de los profesionales de los ámbitos social y sanitario.

Este proyecto ha incorporado un sistema de seguimiento y evaluación, el cual ha permitido identificar toda una serie de variables clave:

- Habilitar una vía única de entrada a los servicios sociales de ambas redes.
- Situar a la persona como centro de la intervención.

¹³ Mancomunitat de la Plana (Ajuntament de Tonà), Cónsul Comarcal de l'Alt Penedès i Ajuntament de Vilafranca del Penedès, Ajuntament de Vilanova i la Geltrú, Ajuntament de Salt, Ajuntament de Lleida, Ajuntament de Mataró, Ajuntament de Reus.

- Desarrollar una cartera de servicios unificada en las líneas de actuación prioritarias.
- Potenciar el trabajo colaborativo y en red de todos los profesionales.
- Diseñar sistemas de información compartidos.
- Establecer objetivos comunes en los contratos programa con los proveedores de las redes social y sanitaria, con la finalidad de optimizar a largo plazo los recursos de las dos redes.

3.3. INTERACCIÓN ENTRE LOS ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIAL DE LA RED DE SALUD MENTAL.

“El modelo asistencial se ha de adaptar a las nuevas necesidades de las personas”

La acción coordinada e integrada en la provisión de los servicios para personas con enfermedad mental es el procedimiento adecuado para responder a sus necesidades en el momento de acceder de manera efectiva y fluida a los diferentes niveles de atención de la red sanitaria y social.

Para disponer de un modelo conceptual, organizativo y de gestión integral de la atención a las personas con enfermedad mental que consolide la interrelación de estas redes de salud y servicios sociales, se ha realizado un trabajo conjunto entre el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social y Familia en base a la necesidad de una estrecha coordinación y complementariedad de las dos redes de atención, motivo por el que, aparte de contemplar la vertiente sanitaria de la enfermedad, también es necesario, paralelamente, cubrir las necesidades sociales del usuario que, desde una visión más amplia de carácter interdepartamental, también haría falta ampliar en los ámbitos educativo y laboral, entre otros.

Esta interacción es necesaria para:

1. Avanzar en una atención integral sanitaria y social a las personas con problemas de salud mental mediante un trabajo en red.
2. Promover protocolos de actuación conjunta de cara a la coordinación entre los diferentes servicios, para conseguir una atención centrada en las necesidades de la persona.
3. Garantizar la movilidad entre dispositivos (continuum asistencial), evitando caer en la institucionalización de las personas con enfermedad mental.
4. Analizar, a nivel territorial, los elementos que hay que promover para asegurar un acceso coordinado al sistema y, al mismo tiempo, facilitador de acciones preventivas, de recuperación y de reinserción comunitaria.

Este modelo integral ha de avanzar hacia completar las carteras de servicios de los dos departamentos, acabando de definir las intensidades de apoyo necesarias para asegurar la movilidad entre dispositivos antes mencionada.

3.4. ADECUACIÓN DE LA LARGA ESTANCIA SOCIO SANITARIA Y DE SALUD MENTAL.

De conformidad con lo que se establece en el acuerdo de gobierno, los principales motivos y factores que fundamentan la necesidad de llevar a cabo esta adecuación son la necesidad de hacer efectivo un enfoque comunitario en los servicios y en las prestaciones, con una visión global y de continuum asistencial, la necesidad de disponer de una organización basada en el sistema de atención integral e integrada de los servicios de base territorial, y la necesidad de adoptar los nuevos modelos de referencia en la atención y provisión de servicios socio sanitarios y de larga estancia de nuestro entorno.

El objetivo general de esta línea de trabajo es diseñar un nuevo escenario de los servicios socio sanitarios y de salud mental en Catalunya con la creación de un gran sector de atención a la larga duración, que incluya los servicios sociales actuales y la parte correspondiente de la larga estancia socio sanitaria y de salud mental.

Este hecho implica la elaboración de un plan estratégico de adecuación de la larga estancia socio sanitaria y de salud mental, que incorpore los objetivos, las acciones a desarrollar por parte de cada uno de los departamentos y un calendario de implantación.

3.5. MODELO DE GOBERNANZA Y GESTIÓN DEL PLAN.

El Plan se ha de desarrollar bajo criterios de participación, transparencia y evaluación de resultados.

Por este motivo se ha definido la estructura siguiente: un órgano de gobierno, así como un comité ejecutivo y uno operativo, los cuales permitirán velar por el logro de los objetivos establecidos en el Plan.

3.6. OTROS IMPACTOS.

Este nuevo abordaje derivado de la puesta en marcha del Plan Interdepartamental de Interacción de los Servicios Sanitarios y Sociales, a nivel del Departamento de Bienestar Social y Familia está impregnando otras iniciativas que se están llevando a cabo. Este es el caso de la futura Ley Catalana de Promoción de la Autonomía Personal, que integrará en su articulado este espíritu colaborativo entre los Departamentos de Bienestar Social y Familia y el de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ACORD GOV/120/2013, de 3 de setembre, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 6.454.

Departament de Salut (2012). Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2012). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Recuperat el 14 de febrer de 2014, des de <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.36e8d120a-1aac1ee5686da5bb0c0e1a0/?vgnnextoid=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1.324.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS.

