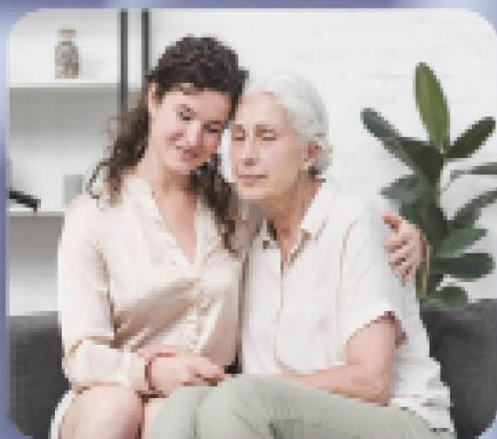


Integración de la atención social y sanitaria

Resumen ejecutivo



Colección Estudios e Informes. Número 51

INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

INFORME

aprobado por el Pleno del Consejo de Trabajo, Económico y Social en
la sesión ordinaria del día 17 de diciembre de 2018.



Consell de Treball,
Econòmic i Social
de Catalunya

Ponent

Salvador Guillermo

Director

Xavier Riudor

Gestor

Diego Herrera

Autors

Diego Herrera
Xavier Riudor
Virgínia Villar

Membres del grup de treball

Enric Arqués
Juan Cobacho
Carne Martínez
Lluís Viguera

Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya

Barcelona, 2018



Los contenidos de esta obra están bajo una licencia Creative Commons del tipo reconocimiento de autoría, usos no comerciales y sin obra derivada. Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite el autor o autores y el editor y no se haga un uso comercial de la obra original ni se creen obras derivadas. Puede consultar un resumen de los términos de la licencia en:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

© Generalitat de Catalunya

Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya
Diputació, 284
08009 Barcelona
Tel. 93 270 17 80
Adreça Internet: ctesc.gencat.cat
A/e: ctesc@gencat.cat

ISBN: 978-84-18199-01-1

Imatges:

Vector de fondo creat per freepik - www.freepik.es

https://www.freepik.es/foto-gratis/pareja-mayor-en-casa-de-ancianos-mirandose_2272115.htm

Foto de personas creada per freepik - www.freepik.es

<https://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/personas>

https://www.freepik.es/foto-gratis/madre-abrazando-a-su-madre-mayor-sentado-en-el-sofa-en-casa_2698304.htm

Foto de personas creada per freepik - www.freepik.es

https://www.freepik.es/foto-gratis/mujer-adulta-que-cuida-a-la-madre-mayor-mal_1473930.htm

Foto de invierno creada per bearfotos - www.freepik.es

<https://www.freepik.es/fotos-vectores-gratis/invierno>

<https://pixabay.com/es/dependiente-demencia-mujer-edad-441408/>

Creative Commons CC0 1.0 Universal

<https://www.rawpixel.com/image/427804/group-senior-friends-collaboration>

Llicència Creative Commons

https://www.freepik.es/foto-gratis/joven-medico-apoyando-su-paciente_863047.htm#term=doctores%20jovenes&page=1&position=7

Foto de personas creada per pressfoto - www.freepik.es

https://www.freepik.es/foto-gratis/concepto-borroso-de-asilo-de-ancianos_2014481.htm

Foto de personas creada per freepik - www.freepik.es

<https://pixabay.com/en/crutches-ill-injured-hospital-538883/>

Creative Commons CC0 1.0 Universal

Barcelona, desembre de 2018

Este documento cumple las pautas de accesibilidad WCAG (Web Content Accessibility Guidelines) 2.1

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1. SÍNTESIS

El informe que tienen en sus manos ofrece una visión global y exhaustiva sobre la atención integrada social y sanitaria en Catalunya y en el mundo. Este no es un concepto nuevo, aunque se lo pueda parecer a las personas no avezadas a la materia. Lo que sí representa una novedad es el interés renovado de los últimos años por su implementación, con más o menos determinación política, desde la publicación en Catalunya del PIAISS (Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria) en 2014.

El informe comienza con un capítulo de análisis conceptual (3.- Qué se entiende por la atención integrada social y sanitaria) y continúa con otro de descripción de modelos (4.- Modelos de atención integrada social y sanitaria). Ambos capítulos forman la base sobre la que se construye un relato basado en las contribuciones que hacen diez comparecientes al modelo catalán de atención integrada (5.- Aportaciones al modelo catalán de atención integrada social y sanitaria). Finalmente, el informe termina con un conjunto de consideraciones y recomendaciones que el CTESS plantea al Gobierno (6.- Consideraciones y recomendaciones).

En el capítulo 3 se hace un breve repaso histórico a los orígenes de la atención integrada en Catalunya y el mundo. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea una aproximación holística a la salud en el preámbulo de su documento constitutivo y tres décadas más adelante el informe Lalonde (1974) insiste en la importancia de los determinantes sociales de la salud y la promoción preventiva de los estilos de vida saludables. En Catalunya, el programa Vida a los años, creado en 1986, plantea la planificación y coordinación de la atención social y sanitaria dirigida a las personas mayores enfermas. Siguen a este programa pionero un conjunto de actuaciones que allanan el camino al Programa de prevención y atención a la cronicidad de Catalunya (PPAC), creado en el contexto del Plan de salud 2011-2015 y precedente más inmediato del actual PIAISS.

El informe apuesta por una definición pragmática y flexible de la atención integrada social y sanitaria. Se parte del convencimiento de que la diversidad política, institucional y cultural de los contextos en los que se ha implementado hace que no sea aconsejable adoptar una definición unívoca al respecto. Así, sobre la base de autores como Leutz (1999) y Kodner y Spreeuwenberg (2002) se enfatiza la dimensión de la atención integrada como proceso en tanto que voluntad y esfuerzo de adaptación a las necesidades cambiantes de las personas, con un triple objetivo como referente común: la mejora de los resultados alcanzados en bienestar y salud, en los niveles de satisfacción (de las personas usuarias y profesionales) y en el uso de los recursos. Como se verá en el informe, la integración de la atención social y sanitaria se puede llevar a cabo a través de caminos diferentes (3.1.2.- Elementos que promueven el éxito y 3.1.3.- Herramientas para el desarrollo de la atención integrada).

En el capítulo 4 se presentan de manera sistemática cinco experiencias internacionales de atención integrada. Las experiencias seleccionadas muestran la variedad de modelos de integración que hay en el mundo y ayudan a tomar conciencia de la existencia de retos y posibilidades en cada uno de los contextos de implementación, evaluación y reformulación de la atención integrada. Las experiencias se ordenan en función de la población a la que se dirigen: toda la población, grupos de población o pacientes y determinados individuos. Así, Kaiser Permanente (EE.UU.) y la Estrategia de atención a la cronicidad (Euskadi) son dos experiencias pertenecientes al modelo de base poblacional; las "cadenas de cuidado" (Región de Norrtaelje, Suecia) y la "gestión de las redes clínicas" (Escocia) representan el modelo de grupo poblacional o enfermedad específica; y las "conexiones de cuidado" (Eastern Bay of Plenty, Nueva Zelanda) forman parte de un programa de atención integrada dirigido a personas que, como individuos, cumplen unos determinados requisitos de acceso (modelo individual).

Dentro de este capítulo también se analizan las características principales del modelo teórico de atención integrada social y sanitaria de Catalunya. Teniendo en cuenta que una parte importante del modelo está pendiente de su traslado a la práctica, las fuentes de información utilizadas en este apartado son los

documentos oficiales que desarrollan, por un lado, el relato sobre la conveniencia de transformar el modelo actual y, por otro, los principios de la "atención centrada en la persona" y la atención a las personas con "necesidades complejas". Como se verá de forma detallada en el informe, los elementos clave del modelo catalán de atención integrada son a) la vocación poblacional (aunque inicialmente se propone priorizar la aplicación a personas en situación de complejidad social y sanitaria), b) la redefinición del rol de los destinatarios de la atención y de su entorno, c) el liderazgo de los/las profesionales como motor de la transformación y d) una visión territorial en la implementación a través de la subsidiariedad y la responsabilidad compartida.

En el capítulo 5 se presentan las conclusiones de las comparecencias organizadas por el CTEESC para reflexionar sobre los aspectos de la atención integrada: el concepto de atención integrada social y sanitaria, la valoración del modelo catalán de atención integrada, los facilitadores y las barreras para su implementación, las experiencias destacadas en este ámbito y las recomendaciones para desarrollar la atención integrada en Catalunya. El concepto de atención integrada social y sanitaria utilizado durante las comparecencias se mantiene en línea de continuidad con los desarrollos teóricos del informe y se pone de manifiesto una sensación de urgencia respecto a la transformación del modelo actual, fragmentado e ineficiente, hacia otro integrado que sitúe a las personas y sus necesidades en el centro del sistema.

En la mayor parte de las comparecencias se valoran positivamente los avances de los últimos años en la conceptualización del modelo catalán de atención integrada social y sanitaria. Al mismo tiempo, los aspectos peor valorados tienen que ver con las dificultades para desplegar el modelo en el territorio de manera efectiva, lo que se relaciona principalmente con la falta de impulso político. En las comparecencias se identifica un conjunto de elementos facilitadores que deberían favorecer la implementación de la atención integrada en Catalunya, como la acumulación de experiencia y conocimiento a través de proyectos en el ámbito local y comarcal o la predisposición a colaborar profesionalmente desde la base y el territorio. Sin embargo, abunda la identificación de barreras, entre las cuales las más importantes tienen que ver con las diferencias entre los sectores social y sanitario y con las llamadas "falsas soluciones", es decir, con todas las inercias que profundizan en el aspecto residual de los servicios sociales.

Las personas comparecientes valoran positivamente diversas experiencias de atención integrada social y sanitaria. Además de algunas de las que han sido esbozadas en el capítulo 4, se citan, entre otras, el sistema de servicios para personas mayores que han perdido la autonomía (SIPA) de Quebec, las experiencias de Torbay, de los *Pioneers* y del Gran Manchester en Inglaterra, el caso de Canterbury en Nueva Zelanda, el modelo de integración social y sanitaria de Castilla y León, el programa Paciente experto Catalunya y la historia clínica y social compartida del Ayuntamiento de Barcelona y el Departamento de Salud. Adicionalmente, se incluye una glosa con la descripción detallada del proceso de integración social y sanitaria que ha liderado el Consorcio de Acción Social de La Garrotxa, uno de los "proyectos colaborativos" más avanzados de toda Catalunya.

El capítulo 5 se cierra con la relación de las recomendaciones que hacen los/las comparecientes para la implementación efectiva de la atención integrada social y sanitaria en Catalunya. Las recomendaciones se ordenan por ámbitos de actuación e incluyen la necesidad de pasar a la acción de manera inmediata, la demanda de compromiso y liderazgo político, el desarrollo de una estructura de gobernanza equilibrada entre los sectores social y sanitario, la reforma y el refuerzo de los servicios sociales, la inversión en investigación, desarrollo e innovación (I+D+I), las características que debería tener en la práctica el modelo catalán y el método de financiación.

Finalmente, en el capítulo 6, el CTEESC elabora un conjunto de consideraciones basadas en el informe y propone una serie de recomendaciones al Gobierno que se reproducen íntegramente a continuación.

1.2. CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado, el CTESC quiere hacer llegar al Gobierno un conjunto de consideraciones y recomendaciones sobre la integración de la atención social y sanitaria a partir del conjunto de aportaciones que el informe recoge. Como sucede en otros informes de esta institución, algunas de las recomendaciones pueden requerir un marco competencial superior a aquel del que dispone la Generalidad actualmente. Sin embargo, el CTESC valora la capacidad del Gobierno para negociar con otras administraciones la posibilidad de implementarlas, así como para influir en el desarrollo de iniciativas que incorporen su espíritu.

El capítulo se divide en seis apartados: un primero, referente a qué se entiende por atención integrada social y sanitaria; un segundo apartado donde se justifica la necesidad de disponer de ella en Catalunya; el tercer apartado identifica los elementos que explican el éxito de los programas y las experiencias de atención integrada; en el cuarto apartado se recogen los antecedentes y las iniciativas políticas más destacables para avanzar en la atención integrada en Catalunya; el quinto apartado detalla los principales facilitadores y las barreras para el desarrollo de la atención integrada; y, por último, se relacionan las recomendaciones del CTESC para impulsar el desarrollo de un modelo catalán de atención integrada social y sanitaria.

1.2.1. LA ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA

La integración social y sanitaria se ha convertido en un espacio de referencia para una parte creciente de los gobiernos de todo el mundo, preocupados por mejorar la atención de las necesidades desde el triple punto de vista del bienestar alcanzado, las experiencias de los usuarios y el uso sostenible de los recursos.

Una definición pragmática de este tipo de atención es la que proporcionan Kodner y Spreeuwenberg (2002: 3), los cuales entienden la integración como "un conjunto de métodos y modelos de financiación, administración, organización, prestación de servicios y atención clínica diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre el sector dedicado a cuidar [el social] y el sector dedicado a curar [el sanitario] ". De acuerdo con estos autores, el objetivo de la atención integrada social y sanitaria es "mejorar la calidad de la atención, la calidad de vida, la satisfacción de las personas y la eficiencia del sistema".

En el trasfondo de esta aproximación se halla la idea de que la atención integrada no consiste tanto en la consecución de una determinada meta como en un proceso continuo de adaptación del sistema de atención para llegar a ser más completo y comprensivo. Leutz (1999, p. 77-78) hace hincapié igualmente en esta dimensión de la atención integrada como proceso cuando la define como "la búsqueda para conectar el sistema de salud (*i.e.* atención primaria, especializada y aguda) con otros sistemas de atención humana (*i.e.* larga duración, educación y formación, vivienda, etc.) con el objetivo de mejorar los resultados (clínicos, satisfacción y eficiencia) ".

Algunos modelos de atención integrada consideran que deben dirigirse a grupos o enfermedades específicas o, incluso, a casos particulares caracterizados por problemas complejos de larga duración que requieren servicios, proveedores y espacios de atención múltiples. Otros modelos, en cambio, tienen una vocación poblacional y consideran que la atención integrada debe adaptarse a los perfiles de necesidades de los diferentes "estratos" poblacionales. Tal como se afirma en la primera de las cinco "lecciones" de Leutz (1999, p. 83), "puedes integrar todos los servicios para algunas personas, algunos servicios para todas las personas, pero no puedes integrar todos los servicios para todas las personas ".

La atención integrada aporta tres elementos que difícilmente pueden ser eficientes en una aproximación social y sanitaria fragmentada. Por un lado, este modelo facilita el continuo asistencial y ofrece la oportu-

tunidad de desarrollar una atención centrada en la persona. Por otro, considera los determinantes sociales de la salud, es decir, los vínculos entre el entorno, los hábitos y el estado de salud. Finalmente, tiene más capacidad de anticipación a los problemas y de evitar las intervenciones potencialmente innecesarias, sobre todo de tipo sanitario.

Sobre la base de estas consideraciones, conviene añadir las aclaraciones siguientes para evitar equívocos:

- a. No existe una manera única o “mejor” de integrar (o de alcanzar los objetivos de la integración), sino caminos diferentes, de acuerdo con las características y las particularidades de cada territorio.
- b. La atención integrada no significa necesariamente la fusión de todas las partes o niveles de los sistemas, o que esta tenga que ser “completa”.
- c. El punto de partida de la integración no ha de ser obligatoriamente un modelo organizativo con un diseño predeterminado “de arriba a abajo”, sino, sobre todo, un modelo de prestación de servicios pensado para mejorar la atención a les persones.

1.2.2. POR QUÉ HACE FALTA UNA ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA

Existe un elevado consenso político, académico y profesional sobre la falta de adecuación del modelo de atención actual a la realidad demográfica, epidemiológica y social del país. A grandes rasgos, los sistemas social y sanitario tienen dificultades de coordinación mutua (“horizontal”) e interna (“vertical”) y comparten una visión anacrónica de las personas usuarias como sujetos pasivos de una atención compensatoria (servicios sociales) y centrada en la enfermedad aguda (sistema sanitario). Por lo tanto, la atención integrada social y sanitaria actualmente es una necesidad motivada por los cambios y una oportunidad para transformar los dos sistemas.

Hay un conjunto de factores que hacen más evidente que nunca la conveniencia de integrar la atención social y sanitaria en Catalunya:

- a. El incremento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional, la cronicidad, la discapacidad, la dependencia y la fragilidad.
- b. El aumento de la complejidad social debido al impacto del paro, el riesgo de pobreza y exclusión social en las familias y las comunidades.
- c. La evidencia contrastada de la importancia de los determinantes sociales en la salud y la necesidad de abordarlos desde una perspectiva social más amplia que la de la visión de la asistencia sanitaria.
- d. El inicio de la transformación de los servicios sociales hacia un modelo basado en el apoyo a la autonomía personal y el refuerzo de las relaciones primarias familiares y comunitarias.
- e. Las transformaciones en los roles de los cuidadores i cuidadoras, las familias y las redes comunitarias en lo tocante a la atención y el cuidado.
- f. Los cambios en las expectativas de las personas respecto a la atención social y sanitaria (*i.e.* más autonomía, participación, capacidad de decisión, etc.).

- g. El incremento de la presión asistencial en un contexto caracterizado por las presiones presupuestarias.
- h. El aumento de los costes de determinadas terapias y prácticas asistenciales (*i.e.* medicamentos, rehabilitaciones, etc.).

Para hacer frente a estos retos, la evidencia empírica apoya la necesidad de desarrollar urgentemente un modelo de atención integrada social y sanitaria, dado que mejora la atención y los resultados en salud, particularmente en el caso de las personas en situación de complejidad social y sanitaria. Estas personas representan en torno al 8% de la población catalana y al 40% del presupuesto de gasto público en atención, con la previsión de que estos porcentajes se incrementen con el paso de los años (Ledesma, Blay, Contel, *et al.*, 2015, p. 9-10).

Más concretamente, se constatan "beneficios derivados de la atención integrada sobre todo en lo referente a la mejora en la accesibilidad de los servicios, la coordinación y la continuidad asistencial, la experiencia en la atención y la mejor práctica colaborativa entre profesionales y organizaciones", así como una "mejora en los resultados de salud, el uso de recursos de institucionalización y las crisis derivadas de la claudicación de la persona cuidadora" (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015, p. 74, a partir de Kodner, 2012).

El riesgo de no poner en marcha la integración social y sanitaria es, por un lado, asistencial, por la falta de adecuación de las respuestas a las nuevas necesidades y, por otro, económico, por el incremento de los costes derivados del aumento intenso en la utilización de servicios: hospitalización urgente, institucionalizaciones evitables y, en general, atención de complejidades evitables o prematuras causadas por la falta de prevención y de atención integrada.

En efecto, el coste económico de hacer frente a las demandas poblacionales presentes y futuras es inasumible si no se aborda la transformación hacia un modelo de atención integrada centrada en la persona, dado el estado de las finanzas públicas. Hay que añadir que este riesgo económico causa, indirectamente, otros adicionales de tipo asistencial: en primer lugar, insatisfacción en las personas usuarias y peores resultados de salud y, adicionalmente, bolsas de desatención crecientes en forma de listas de espera y falta de acceso efectivo a los servicios.

Finalmente, no es despreciable el posible deterioro de la legitimidad social y política del sistema de protección público en un escenario como este.

1.2.3. ELEMENTOS QUE EXPLICAN EL ÉXITO DE LOS PROGRAMAS Y LAS EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL I SANITARIA

Tomando como base la literatura sobre atención integrada, las comparencias de los expertos y expertas y el análisis de las experiencias más exitosas en el ámbito local e internacional, se pueden identificar los siguientes factores explicativos del éxito de algunos programas e iniciativas de atención integrada en el mundo:

- a. Una narrativa común, clara y realista sobre los beneficios y posibilidades de la atención integrada que motive a las partes a superar la fragmentación actual y a compartir el poder.
- b. Un liderazgo político con visión, así como liderazgos territoriales y profesionales (dentro de las organizaciones) con capacidad para movilizar recursos y voluntades.
- c. Realismo a la hora de establecer los objetivos, el calendario y los gastos para el despliegue de la atención integrada social y sanitaria (hace falta mucho tiempo para cambiar las cosas).

- d. Evaluación continua de los avances hacia el triple objetivo de la atención integrada social y sanitaria: mejorar los resultados de salud, la experiencia de la atención y el uso de los recursos.
- e. El equilibrio de poderes entre el sector social y sanitario en la definición y la articulación del modelo de atención integrada y trabajo cooperativo paritario.
- f. La consideración de los aprendizajes derivados de la práctica asistencial y las experiencias locales de integración, por oposición al despliegue, de "arriba a abajo", de un modelo teóricamente predeterminado.
- g. La voluntad y la capacidad para mejorar los servicios sociales y homologar sus condiciones de acceso a las del sistema sanitario antes y/o paralelamente al desarrollo de la atención integrada.
- h. Unos recursos compartidos de manera flexible (i.e. humanos, financieros, infraestructuras, etc.) entre sectores y niveles asistenciales y la atenuación de las barreras que existen entre las diferentes culturas profesionales.
- i. Un modelo de estratificación poblacional que permita proveer atención integrada de manera diferenciada basándose en el perfil y el nivel de necesidades de las personas, y unos criterios objetivos y compartidos de elegibilidad.
- j. Acceso a los servicios basándose en un modelo de atención centrada en la persona en vez de hacerlo en función de la división sectorial y/o funcional de los servicios y las prestaciones (por ejemplo, un punto único de acceso una vez detectadas las necesidades).
- k. Una apuesta por la atención domiciliaria integrada, social y sanitaria, como red básica que evite fenómenos de desatención y, en consecuencia, que las personas progresen por la escala de los recursos asistenciales hacia niveles de atención inadecuados, más costosos e ineficientes.
- l. Un sistema de información que permita registrar, explotar y compartir datos sociales y sanitarios de los usuarios; en su defecto, espacios formales o informales de intercambio de información.
- m. Un modelo de valoración de necesidades sociales y sanitarias único y holístico que evite duplicidades y disparidades entre sectores, servicios y/o profesionales.
- n. Planes de atención personalizada o a medida de las necesidades de las personas, elaborados mediante la participación de profesionales de los sectores social y sanitario.
- o. El empoderamiento y la participación de los usuarios y usuarias, así como de los cuidadores y cuidadoras informales y familiares en la gestión de la salud y la elaboración de los planes de atención personalizada.
- p. La figura de los profesionales de referencia y los gestores y gestoras de casos, que permiten garantizar la proximidad, el continuo asistencial y la atención centrada en la persona.
- q. La diferenciación, por un lado, entre un grupo "central" de profesionales o equipo asistencial multidisciplinar que proporciona una atención cercana y continua (i.e. un equipo de atención domiciliaria, por ejemplo) y, por otro, una red más amplia de proveedores susceptible de ser activada para garantizar el acceso a otros servicios de atención social y sanitaria.
- r. Profesionales con roles bien definidos dentro de los equipos multidisciplinarios y trabajo en equipo entre profesionales generalistas y especialistas de los ámbitos social y sanitario.

- s. Un reequilibrio de recursos más equitativo y eficiente entre servicios y niveles asistenciales: ámbito sanitario vs. social y atención especializada vs. primaria.

1.2.4. CATALUNYA Y LA ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA

La relación de Catalunya con la atención integrada social y sanitaria tiene como punto de partida el programa Vida a los años, creado en 1986 por el Departamento de Salud con el objetivo de mejorar la atención a las personas mayores enfermas, con enfermedad crónica y en situación de final de la vida. La importancia de este programa se refleja en la puesta en marcha de una cartera de servicios sociosanitarios, aún plenamente vigentes, que incluye la atención de larga estancia, los hospitales de día, la estancia media para convalecencia y cuidados paliativos, las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS), el Programa de atención domiciliaria y equipos de apoyo (PADES) y los equipos multidisciplinares de evaluación integral ambulatoria (EAIA) en geriatría, cuidados paliativos y trastornos cognitivos.

A partir de aquí también cabe destacar el Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con dependencia (ProDep), el Plan director sociosanitario (PDSS), el Plan integral de salud mental y adicciones y el Programa de prevención y atención a la cronicidad en Catalunya (PPAC). El PPAC es, precisamente, el precedente más inmediato del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS), aprobado en el año 2014. Con el PPAC se pusieron en marcha ocho "proyectos colaborativos" de ámbito local y/o comarcal que se han convertido en la base del modelo de atención integrada social y sanitaria que promueve el PIAISS, conjuntamente con la experiencia de más de dos décadas del Consorcio de Acción Social de la Garrotxa.

El PIAISS depende directamente del Departamento de la Presidencia, está participado por los departamentos de Salud y de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y tiene como principal objetivo promover la atención integrada social y sanitaria centrada en la persona. Los elementos clave del modelo catalán de atención integrada, según el PIAISS, son la vocación poblacional (aunque inicialmente se propone priorizar la aplicación a personas en situación de complejidad social y sanitaria), la redefinición del rol de las personas destinatarias de atención y de su entorno, el liderazgo de los profesionales como motor de la transformación y una visión territorial en la implementación mediante la subsidiariedad y la responsabilidad compartida (Sarquella, Ledesma, Blay *et al.*, 2015). Sin embargo, el ritmo de implementación que se ha aplicado en los últimos años, desde el nacimiento del PIAISS, ha sido insuficiente para llevar a cabo los cambios planteados.

El itinerario que ha vivido la atención integrada social y sanitaria en Catalunya permite afirmar que se dispone de pruebas piloto y experiencia acumulada, solidez en el relato y predisposición profesional suficientes como para poder hacer un salto más ambicioso hacia la implementación de este paradigma en toda Catalunya. Además, se dispone de una atención primaria sólida (aunque tensionada), lo que debería permitir desarrollar la atención integrada de manera paralela al refuerzo de los servicios sociales.

1.2.5. FACILITADORES Y BARRERAS PARA EL DESPLIEGUE DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN CATALUNYA

En relación con el contexto catalán, hay aspectos de carácter contextual o estructural que pueden actuar como facilitadores del desarrollo de la atención integrada social y sanitaria. De acuerdo con el punto de vista de las personas comparecientes y partiendo de la consideración de las pruebas piloto y de las experiencias exitosas en el ámbito local y/o comarcal, se pueden identificar los siguientes facilitadores:

- a. El cambio social, demográfico y epidemiológico, en el sentido que plantea nuevos retos de atención social y sanitaria que requieren respuestas inmediatas y disruptivas.

- b. La acumulación de experiencia en integración social y sanitaria a través de pruebas piloto y programas experimentales (algunos de los cuales muy consolidados) en el ámbito local y/o comarcal.
- c. La elaboración del PIAISS, que ha servido para visualizar, movilizar y poner en contacto diferentes voluntades a favor de la integración.
- d. El interés de los/las profesionales de los ámbitos social y sanitario para dar una respuesta más adecuada a las necesidades de las personas usuarias.
- e. Un sistema de información sanitaria prácticamente común en todo el territorio que permite estratificar la población, hacer previsiones de necesidades y desarrollar instrumentos como la historia clínica compartida en Catalunya (HC3).
- f. Un sistema sólido de atención primaria de salud, de acceso directo, financiación pública y carácter universal.

En cambio, las principales barreras con vistas al despliegue de la atención social y sanitaria en Catalunya son:

- a. La falta de liderazgo, tanto en los ámbitos territorial y profesional (*i.e.* en las organizaciones) como, sobre todo, político.
- b. La circunscripción de los procesos de integración en pruebas piloto que se dilatan en el tiempo, sin ser evaluadas ni escaladas al conjunto del territorio.
- c. La existencia de intereses corporativos (profesionales, de proveedores, etc.) que en la práctica es traducen en resistencias al cambio.
- d. Los déficits de confianza mutua que se dan en ocasiones entre los ámbitos social y de la salud, entre las atenciones primarias y especializadas y entre la Administración pública y los proveedores.
- e. Las diferencias entre el paradigma de la atención aguda y el de la atención de larga duración (*i.e.* necesidades crónicas sociales y/o sanitarias) en cuanto a sus procedimientos y objetivos.
- f. La falta de coordinación entre el sistema de atención social y el sistema de atención sanitaria en relación con la atención integrada.
- g. Las diferencias entre las culturas profesionales de los ámbitos social y sanitario.
- h. Un sistema de formación inicial y continua que no prepara a los/las profesionales para la atención integrada centrada en la persona.
- i. Un número elevado de personas usuarias por profesional y falta de tiempo para la coordinación que implica la atención integrada.
- j. La falta de valoración social de todo lo relacionado con el cuidado de las personas, en comparación con la que recibe el sistema sanitario.
- k. Una distribución desequilibrada de recursos entre la atención social primaria y la atención social especializada, y la falta de coordinación entre estos dos niveles asistenciales.

- l. La falta de experiencia en la coordinación horizontal entre servicios diferentes: servicios sociales, salud, vivienda, trabajo, educación, etc.
- m. Y, en definitiva, unos sistemas todavía excesivamente burocráticos y rígidos.

Al mismo tiempo, cabe señalar específicamente las dificultades de encaje entre los sistemas social y sanitario como una de las barreras más importantes para la integración de la atención en Catalunya, por varias razones:

- a. El sistema de atención social está menos desarrollado y es más débil que el sistema sanitario y no tiene bien definido su perímetro sectorial (*i.e.* hace de "camión escoba" en vez de ocuparse de los vínculos y de la autonomía de las personas).
- b. El sistema sanitario es universal mientras que la mayor parte de los servicios sociales tiene un acceso condicionado.
- c. Los servicios sanitarios se financian a partir de los presupuestos públicos mientras que la mayor parte de los servicios sociales se cofinancia con la participación de los usuarios y usuarias.
- d. El sistema sanitario está centralizado y cuenta con unos criterios de acceso únicos, mientras que los servicios sociales están descentralizados y el acceso a las prestaciones básicas puede variar en función del ámbito local.
- e. Los servicios sociales están orientados hacia la atención de larga duración mientras que el sistema sanitario tiene unos tiempos de estancia más cortos.
- f. Las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras de los sectores social y sanitario son diferentes.
- g. El sistema sanitario ofrece servicios a las personas mientras que los servicios sociales a menudo ofrecen prestaciones económicas.
- h. Las divisiones territoriales del sistema sanitario y de servicios sociales no coinciden y eso dificulta la coordinación entre dispositivos y profesionales.
- i. El ámbito sanitario tiene un sistema de información prácticamente único en todo el territorio, mientras que en el caso de los servicios sociales está muy fragmentado y desarrollado de manera desigual.
- j. Hay un desequilibrio entre los dos sistemas en cuanto al volumen de conocimiento científico, la acumulación de evidencias empíricas, con una falta muy importante de modelos predictivos en el ámbito social que permitan planificar de manera cuidadosa.
- k. A diferencia de lo que ocurre en el sistema sanitario, el ámbito social no dispone de dispositivos estandarizados para conocer la valoración que hacen los usuarios de la atención recibida.

1.2.6. CÓMO IMPULSAR LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN CATALUNYA

Dada la situación actual de la atención social y sanitaria en Catalunya, y en base a la identificación de facilitadores y barreras para la implementación de la integración, el CTESC elabora las siguientes recomendaciones:

En lo referente a **la necesidad y la oportunidad** de la atención integrada social y sanitaria:

1. Acelerar el proceso de integración de la atención social y sanitaria en Catalunya sobre la base de un calendario realista.
2. Alcanzar un compromiso político con un liderazgo fuerte de todo el Gobierno que haga de la atención integrada una prioridad de país.
3. Establecer liderazgos políticos, pero también profesionales, para hacer frente a los retos de la integración de la atención social y sanitaria como transformación innovadora y de alcance estructural.
4. Reforzar y difundir la vertiente social del relato en torno a los beneficios y las posibilidades de la atención integrada, con la participación y la adhesión de la sociedad civil.
5. Establecer un acuerdo estratégico y un plan de acción para el desarrollo de la atención integrada social y sanitaria en Catalunya entre los diferentes niveles de la Administración pública, con la participación de las organizaciones empresariales y sindicales, las entidades del Tercer Sector, los colegios profesionales, etc. El acuerdo estratégico debe definir el modelo de atención integrada social y sanitaria centrada en la persona, así como las líneas que el plan de acción habrá de desarrollar. Este plan debería ser ambicioso y realista, tener un horizonte temporal razonable y contar con instrumentos sólidos (calendario, sistema de gobernanza, evaluación e indicadores, memoria económica, etc.).

En lo referente **al modelo catalán** de atención integrada social y sanitaria:

6. Dotar al modelo de una vocación universal, si bien en una primera fase pueda ser conveniente priorizar la atención a determinados perfiles de necesidades de todo el territorio.
7. No dar por supuesto que la integración debe ser necesariamente estructural, pero sí tiene que ser, como mínimo, funcional, es decir, debe ser efectiva en el ámbito de la atención a las personas y de la asignación de recursos económicos.
8. Impulsar un modelo que considere la atención primaria y comunitaria como una garantía para atender necesidades sociales y sanitarias de manera adecuada y eficiente.
9. Ampliar sustancialmente y dar un papel central a los servicios de atención domiciliaria (*i.e.* servicios de ayuda a domicilio y/o servicios de las tecnologías de apoyo y cuidado), tanto del ámbito social como sanitario, centrados en la persona y su familia. La eficiencia de los servicios de atención domiciliaria requiere reducir previamente las listas de espera de forma considerable.
10. Desplegar servicios de apoyo a las familias y a las personas cuidadoras: prestaciones económicas, acciones formativas, oportunidades para el descanso, etc.
11. Potenciar el papel de la sociedad civil, del voluntariado y de la vecindad en la detección de necesidades y su resolución integrada.
12. Hacer efectiva la participación de la ciudadanía en la definición, la implementación y

la evaluación del modelo.

13. Empoderar a la persona usuaria en el proceso de toma de decisiones referentes a la gestión de su salud y las características de la atención, el tratamiento o la intervención recibidos.
14. Promover la prevención, entendida como la participación activa de las personas en su salud, mediante la toma de conciencia de los determinantes de la salud y de la promoción de unos estilos de vida y hábitos saludables.
15. Potenciar las capacidades y la autonomía personal.
16. Ampliar el concepto de atención paliativa y transitar hacia un modelo en el que se preste una atención global más precoz, con programas específicos de atención a las necesidades de las personas cercanas a las fases del final de la vida. Esta acción debe adaptarse a la estructura poblacional, a las previsiones de longevidad y al incremento de las personas en situación de final de la vida.
17. Elaborar un estudio sobre los costes y los beneficios que supondría el acercamiento progresivo de las condiciones laborales de los/las profesionales de ambos sectores.
18. Evitar que el despliegue de la integración se base en una sola intervención, dado que la experiencia acumulada indica que las acciones concertadas, coordinadas y sincronizadas (*i.e.* "modelos multipalanca") son las que se han demostrado efectivas.
19. Incentivar la práctica colaborativa entre profesionales y ámbitos asistenciales diferentes y reconocer que este es un factor o *input* organizativo imprescindible de cara a la articulación de respuestas asistenciales.
20. Dotarse de un marco integrado de evaluación continua del despliegue y el funcionamiento de la atención integrada.
21. Actualizar la cartera de servicios sociales del año 2010 y desarrollar un catálogo específico de servicios sociales y sanitarios integrados, aunque inicialmente puedan tener un carácter compartido y complementario.

En cuanto a **la gobernanza** de la atención integrada social y sanitaria:

22. Crear una estructura de gobernanza con equilibrio de poderes entre los sectores social y sanitario y con capacidad de tomar decisiones.
23. Definir en el organigrama del Gobierno un comisionado de servicios de atención a las personas que dependa del Departamento de la Presidencia, con el objetivo de coordinar la integración de la atención social y sanitaria.
24. Diseñar un modelo de gobernanza flexible que fije objetivos concretos, compartidos y evaluables cuya consecución se concrete en el territorio en función de sus características y especificidades. En esta línea, se recomienda dotar a las gobernanzas territoriales de base local de un grupo de instrumentos (o "caja de herramientas") sin que necesariamente todos los territorios acaben implementando el mismo "mix" de políticas.

25. Explorar la creación de partenariados o figuras semejantes entre los ámbitos implicados, sometidas a un contrato programa. En este proceso habría que hacer emerger liderazgos locales que dispongan de los recursos de gestión necesarios para llevar a cabo la integración.
26. Diseñar una propuesta de participación ciudadana que prevea una visión global del gasto, el acceso y la utilización de los servicios, con los objetivos de alcanzar los mayores grados de eficiencia posibles en el uso de los recursos y de reforzar la cohesión social y la equidad en la financiación de nuestro estado del bienestar.
27. Unificar los ámbitos territoriales de las áreas básicas sociales y sanitarias.
28. Promover reformas normativas para facilitar el desarrollo de la integración social y sanitaria.
29. Proveer los servicios de atención a la persona mediante una organización instrumental común e integrada de financiación, planificación, acreditación, contratación y sistemas de información y evaluación, que interactúe con los proveedores.
30. Coordinar la atención integrada social y sanitaria con otras áreas de actuación como la vivienda, la formación, el ocio o el trabajo.

En lo referente a **la transformación de los servicios sociales** en Catalunya:

31. Llevar a cabo la transformación de los servicios sociales en paralelo con el proceso de integración.
32. Transformar los servicios sociales con el objetivo de aproximar los derechos de acceso y la calidad de las prestaciones a los estándares del sistema sanitario.
33. Impulsar una nueva estructuración de los servicios sociales básicos para que acaben siendo un pilar universal en la promoción de la autonomía, el refuerzo de las relaciones primarias y el desarrollo de las relaciones comunitarias, superando el modelo exclusivamente centrado en la asistencia social para colectivos desfavorecidos y en las emergencias.
34. Desarrollar normativamente la Ley de servicios sociales, teniendo presente el modelo de atención integrada y con una mirada preventiva y predictiva.
35. Garantizar una cartera de servicios sociales que asegure la equidad territorial.
36. Actualizar el sistema de información de los servicios sociales con el fin de avanzar hacia la unificación, simplificación y agilización en la recogida de datos y hacer posible su explotación e interoperabilidad en un sistema de atención integrada.
37. Desarrollar modelos predictivos de necesidades sociales a escala poblacional como una herramienta esencial de planificación.
38. Desarrollar modelos de detección de la alta complejidad social. En este sentido, se valora positivamente como herramienta de aproximación el desarrollo por parte de la Generalitat de una "escala de autosuficiencia", que pone el énfasis en la identificación

de las capacidades de las personas.

39. Establecer una ventanilla única social y dotar de coherencia a los procesos para evitar que los usuarios tengan que hacer gestiones múltiples ante las diferentes administraciones y entidades.
40. Reforzar la atención social comunitaria ante el fenómeno creciente de la soledad no deseada.

En cuanto a **la gestión** de la atención integrada:

41. Responder a la creciente presión asistencial con unas ratios de personal más adecuadas, tanto en el ámbito social como sanitario, de forma que se garanticen la equidad y la eficiencia asistencial.
42. Avanzar hacia una formación profesional inicial y continua transversal, de acuerdo con los principios de la atención integrada centrada en la persona, que permita atenuar las diferencias entre las culturas profesionales de los sectores social y sanitario.
43. Continuar avanzando en la interoperabilidad y la unificación de los sistemas de información social y sanitario a partir de la evaluación de las experiencias piloto existentes.
44. Realizar una gestión cuidadosa de la calidad y certificación de procesos.
45. Unificar los procesos de evaluación para evitar duplicidades mediante la creación de equipos interdisciplinarios que tengan en cuenta las necesidades sociales y sanitarias de las personas.
46. Trabajar en la elaboración de escalas integradas de detección de necesidades sociales y sanitarias.
47. Tal como indica el AQuAS, establecer la figura de un director o directora de proyectos con capacidad de resolución de problemas en los procesos de integración social y sanitaria en el territorio. Esta función la puede llevar a cabo un profesional externo o bien alguna persona nombrada por consenso, con la consiguiente legitimidad, con el objetivo de facilitar la acogida y la implicación en el proyecto.
48. Impulsar la gestión de casos o gestión de la atención, que tiene como objetivo coordinar la oferta y la demanda de servicios para personas en situaciones complejas. Los gestores o gestoras de caso no tienen que ser necesariamente profesionales del ámbito de la salud, sino que tienen que venir determinados por el perfil de necesidades de las personas usuarias y por los vínculos que mantienen con sus ascendentes sociales y sanitarios.
49. Establecer la figura del profesional de referencia, que conoce a la persona y su entorno, siendo el/la responsable de dirigir el plan de atención, conjuntamente con la persona y, si es procedente, su familia. Como en el caso del gestor o gestora de caso, el profesional de referencia no debe pertenecer necesariamente al ámbito de la salud.
50. Posibilitar la activación de servicios y prestaciones en cualquier momento del año

para poder dar respuesta a las necesidades sociales y sanitarias urgentes.

En lo referente a **la financiación** de la integración de la atención social y sanitaria:

51. Incrementar los recursos económicos para desplegar la atención integrada social y sanitaria. Este incremento de recursos supondrá, a medio y largo plazo, una mejora de la sostenibilidad financiera del sistema respecto de la opción de no llevar a cabo el proceso de integración.
52. Reequilibrar la financiación entre el sistema social y sanitario con el fin de equiparar derechos, sobre la base del estudio cuidadoso de los costes y las fuentes de financiación.
53. Introducir escenarios de presupuesto compartido (*pooling budget*) para financiar la atención integrada social y sanitaria, tal como se ha recogido en el informe a partir de las experiencias internacionales.
54. Acompañar la cartera común de servicios sociales y sanitarios de más coherencia, equilibrio y transparencia en los eventuales gastos soportados por las personas usuarias, de manera que los gastos semejantes no asistenciales reciban el mismo trato en todos los servicios, con el objetivo de lograr más equidad y cohesión social.
55. Reforzar especialmente los recursos humanos, materiales y financieros de la atención primaria, social y domiciliaria. Será útil aprovechar los incrementos globales de presupuesto conjunto para operar esta priorización, hasta llegar a unos equilibrios más adecuados en la financiación relativa que reciban los sectores de actividad antes mencionados.
56. Modificar las medidas de participación financiera en el ámbito de la atención social, haciéndolas progresivas, de forma que quede garantizada la autonomía personal y financiera de las personas usuarias.
57. Resolver las distorsiones derivadas de las diferentes participaciones financieras entre los ámbitos social y sanitario en lo referente a determinadas casuísticas como en los casos de la salud mental y de las discapacidades.